

La prevenzione del disagio psicologico conseguente a rapina nei lavoratori bancari

**Intervento di promozione del benessere
organizzativo nei lavoratori del settore bancario
nell'area dell'ULSS di Vicenza**

**Ricerca promossa e finanziata dalla Regione Veneto per il progetto
"Promozione del benessere organizzativo negli ambienti di lavoro e
sviluppo di azioni di contrasto dei rischi psicosociali"
(DGR 4407 del 31/12/2005)**

Il progetto, “Promozione del benessere organizzativo negli ambienti di lavoro e sviluppo di azioni di contrasto dei rischi psicosociali” , coordinato dal dott. Marco Renso, è stato sviluppato nell’ambito del “Piano triennale per la promozione della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro 2005-2007”.

La ricerca è stata affidata allo SPISAL dell’ULSS n. 6 “VICENZA” diretto dal dott. Celestino Piz.

Autori:

dott. Pierantonio Zanon
dirigente medico SPISAL ULSS n. 6

responsabile organizzativo

dott. Antonio Zuliani
psicologo psicoterapeuta

responsabile scientifico

dott.ssa Chiara Varalta
psicologa ricercatrice

dott.ssa Antiniska Maroso
statistica SPISAL ULSS n. 6

Si ringraziano per la collaborazione:

BANCA POPOLARE DI VICENZA

BANCA POPOLARE DI MAROSTICA

BANCA DI CREDITO COOPERATIVO DI CAMPIGLIA DEI BERICI

Giugno 2010

INDICE

INTRODUZIONE	5
PREMESSA.....	7
OBIETTIVI DELLA RICERCA	8
METODOLOGIA.....	8
ELABORAZIONE DEI DATI RACCOLTI: RISULTATI.....	12
CONCLUSIONI.....	34
BIBLIOGRAFIA	41

INTRODUZIONE

I Servizi di Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro della Regione del Veneto sono impegnati dal 2002 in attività di ricerca ed intervento per lo sviluppo di azioni di benessere organizzativo e lo sviluppo di azioni di contrasto ai rischi psicosociali. L'Organizzazione Internazionale del Lavoro (1986) ha definito i rischi psicosociali in termini di interazione tra contenuto del lavoro, gestione ed organizzazione del lavoro, condizioni ambientali e organizzative da un lato, competenze ed esigenze dei lavoratori dipendenti dall'altro.

I rischi psicosociali possono essere definiti come “quegli aspetti di progettazione del lavoro e di organizzazione e gestione del lavoro, nonché i rispettivi contesti ambientali e sociali, che potenzialmente possono arrecare danni fisici o psicologici” (Cox & Griffiths, 1995).

In Europa, milioni di lavoratori affrontano ogni giorno rischi psicosociali sul lavoro. Questi rischi, che spesso generano stress, possono essere complessivamente individuati in: mancanza di organizzazione e programmazione del lavoro, violenza, minacce di violenza, aggressione verbale da parte di persone del pubblico e intimidazioni da parte di colleghi di lavoro e superiori. Studi recenti relativi ai problemi di salute connessi al lavoro riguardanti tutti i settori di attività nell'UE hanno evidenziato come lo stress si collochi al secondo posto tra i disturbi più registrati e interessa il 28% dei lavoratori: il 23% dei lavoratori dichiara di soffrire di stanchezza generale e il 4% di aver subito violenza fisica da parte di persone del pubblico. (Third European Survey on Working Conditions 2000).

I rischi psicosociali possono incidere sulla salute fisica e psichica in modo diretto ed indiretto, attraverso il vissuto dello stress.

Il termine stress è utilizzato in molti contesti, spesso in modo inappropriato, ma esso non è altro che “la reazione adattiva di un organismo attivata da stimoli esterni di svariata natura”. Lo stress assume, quindi, una connotazione positiva in quanto elemento di un processo di adattamento che coinvolge quotidianamente l'individuo durante la sua interazione con l'ambiente circostante. Al contrario, quando l'individuo esperisce situazioni ambientali particolarmente difficili e le sue strategie di risoluzione dei problemi (coping) interconnessi al suo rapporto con l'ambiente si rivelano inefficaci o le proprie risorse insufficienti, egli offre risposte poco adattive che inducono sofferenza: questo è quello che viene definito distress o stress negativo ed è proprio quest'ultima la situazione che viene comunemente definita con il termine di “stress”.

Quando si rilevano condizioni di scarso benessere organizzativo si determinano, sul piano concreto, fenomeni quali diminuzione della produttività, assenteismo, bassi livelli di motivazione, ridotta disponibilità al lavoro, carenza di fiducia, mancanza di impegno, aumento di reclami e lamentele dalla clientela. Questi e altri indicatori non sono altro che il riflesso dello stato di disagio e malessere psicologico di chi lavora. La riduzione della qualità della vita lavorativa in

generale e del senso individuale di benessere rende, pertanto, onerosa la convivenza e lo sviluppo dell'organizzazione.

Gli effetti dei rischi psicosociali negli ambienti di lavoro, infatti, possono essere generalmente riconducibili a tre situazioni potenzialmente patogenetiche: stress, burn-out e mobbing.

Burn-out e mobbing, pur avendo caratteristiche essenziali specifiche, riconoscono come matrice comune la presenza dello stress.

Il tema dello stress correlato al lavoro è di stretta attualità nel nostro paese attraverso il dettato del D.Lgs. 81/08 (integrato dal D.Lgs. 106/09) che recepisce anche nel nostro paese che il rischio da stress lavoro correlato è da annoverarsi tra i rischi dal lavoro e quindi meritevole di un'attenta valutazione. Al di là dei dettati legislativi il tema della salvaguardia e della promozione del benessere appare come una scelta decisiva.

Per definire una politica globale di benessere sul luogo di lavoro, l'Unione Europea prende in considerazione le trasformazioni del mondo del lavoro e l'insorgenza di nuovi rischi, in particolare quelli psicosociali. La strategia comunitaria per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro ha perciò come obiettivo il continuo miglioramento del benessere, sia esso fisico, morale e sociale, sul luogo di lavoro. (Comunicazione della Commissione delle Comunità Europee 11/03/2002).

Nell'ambito del progetto "Promozione del benessere organizzativo negli ambienti di lavoro e sviluppo di azioni di contrasto ai rischi psicosociali" deliberato dalla Regione Veneto a fine 2005 (D.G.R. 4407 del 31/12/2005) sono state previste specifiche indagini conoscitive sul benessere organizzativo per lo sviluppo di azioni di informazione e formazione destinate ai lavoratori, ai loro rappresentanti per la sicurezza e alle figure della prevenzione aziendale.

Allo scopo sono stati finanziati quattro progetti specifici territoriali per lo studio dei rischi psicosociali nei seguenti comparti lavorativi:

1. settore alberghiero (affidato allo SPISAL dell'ULSS n. 12 Venezia)
2. settore scolastico (SPISAL ULSS 9 Treviso)
3. call-centers (SPISAL ULSS 16 Padova)
4. settore bancario (SPISAL ULSS 6 Vicenza).

Quest'ultima ricerca, che andiamo a descrivere, ha riguardato i possibili effetti che l'evento "rapina" può determinare nel personale che opera agli sportelli degli istituti di credito.

PREMESSA

Dal Rapporto 2008 dell'Osservatorio Sulla Sicurezza Fisica (OSSIF) dell'Associazione Bancaria Italiana (ABI) emerge che le rapine consumate ai danni degli sportelli bancari su tutto il territorio nazionale sono state 2.160, il 27,3% in meno rispetto all'anno precedente. Nella Regione Veneto, in particolare, le rapine registrate nel 2008 sono state 83, contro le 129 del 2007 (-35.7%), approssimativamente 2,3 rapine ogni 100 sportelli. Questi dati, pur essendo incoraggianti da un punto di vista del lavoro svolto dagli Istituti di Credito in merito alla prevenzione e ai sistemi di dissuasione dell'evento rapina in sé, non devono far sottovalutare la rilevanza che spesso esso ha dal punto di vista psicologico per chi lavora in banca.

La rapina è un evento che può provocare conseguenze di natura psicofisica per i dipendenti che, nel caso di eventi particolarmente violenti, potrebbero concretizzarsi nel Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS). La scarsità di studi in materia, sia in ambito nazionale che internazionale, evidenzia una conoscenza ancora sommaria sui livelli di gravità che potrebbero raggiungere le ripercussioni psicologiche di una simile esperienza.

In un percorso di prevenzione delle conseguenze psicosociali dell'evento rapina è stato innanzitutto necessario realizzare una ricerca sul campo per quantificare la diffusione e la gravità di sintomi patologici o di malessere sulla base dei quali costruire poi dei percorsi formativi per la preparazione del personale alla gestione dell'evento in atto ed al controllo del conseguente impatto emozionale.

Sia il D.Lgs. 626/94 che il più recente 81/08 (cosiddetto "Testo Unico") impongono al Datore di Lavoro la valutazione di tutti i rischi lavorativi compreso, espressamente, lo stress lavoro correlato.

Questo progetto, approfondendo l'analisi del "rischio rapina" sul luogo di lavoro in rapporto al contesto specifico del settore bancario nel territorio della provincia di Vicenza, intende anche offrire agli Istituti di Credito uno strumento utile per assolvere agli obblighi previsti dall'art. 28 del D. Lgs. 81/08.

OBIETTIVI DELLA RICERCA

L'obiettivo generale del progetto è stato quello di svolgere un intervento di promozione del benessere organizzativo nei lavoratori del settore bancario dell'area ULSS di Vicenza (obiettivo 5.2.2 del progetto regionale sopra richiamato).

L'equipe di lavoro ha riconosciuto in esso tre obiettivi specifici, cioè':

- organizzare il materiale di ricerca e di studio disponibile a livello europeo, nazionale e regionale, al fine di ricostruire un profilo del lavoro svolto in ambito scientifico relativo al fenomeno rapina e alla sua casistica.
- valutare il deterioramento dello stato di salute dei lavoratori impiegati negli Istituti di Credito reclutati per l'indagine
- progettare interventi di prevenzione del disagio psicologico connesso alla rapina in banca.

METODOLOGIA

a) Selezione del campione

Per la realizzazione del progetto sono stati contattati alcuni Istituti di Credito presenti nella provincia di Vicenza, ritenendo la loro collocazione interna alla competenza territoriale dell'ULSS n.6 e la concentrazione di un buon numero di filiali nel territorio stesso, criteri fondamentali di selezione.

Contattate le banche che rispondevano ai criteri prefissati, a un breve colloquio telefonico di presentazione del progetto è seguito l'invio di una mail più dettagliata per verificare la disponibilità a partecipare alla ricerca.

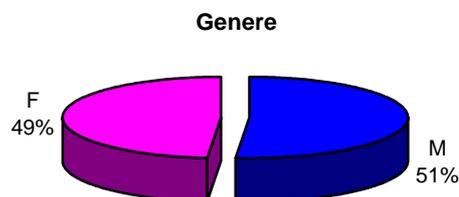
I dipendenti che alla fine sono entrati nel campione risultano in tutto 150: è bene precisare che il numero dei lavoratori che hanno partecipato alla ricerca è superiore al dato riportato ma si è ritenuto metodologicamente corretto escludere alcuni soggetti dalla ricerca poiché l'evento rapina non era temporalmente compatibile con i criteri di selezione stabiliti inizialmente (evento risalente ad oltre 5 anni prima).

La composizione del campione è stata realizzata in modo da ottenere tre gruppi numericamente omogenei per rendere possibile la correlazione del vissuto psicologico tra chi è stato vittima di rapina, chi è stato indirettamente coinvolto e chi non ha avuta alcuna esperienza in merito.

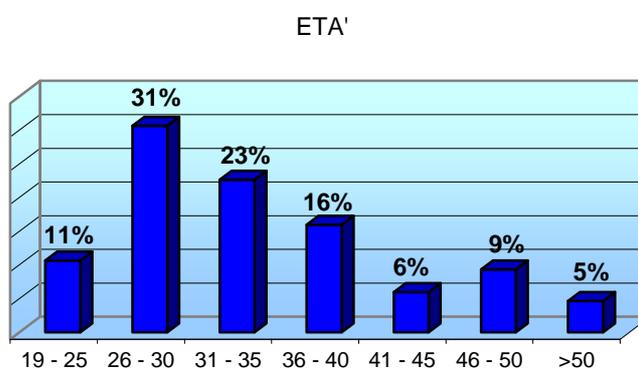
b) Caratteristiche del campione

Il campione è composto da 77 maschi e 73 femmine di età compresa fra i 19 e i 56 anni.

GENERE		
M	77	51%
F	73	49%
Totale	150	100%



ETÀ	FREQUENZA	PERC
19 - 25	16	11%
26 - 30	46	31%
31 - 35	34	23%
36 - 40	24	16%
41 - 45	9	6%
46 - 50	14	9%
>50	7	5%
Totale	150	100%



Delle persone intervistate, 60 sono laureati, mentre i rimanenti 89 hanno conseguito un diploma di scuola media superiore. Di un soggetto non è stato riportato il titolo di studio.

TITOLO STUDIO	DI	TOT	PERC.
non indicato titolo	1	1	1%
DIPLOMA	89	89	59%
LAUREA	60	60	40%
Totale	150	150	100%



Il 54% dei dipendenti intervistati hanno affermato di essere single, il 44% coniugati e il 2% separati o divorziati. Il 37% del campione ha dichiarato di avere almeno un figlio.

CELIBE/NUBILE	81	54%
CONIUGATO/A	66	44%
SEPAR/DIVORZ	3	2%
Totale	150	100%

FIGLI	56	37%
SENZA FIGLI	94	63%
Totale	150	100%

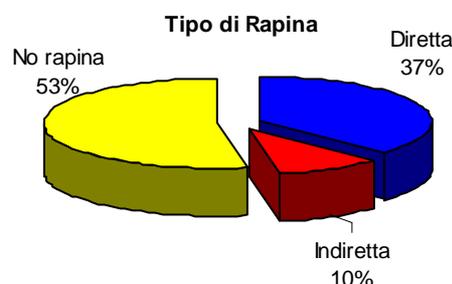
L'interessamento e la collaborazione degli impiegati bancari e delle direzioni del personale degli Istituti hanno permesso una buona costituzione del campione nei tre gruppi previsti e così meglio definiti:

- un gruppo di impiegati bancari vittime dirette di un evento rapina nei cinque anni precedenti la ricerca.
- un gruppo di impiegati bancari presenti durante un evento rapina nei cinque anni precedenti la ricerca, ma non direttamente coinvolti.
- un gruppo di impiegati bancari che non sono mai stati presenti durante una rapina (campione di controllo).

Tra i 150 partecipanti al progetto, 56 hanno dichiarato di essere stati rapinati direttamente, 15 indirettamente e 79 soggetti hanno costituito il gruppo di controllo (lavoratori mai rapinati).

La decisione di escludere gli eventi accaduti oltre 5 anni prima dell'indagine è stata presa per ottenere dati e testimonianze il più possibile reali e veritieri. Sono pertanto state prese in considerazione solo le persone rapinate (direttamente o indirettamente) tra il 2003 e il 2008.

Tipo di rapina	Frequenza	
Diretta	56	37%
Indiretta	15	10%
No rapina	79	53%
Totale	150	100%



c) Strumenti e procedura

Con gli Istituti che hanno aderito alla ricerca sono stati effettuati degli incontri tra i loro referenti e l'équipe dello SPISAL in modo da esporre il progetto nella sua interezza, gli scopi e le modalità della ricerca e per concordare sinergicamente tutti gli aspetti logistici e organizzativi dell'intervento.

Per ogni lavoratore di ciascun campione è stata richiesta una breve collaborazione (circa 25 minuti per soggetto) durante la quale veniva invitato a rispondere a:

- una *intervista strutturata* per la raccolta dei dati anagrafici e di autovalutazione sulla percezione del proprio benessere.
- un estratto di un più ampio questionario self-report di valutazione della qualità della vita, *Quality Of Life Enjoyment And Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q)* (Endicott et al., 1993), che è una scala di autovalutazione messa a punto al fine di ottenere agevolmente una misura sensibile del grado di piacere e di soddisfazione che il soggetto sperimenta nei diversi settori della vita quotidiana: emozioni, occupazione, relazioni sociali e attività generali.
- un questionario self-report: *Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)* (V. Caretti, D. La Barbera, G. Craparo), scala che permette di misurare il grado di alessitimia presente in un soggetto. Per “alessitimia” si intende una difficoltà a identificare e descrivere le proprie emozioni, una difficoltà nel distinguere tra sentimenti e sensazioni corporee legate all’attivazione emotiva, a processi immaginativi limitati e ad uno stile cognitivo concreto, pratico, orientato verso l’esterno piuttosto che internamente.

La TAS 20 è un questionario che permette sia di individuare il livello globale di alessitimia sia una sua ulteriore suddivisione in tre fattori: F1 difficoltà nell’identificare i sentimenti, F2 difficoltà di comunicare i sentimenti agli altri, F3 pensiero orientato verso l’esterno.

L’introduzione di questo questionario è stata pensata al fine di comprendere se le difficoltà presentate dai soggetti nel raccontare le esperienze della rapina fossero da addebitarsi alla presenza di una significativa alessitimia come tratto di personalità preesistente e non tanto all’evento traumatico di per sé. La presenza, inoltre, di una significativa alessitimia tra i soggetti avrebbe suggerito come orientare gli interventi di prevenzione e di supporto post evento.

Ai gruppi dei lavoratori rapinati (direttamente e indirettamente) è stata inoltre somministrata l’*Intervista Clinica Strutturata per il DSM-IV (SCID-II)* per il Disturbo Post-Traumatico da Stress di First M. B. , 1995. (dall’item F39 all’item F64).

Lo SCID-II è uno strumento utile per la ricerca psicologica e psichiatrica che consente di formulare diagnosi riproponendo al soggetto in forma di domanda i criteri diagnostici del DSM IV.

Sempre alle persone rapinate, è stato chiesto di raccontare l’evento rapina allo scopo di creare una raccolta di testimonianze ed effettuare con programmi informatici specifici l’*Elaborazione Testuale* delle parole utilizzate per narrare l’evento rapina.

ELABORAZIONE DEI DATI RACCOLTI: RISULTATI

Intervista strutturata sulla percezione del proprio benessere

Attraverso l'intervista iniziale, sono stati raccolti, oltre ai dati anagrafici, dati relativi alla percezione dello stato di salute generale di ciascun dipendente.

Dall'elaborazione di questi ultimi è emerso che i dipendenti che hanno subito una rapina dichiarano più frequentemente di soffrire per "problemi" fisici o psicologici. In particolare, per quanto concerne i dipendenti rapinati, emergono sostanziali differenze tra i due sottogruppi, direttamente e indirettamente rapinati.

		Rapina		
		Diretta	Indiretta	Totale
Problemi	Si	35	3	38
	No	21	12	33
		56	15	71

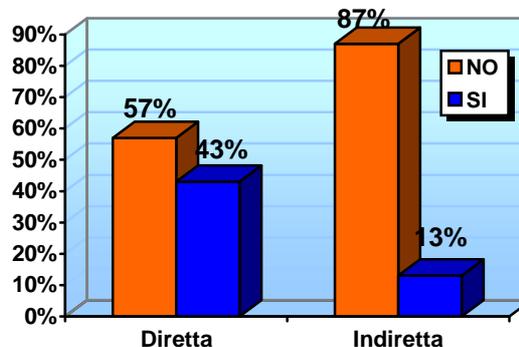
Più precisamente, è emerso che la probabilità di percepire dei disturbi dopo aver subito una rapina diretta è di 6,7 volte superiore alla probabilità di percepire problemi in caso di una rapina indiretta.

POINT	95% INTERVALLO DI CONFIDENZA	
Stimato	Inferiore	Superiore
OR 6,6667	1,6839	26,3934 (T)

L'intervista è stata strutturata in modo tale da poter classificare, attraverso domande dirette chiuse, le categorie di problemi eventualmente segnalati:

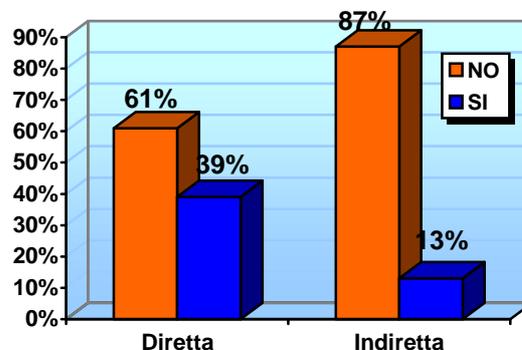
Agitazione: È possibile evidenziare che il 37% dei rapinati ha dichiarato di sentirsi più agitato di quanto non fosse prima. Questo problema è sentito principalmente da chi ha subito una rapina diretta (43%) rispetto alla rapina indiretta (13%).

AGITAZIONE	Diretta	Indiretta	TOTALE
NO	32	13	45
SI	24	2	26
TOTALE	56	15	71



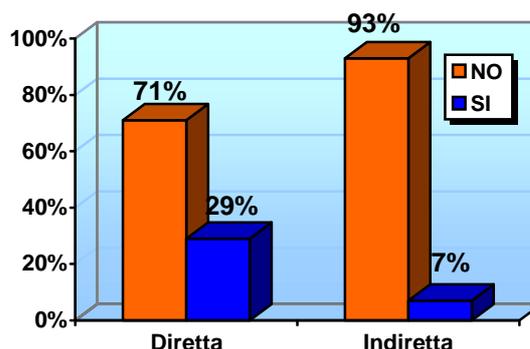
Allerta: Il 34% dei rapinati ha dichiarato di vivere in uno stato di maggior allerta rispetto a prima. Questo problema è sentito principalmente da chi ha subito una rapina diretta (39%) rispetto alla rapina indiretta (13%).

ALLERTA	Diretta	Indiretta	TOTALE
NO	34	13	47
SI	22	2	24
TOTALE	56	15	71



Disturbi del sonno: Il 24% dei rapinati ha dichiarato di soffrire maggiormente di problemi del sonno rispetto al periodo precedente. Questo disagio è dichiarato prevalentemente da chi ha subito una rapina diretta (29%). Nel caso di rapina indiretta solo il 7% ha segnalato questo problema.

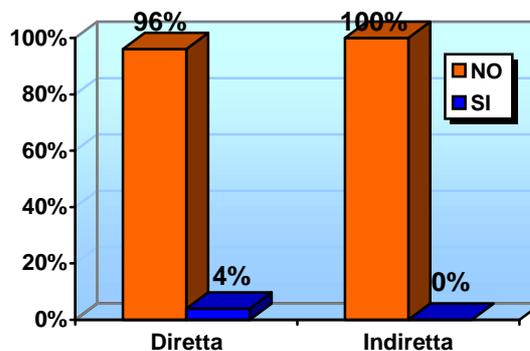
SONNO	Diretta	Indiretta	TOTALE
NO	40	14	54
SI	16	1	17
TOTALE	56	15	71



Mal di schiena:

Il mal di schiena non viene segnalato come problema né in caso di rapina diretta né in caso di rapina indiretta.

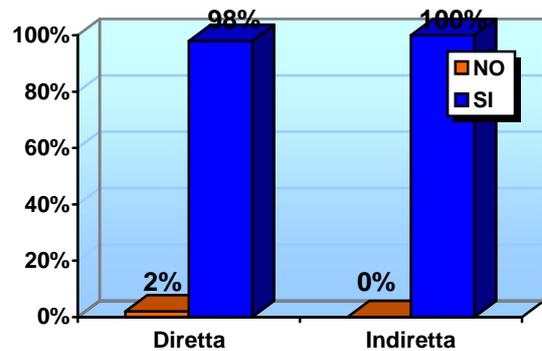
MAL DI SCHIENA	Diretta	Indiretta	TOTALE
NO	54	15	69
SI	2	0	2
TOTALE	56	15	71



Dopo aver riportato il tipo di problemi che sono stati riferiti dagli impiegati bancari, l'intervista è andata ad indagare l'area relazionale connessa all'evento criminoso. In particolare, viene posta la domanda "Con chi ha parlato della rapina?" alla quale è stato risposto indicando le seguenti figure:

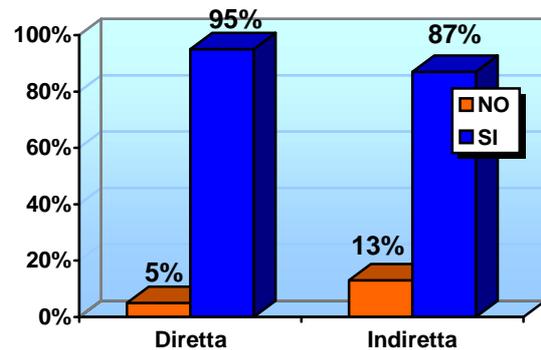
Colleghi: Tutti i lavoratori che hanno subito una rapina (diretta o indiretta) ne hanno parlato con i colleghi

PARLATO COLLEGHI	Diretta	Indiretta	TOTALE
NO	1	0	1
SI	55	15	70
TOTALE	56	15	71



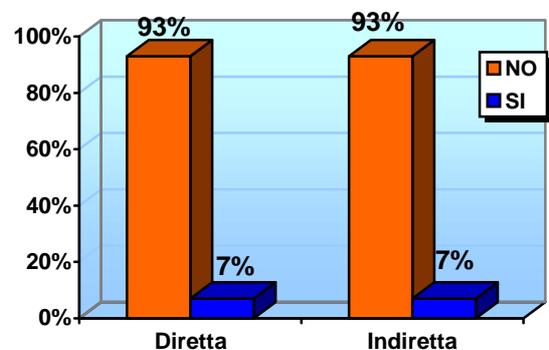
Famiglia: Il 95% dei rapinati direttamente e l'87% dei rapinati indirettamente ne ha parlato con i familiari.

PARLATO FAMIGLIA	Diretta	Indiretta	TOTALE
NO	3	2	5
SI	53	13	66
TOTALE	56	15	71



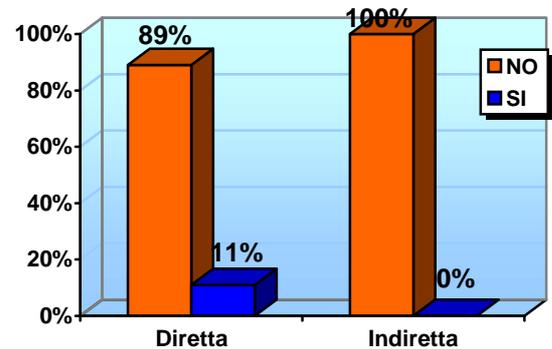
Religioso: Il 7% dei rapinati direttamente e il 7% dei rapinati indirettamente ne ha parlato con un religioso.

PARLATO RELIGIOSO	Diretta	Indiretta	TOTALE
NO	52	14	66
SI	4	1	5
TOTALE	56	15	71



Medico: L'11% dei rapinati direttamente e nessuno dei rapinati indirettamente ne ha parlato con un medico.

PARLATO MEDICO	Diretta	Indiretta	TOTALE
NO	50	15	65
SI	6	0	6
TOTALE	56	15	71



È interessante notare che nel periodo successivo all'esperienza della rapina, il 97% di coloro che hanno percepito dei problemi di salute ne ha parlato con un familiare (37 persone su 38), tuttavia solamente l'8% di queste ne hanno parlato anche con un medico (3 persone su 38).

Intervista Clinica Strutturata per il DSM-IV (Structured clinical interview for DSM IV – SCID II)

L'Intervista Clinica Strutturata per il DSM-IV è uno strumento utile non solo per diagnosticare un eventuale disturbo, ma anche per osservare singolarmente ogni risposta data dal soggetto alle domande dell'intervista, poiché ciascuna di esse rappresenta un criterio diagnostico del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (1994).

Il nostro intento era quello di valutare se vi fosse la presenza di un Disturbo Post-Traumatico da Stress tra i lavoratori rapinati: sono stati per questo somministrati gli item specifici per tale disturbo, attraverso la formulazione di domande raccolte in cinque parti che corrispondono a:

PARTE A: definizione dell'evento come traumatico, minaccioso per la propria vita o incolumità o per quella di altri e reazioni emotive all'evento.

PARTE B: come l'evento traumatico viene rivissuto e gli effetti che ne sono conseguiti sul soggetto.

PARTE C: evitamento persistente degli stimoli associati al trauma e attenuazione della reattività generale (non presenti prima del trauma) e modalità con le quali si manifestano.

PARTE D: sintomi persistenti di aumentato *arousal*, che consiste nell'attivazione del sistema simpatico cui consegue uno stato di maggiore vigilanza e reattività rispetto al periodo precedente il trauma e le modalità con cui si manifestano.

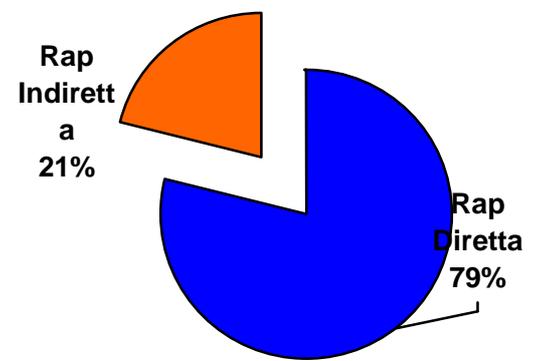
PARTE E: la durata del disturbo (sintomi relativi ai criteri B, C e D). Si ricorda che il Disturbo Post Traumatico da Stress è diagnosticabile se i sintomi hanno una durata superiore ad un mese.

Andando ad analizzare le risposte date a ciascun criterio diagnostico, è possibile evidenziare quali sono i disagi più spesso registrati tra i bancari rapinati:

PARTE A

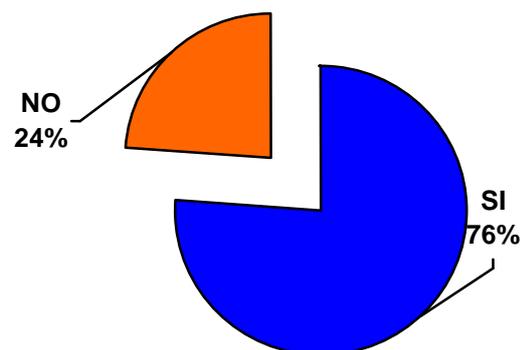
Gli item prescelti dello SCID II sono stati somministrati a tutti i 71 soggetti coinvolti in atti di rapina operando anche qui una disaggregazione tra i “direttamente” rapinati (79%) e gli “indirettamente” rapinati (21%).

RAPINA	FREQUENZA	PERCENTUALE
DIRETTA	56	78,9%
INDIRETTA	15	21,1%
Totale	71	100,0%

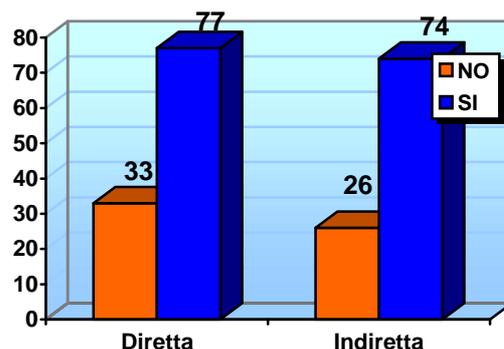


F40 – E’ stato sottoposto ad un evento traumatico?

F40	FREQUENZA	PERCENTUALE
NO	17	23,9%
SI	54	76,1%
Totale	71	100,0%



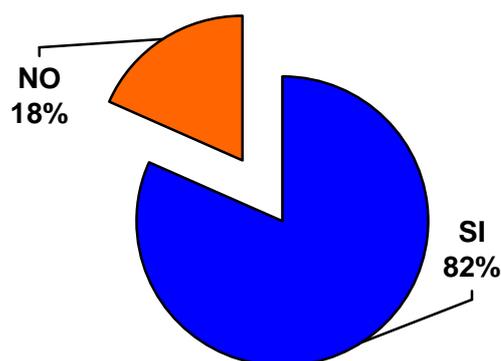
F40	DIRETTA	INDIRETTA	TOTALE
NO	13	4	17
SI	43	11	54
Totale	56	15	71



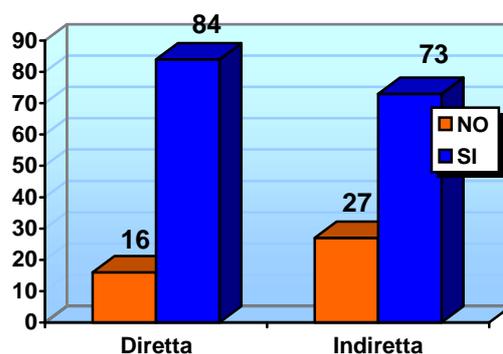
Il 76% del totale dei soggetti intervistati ritiene che la rapina sia stata per loro un trauma, contro il 24% che invece lo nega. Il dato disaggregato mostra che il 77% (43 su 56) dei dipendenti rapinati direttamente e il 74% (11 su 15) di quelli rapinati indirettamente definiscono la rapina un'esperienza traumatica.

F41 –Ha avuto paura, si sentiva terrorizzato o impotente?

F41	FREQUENZA	PERCENTUALE
NO	13	18,3%
SI	58	81,7%
Totale	71	100,0%



F40	DIRETTA	INDIRETTA	TOTALE
NO	9	4	13
SI	47	11	58
Totale	56	15	71

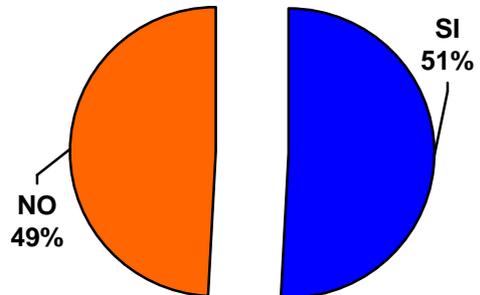


Dei soggetti intervistati, l'82% dichiara di aver provato paura, di essersi sentito terrorizzato o impotente mentre la rapina era in corso. Nel dettaglio, l'84% dei dipendenti rapinati direttamente e il 73% di quelli rapinati indirettamente rispondono positivamente alla domanda.

PARTE B

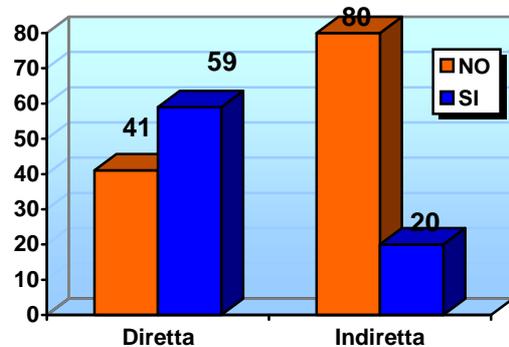
F42 – Ha mai pensato alla rapina anche quando non voleva farlo?

F42	FREQUENZA	PERCENTUALE
NO	35	49,3%
SI	36	50,7%
Totale	71	100,0%



La probabilità per coloro che hanno subito una rapina diretta di pensare alla rapina

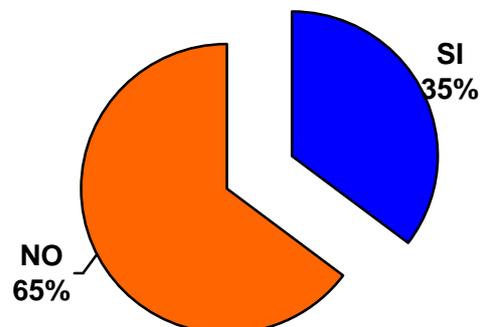
F42	DIRETTA	INDIRETTA	TOTALE
NO	23	12	35
SI	33	3	36
Totale	56	15	71



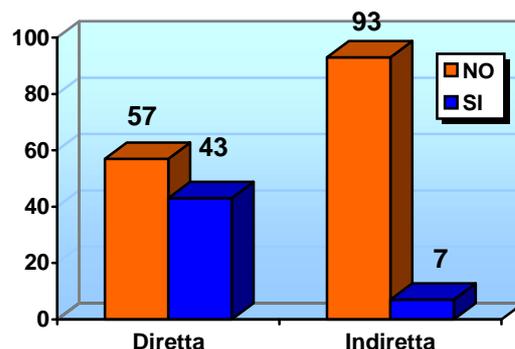
anche quando non si voleva farlo è di 5,7 volte superiore rispetto a chi ha subito una rapina indiretta.

F43 – Ha mai sognato la rapina?

F43	FREQUENZA	PERCENTUALE
NO	46	64,8%
SI	25	35,2%
Totale	71	100,0%



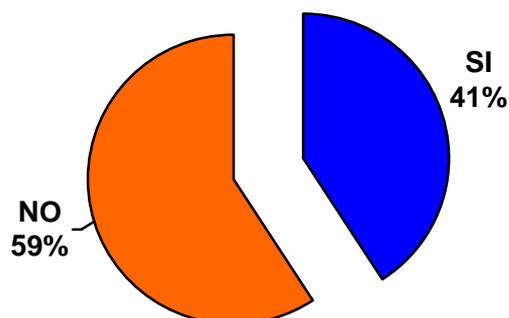
F43	DIRETTA	INDIRETTA	TOTALE
NO	32	14	46
SI	24	1	25
Totale	56	15	71



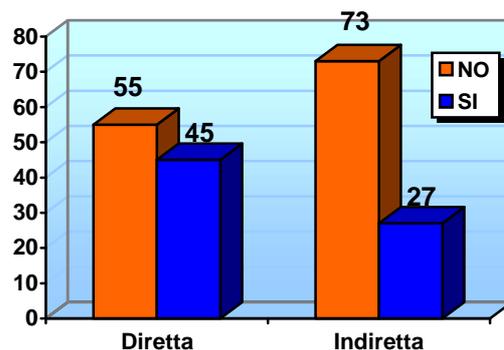
Il 35% dei soggetti ha risposto di aver sognato l'evento traumatico; di questi il 43% dei lavoratori rapinati direttamente e il 7% di quelli rapinati indirettamente. La probabilità per coloro che hanno subito una rapina diretta di sognare la rapina è 10,5 volte superiore rispetto a chi ha subito una rapina indiretta.

F44 – Si è mai accorto di comportarsi come se visse nuovamente quella situazione o di avere le stesse sensazioni od emozioni?

F44	FREQUENZA	PERCENTUALE
NO	42	59,2%
SI	29	40,8%
Totale	71	100,0%



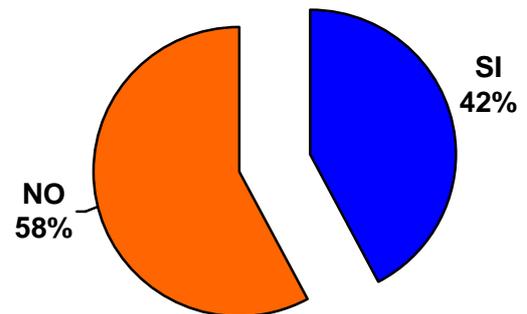
F44	DIRETTA	INDIRETTA	TOTALE
NO	31	11	42
SI	25	4	29
Totale	56	15	71



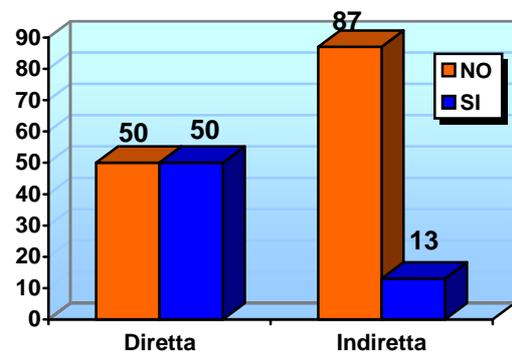
Il 41% del totale dei lavoratori rapinati dichiara di aver sperimentato in seguito le stesse emozioni o sensazioni provate durante la rapina. Nel dettaglio, hanno risposto positivamente a questa domanda il 45% dei soggetti rapinati direttamente e il 27% di quelli rapinati indirettamente.

F45 – Si è mai sentito angosciato quando qualcosa le ha ricordato la rapina?

F45	FREQUENZA	PERCENTUALE
NO	41	57,7%
SI	30	42,3%
Totale	71	100,0%



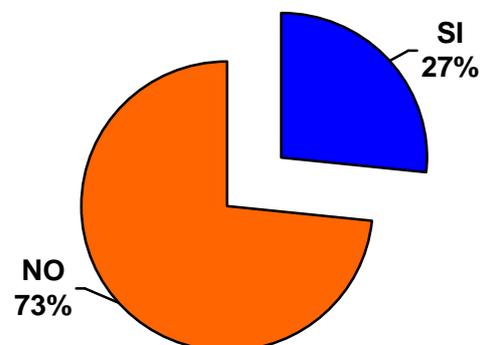
F45	DIRETTA	INDIRETTA	TOTALE
NO	28	13	41
SI	28	2	30
Totale	56	15	71



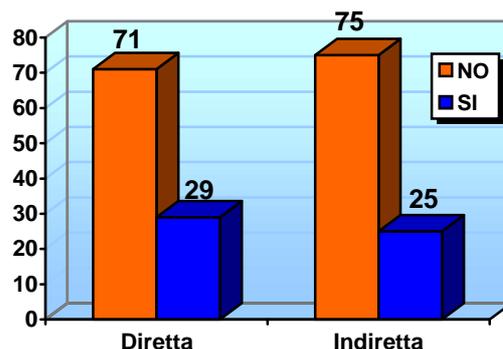
Il 42% degli intervistati ha risposto positivamente a questa domanda, inoltre la probabilità per coloro che hanno subito una rapina diretta di sentirsi angosciato quando qualcosa richiamava alla mente la rapina è di 6,5 volte superiore rispetto a chi ha subito una rapina indiretta.

F46 – Ha mai avuto dei sintomi fisici (ad esempio, intensa sudorazione, affanno, difficoltà a respirare o palpitazioni di cuore) durante la rapina)?

F46	FREQUENZA	PERCENTUALE
NO	52	73,2%
SI	19	26,8%
Totale	71	100,0%



F46	DIRETTA	INDIRETTA	TOTALE
NO	40	12	52
SI	16	3	19
Totale	56	15	71



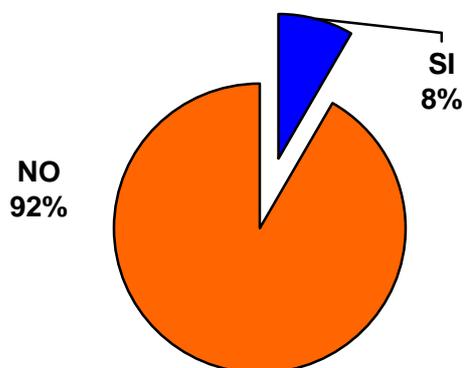
Il 27 % afferma di aver accusato sintomi somatici durante la rapina: tra questi il 29% dei dipendenti rapinati direttamente e il 25% di quelli rapinati indirettamente.

PARTE C

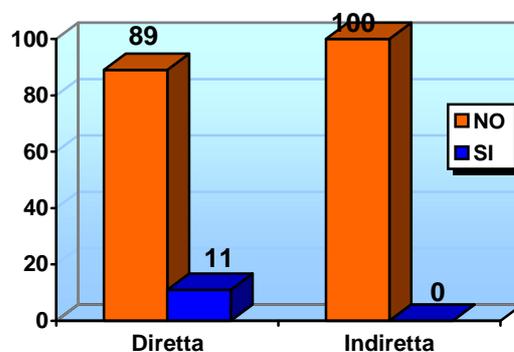
DOPO LA RAPINA

F48 – Ha mai fatto sforzi particolari per evitare di pensare o parlare di quello che è successo?

F48	FREQUENZA	PERCENTUALE
NO	65	91,5%
SI	6	8,5%
Totale	71	100,0%



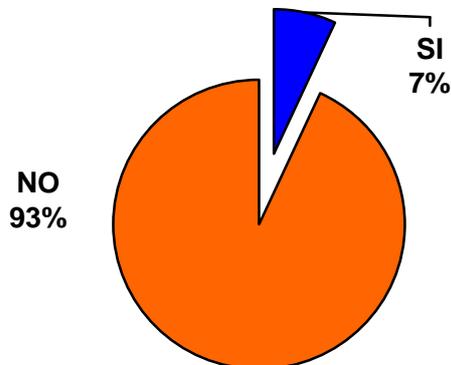
F48	DIRETTA	INDIRETTA	TOTALE
NO	50	15	65
SI	6	0	6
Totale	56	15	71



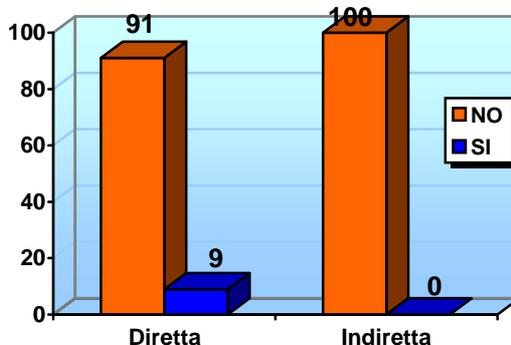
Dopo la rapina i soggetti non hanno fatto sforzi particolari per evitare di pensare o parlare di quello che era accaduto (92% contro 8% del totale).

F49 – Ha evitato cose e/o persone che le ricordavano la rapina?

F49	FREQUENZA	PERCENTUALE
NO	66	93,0%
SI	5	7,0%
Totale	71	100,0%



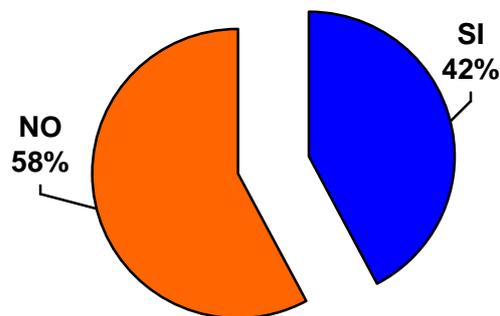
F49	DIRETTA	INDIRETTA	TOTALE
NO	51	15	66
SI	5	0	5
Totale	56	15	71



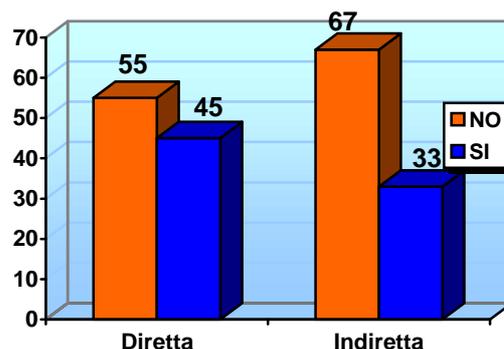
Dopo la rapina i soggetti non hanno fatto sforzi particolari per evitare cose o persone che ricordassero quello che era accaduto (93% contro 7% del totale).

F50 – Non è stato capace di ricordare parti importanti di quello che era accaduto?

F50	FREQUENZA	PERCENTUALE
NO	41	57,7%
SI	30	42,3%
Totale	71	100,0%



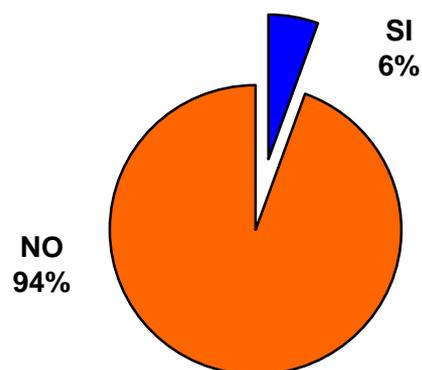
F50	DIRETTA	INDIRETTA	TOTALE
NO	31	10	41
SI	25	5	30
Totale	56	15	71



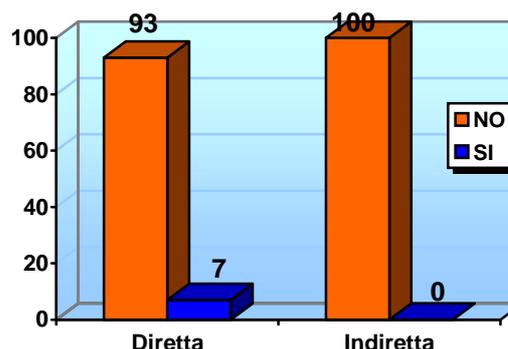
Il 42% dei lavoratori dichiara di aver dimenticato particolari importanti di quello che era accaduto durante l'evento rapina; di questi il 45 % dei soggetti rapinati direttamente e il 33% di quelli rapinati indirettamente.

F51 – Ha provato molto meno interesse nel fare cose che erano importanti per lei, come incontrare amici, leggere libri o guardare la TV?

F51	FREQUENZA	PERCENTUALE
NO	67	94,4%
SI	4	5,6%
Totale	71	100,0%



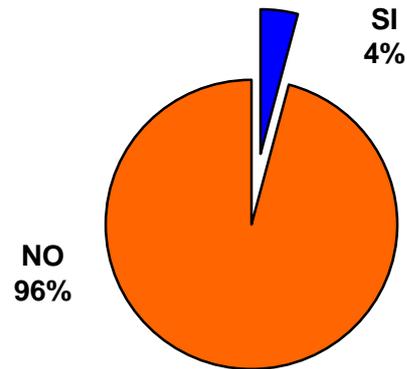
F51	DIRETTA	INDIRETTA	TOTALE
NO	52	15	67
SI	4	0	4
Totale	56	15	71



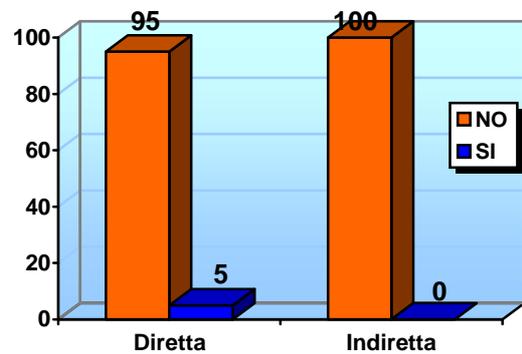
Tra i lavoratori rapinati non c'è stato, dopo la rapina, un affievolimento d'interesse per attività ritenute importanti (94% contro il 6% del totale).

F52 – Si è sentito distante o isolato dagli altri?

F52	FREQUENZA	PERCENTUALE
NO	68	95,8%
SI	3	4,2%
Totale	71	100,0%



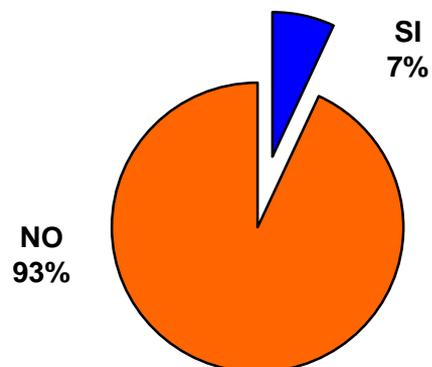
F52	DIRETTA	INDIRETTA	TOTALE
NO	53	15	68
SI	3	0	3
Totale	56	15	71



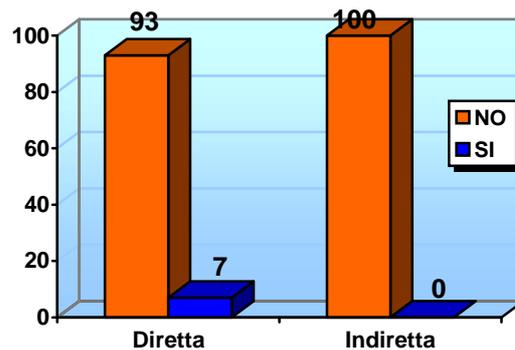
Anche la percezione del supporto sociale è rimasta intatta dopo la rapina, infatti il 96% del totale dei bancari ha risposto negativamente contro il 4% che ha risposto positivamente.

F53-Si è sentito come se non fosse più in grado di avere emozioni forti o di provare affetto per qualcuno?

F53	FREQUENZA	PERCENTUALE
NO	66	93,0%
SI	5	7,0%
Totale	71	100,0%



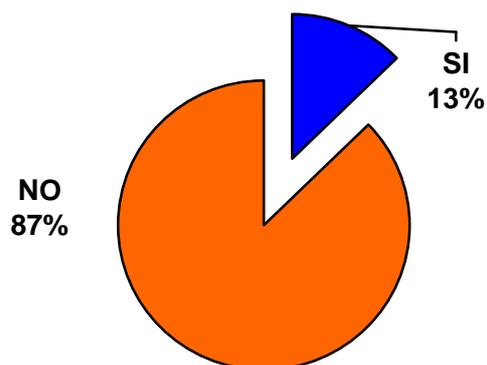
F53	DIRETTA	INDIRETTA	TOTALE
NO	51	15	66
SI	5	0	5
Totale	56	15	71



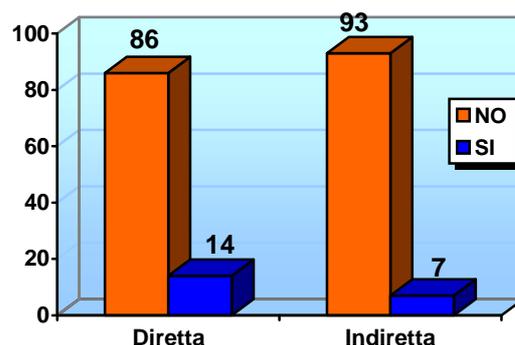
Nella quasi totalità del campione non sono state registrate variazioni nella percezione delle proprie emozioni (93% del totale).

F54 – Ha notato un cambiamento nel suo modo di pensare al futuro o di fare progetti per il futuro?

F54	FREQUENZA	PERCENTUALE
NO	62	87,3%
SI	9	12,7%
Totale	71	100,0%



F54	DIRETTA	INDIRETTA	TOTALE
NO	48	14	62
SI	8	1	9
Totale	56	15	71



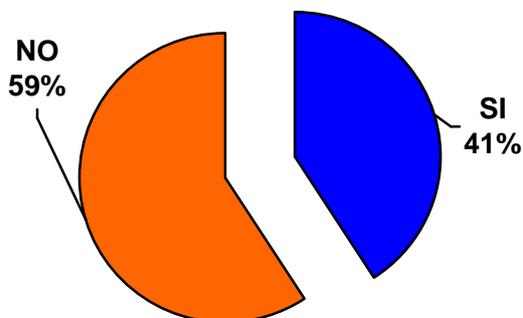
L'87% dei lavoratori afferma di non aver notato cambiamenti nel proprio modo di pensare o progettare il futuro.

PARTE D

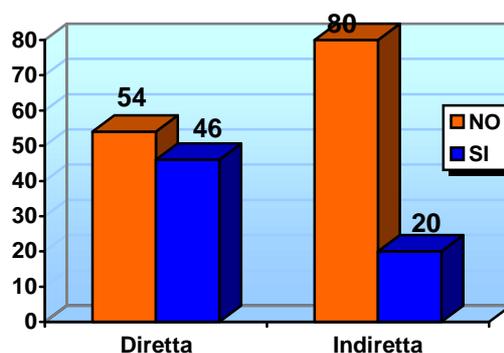
DOPO LA RAPINA

F56 – Ha avuto difficoltà nel dormire?

F56	FREQUENZA	PERCENTUALE
NO	42	59,2%
SI	29	40,8%
Totale	71	100,0%



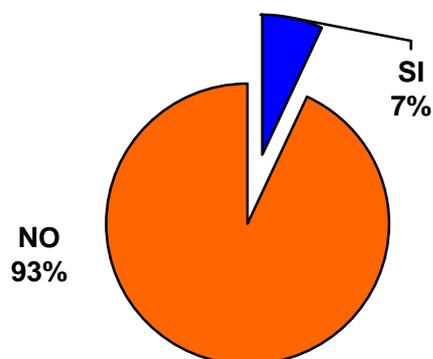
F56	DIRETTA	INDIRETTA	TOTALE
NO	30	12	42
SI	26	3	29
Totale	56	15	71



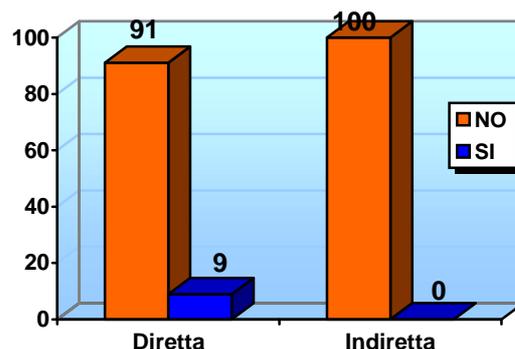
Il 41% dei soggetti intervistati dichiara di aver avuto disturbi del sonno dopo la rapina; in particolare il 46% dei lavoratori rapinati direttamente e il 20% di quelli rapinati indirettamente.

F57 – Si è sentito più irritabile del solito? Ha avuto scoppi di rabbia?

F57	FREQUENZA	PERCENTUALE
NO	66	93,0%
SI	5	7,0%
Totale	71	100,0%



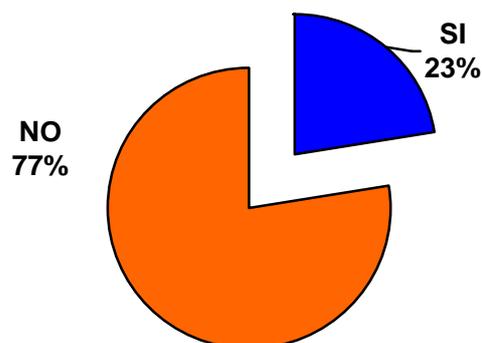
F57	DIRETTA	INDIRETTA	TOTALE
NO	51	15	66
SI	5	0	5
Totale	56	15	71



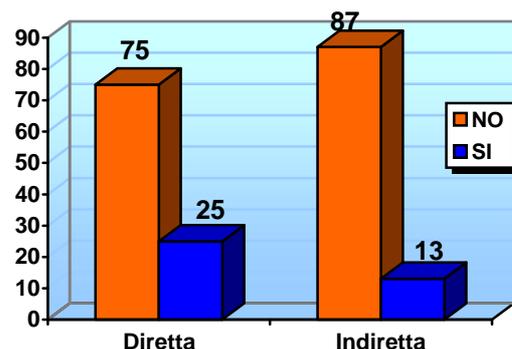
Non sono state registrate tra gli intervistati variazioni nell'irritabilità o nella gestione della rabbia (hanno risposto negativamente il 93% del totale).

F58 – Ha mai avuto difficoltà a concentrarsi nelle cose che faceva?

F58	FREQUENZA	PERCENTUALE
NO	55	77,5%
SI	16	22,5%
Totale	71	100,0%



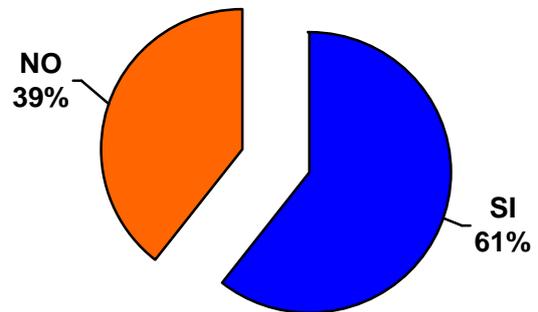
F58	DIRETTA	INDIRETTA	TOTALE
NO	42	13	55
SI	14	2	16
Totale	56	15	71



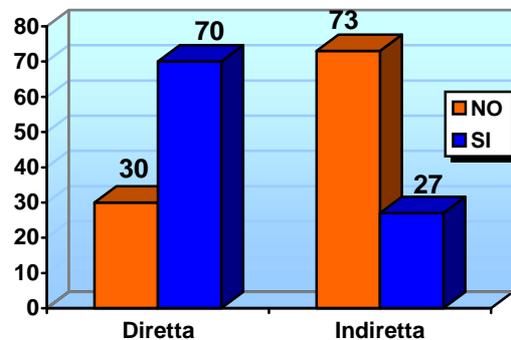
Il 23% dei soggetti rapinati dichiara di aver avuto difficoltà di concentrazione dopo l'evento rapina, di questi il 25% dei rapinati direttamente e il 13% dei soggetti rapinati indirettamente.

F59 – E' mai stato allarmato o sul “chi va là” anche senza una ragione precisa?

F59	FREQUENZA	PERCENTUALE
NO	28	39,4%
SI	43	60,6%
Totale	71	100,0%



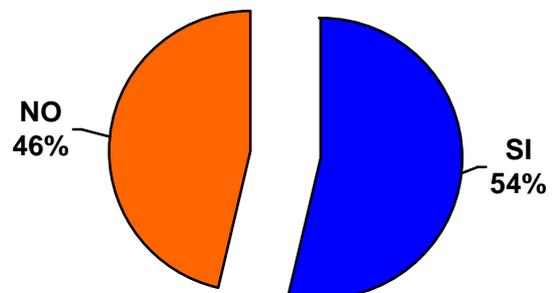
F59	DIRETTA	INDIRETTA	TOTALE
NO	17	11	28
SI	39	4	43
Totale	56	15	71



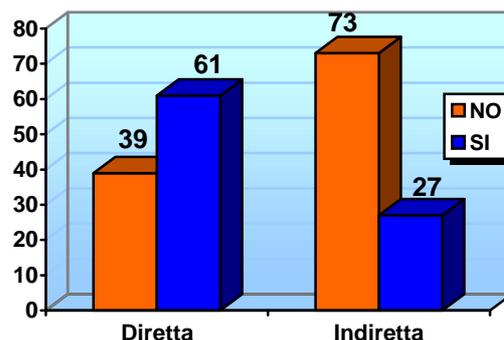
A questo item hanno risposto positivamente il 61% dei soggetti. La probabilità per coloro che hanno subito una rapina diretta di essere allarmato o sul “chi va là” anche senza una ragione precisa è di 6,3 volte superiore rispetto a chi ha subito una rapina indiretta.

F60 – Le è capitato spesso di allarmarsi e di sobbalzare, ad esempio per un rumore improvviso?

F60	FREQUENZA	PERCENTUALE
NO	33	46,5%
SI	38	53,5%
Totale	71	100,0%



F60	DIRETTA	INDIRETTA	TOTALE
NO	22	11	33
SI	34	4	38
Totale	56	15	71

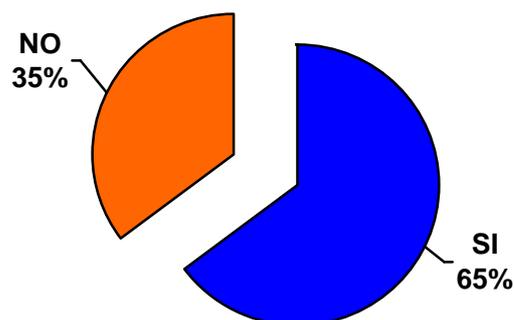


Anche qui, il 54% dei bancari rapinati ha risposto affermativamente. Dall'analisi statistica (Odds Ratio) emerge che la probabilità per coloro che hanno subito una rapina diretta di allarmarsi o sobbalzare facilmente, ad esempio per un rumore improvviso, è di 4,3 volte superiore rispetto a chi ha subito una rapina indiretta.

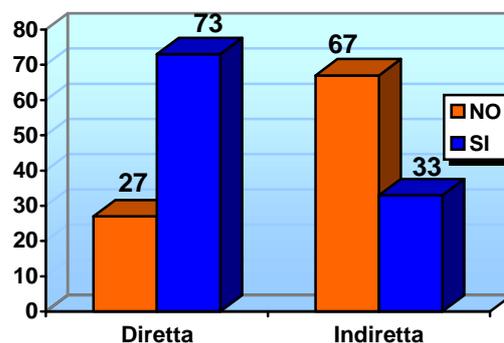
PARTE E

F62 – I problemi segnalati sono durati più di 1 mese?

F62	FREQUENZA	PERCENTUALE
NO	25	35,2%
SI	46	64,8%
Totale	71	100,0%



F62	DIRETTA	INDIRETTA	TOTALE
NO	15	10	25
SI	41	5	46
Totale	56	15	71



La variabile temporale è molto importante nella definizione dei risultati del test, poiché dà indicazioni sulla durata dei sintomi lamentati.

Il 65% dei soggetti dichiara che i sintomi accusati sono durati più di un mese. La probabilità per coloro che hanno subito una rapina diretta di avvertire questi

disturbi per almeno un mese è di 5,5 volte superiore rispetto a chi ha subito una rapina indiretta.

Toronto Alexithymia Scale (TAS 20) e Analisi Testuale

La parola “alessitimia” (dal greco a = mancanza, léxis = parola, thimos = emozione) indica mancanza di parole per le emozioni e descrive un insieme di deficit della capacità di elaborare gli affetti sul piano sia cognitivo sia esperienziale.

Come ricordano Sifneos e coll. (1977), le emozioni (emotions) costituiscono la componente biologica degli affetti, mentre i sentimenti (feelings) quella psicologica. Appare necessaria la trasformazione delle emozioni (che sono sostanzialmente scariche somatiche avvertite come sintomi corporei) in sentimenti affinché la persona possa dare un senso a ciò che sta accadendo emotivamente dentro di sé.

La misurazione dell’alessitimia va ad indagare il deficit della componente psicologica degli affetti. In altri termini i soggetti alessitimici non sono senza emozioni, ma la loro limitata capacità di elaborarle li predispone cognitivamente ad avere stati affettivi indifferenziati e scarsamente regolati (Caretti, La Barbera, 2005), il che può dare origine a sintomi somatici senza che la persona riesca a collegarli con la causa che li ha generati.

Tale misurazione, effettuata con la Toronto Alexithymia Scale (TAS 20), aveva lo scopo di comprendere fino a che punto i soggetti fossero in grado di mettersi in contatto e di raccontare le emozioni collegate all’evento rapina. Ciò al fine di non interpretare erroneamente la presenza o l’assenza delle stesse come segnale dell’essersi instaurato del DPTS.

I risultati ottenuti attraverso la somministrazione dalla “TAS 20” vengono suddivisi in tre categorie.

Alessitimia bassa con punteggio inferiore a 51.

Alessitimia Incerta con punteggio tra 51 e 61.

Alessitimia alta con punteggio uguale o superiore a 61.

Nell’analisi abbiamo confrontato i risultati della TAS 20 con i sintomi ascrivibili al livello emozionale - sopra trattato - rilevati alla SCID, utilizzando la scala relativa al Disturbo Post Traumatico da Stress.

Dai risultati emerge una differenza statisticamente significativa tra soggetti alessitimici (10,625 sintomi emozionali) e non alessitimici (3,975). Questa differenza permane anche se si prendono in considerazione solamente i soggetti rapinati direttamente, che come si è visto in precedenza presentano un maggior numero di sintomi rispetto a coloro che non sono stati coinvolti direttamente nell’evento. Infatti il numero di sintomi presentati dai soggetti rapinati

direttamente e non Alessitimici è di 4,384 contro i 10,625 sintomi dichiarati dai soggetti Alessitimici, pur loro stessi rapinati direttamente.

Infatti tra i soggetti rapinati direttamente, coloro che non risultano Alessitimici presentano una media di 4,384 sintomi contro i 10,625 sintomi di coloro con un'elevata Alessitimia.

La costanza di queste differenze fa pensare che il soggetto Alessitimico, pur sottoposto ad uno stesso evento stressante, presenta una sofferenza ascrivibile alla sua difficoltà di mentalizzare le emozioni che, rimanendo scollegate all'evento, si scaricano nel sintomo corporeo. Si tratta di una modalità che induce una maggior sintomatologia rispetto a coloro che riescono a trasferire le emozioni a livello di sentimenti, dando così loro un significato psicologico. I particolari risultati ottenuti nella valutazione dell'Alessitimia con questa popolazione bancaria suggeriscono alcune riflessioni specifiche che saranno riportate nelle conclusioni.

Una conferma di questa ipotesi la si ritrova nell'analisi linguistica dei racconti relativi alle rapine subite.

I testi delle 70 registrazioni ottenute sono stati elaborati ricercando tutte le parole che non fossero solo descrittive dell'evento, ma stessero ad indicare uno stato interno con pregnanza emotiva. Si è rilevato come 22 soggetti hanno una modalità di risposta emotivamente significativa, mentre 48 non la presentano. Andando a misurare i livelli di Alessitimia tra i due gruppi, si nota che il primo presenta un livello medio-normale (45,27), mentre il secondo si colloca sulla fascia incerta dell'Alessitimia (52,00). Questi dati sembrano confermare la difficoltà dei soggetti Alessitimici a tradurre in parole affettivamente pregnanti le emozioni vissute. Nella tabella n.1 è riportata la frequenza delle parole emotivamente significative utilizzate dai soggetti interessati (i dati si riferiscono alla frequenza delle parole utilizzate):

Paura	13
Spavento, spaventato ecc.	7
Agitazione	7
Ansia	5
Brutto, brutta	5
Terribile	4
Rabbia	4
Panico	3
Piangere	2
Preoccupazione, preoccupato	2

Tab. n. 1 frequenza delle parole utilizzate nei colloqui

Al fine di comprendere maggiormente i risultati ottenuti si è provveduto a confrontare i risultati emersi nella presente ricerca con quelli di indagini che avessero utilizzato la TAS 20 su altri campioni omogenei

Nella tabella n.2 sono riportati, per ogni ricerca, il numero di soggetti esaminati, la media ottenuta nella misurazione dell'alessitimia e la relativa deviazione standard.

	Numero soggetti	Media	Deviazione standard
Bancari Ricerca in corso	150	50,31	9,13
Studenti di Psicologia	283	43,52	10,61
Studenti di Medicina	191	45,56	10,61
Studenti di Economia e Commercio	68	51,69	9,7
Soccorritori CRI	415	42,41	9.52

Tab. n. 2

Come si può osservare la media generale va da 42,41 dei soccorritori CRI fino al 51,69 presentato dagli studenti di Economia e Commercio, che si colloca nell'area incerta dell'alessitimia.

Entrando maggiormente nel merito dell'analisi dei dati abbiamo considerato quanti soggetti per ogni gruppo presentassero una situazione di alessitimia bassa, incerta o alta.

Nella tabella n. 3 sono riportati i risultati emersi, che confermano quanto già visto nella tabella n. 2.

	Alessitimia bassa	Alessitimia incerta	Alessitimia alta
Ricerca in corso	55,33%	33,33%	11,3%
Studenti di Psicologia	72,4%	20,5%	7,1%
Studenti di Medicina	63,4%	27,2%	9,4%
Studenti di Economia e Commercio	41,2%	38,2%	20,6%
Soccorritori CRI	77,35%	19,04%	3,61%

Tab. n. 3

Alla luce di questi dati si può avanzare l'ipotesi che i gruppi di soggetti che svolgono, o si preparano a svolgere, attività che li metteranno in contatto con le proprie emozioni e con quelle degli altri presentino una percentuale più bassa di soggetti alessitimici nelle loro file. Una conferma in questa direzione la si può individuare constatando che gli indici di alessitimia presentati dai bancari e dagli studenti di economia e commercio sono più elevati di quelli presentati dagli studenti di psicologia e soprattutto dai soccorritori CRI.

	Livello medio di alessitimia
Bancari mai rapinati	50,60
Bancari oggetti indiretti di una rapina	49,00
Bancari direttamente rapinati	50,27

Tab. n. 4 livello di alessitimia nel campione di bancari

Da questo punto di vista si può ritenere che le persone compiano, in modo del tutto inconsapevole, scelte di studio o di professione in qualche modo adeguate alla struttura di base della propria personalità.

In linea con le più recenti ricerche sull'alessitimia, i dati raccolti da questa indagine confermano che le esperienze di rapina non modificano la capacità di

mettersi in contatto ed elaborare le proprie emozioni. Come si può osservare nella tabella n. 4 l'alessitimia misurata tra i soggetti mai rapinati (50,60), che hanno assistito alla rapina senza esserne direttamente coinvolti (49,00) e oggetto diretto della rapina (50,27) è sullo stesso livello. Un alto livello di alessitimia non svolge una funzione protettiva nei confronti della sofferenza emotiva, anzi rischia di portare ad una somatizzazione di eventi stressogeni che altri riescono invece ad elaborare positivamente.

Quality Of Life Enjoyment And Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q)

Un ulteriore strumento utilizzato è stato il Quality of Live Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q) del quale sono state utilizzate 4 scale: emozioni, occupazione, relazioni sociali e attività generale.

I risultati confermano che i soggetti con alta alessitimia mostrano dei punteggi inferiori a coloro che hanno bassa alessitimia, specialmente nelle aree più legate alle relazioni con gli altri e alla soddisfazione per le condizioni della propria vita.

Questo dimostra un minor significato attribuito agli aspetti della vita più correlati agli stati interni quali appunto sono quelli delle relazioni interpersonali.

CONCLUSIONI

In questa indagine, a differenza di quanto emerso da un'indagine precedente (Zuliani A., Varalta C, 2005), non si è riscontrata la presenza di patologie ascrivibili alla Sindrome Post Traumatica da Stress (PTSD), così come rilevata dal test SCID-II. Nella precedente indagine la percentuale dei soggetti per i quali era possibile diagnosticare la PTSD era del 16%. La differenza tra questi risultati può essere determinata dai campioni esaminati. Nella prima indagine i soggetti si erano offerti volontariamente indipendentemente dalla scelta degli Istituti bancari di collaborare, mentre in quest'ultimo caso la scelta del campione ha visto l'adesione delle banche. Ciò fa pensare che nell'indagine del 2005 si siano presentati soggetti più sensibilizzati dalla propria sofferenza personale a partecipare all'indagine.

Al di là di questo dato viene confermata la presenza di una varietà di sintomi che fanno pensare, indipendentemente dalla diagnosi di PTSD, a gradi di sofferenza psicologica significativi.

In senso generale gli intervistati mostrano un diffuso senso di sofferenza:

- la probabilità di percepire dei disturbi dopo aver subito una rapina diretta è di 6,7 volte superiore alla probabilità di percepire problemi in caso di una rapina indiretta.
- il 76% del totale dei soggetti intervistati ritiene che la rapina sia stata per loro un trauma, contro il 24% che invece lo nega. Il dato disaggregato mostra che il 77% (43 su 56) dei dipendenti rapinati direttamente e il 74% (11 su 15) di quelli rapinati indirettamente definiscono la rapina un'esperienza traumatica;

La più recente ricerca psicologica ha, infatti, evidenziato come alcuni quadri sintomatologici siano in grado, pur non concorrendo quantitativamente a determinare il PTSD, di influire negativamente sulla qualità della vita di chi li vive.

Il primo si ascrive all'area dei sintomi di sopraeccitamento per cui il sistema umano di autoprotezione è in allerta permanente come se il pericolo potesse ritornare in ogni momento.

L'eccitazione fisiologica si mantiene invariata, la persona si allarma facilmente, reagisce con irritabilità a piccole provocazioni, dorme poco. La persona impiega più tempo ad addormentarsi, è più sensibile al rumore e si sveglia più frequentemente

Nel nostro campione possiamo rilevare che:

- il 43% di chi ha subito una rapina dichiara di sentirsi più agitato di quanto non fosse prima;
- il 39% dichiara di vivere in uno stato di maggiore allerta;

- l'82% dichiara di aver provato paura, di essersi sentito terrorizzato o impotente mentre la rapina era in corso. Nel dettaglio, l'84% dei dipendenti rapinati direttamente e il 73% di quelli rapinati indirettamente rispondono positivamente alla domanda;
- la probabilità per coloro che hanno subito una rapina diretta di essere allarmato o sul "chi va là" anche senza una ragione precisa è di 6,3 volte superiore rispetto a chi ha subito una rapina indiretta.;
- la probabilità per coloro che hanno subito una rapina diretta di allarmarsi o sobbalzare facilmente, ad esempio per un rumore improvviso, è di 4,3 volte superiore rispetto a chi ha subito una rapina indiretta.

La seconda area sintomatologica ascrive a se tutti i sintomi intrusivi per cui anche se il pericolo è passato e la persona rivive l'evento come se questo continuamente si ripresentasse nel presente e non è in grado di riprendere il normale corso della vita, perché il trauma continuamente lo interrompe.

Il momento traumatico si codifica in una forma anormale nella memoria, che irrompe spontaneamente nella coscienza, sia sotto forma di flashback durante gli stati di veglia sia come incubi traumatici nel sonno.

I ricordi traumatici mancano di una narrazione verbale e di un contesto e sono codificati sotto forma di sensazioni vivide e di immagini.

Così come i ricordi traumatici non sono ricordi normali, neppure i sogni traumatici sono sogni normali.

Nella forma questi sogni condividono molte delle particolari caratteristiche dei ricordi traumatici che si verificano nello stato di veglia includendo precisi frammenti dell'evento traumatico con una scarsa o del tutto assente elaborazione creativa.

Lo stesso identico sogno si presenta molto spesso e il più delle volte è esperito con terrificante immediatezza come se si verificasse nel presente.

Piccoli e apparentemente insignificanti stimoli ambientali che si verificano durante questi sogni, possono essere percepiti come segnali di un attacco ostile provocando violente reazioni.

I fenomeni intrusivi, inclusa la messa in atto, sono tentativi spontanei di integrare l'evento traumatico.

Nel nostro campione possiamo rilevare che:

- il 29% soffre maggiormente di problemi di sonno;
- la probabilità per coloro che hanno subito una rapina diretta di pensare alla rapina anche quando non si voleva farlo è di 5,7 volte superiore rispetto a chi ha subito una rapina indiretta;
- il 35% dei soggetti ha risposto di aver sognato l'evento traumatico; di questi il 43% dei lavoratori rapinati direttamente e il 7% di quelli rapinati indirettamente. La probabilità per coloro che hanno subito una rapina diretta di sognare la rapina è 10,5 volte superiore rispetto a chi ha subito una rapina indiretta;

- il 41% del totale dei lavoratori rapinati dichiara di aver sperimentato in seguito le stesse emozioni o sensazioni provate durante la rapina. Nel dettaglio, hanno risposto positivamente a questa domanda il 45% dei soggetti rapinati direttamente e il 27 % di quelli rapinati indirettamente,
- il 42% degli intervistati ha risposto di essersi sentito angosciato dopo la rapina, inoltre la probabilità per coloro che hanno subito una rapina diretta di sentire tale emozione, quando qualcosa richiamava alla mente la rapina, è di 6,5 volte superiore rispetto a chi ha subito una rapina indiretta;
- il 41% dei soggetti intervistati dichiara di aver avuto disturbi del sonno dopo la rapina; in particolare il 46% dei lavoratori rapinati direttamente e il 20% di quelli rapinati indirettamente.

Una terza area fa riferimento al fatto che a volte la situazione di pericolo a cui è impossibile fuggire, può provocare non solo terrore e collera ma anche, paradossalmente, uno stato di calma distaccata, nel quale terrore, rabbia e dolore **si** dissolvono.

Gli eventi continuano a essere registrati sul piano della coscienza, ma è come se fossero stati scollegati dai loro normali significati. Le percezioni possono essere obnubilate o distorte con parziale anestesia oppure perdita di particolari sensazioni. La percezione del tempo può essere alterata, spesso nel senso di un rallentamento motorio e l'esperienza può perdere la sua qualità di realtà oggettivabile.

I sintomi di restrizione della nevrosi traumatica non riguardano solo il pensiero, la memoria e gli stati di coscienza, ma anche l'intero campo delle attività mirate e dell'iniziativa. Nel tentativo di creare un qualche senso di sicurezza e di controllare una sconfinata paura, spesso i traumatizzati restringono le loro vite.

La persona può sentire come se l'evento non accadesse a lei, come se stesse osservando il suo corpo dall'esterno oppure come se l'intera esperienza fosse un brutto sogno dal quale tra poco si risveglierà. Questi cambiamenti percettivi si combinano con un sentimento di indifferenza, di distacco emotivo e di profonda passività nei quali la persona abbandona tutte le potenzialità di iniziativa e di lotta.

Nel nostro campione possiamo rilevare che:

- il 42% dei lavoratori dichiara di aver dimenticato particolari importanti di quello che era accaduto durante l'evento rapina; di questi il 45 % dei soggetti rapinati direttamente e il 33% di quelli rapinati indirettamente;
- tra i lavoratori rapinati non c'è stato, dopo la rapina, un affievolimento d'interesse per attività ritenute importanti (94% contro il 6% del totale) come spesso segnalato dalla letteratura.

Accanto ai risultati inerenti il PTSD la ricerca ha evidenziato un dato significativo relativo ai livelli di alessitimia presentati dai soggetti esaminati (Zuliani A., Leonardi A., 2009).

Da questo punto di vista il livello di alessitimia più elevato presentato dai bancari rispetto a quello riscontrato in altre categorie professionali propone delle riflessioni significative in ordine sia alle strategie di supporto psicologico post rapina, sia alle strategie di prevenzione che possono essere adottate.

Pur non trovandosi in presenza di un dato significativo dal punto di vista statistico si può notare una scarsa propensione dei soggetti esaminati a mettersi in contatto con le proprie emozioni e ciò può indicare una tendenza più alla somatizzazione che non alla elaborazione affettiva delle esperienze vissute.

Nel contesto di questa indagine la riflessione principale riguarda le strategie preventive ed in particolare quanto può contribuire un'adeguata formazione. La letteratura internazionale indica nella formazione uno strumento estremamente valido in questi ambiti di intervento.

Gli obiettivi della formazione possono essere molteplici: conoscere quelle che possono essere le reazioni attese durante e dopo un evento potenzialmente traumatizzante come la rapina, riconoscere le proprie personali reazioni e le aree personali più soggette ad entrare in crisi, individuare le più efficaci strategie personali e di gruppo per aiutarsi a far fronte ai disagi psicologici vissuti.

Nella progettazione di tali strategie formative deve essere tenuto in debita considerazione il dato sopra ricordato relativo all'alessitimia. Nello specifico occorre tenere nella debita considerazione che i soggetti in formazione devono essere supportati nel lavoro di ricongiungimento delle emozioni che possono scaturire dall'evento rapina a quanto vissuto. Si tratta di lavorare sul processo di chiarificazione del rapporto evento-vissuto che potrebbe non funzionare efficacemente se lasciato all'elaborazione spontanea. La conoscenza delle possibili reazioni emotive è oggi considerata un fondamentale strumento di aiuto per i soggetti che possono essere esposti ad eventi stressogeni.

Il pacchetto formativo

Sulla base dei risultati emersi il programma formativo dovrà puntare sia sull'informazione sia sugli strumenti più idonei a sviluppare una consapevolezza circa le possibili conseguenze emotive di essere stati coinvolti in un evento "rapina". Si punta, perciò:

- per i partecipanti che hanno subito una o più rapine, ad aiutarli a riconoscere e recuperare il senso delle emozioni vissute, collegandole all'evento scatenante, sapendo che tale operazione potrebbe essere difficile se affidata alle sole risorse individuali;
- per coloro che non sono stati esposti a tale evento, a conoscere le possibili emozioni scatenate e ad assimilare tecniche di gestione delle stesse nonché saper applicare modalità relazionali efficaci nel post evento.

Nello specifico il corso potrà essere suddiviso in 4 aree tematiche tra loro connesse:

1) Atteggiamenti più opportuni da assumere durante una rapina.

In considerazione del fatto che è interesse sia del rapinato sia del rapinatore che tutto proceda senza inutili rischi, vi sono una serie di indicazioni sui migliori comportamenti da assumere e sulle cose da evitare proprio al fine di raggiungere l'obiettivo sopra indicato minimizzando i danni e, se possibile, attivando azioni che favoriscano il successivo espletamento delle attività di indagine.

Tra le indicazioni da proporre si segnalano (a titolo di esempio):

- Non reagire, evitando gesti di eroismo o di violenza che potrebbero scatenare azioni estreme.
- Sforzarsi, per quanto possibile, di non apparire impauriti per non aumentare anche la paura del rapinatore. Una reazione di panico, per quanto comprensibile, può allarmare l'aggressore e portarlo a risposte affrettate e violente.
- Assecondare il rapinatore facendo ricorso a movimenti lenti che al contempo non lo innervosiscano, ma ne rallentino l'azione.
- Avvisarlo se si attende l'arrivo di qualcuno in modo che tale fatto non scateni reazioni pericolose.
- Attivare il segnale di allarme solo se si è sicuri che il rapinatore non se ne accorga.
- Cercare di comunicare con lui in quanto la comunicazione può influire sull'esito della rapina.
- Ricordare che il comportamento del dipendente della filiale influirà anche sulle reazioni delle altre persone presenti, soprattutto i clienti che non hanno la sua preparazione e si affidano a lui in specie nelle piccole realtà dove è conosciuto.

2) Possibili reazioni emotive durante e dopo una rapina.

Le indicazioni sopra proposte sono utili, ma nella loro applicazione devono tenere conto che il dipendente rapinato è alle prese con una forte emozione e che le reazioni delle persone non sono prevedibili. Per favorire tale consapevolezza e per affrontare il tema delle ricadute emotive di fronte ad un'esperienza come quella di essere rapinati, il corso affronterà questa area tematica suddividendo l'analisi su ciò che si vive:

- durante la rapina stessa. In questa area sono prevedibili reazioni di:
 - rabbia,
 - paura,
 - shock;

- subito dopo la sua conclusione si possono presentare alcuni o tutte le reazioni che a titolo esemplificativo sono sotto descritte, ma che appare opportuno presentare nel corso:
 - reazione di sollievo per la conclusione della vicenda;
 - paura per il rischio corso;
 - rabbia;
 - pianto;
 - negazione dell'importanza dell'evento;
 - confusione con ricordi sconnessi e veri e propri “buchi” di memoria circa l'evento vissuto;
 - attivismo;
 - domande sul perché sia avvenuta la rapina;
 - senso di colpa per i propri comportamenti;
 - invidia per chi non ha vissuto tale evento;
 - ansia;
 - senso di vulnerabilità;

- nei giorni successivi le reazioni possono essere raggruppate su 3 grandi gruppi, come riconosciuto dalla letteratura internazionale:
 - sovraeccitamento;
 - intrusione;
 - congelamento.

3) Gestione delle problematiche relazionali connesse.

Indubbiamente la rapina ha anche un suo risvolto legato alle indagini nelle quali si viene coinvolti, sul vissuto che ne hanno le persone esterne ed in particolare i familiari della persona rapinata. Temi che sembra opportuno affrontare almeno per il risvolto emotivo che contengono.

4) Come favorire il ripristino dell'equilibrio personale.

L'ultima parte dell'incontro dovrebbe vertere sull'illustrazione di alcune agevoli strategie per favorire lo scioglimento delle emozioni più violente e per ripristinare lo stato emozionale precedente. Evidentemente non si possono proporre strategie che cancellino l'evento, ma che lo rendano tuttavia emotivamente gestibile.

Data la delicatezza delle tematiche affrontate si prevede l'affidamento della conduzione del progetto formativo alla figura professionale di uno psicologo.

Durata

Formazione di 3 ore.

Partecipanti

Piccolo gruppo di 12 -15 persone che permetta a tutti i partecipanti di avere un ruolo attivo nel processo formativo.

Metodo

La metodologia formativa è essenzialmente dinamica e compartecipativa, con le seguenti fasi:

- Presentazione di uno stimolo esterno (identificabile in un filmato) che possa rappresentare l'evento stressante rapina.
- Discussione collettiva atta ad aiutare i partecipanti a riconoscere le emozioni, verbalizzarle, condividerle e collegarle all'evento scatenante (visto che realizzare autonomamente questi passaggi è una delle difficoltà maggiori che emergono da questa ricerca a carico dei soggetti esaminati).
- Contributo teorico che inquadri quanto è emerso all'interno di una "normale" evoluzione del vissuto personale e collettivo all'esposizione di un evento potenzialmente traumatico come la rapina. Appare utile evidenziare come le emozioni e i pensieri attivati siano del tutto compatibili con quanto accadrebbe a qualsiasi persona in una situazione analoga; ciò allontana lo spettro della "malattia" e favorisce l'accettazione e la normalizzazione di quanto sperimentato individualmente e collettivamente.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (4°ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Associazione OSSIF- Centro di Ricerca dell'ABI per la sicurezza Anticrimine: Rapporto (2008) dell'Osservatorio Sulla Sicurezza Fisica.

Bamber M. (1992). Debriefing victims of violence. *Occupationnal Health*, 44(4), 115-117.

Barret T.W. & Mizes J.S. (1988). Combat level and social support in the development post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Behaviour Modification*, 12, 110-115.

Bernstein E. & Putnam T. (1986). Development, reliabilty, and validity of a Dissociation Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.

Biondi M. (1999). Disturbi d'Adattamento, Disturbo acuto da stress e Disturbo post-traumatico da stress. In P. Pancheri e G.B. Cassano, *Trattato Italiano di Psichiatria* (2a edizione). Milano: Masson.

Blank A.S. (1993). The longitudinal course of posttraumatic stress disorder. In J.R.T. Davidson & E.B. Foa, *Posttraumatic stress disorder: DSM IV and Beyond*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Bremner D., Southwich S., Brett E., Fontana A., Rosenheck R., Charney D.S. (1992). Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry*, 149, 328-332.

Breslau N., Kessler R.C., Chilcoat H.D. et al. (1998). Trauma and posttraumatic stress dsorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch. Gen. Psychiatry*, 55 pp. 626-632.

Bressi a el, (1996), "Cross validation of the factor structure of 20 Item Toronto Alexthymia Scale: an Italian multicenter study", in *Journal of Psychosomatic Research*, 41.

Brom, D., Kleber R.J., Defares P.B. (1989). Brief psychoterapy for posttraumatic stress disorder. *Journal Consult. Clin. Psychol.*, 57, pp. 607-612.

Card J. (1987). Epidemiology of PTSD in a national cohort of Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry*, 149, 328-332.

Caretti, V., La Barbera D., (2005), Alessitimia , Valutazione e trattamento, Astrolabio, Roma .

Carlier I.V.E., Lamberts R.D., Fouwels A.J., Gersons B.P.R. (1996). PTSD in relation of dissociation in Traumatized Police Officers. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1325-1328.

Carretti, La Barbera, Capraro (2005) L'alessitimia come disregolazione degli affetti. Astrolabio, Roma.

Clark L.A., Watson D., Mineka S. (1994). Temperament, personality and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 103-116.

Colombo G. (2001). *Manuale di Psicopatologia Generale* (4° edizione). Padova: Cleup.

Comunicazione della Commissione delle Comunità Europee 11/03/2002 “Adattarsi alle trasformazioni del lavoro e della società: una nuova strategia comunitaria per la salute e la sicurezza 2002-2006”.

Cox & Griffiths (1995) The nature and measurements of work stress: theory and practice. London: Taylor & Francis.

Davidson J.R.T. & Foa E.B. (a cura di) (1993). Epilogue. In: *Posttraumatic stress disorder, DSM IV and Beyond*. Washington, D.C.: American Psychiatry Press.

Dyregrov, A., Kristoffersen, J. I. & Muller, O. (1991). Når livet trues. *Tinsskrift for Norsk Psykologforening*, 28, 885-894.

Endicott et al. (1993) Il *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire - Q-LES-Q*.

Favaro A., Degortes D., Colombo G., Santonastaso P. (2000). The effects of trauma among kidnap victims in Sardinia, Italy. *Violence and Victims*, 11, 21-38.

Favaro A., Rodella F.C., Colombo G., Santonastaso P. (1999). Post-traumatic stress disorder and major depression among Italian Nazi camp survivors: A controlled study fifty years later. *Psychological Medicine*, 29, 87-95.

Favaro A., Maiorani M., Colombo G., Santonastaso P. (1999). Traumatic experience, posttraumatic stress disorder and dissociative symptoms in a group of refugees from former Yugoslavia: *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 306-308.

- Favaro A.** (1999). Disturbi Post-traumatici, Effetti Psicologici di Traumi Gravi. In G. Colombo, *Manuale di Psicopatologia Generale*. 3a ed. Padova: Cleup.
- First M. B.** (1995) Intervista clinica strutturata per il DSM-IV (SCID- II).
- Formica, Di Maria** (2009) Fondamenti di gruppoanalisi. Il Mulino.
- Friedman M.J.** (1991) Biological approaches to the diagnosis and treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 4 (1), pp. 67-91.
- Gabbard G.O.** (2002). *Psichiatria psicodinamica*. Raffaello Cortina Editore.
- Gabor, T., & Normandeau, A.** (1989) Armed robbery: Highlights of a Canadian study. *Canadian Police College Journal*, 13(4), 273-282.
- Gaston L.** (1995). Dynamic therapy for post-traumatic stress disorder. In: Barber J.P., Crits-Christoph P. (a cura di) *Dynamic Therapies for Psychiatric Disorders (Axis I)*. Basic Books, New York.
- Green, B. L., Wilson, J. P., & Lindy, J. D.** (1985) Conceptualizing posttraumatic stress disorder: A psychosocial framework. In C. R. Figley (Ed.) *Trauma and its wake: The study and treatment of posttraumatic stress disorder*. New York: Brunner/Mazel.
- Harrison, C. A. & Kinner, S. A.** (1998). Correlates of psychological distress following armed robbery. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 787-798.
- Helzer J.E., Robins L.N. & McEnvoy L.** (1987). Posttraumatic stress disorder in the general population. *New England Journal of Medicine*, 317, 1630-1634.
- Herlofsen, P. H.** (1992). Group treatment for posttraumatic stress disorder after armed robbery. *Psichiatria Fennica*, 23 (suppl.), 71-79.
- Herman, J.** (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Hobfoll, S.E.** (1988). *The ecology of stress*. Washington,DC: Hemisphere Publishing.
- Hoffmann C., Formica I., Di Maria F.** (2007). Caregivers in formazione: un'indagine empirica su un campione di studenti dell'Università di Palermo, in *Giornale di Psicologia*, vol. 1, n. 1, 2007.

House, S. J. (1981). *Work stress and social support*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.

Joseph Celeste A. (2002). "Victim Perspective of Bank Robbery Trauma and Recovery". *Traumatology*, vol.8, (4).

Joseph S., Yule W., Williams R. & Andrews B. (1993). Crisis support in the aftermath of disaster: a longitudinal prospective. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 177-185.

Kessler R.C. (2000). Posttraumatic Stress Disorder: The burden to the individual and society. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (suppl. 5), 4-12.

Kilpatrick D.G., Edmunds C.N., Seymour A.K. (1992). *Rape in America: A report to the Nation*. Arlington, VA: National Victim Center.

Kilpatrick D.G., Resnick H.S. (1993). Appendix III: a description of the posttraumatic stress disorder field trial. In: Davidson T.R.F., Foa E.B. (a cura di) *Posttraumatic stress disorder: DSM IV and Beyond*. American Psychiatric Press, Washington.

Krystal H. (a cura di) (1968). *Massive Psychic Trauma*. New York: International University Press.

Krystal H. (1984). Psychoanalytic view on human emotional damages. In: Van der Kolk, B.A. (a cura di) *Posttraumatic Stress Disorder: Psychological and Biological Sequelae*. Washington, D.C: American Psychiatric Press.

Krystal H. (1988). *Integration and Self-Healing: Affect, Trauma, Alexythymia*. Hillsdale: Analytic Press.

Krystal H., (2007) *Affetto, trauma, alessitimia*, Edizioni Magi, Roma.

Lewis G. (1993). Managing crisis and trauma in the workplace: How to respond and intervene. *AAOHN Journal*, 41(3), 124-130.

Leymann H. (1985). Somatic and psychological symptoms after the experience of life threatening events: A profile analysis. *Victimology: An Internatinal Journal*, 10(1-4), 512-538.

Lindy J.D. (1996). Psychoanalytic psychotherapy of posttraumatic stress disorder: the nature of the therapeutic relationship. In: van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C.,

Weisaeth, L. (a cura di.) *Traumatic Stress: The effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. Guilford, New York.

Lindy J.D., Green, B.L., Grace, M.C. et al. (1983) Psychotherapy with survivors of the Beverly Hills Supper Club fire. *American Journal of Psychotherapy*, 37, pp. 593-610.

Lindy J.D., Grace, M.C., Green B.L. (1984) Building a conceptual bridge between civilian trauma and war trauma: preliminary psychological findings from a clinical sample of Vietnam veterans. In: van der Kolk, B.A. (a cura di) *Post-Traumatic stress disorder: Psychological and Biological Sequaele*. American Psychiatric Press, Washington.

McCann I.L., Pearlman L.A. (1990). *Psychological Trauma and The Adult Survivors: Theory, Therapy and Trasformation*. New Jork: Brunner/Mazel.

McFarlane A.C. & Papay P. (1992). Multiple diagnoses in post-traumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 498-504.

Mollica R.F., Wyshak G., Lavelle J. (1987). The psychosocial impact of war trauma and torture on southeast Asian refugees. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1567-1572.

Peebles, M.J. (1989). Posttraumatic stress disorder: a historical perspective on diagnosis and treatment. *Bull. Menninger Clin.*, 53, pp. 274-286.

Perry, S., Difede, J., Musngi, G. et al. (1992). Predictors of posttraumatic stress disorder after burn injury. *American Journal Psychiatry*, 149, pp. 931-935.

Putnam F.W., Carlson B.E., Ross C., Anderson G., Clark P., Torem M., Bowman S.E., Coon P., Chu J., Dill L.D., Loewenstein R.J., Braun B.G. (1996). Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. *Journal of Nervous and Mental Desease*, 181, 673-679.

Rachman S. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 51-60.

Regione del Veneto (2005) Progetto “Promozione del benessere organizzativo negli ambienti di lavoro e sviluppo di azioni di contrasto ai rischi psicosociali” (D.G.R. 4407 del 31/12/2005)

Regione del Veneto (Aprile 2006) – *Note sui rischi psicosociali e loro effetti sulla salute in ambiente di lavoro*. Piano Regionale di Prevenzione e Promozione della Sicurezza e della Salute negli Ambienti di Lavoro 2002-2004.

Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy Psycosomatic*, 22, pp. 257-262.

Sifneos e coll. (1979) “Alexithymia: concepì and measurement”. In *Psychotherapy and Psychosomatics*, 32 pp. 180-90.

Smith, S. M., & Vela, E. (2001). Environmental context-dependent meory: A review and meta-analysis. *Psychonomic Bulletin and Review*, 8(2), 202-220.

Solomon, S.D., Gerrity, E.T., Muff, A.M. (1992). Efficacy of treatment of posttraumatic stress disorder: an empirical review. *JAMA*, 268, pp. 633-638.

Solomon Z., Mikulincer M., Kotler M. (1987). A two years follow-up of somatic complaints among Israeli combat stress reaction casualties. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 463-469.

Stallard P.& Law F. (1993). Screening and psychological debriefing of adolescent survivors of life threatening events. *British Journal of Psychiatry*, 163,660-665.

Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J.D.A., (2007) *I disturbi della regolazione affettiva*, Fiorini Editore, Roma, 2007

Third European survey on working conditions 2000 - European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2001.

Tunnecliffe, M.R., & Green, S. (1986). Trauma in the workplace: Dealing with stress reactions after armed hold-ups. In D. Morrison, L. Hartley, & D. Kemp (Eds.), *Trends in the ergonomics of work*. (Proceedings of the 23rd annual conference of the ergonomics society of Australia and New Zealand). Carlton Victoria: Ergonimics Society of Australia and New Zealand.

Van der Kolk B.A., McFarlane A.C., Weisaeth L. (1996): *Traumatic stress*, New York, Guilford Press.

Wakefield, H. (1993, Dec.). Get ready for some workplace violence. *Australian Business Monthly*, 130-131.

Weisaeth L. (1984). *Stress reaction in an industrial accident*. Unpublished doctoral dissertation, Oslo University, Norway.

Weisaeth L. & Eitinger L. (1991). Research on PTSD and other post-traumatic reactions: European literature. *PTSD Research Quarterly*, 2, 1-2.

West, L.J., Coburn, K. (1984). Posttraumatic anxiety. In: Pasnau, R.O. (a cura di) *Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders*. American Psychiatric Press, Washington.

Yehuda R., Kahana B., Schmeidler J., Southwich S.M., Wilson S., Giller E.L. (1995). Impact of cumulative lifetime trauma and recent stress on occurrent posttraumatic stress disorder symptoms in Holocaust survivors. *American Journal of Psychiatry*, 153, 935-940.

Yule W. (1999). *Disturbo post-traumatico da stress. Aspetti clinici e terapie*. Milano: McGraw-Hill.

Zuliani, Leonardi (2009), La valutazione dell'alessitimia nel personale di soccorso, in "PdE", n° 16, anno 6.

Zuliani A. (2007), *Manuale di psicologia dell'emergenza. Vittime e soccorritori: come comportarsi negli eventi critici*. Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, 2007

