

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia
Facoltà di Medicina e Chirurgia
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA
Sede di Modena

Presidente: Prof. Sergio Rovesti

**“Disturbo Post-Traumatico da Stress e Burnout
negli infermieri del soccorso extraospedaliero”**

Relatore:

Dott.ssa Cosetta Cavazza

Studente:

Frozzi Giovanni

Correlatore:

Dott. Giuseppe Tremonte

(Infermiere - C.O. 118 Reggio Emilia)

ANNO ACCADEMICO 2008-2009

***Alla mia famiglia e
a Damiano***

“La speranza sta nel proprio credo, nelle proprie capacità che, perché possano essere realmente utilizzate, devono essere sincere, perché possono essere trasmesse dando serenità e sicurezza, anche nel dolore. Non è necessaria la vocazione o sentirsi fautori di una “missione”, bisogna invece sentire, ascoltare, capire, immedesimarsi, solo così riusciremo a trasmettere amore sincero”.
(Damiano Forgione)

Un **GRAZIE** davvero di cuore..

..a mia **mamma**, a mio **papà** e a tutta la mia **famiglia**, per aver avuto fiducia in me in questi anni.

..a **Flavia** che non mi ha mai fatto mancare il suo appoggio durante questo periodo.

..a **Damiano**, che mi ha incoraggiato a proseguire questo cammino, mi ha dato la voglia e la tenacia di mandare avanti il suo operato.

..alla Tutor **Cosetta** e a **Giuseppe**, per gli spunti forniti e per l'estrema disponibilità e competenza che hanno dimostrato nella stesura di questa tesi di Laurea.

..a tutti gli **Infermieri della C.O. 118 Reggio e Modena Soccorso**, per la disponibilità nei miei confronti per lo sviluppo della mia di ricerca.

..a tutti gli **Infermieri e Tutors** che mi hanno accolto e insegnato in questi anni, perché è stato anche grazie a loro che mi hanno fatto arrivare fino a qua e mi hanno dato le basi per costruire la grande figura dell'infermiere capendo di aver scelto la strada giusta.

INDICE

INTRODUZIONE.....pag. 6

PRIMA PARTE

CAPITOLO 1

L'INFERMIERE DELL'EMERGENZA EXTRAOSPEDALIERA

COMPETENZE, RUOLO E FUNZIONI.....pag. 8

1.1 Gli aspetti psicologici del soccorritore.....pag. 15

1.2. Le emozioni.....pag. 18

CAPITOLO 2

STRESS E BURNOUT.....pag. 23

2.1 Lo stress.....pag. 23

2.2 L'urgenza e il trauma del soccorritore.....pag. 28

2.2.1 Reazione acuta da stress.....pag. 29

2.2.2 Reazione traumatica da stress.....pag. 31

2.3 Il Disturbo Post-Traumatico da Stress.....pag. 32

2.4 Strategie di coping.....pag. 36

2.5 Il burnout.....pag. 43

2.5.1 Fattori individuali.....pag. 45

2.5.2 Fattori relativi ad aspetti lavorativo-organizzativi.....pag. 46

2.5.3 Il processo ed i segni psicofisici dell'operatore.....pag. 48

SECONDA PARTE

CAPITOLO 3

RICERCA SUL POTENZIALE RISCHIO DI BURNOUT E VALUTAZIONE DEL
DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS.....pag. 53

3.1 Background.....pag. 53

 3.1.1 Identificazione del problema.....pag. 54

 3.1.2 Obiettivi.....pag. 54

 3.1.3 Finalità e scopi della ricerca.....pag. 54

 3.1.4 Ipotesi.....pag. 55

3.2 Disegno di ricerca.....pag. 55

3.3 Intervista.....pag. 56

3.4 Questionario “Burnout Potential Inventory”.....pag. 63

3.5 Conclusioni.....pag. 70

BIBLIOGRAFIA.....pag. 72

ALLEGATI.....pag. 77

Introduzione

Il soccorso in emergenza-urgenza mi ha sempre affascinato; sono Volontario del Soccorso in C.R.I. da ormai cinque anni e in questi anni ho avuto modo di ammirare l'attività dei professionisti sanitari del 118 e di condividere con loro interventi emotivamente "complicati". Intendo il soccorso come intervento che prima di tutto deve essere ineccepibile dal punto di vista tecnico ma che è più efficace se affrontato con equilibrio e consapevolezza del ruolo di relazione del soccorritore. In questo caso è fondamentale quello dell'infermiere, che è il sanitario più a contatto con la persona bisognosa di intervento sanitario.

Nel ripristino dello stato di salute ha sempre un ruolo determinante la situazione psicologica ed emotiva della persona malata ma lo è anche l'atteggiamento di tutti coloro che con il malato hanno relazione.

Con questa tesi di laurea ho voluto approfondire le mie conoscenze su un argomento che parla dell'emotività e dei risvolti psicologici dell'infermiere che opera nell'emergenza-urgenza extraospedaliera, andandomi a soffermare su quelle che sono le sue emozioni, i suoi bisogni e le sue difficoltà che si presentano durante l'attività lavorativa di tutti i giorni.

Il mio lavoro è iniziato con uno scambio di informazioni, idee ed sensazioni con i sanitari del 118 in postazione presso l'Unità Operativa Pronto Soccorso dell'Ospedale Ramazzini di Carpi, per poi arrivare ad un dialogo più mirato e completo, nonché più diretto con alcuni Operatori delle C.O. 118 di Reggio Emilia e Modena Soccorso.

Lo scopo della tesi risulta essere la ricerca di strumenti d'indagine che possano mettere a fuoco lo stato emozionale e i conseguenti comportamenti di *resilienza* definita dall'American Psychologist association come : "un processo di buon adattamento davanti all'avversità, al trauma, alla tragedia, alla minaccia o a ogni fonte significativa di stress".

Essa significa un "miglior ritorno dalle esperienze difficili" definizione data dall'American Psychologist Association.

Mi sembra importante concludere il mio corso di studi con questo lavoro che mi può permettere di curare aspetti della crescita professionale non solo legati ad abilità tecniche ma anche a quegli aspetti emotivi e relazionali che se ben approfonditi permettono al professionista sul campo di mantenere un alto livello di motivazione ed evitare momenti di disaffezione al lavoro.

Durante i miei tirocini, finalizzati alla ricerca per la stesura della tesi, presso la C.O. 118 Reggio Soccorso e il Pronto Soccorso di Carpi - nel settore extraospedaliero - ho potuto toccare con mano il valore di quelle che viene definita dal Codice Deontologico la *responsabilità e l'autonomia* dell'infermiere dell'emergenza, quando ci si trova a dover effettuare scelte giuste, tempestivamente, senza mai tralasciare l'aspetto relazionale con la persona in difficoltà. Gli operatori dell'emergenza si trovano di fronte ogni giorno a situazioni imprevedibili, sulla strada, nei luoghi di lavoro, nelle case degli infortunati, esponendosi continuamente agli agenti atmosferici e agli eventi potenzialmente traumatizzanti a livello psicologico.

Nello studio vengono confrontati due diversi servizi di emergenza territoriale, attraverso un'indagine che definisca il Disturbo Post-Traumatico da Stress, inteso come: *“una configurazione di sintomi tipici che si manifestano dopo che una persona vede, è coinvolta oppure sente parlare di un fattore stressante estremamente traumatico”*. La persona reagisce a questa esperienza con paura e impotenza, rivive continuamente l'evento e cerca di evitare situazioni che potrebbero ricordarlo. I sintomi devono durare per più di un mese e devono condizionare in modo significativo importanti aspetti dell'esistenza, quali la famiglia o il lavoro”, 1. - (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*) in un campione di infermieri che prestano servizio sui mezzi di soccorso avanzato, automediche e/o ambulanze professionalizzate.

La prima parte della tesi è stata elaborata attraverso una revisione della letteratura internazionale, per evidenziare quelle che sono le caratteristiche ed i rischi psicologici dell'infermiere che presta servizio nell'emergenza extraospedaliera. Nella seconda parte dello studio, invece, attraverso una ricerca con l'utilizzo di uno strumento qualitativo (intervista) ed uno quantitativo (questionario) ho voluto andare a valutare il livello di burnout e il Disturbo Post Traumatico da Stress.

PRIMA PARTE

- CAPITOLO 1 -

L'INFERMIERE DELL'EMERGENZA EXTRAOSPEDALIERA

Competenze, ruolo e funzioni

In questo capitolo, dopo una breve introduzione di quello che sarà il mio lavoro di stesura stesi (pag. 6), si descrive chi è l'infermiere dell'emergenza, quali sono i suoi compiti, ruoli e funzioni nel Sistema Sanitario di Emergenza Territoriale, facendo riferimento alle Normative e Decreti che hanno istituito e regolano tutt'oggi questa figura professionale.

L' infermiere dell'emergenza nasce ufficialmente con il D.P.R. 27 marzo 1992¹ e successivamente regolamentata dalle Linee Guida 1/1996² emanate dal Ministero della Sanità. Tale Decreto, dispone a livello regionale, due livelli per l'organizzazione e la gestione dell'emergenza/urgenza: il sistema di allarme sanitario, assicurato dalla centrale operativa "118", numero unico nazionale al quale fa riferimento e il sistema di accettazione e di emergenza sanitaria.

Un altro traguardo fondamentale per il mondo infermieristico, è la legge 26 febbraio 1999 n.42³, con la quale si è abolito il mansionario, quindi l'infermieristica è passata da una professione sanitaria ausiliaria, ad una *professione sanitaria*. Questa modifica, ha portato al riconoscimento dell'infermiere come un professionista della salute, e quindi, come si può leggere nell'articolo 1, con un *campo proprio di attività e responsabilità*, campo determinato dal Profilo Professionale D.M. 739/94, dagli ordinamenti didattici del corso di laurea, titoli equipollenti e formazione post base e dal contenuto del Codice Deontologico elaborato dal Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI nel 1999.

Questo importante traguardo attribuisce all'infermiere un'autonomia e una posizione centrale nella presa in carico dell'utente, dandogli la possibilità di svolgere un'attività determinante e complementare a quella medico per il fine comune, ossia la cura della persona nella sua totalità.

¹ DPR 27 marzo 1992, "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza", Gazzetta Ufficiale 31 marzo 1992, n. 76

² Linee guida per il sistema di emergenza – urgenza, Gazzetta Ufficiale 17 maggio 1996, n.114

³ Legge 26 febbraio 1999, n. 42, "Disposizioni in materia di professioni sanitarie", Gazzetta Ufficiale 2 marzo 1999, n. 50

L'abolizione del mansionario, però, lascia l'infermiere senza un concreto punto di riferimento. Sottraendo molte certezze e amplificando i gradi di libertà, la mancanza del mansionario porta gli infermieri a porsi domande sulle proprie competenze ("Cosa mi compete?"), più che sulle proprie posizioni ("Questo non mi compete").⁴

Il D.P.R. 27 marzo 1992 ("Decreto 118"), definisce: *"La Centrale Operativa è attiva per 24 ore al giorno e si avvale di personale infermieristico adeguatamente addestrato, nonché di competenze mediche di appoggio. (...) La responsabilità operativa è affidata al personale infermieristico professionale della centrale, nell'ambito dei protocolli decisi dal medico responsabile della centrale operativa"*.⁵

L'articolo 10 comma 1 del medesimo Decreto, regola le prestazioni del personale infermieristico d'emergenza enunciando: *"Il personale infermieristico professionale, nello svolgimento del servizio di emergenza, può essere autorizzato a praticare iniezioni per via endovenosa e fleboclisi, nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio"*.⁶

Per rispondere all'esigenza di definire aree di competenza in situazioni di emergenza, il D.P.R. istitutivo del 118, ha adottato un modello - "Standard orders protocol system" - caratterizzato dalla predisposizione di protocolli che permettano, generalmente, di evitare il contatto radio/telefonico con il medico e gli operatori di centrale. Tutto ciò si trova a metà strada tra il modello "on-line", nel quale si ha un contatto diretto tra il personale infermieristico ed il medico durante le manovre di soccorso e si ricevono tutte le disposizioni, e il modello "on scene", dove il medico si opera sul luogo dell'evento.

Il modello "Standard orders protocol system", porta a considerare quello che può essere il potenziale problema della liceità dell'assistere, per quanto riguarda la natura dei protocolli. Questi protocolli possono essere definiti a valenza "diagnostico - terapeutica", che danno la possibilità, nonché la competenza, all'infermiere, nell'intera gestione assistenziale del caso. Egli, infatti, si trova ad applicare il protocollo nella sua parte terapeutica, ove preliminarmente individui le condizioni diagnostico-cliniche che ne stanno alla base. In questo caso si

⁴ G. Cangiano, R. Paleani, "Dal mansionario all'autonomia. Triage e formazione nel processo di cambiamento della professione infermieristica" *Scenario*, 2003, **20**, pp. 21 - 24

⁵ ¹⁰ DPR 27 marzo 1992, "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza", *Gazzetta Ufficiale* 31 marzo 1992, n. 76

comporta, in realtà, come un medico che agisce in base a protocolli, con tutte le responsabilità che, il medico stesso, ha in queste situazioni con particolare riferimento all'errore diagnostico.⁷

Il protocollo ha una limitazione del campo di autonomia dell'infermiere, che può determinare a lungo andare alienazione. Ma non c'è da dimenticare che garantisce il raggiungimento degli obiettivi e degli standard prefissati, in quanto assicura un rapido intervento e permettono l'integrazione delle diverse figure dell'emergenza extraospedaliera (infermieri, autisti-soccorritori e medici). Esso rappresenta un vincolo procedurale, in quanto dopo essere stato condiviso da coloro che lo devono rispettare, viene validato e autorizzato dal Responsabile Sanitario della centrale operativa. Proprio per questo rappresenta anche una tutela ed una garanzia per gli operatori stessi che si possono trovare di fronte a eventi con esiti infausti, divenendo così uno strumento utile a diminuire insicurezze, disagio e stress.

Un altro importante strumento che appartiene alla professione infermieristica è il codice deontologico. Non è una legge, ma è una guida per le proprie decisioni. In quest'ottica, la qualità decisionale del singolo infermiere dipende anche dalla propria maturità etica, che sarà in grado di portarlo a considerare il codice deontologico stesso. Questo aspetto non è da sottovalutare, infatti è stato rilevato che anche da una discordanza nella valutazione delle implicazioni etiche di un comportamento clinico - assistenziale può derivare crisi di coscienza, fattori altamente stressanti e possibili cause di burnout negli operatori.⁸

Negli Stati Uniti, il nursing dell'emergenza ha assunto sempre più una propria definizione, cosicché si è sentita la necessità di creare uno speciale codice deontologico che potesse trattare gli interessi specifici dell'infermiere dell'emergenza. Nel 1989, l'E.N.A. (Emergency Nurses Association) ha sviluppato il "Codice deontologico per infermieri di emergenza con interpretazione", con la convinzione che i principi etici sono il legame morale che unisce la professione con i pazienti dei quali essa è al servizio, e con il pubblico in generale.⁹ Nel documento vengono sottolineate le caratteristiche della

⁷ L. Benci, "Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing", Milano, Mc Graw Hill, 2001, pp. 90 - 92

⁸ N. Bartolini, D. Ragazzi, L. Venturini, "Una ricerca infermieristica: Burnout in pronto soccorso, ovvero il fallimento dell'autorealizzazione?", *Emergency Oggi*, 2000, 3

⁹ Emergency Nurses Association, "Standard del Nursing nell'Emergenza", Milano, Masson, 1995, pp. 136 - 143

professione, le affermazioni di principi etici e deontologici, i limiti legali, la necessità di una formazione continua per garantire standard di qualità, l'importanza di contribuire allo sviluppo della professione e, non da ultimo, la partecipazione dell'infermiere alla promozione della salute. Tutto questo fa sì che la formazione venga ad assumere un ruolo strategico per migliorare l'organizzazione dei gruppi professionali alle prese con un forte cambiamento, situazione propria del professionista infermiere del giorno d'oggi.

Sono tante le competenze e le attitudini richieste all'infermiere dell'emergenza quando questi si trova ad essere il leader di un evento, a lui spettano le decisioni, dal momento in cui gli viene assegnato un servizio, al momento in cui egli consegna il malato ai colleghi del Pronto Soccorso.

La valutazione della sicurezza della "scena" prima di tutto, per tutelare la propria incolumità, dell'equipe e degli astanti, è una condizione imprescindibile che, se non effettuata nel migliore dei modi, può mettere in seria difficoltà l'operatore, nel caso in cui fosse evidente la necessità di eseguire rapidamente sull'infortunato manovre salvavita.

Messa in sicurezza la scena, talvolta con il supporto di altre figure professionali (vigili del fuoco, forze dell'ordine ecc.), l'infermiere deve valutare velocemente i bisogni reali delle persone coinvolte, agendo di conseguenza utilizzando una logica di priorità e scelta: il Triage. Al contrario di quanto possa accadere in una Unità Operativa, spesso non si ha il tempo di ragionare con tranquillità sull'evento in quanto la gravità delle condizioni sanitarie dell'infortunato richiedono al professionista una rapida valutazione di segni e sintomi e un'azione immediata, coordinando contemporaneamente la propria equipe. In breve tempo si devono prendere decisioni: destinazione del malato, modalità di trasporto e codice di gravità, in base a una prima e successivamente da una seconda valutazione delle condizioni del paziente; tutto ciò richiede sveltezza, prontezza e precisione, poiché in emergenza anche i minuti rivestono un ruolo importante per la sopravvivenza dell'infortunato.

È importante che l'infermiere mantenga sempre alto il suo livello di attenzione in quanto il suo impegno sul luogo di un evento può risultare talvolta notevole. In altre circostanze, invece, si può trovare a compiere compiti ritenuti apparentemente semplici e ripetitivi. Ma è proprio in questi casi che si nasconde

la distrazione che può portare al compimento di un errore, che in emergenza risulta essere anche fatale.

Per ovviare questo rischio, occorre che il personale sanitario sia adeguatamente preparato a riconoscere i propri limiti e le proprie possibilità. L'equipe deve godere di una buona organizzazione del lavoro, con turni di lavoro non troppo lunghi e la possibilità di disporre di protocolli operativi e linee guida che siano efficaci.

L'infermiere deve essere preparato scrupolosamente sui segni, sui sintomi e sulle complicità delle varie patologie che si può trovare ad affrontare in emergenza, per poter personalizzare, così, gli interventi.

Il rapporto con gli utenti, lo sguardo diretto, il supporto psicologico. Sono altre capacità che l'Infermiere deve possedere. Non sempre è così facile mantenere il contatto con il mondo che ruota intorno all'evento, soprattutto in situazioni critiche. Può succedere che per svolgere al meglio la propria attività, soprattutto se in casi di particolare gravità, l'infermiere, mantenendo sangue freddo, per concentrarsi sulla gestione del paziente, si limita alle sole tecniche sanitarie, tralasciando quello che è l'aspetto relazionale. L'infermiere dell'emergenza, parte integrante delle *"nostre organizzazioni sanitarie intossicate dalla tecnologia"*,¹⁰ pone in rilievo l'aspetto comunicativo, esternando il proprio ruolo nella relazione d'aiuto, seppure in situazioni critiche, dove l'assistenza infermieristica è sicuramente caratterizzata da un alto tenore tecnologico. Con l'esperienza un infermiere riesce anche a raggiungere una particolare sensibilità che lo porta, empaticamente, a percepire la preoccupazione della vittima e della sua famiglia. Una volta praticati gli interventi di primo soccorso e stabilizzato potenzialmente il paziente, l'infermiere può quindi dedicare uno spazio ai familiari, assicurando che il loro caro sta ricevendo tutte le cure possibili, con gentilezza, ispirando fiducia e tranquillità, ma anche con franchezza, evitando di creare false speranze.

In queste situazioni altamente stressanti, nelle persone spesso emerge l'insoddisfazione per un sistema sanitario inadeguato e l'infermiere in prima linea può divenirne il capro espiatorio; egli non deve lasciarsi coinvolgere in discussioni o rispondere ad eventuali contestazioni, ma dimostrare con i fatti che

¹⁰ N. Ramacciati, G. Dormicchi, "L'impatto relazionale nel primo soccorso: il contenimento del caos emozionale nel Soccorso extraospedaliero" *Supplemento a Scenario*, 2002, 2, pp. 31 – 34

tutti i professionisti cercano di fare il proprio lavoro al meglio e nel più breve tempo possibile.¹¹

Da quanto detto, si evince quanto la figura dell'infermiere d'emergenza debba essere carica di competenze cliniche e relazionali.

Più in generale, vengono individuate quattro caratteristiche imprescindibili per l'operatore di area critica:

- PREPARAZIONE SPECIFICA
- ESPERIENZA
- PROFESSIONALITA'
- ELASTICITA' MENTALE

Preparazione specifica

Il professionista infermiere, che ha già acquisito nel percorso formativo previsto dal piano di studi per la laurea di primo livello in infermieristica una molteplicità di conoscenze, andrà ad arricchire il proprio bagaglio di competenze attraverso l'apprendimento di tecniche e metodiche comportamentali interiorizzate in corsi specifici avanzati, che ne permetteranno un'ottima padronanza in regime d'emergenza. Per tecniche operative d'intervento si intende:

- BLS (Basic Life Support) e BLSD (Basic Life Support Defibrillation), ossia sostegno di base delle funzioni vitali, mediante rianimazione cardiopolmonare in associazione alla possibilità di defibrillazione precoce tramite D.A.E. (Defibrillatore semi-Automatico Esterno) nei soggetti adulti;
- PBLS (Pediatric Basic Life Support), tecniche per il sostegno di base delle funzioni vitali nel soggetto pediatrico;

¹¹ C. Menon, G. Ruolo, "Pronto Soccorso per infermieri professionali", Milano, Ambrosiana, 1995, pp. 6 - 7

- ACLS (Advanced Cardiac Life Support), tecniche di assistenza avanzata nel pre, intra e post arresto cardiocircolatorio
- PHTLS (Pre-Hospital Trauma Life Support) e PTC (Prehospital Trauma Care), tecniche per la gestione, immobilizzazione e assistenza al paziente traumatizzato;
- AMLS (Advanced Medical Life Support), metodologie che permettono di affrontare in sicurezza le urgenze e le emergenze di un paziente internistico;
- Conoscenze approfondite rispetto al TRIAGE extraospedaliero (dal francese: *cernita – smistamento*); un sistema utilizzato per selezionare i soggetti coinvolti in infortuni, gravi o leggeri che siano, secondo classi di urgenza/emergenza crescenti, in base alla gravità delle lesioni riportate o del loro quadro clinico;
- Profonda conoscenza e abilità nella gestione ed impiego di tecnologie, strumentazioni e presidi assistenziali.

Per metodiche comportamentali si intende:

- Gestione dell'emotività
- Relazione d'aiuto in condizioni critiche

L'inclusione di queste due metodiche nel bagaglio personale dell'infermiere dell'emergenza, serve a ribadire l'importanza dell'aspetto relazionale ed educativo come indica, d'altronde, il profilo professionale.

Esperienza

Questa caratteristica non è altro che l'acquisizione diretta, teorico/pratica, di nozioni che permettano all'infermiere che opera nel settore emergenza sia la veloce valutazione dello stato di gravità del malato, sia l'assistenza mirata al

problema. L'esperienza chiaramente viene acquisita sul campo; esperienza non intesa come assistenza meccanica ad un numero infinito di pazienti, quanto invece come pianificazione mirata e soggettiva derivante da un importante lavoro sinergico di ricerca nell'equipe professionale.

Professionalità

La professionalità, qualità che non si acquisisce tramite il mero conseguimento di un titolo, è intesa come una caratteristica che nasce e cresce con il professionista, di pari passo alla consapevolezza ed al credo in valori e principi che rendono la professione così importante nella società.

L'infermiere d'emergenza, pone un'attenzione particolare a questo aspetto, essendo ben consapevole di dover quotidianamente compiere scelte assistenziali in condizioni di stress, in regime d'urgenza e con risorse limitate.

Elasticità mentale

L'elasticità mentale, è la capacità di adattarsi alla situazione che ci si prospetta innanzi, è una delle caratteristiche più importanti per chi opera nel soccorso extraospedaliero; ogni situazione, per quanto affine per codice o patologia, si presenta costantemente differente da quelle affrontate in precedenza.

Da queste considerazioni si può cogliere come lavorare in contesti di emergenza non sia facile e l'operatore si trova a gestire su più livelli delle situazioni che possono generare stress e richiedere una notevole capacità ed equilibrio per farne fronte.

1.1 *Gli aspetti psicologici del soccorritore*

Come per altre figure professionali, anche per quanto riguarda l'operatore del soccorso, ci si può chiedere quali siano i motivi che lo spingono a svolgere una professione così impegnativa dal punto di vista fisico e psicologico. In letteratura, vengono citate alcune di queste motivazioni, dalle più nobili, come un'innata passione ad aiutare chi si trova in situazioni altamente critiche, al

confronto con eventi sempre nuovi ed imprevedibili, a quelle più materiali, come una più alta retribuzione economica. La motivazione più frequentemente riscontrata è la possibilità di avere un'autonomia lavorativa molto più ampia rispetto al lavoro di corsia.

Partendo da qui, proviamo a capire quanto le motivazioni che spingono gli infermieri a dirigersi verso il settore emergenza, possano essere incrinata dalle situazioni lavorative quotidiane che si trovano a gestire ed a doverle metabolizzare. Un piccolo esempio: la rianimazione cardiopolmonare avanzata permette di ottenere la ripresa della circolazione spontanea in una percentuale stimata attorno al 25% dei casi trattati. Il tasso di sopravvivenza alla dimissione ospedaliera varia dal 10 al 30% sul totale dei ricoverati a seguito di arresto cardiaco e non sempre l'outcome neurologico consente una vita normale.

In base a queste considerazioni, è evidente che anche nei migliori sistemi d'emergenza molte volte i soccorritori addestrati a salvare vite, non riescono a raggiungere il loro obiettivo. Questa consapevolezza, soprattutto in relazione alla morte di giovani e ad incidenti catastrofici ad alto impatto emotivo, potrebbe causare una serie di difficoltà di ordine psicologico agli infermieri preposti al servizio di emergenza territoriale.

Quanto riportato ha lo scopo di focalizzarsi su un'altra peculiarità dell'approccio clinico in emergenza: il forte impatto psicologico degli eventi su chi presta soccorso.

Questo problema è una costante per chi lavora nell'emergenza extraospedaliera, soprattutto in rapporto a situazioni psicologiche significative quali:

- l'impaccio comunicativo che si può incontrare nel primo contatto con il malato ed i suoi familiari, per difficoltà soggettive ed oggettive che ostacolano la relazione terapeutica e d'aiuto;
- l'evoluzione incontrollabile delle patologie più gravi, con delusione sul piano professionale ed eventualmente anche attribuzione ingiustificata di responsabilità;
- la comunicazione del lutto ai familiari, per un evento inaspettato e a volte inspiegabile.

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

I media non fanno altro che alimentare questa visione distorta del professionista dell'emergenza, con serie televisive improntate ad un modello che la letteratura definisce "*Macho Man Style*".¹² L'infermiere dell'emergenza viene dipinto in grado di affrontare qualunque situazione lavorativa, di risolvere con estrema facilità, nonché disinvoltura ogni problema, senza mai mostrare insicurezza, disagio o malessere. Questo modello potrebbe diventare ancora più pericoloso allorché l'operatore si rispecchiasse completamente in esso, sovrastimando così le proprie abilità e competenze, rischiando sempre qualcosa in più.

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

Questo luogo comune oggi viene assecondato, per accettare e riconoscere anche la vulnerabilità dell'operatore. Per capire da quali stimoli è bombardato chi lavora in prima linea, basta concentrarsi sulla scena dell'evento. Il professionista sanitario, oltre al fatto di dover lavorare con estrema celerità e rigidità dei protocolli ai quali deve attenersi, deve anche confrontarsi con scene spesso raccapriccianti di corpi martoriati, dilaniati, e dover lavorare su questi corpi, in una lotta contro il tempo e contro il proprio disagio, che una tal vista può provocare.¹³

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

¹² C. Cuzzolaro, L. Frighi, "Reazioni umane alle catastrofi", Roma, Gangemi, 1998, pp. 192

¹³ M. Monti, "Lo stress acuto negli operatori d'emergenza e sue complicanze. Descrizione e criteri di intervento nel personale". Relazione convegno AISACE, Lugo 11-12 ottobre 2001

Si è passati da una vecchia concezione di soccorso denominata “*Scoop and Run*” (letteralmente: “carica e corri”), ad una detta “*Stay and Play*” (letteralmente: resta e gioca); l’infermiere che lavora sulle ambulanze “*India*” (con a bordo autista-soccorritore e infermiere) si trova a dover stabilizzare il malato sul posto, prima di *correre* verso l’ospedale.¹⁴

Le scelte assistenziali da porre in essere, le situazioni ambientali spesso poco confortevoli, lavorando sulla strada, magari di notte, esposti agli agenti atmosferici ad alle ansie e paure dei familiari: tutto questo può mettere seriamente in crisi l’operatore.

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

*In altre parole, non soltanto sapere e saper fare, ma anche fundamentalmente saper essere i professionisti dell’emergenza”.*¹⁵

1.2 Le emozioni

L’aspetto emozionale è un fattore incredibilmente importante per l’infermiere dell’emergenza come per tutte quelle figure professionali che si misurano ogni giorno con la sofferenza, la rabbia, il dolore e la tristezza, avendo a che fare con soggetti portatori di bisogni spesso opprimenti.

L’impatto emozionale sul soccorritore è in grado di determinare la buona o la cattiva riuscita di una manovra, una buona o deficitaria relazione con l’utente e la capacità di adattarsi e “sopravvivere” a quanto si è visto, restando quindi efficienti per l’urgenza successiva.

Cosa s’intende per emozione?

I ricercatori, concordano sul fatto che i fenomeni emozionali siano il legame centrale tra una persona, i suoi bisogni interiori ed il suo mondo esterno.

¹⁴ A. Guidetti, C. Serantoni, M. Menardi, “Il sistema 118 e la centrale operativa”, Milano, Mc Graw Hill, 1999, pp. 54

¹⁵ M. Chiaranda, “Urgenze ed emergenze, istituzioni”, Padova, Piccin, 2007, pp. 688

Già Cartesio, nel 1649, sosteneva che: “*Le emozioni hanno la funzione di incitare l’anima a volere le cose a cui esse predispongono il corpo; (...) esistono sei passioni primitive, le altre emozioni sono una mistura di queste*”.¹⁶

Una visione differente è quella proposta dallo studioso Charles Darwin nell’ottocento, il quale sostenne che le emozioni costituiscono la prima risposta all’ambiente, permettendo una pronta ed “efficace” risposta dell’organismo in circostanze critiche e assumendo quindi un importante significato *adattivo* legato alla sopravvivenza.¹⁷ Darwin diede un forte impulso allo studio delle emozioni, avvicinandole fortemente alla biologia. Lo studioso riteneva che molte delle espressioni facciali delle emozioni, avessero un significato adattativo (come si dice in termini evuzionistici), cioè servissero a comunicare qualcosa dello stato interno di una persona che, senza bisogno di parole, dice agli altri come si sente in quel momento: triste, gioioso, impaurito, ecc. Tutto ciò ha un significato utile, in quanto la paura, per esempio, è un’emozione che segnala spesso un pericolo, e quindi è utile comunicarla ad altri. Oltre a questo aspetto, Darwin riteneva che quest’espressione delle emozioni fosse legata anche a degli aspetti di tipo fisiologico: emozionarsi vuol dire anche piangere, respirare più profondamente, sudare, ecc. Quindi Darwin ha cercato di capire come questi correlati fisiologici delle emozioni avessero, ugualmente, un significato adattativo: egli sosteneva che molti degli aspetti delle nostre emozioni, che ritroviamo in qualche misura anche negli animali, sono delle specie di “fossili comportamentali”, cioè qualcosa che un tempo, in una lontana preistoria dell’evoluzione, aveva una sua funzione, serviva a qualcosa, e che oggi invece ha un minor significato. Darwin è stato il primo a dare delle basi solide alle emozioni, ad indicarne significato e ad interpretarle in termini di utilità e di comunicazione. Questa posizione è stata poi confermata da numerosi altri autori; lo studio odierno più celebre è quello di Ekman e Friesen che oltre a confermare le posizioni darwiniane, riscontra la tipicità delle espressioni come veicoli non verbali universali.¹⁸

Proprio al linguaggio non verbale, l’infermiere dell’emergenza pone un’attenzione particolare; quanto è importante avere un linguaggio verbale ed uno non verbale coerenti e collimanti?

¹⁶ S. Obinu, “Cartesio, le passioni dell’anima”, Milano, Bompiani, 2003, pp. 478

¹⁷ C. Darwin, “Expression of the emotions in man and animals”, 1872

¹⁸ P. Ekman, W.V. Friesen, “A new pan-cultural facial expression. in Motivation and Emotion”, New York, Cambridge University Press, 1986

Se diamo per assodata *l'impossibilità di non comunicare* (1° assioma della comunicazione, P. Watzlawick, D. Jackson, J.B. Bavelas, 1967),¹⁹ ossia accettiamo che non esiste il non-comportamento, diamo atto che tutto è comunicazione, anche il silenzio; ad esempio, il passeggero di un treno che guarda fisso in avanti sta comunicando di non essere interessato ad una comunicazione.

In una situazione di emergenza, dove la fiducia e la collaborazione da parte dell'infortunato possono risultare determinanti, quanto enunciato assume connotati molto significativi.

Nel 1884, James, facendo riferimento ai processi neurofisiologici, ha definito l'emozione come il *"sentire"* (*"to feel"*) i cambiamenti neurovegetativi che hanno luogo a livello viscerale a seguito dello stimolo eccitante, es. *"Non piangiamo perché siamo tristi, ma siamo tristi perché piangiamo"* elaborando la *"Teoria periferica"*.²⁰

Secondo questa teoria, detta anche teoria del *"Feedback"*, l'evento emotigeno determinerebbe una serie di reazioni viscerali e neurovegetative che sono avvertite dal soggetto e la percezione di queste modificazioni fisiologiche sarebbe alla base dell'esperienza emotiva. Si passa così dall'evento *semplicemente percepito* all'evento *emotivamente sentito*.²¹

Contrapponendosi alla teoria di James, Cannon nel 1927 ha elaborato e proposto una *"Teoria centrale delle emozioni"*.²² Per Cannon i centri di attivazione, di controllo e di regolazione dei processi emotivi non si trovano in sedi periferiche come i visceri, ma sono localizzati centralmente nella regione talamica, in quanto i segnali nervosi da essa provenienti, sarebbero in grado sia di indurre le manifestazioni espressivo-motorie delle emozioni, sia di determinare le loro componenti soggettive attraverso le connessioni con la corteccia cerebrale.

Cannon, approfondendo lo studio dei processi neurofisiologici, rilevò e definì l'*arousal simpatico*, come una reazione di emergenza attraverso risposte neurofisiologiche che variano simultaneamente alla comparsa dell'emozione e

¹⁹ P. Watzlawick, D. Jackson, J. B. Bavelas, *"Pragmatica della relazione umana"*, Palo Alto, Astrolabio Ubal dini, 1971

²⁰ W. James., *"What is an emotion?"*, *Mind*, 1884, **9**, pp. 188-205

²¹ L. Anolli, P. Legrenzi, *"Psicologia generale"*, Bologna, Il Mulino, 2001, pp. 241-242

²² W. B. Cannon, *"The James-Lange theory of emotions: a critical examination and an alternative theory"*, *American Journal of Psychology*, 1927, **39**, pp. 106-126

comprendono, fra l'altro, l'aumento della frequenza e della gittata cardiaca, la secchezza fauceale, la contrazione degli sfinteri, la dilatazione pupillare ecc.²³

Schachter, con la sua "Teoria cognitivo attivazionale"²⁴ del 1962, introduce una dimensione genuinamente psicologica nello studio sperimentale delle emozioni, andando a colmare la parzialità dei risultati dei lavori di James e Cannon. Secondo Schachter ed i suoi collaboratori, l'emozione è la risultante dell'interazione fra due componenti distinte: una di natura *fisiologica* con l'attivazione diffusa dell'organismo ed un'altra di natura *psicologica*, con la percezione di questo stato di attivazione e con la sua spiegazione in funzione di un evento emotigeno.²⁵

La concezione bifattoriale di Schachter, individua nell'elaborazione cognitiva un aspetto rilevante dell'esperienza emozionale; da tale concezione prendono il via le cosiddette "*Teorie dell'appraisal*", secondo le quali, le emozioni dipendono dal modo in cui gli individui valutano e interpretano gli stimoli del loro ambiente fisico e sociale. Le teorie dell'appraisal, che si sono affermate negli anni ottanta, hanno posto in evidenza che le emozioni sono profondamente connesse con i processi cognitivi, poiché l'elaborazione cognitiva della situazione è sottesa all'esperienza emotiva stessa del soggetto.²⁶

In contemporanea allo sviluppo delle teorie dell'appraisal, attorno agli anni sessanta assumeva una notevole rilevanza la "*Concezione psicevoluzionistica*", delle emozioni. Rifacendosi direttamente alla teoria evoluzionistica di Darwin, le emozioni vengono associate alla realizzazione di scopi universali, connessi con la sopravvivenza della specie e dell'individuo; posizione sviluppata da Ekman²⁷ e da Izard²⁸ a partire dagli anni '70 fino ad oggi. Vengono identificate delle *emozioni primarie* (o di base), già individuate nella ricerca cartesiana, come la felicità, la collera, la paura, il disgusto, la sorpresa e la tristezza e *emozioni miste*, secondarie o complesse, intese come una sorta di miscela di diverse emozioni primarie, dando vita alla cosiddetta "*Teoria tavolozza*".

²³ L. Anolli, P. Legrenzi, "Psicologia generale", Bologna, Il Mulino, 2001, pp. 244-245

²⁴ S. Schachter, J. Singer, "Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state", *Psychological Review*, 1962, **69**, pp. 379-399

²⁵ L. Anolli, P. Legrenzi, "Psicologia generale", Bologna, Il Mulino, 2001, pp. 247

²⁶ L. Anolli, P. Legrenzi, "Psicologia generale", Bologna, Il Mulino, 2001, pp. 250

²⁷ P. Ekman, W.V. Friesen, "A new pan-cultural facial expression. in *Motivation and Emotion*", New York, Cambridge University Press, 1986

²⁸ C. E. Izard, "Human emotions", New York, Plenum Press, 1977

In tale prospettiva evolutzionistica, pertanto, le *espressioni facciali* delle emozioni sarebbero universali, esisterebbero configurazioni neurofisiologiche distintive del sistema nervoso autonomo per ogni emozione.²⁹

Le emozioni hanno tre funzioni principali:

- motivazione: sono processi motivazionali che predispongono l'individuo verso un certo insieme di possibili comportamenti;
- comunicazione sociale: permettono di comunicare informazioni da individuo a individuo (ad esempio, l'abbracciarsi per esprimere affetto o il lamentarsi per richiedere aiuto);
- informazione: fanno sì che l'individuo sia *aggiornato* sui suoi bisogni e obiettivi, che apprenda situazioni ed eventi utili e pericolosi, agendo come misuratori del proprio stato interno e del mondo esterno.

Infine, le emozioni: *“Sono sempre caratterizzate dalla presenza di piacere e dolore, i quali non sono considerati emozioni ma semplici sensazioni, segnali che servono a connotare l'insieme delle percezioni e la susseguente emozione (...) tali segnali edonici permettono in molti casi di distinguere tra processi cognitivi e processi emotivi, e tra emozioni positive ed emozioni negative”*.³⁰

²⁹ L. Anolli, P. Legrenzi, “Psicologia generale”, Bologna, Il Mulino, 2001, pp. 252-253

³⁰ P. D'Urso, B. Trentin, “Psicologia delle emozioni”, Bologna, Il Mulino, 1988, p. 43

– CAPITOLO 2 –

STRESS E BURNOUT

L'intento ora è di andare a descrivere cosa si intende per stress e quali siano le sue forme di presentazione su un individuo, focalizzandoci sull'infermiere dell'emergenza extra-ospedaliera. Avremo modo di chiarire il concetto di Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD), di Burnout, quale possibile conseguenza o evoluzione del PTSD e le relative strategie di coping, nonché la possibile prevenzione a queste sindromi.

2.1 Lo stress

Generalmente si tende a far coincidere lo stress, con un senso di malessere, tensione, preoccupazione, ansia, associandolo spesso a conseguenze negative per l'organismo o per il proprio stato emotivo. Questo concetto "intuitivo" di stress, però, non è esatto. Molti autori hanno tentato di chiarire il concetto, lo hanno studiato e hanno proposto delle concezioni, spesso anche molto diverse tra loro.

Come accade in molti settori della ricerca, gli studiosi partendo dalla definizione del fenomeno che intendono esaminare cercano di tracciarne le caratteristiche fondamentali. Il passo successivo è quello di definire le modalità di osservazione e di rilevazione del fenomeno, i suoi parametri, la pluralità delle sue manifestazioni, ed è proprio in questa fase che le ricerche iniziano ad assumere connotati diversi. Inoltre hanno cercato di racchiudere le più svariate e comuni interpretazioni in tre prospettive.³¹

Lo stress è percepito in stretto contatto con uno stimolo nocivo, o meglio con un ampio spettro di stimoli esterni o interni, che premono sull'individuo in maniera molto intensa o per un tempo prolungato, e agiscono a più livelli: psichico, fisico, sociale. Per questo si parla di "stress sociale", "stress conflittuale", "stress da malattia", "stress fisico", ... In questo caso non viene considerata la risposta dell'organismo.

Secondo un'altra prospettiva, il termine viene associato ad una condizione di stimolo – risposta. L'attenzione viene puntata alle reazioni

³¹ Pancheri P., "Stress, emozioni, malattia. Introduzione alla medicina psicosomatica", Milano Edizioni Scientifiche e Tecniche Mondadori, 1979, p. 29 - 32

psicologiche e fisiologiche che l'organismo mette in atto come resistenza e difesa a forze che vogliono modificare l'omeostasi precedente.

Una terza prospettiva, interpreta lo stress come una risposta fisiologica e psicologica complessa ad una serie eterogenea di stimoli fisici, biologici o psicosociali, interni o esterni all'organismo.

In questo caso l'interesse viene spostato sulle modalità reattive dell'organismo, viste nel loro duplice aspetto *difensivo* e *patogeno*.

Una prima definizione univoca del concetto di stress, è stata concepita dal dr. Hans Seley negli anni Cinquanta. Attraverso esperimenti su cavie da laboratorio, Seley riuscì a collegare lo stress all'insorgenza di alcune patologie specifiche (gastriti, ipertensione, ulcera duodenale, ecc.), evidenziando il possibile effetto di un trauma psicologico sull'organismo.

Alla base della teoria vi sono quindi la definizione di stress e la sindrome generale di adattamento. Egli definisce lo stress come "Risposta non specifica dell'organismo ad ogni richiesta effettuata su di esso"; esso può essere prodotto da una gamma estremamente ampia di stimoli, denominati "stressor", che producono essenzialmente la medesima risposta biologica.

Lo stress secondo H. Seley:

Stimoli fisici ↘

Stimoli psicosociali → *Organismo* → **STRESS**

Stimoli biologici ↗

“Lo stress è la risposta non specifica dell'organismo ad ogni richiesta effettuata su di esso”

La sindrome generale di adattamento prevede tre fasi successive:

- *fase di allarme*: corrispondente alla reazione di allarme, è sostenuta dalle attivazioni neurovegetative di tipo adrenergico, in cui la secrezione delle principali catecolamine - adrenalina e noradrenalina - permette una rapida

reazione del sistema nervoso autonomo, innescando un insieme di cambiamenti fisiologici che hanno come scopo l'autoconservazione. La conduzione nervosa, facilitata da queste due catecolamine, rende più rapida la risposta dell'organismo. Negli animali questo è il momento del pericolo e dell'attacco

- *fase di resistenza*: l'iperproduzione di cortisolo continua, mentre l'organismo è impegnato nel fronteggiare lo stressor (avvenimento o agente nocivo in grado di indurre stress); qui si assiste ad un progressivo adattamento dell'organismo ed un altrettanto progressivo recupero dell'omeostasi.

- *fase di esaurimento*: subentra quando l'esposizione all'agente stressante si protrae in modo eccessivo. L'organismo non è più in grado di mantenere l'adattamento attraverso lo stato di resistenza e la corteccia surrenale entra in uno stato di esaurimento funzionale. I cambiamenti psicofisici che si producono nell'organismo durante questa fase, danno origine a modificazioni patologiche difficilmente reversibili.

Da questo si evince, quindi, che lo stress è una complessa reazione fisiologica globale dell'organismo con una spiccata accezione adattativa, che può tuttavia assumere un significato patogenetico qualora venga prodotta in modo troppo intenso, per lunghi periodi di tempo, o quando venga ostacolata nel suo regolare svolgimento.

Per definizione, un agente stressante psicologico (stressor) è tutto quello che un individuo percepisce come una minaccia; il fatto che questa si riveli reale o meno è del tutto irrilevante. Gli stressor producono risposte oggettive e soggettive; tra quelle soggettive, come angoscia, collera, paura e depressione la principale è sicuramente l'*ansia*. Le principali risposte oggettive possono essere identificate in irrequietezza, agitazione, ipercriticismo, pianto, logorrea e menzogna.

Thompson nel 1994³², suggerisce che lo stress sia una richiesta effettuata sulla nostra energia fisica o mentale, la maggior parte delle volte in maniera eccessiva. Questa definizione implica che lo stress diventi pericoloso quando esercita una pressione troppo forte; infatti, esso è visto come il primo passo di un processo cronico che può condurre l'individuo a confrontarsi con uno stato di esaurimento emotivo.

Cherniss,³³ individua cinque tratti di personalità che influenzano una risposta individuale allo stress:

- L'ansia nevrotica;
- La sindrome di "tipo A";
- Il "locus of control";
- La flessibilità;
- L'introversione.

L'ansia nevrotica riguarda quegli individui che si pongono mete elevate, spesso al di là delle loro risorse e talvolta delle loro capacità e si puniscono se non le raggiungono. Le aspirazioni sono in conflitto con inibizioni morali, per cui la motivazione al successo sarà in conflitto col timore di non realizzarlo, il bisogno di competizione con il desiderio di essere accettati. Questo soggetto agisce impulsivamente, perde la calma, tende ad utilizzare meccanismi di difesa quali: negazione, protezione e rimozione. L'autostima è a livelli minimi e viene costantemente ricercata l'approvazione altrui.

La personalità di "tipo A" è descritta secondo Friedman e Rosenman,³⁴ come una caratteristica di alcuni soggetti portati ad uno stile di vita iperattivo, competitivo, incalzante, aggressivo, impaziente e legato alla sensazione

³² D. Gallagher-Thompson e A.M. Steffen, "Comparative effects of cognitive-behavioral and brief dynamic therapy for depressed family caregivers" *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1994, **62**, pp. 543-549

³³ C. Cherniss, "La sindrome del burnout", Torino, Centro Scientifico Torinese, 1983

³⁴ M. Friedman, R.H. Rosenman, "Association of a specific overt behavior pattern with increases in blood cholesterol, blood clotting time, incidence of arcus senilis and clinical coronary artery diseases" *Journal of American Medical Association*, 1959, pp. 1286-1296

stringente di mancanza di tempo. Questi operatori, sono in costante, cronica, lotta contro se stessi, gli altri, il tempo, le circostanze.

Il “locus of control” è il terzo tratto della personalità indicato da Cherniss. Rotter,³⁵ afferma che gli individui differiscono in base al grado in cui credono di controllare la propria esistenza, dividendosi in “interni”, che pensano di avere saldamente tra le mani le redini del proprio destino, ed “esterni”, che si sentono in balia di poteri al di fuori del loro controllo. Secondo Seligman,³⁶ gli “esterni” sarebbero più predisposti all’*impotenza acquisita*. Il sentimento di impotenza e la disperazione non dipendono dalla reale drammaticità della situazione quanto da ciò che viene avvertito da colui che la vive, dal fatto di non poter far niente per cambiarla. Al contrario, “gli interni” avrebbero meno probabilità di subire gli effetti negativi dell’impotenza acquisita e quindi meno probabilità di manifestare burnout.

La “flessibilità” , secondo Kahn e collaboratori,³⁷ è un tratto della personalità che negli individui più adattabili e flessibili porta a sperimentare il conflitto di ruolo nelle situazioni lavorative, con reazioni ansiose, tensione ed inquietudine. Gli individui meno adattabili, d’altro canto, sono comunque soggetti allo stress reagendo in modo diverso, irrigidendosi nelle proprie abitudini lavorative, dipendendo dalle figure di autorità e sviluppando un senso di inutilità.

Sempre Kahn, descrive l’ “introversione”. Gli introversi sperimentano una tensione maggiore nelle situazioni di ruolo rispetto agli estroversi, in particolare, ritirandosi più facilmente di fronte al conflitto ed allo stress, e tale ritiro impedisce una difesa efficace e la risoluzione del conflitto.

Limitarsi a definire questi tratti della personalità per descrivere l’individuo potenzialmente soggetto a *burnout* non basta; lo stesso Cherniss, che li ha individuati e descritti, dice che *“l’influenza di questi tratti di personalità è stata forse sopravvalutata”*.³⁸

³⁵ J.B. Rotter, “Some implications of a social learning theory for the prediction of goal directed behavior from testing procedures”, *Psychological Review* Vol. 67, 1960, pp. 301-316

³⁶ M. Seligman, S. Maier, “Failure to escape traumatic shock”, *Journal of experimental Psychology*, 1967, **74**

³⁷ R.L. Kahn, D.M. Wolfe, R.P. Quinn, J.D. Snoek, R.A. Rosenthal, “Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity”, Wiley, New York, 1964

³⁸ C. Cherniss, “La sindrome del burnout”, Torino, Centro Scientifico Torinese, 1983

2.2 L'urgenza e il trauma del soccorritore

Il lavoro quotidiano del soccorritore, è rappresentato da condizioni di **emergenza**: *“Qualsiasi condizione patologica, solitamente ad insorgenza improvvisa e con rapida evoluzione, che metta in pericolo la sopravvivenza o la funzione di organi vitali, in assenza di adeguato trattamento entro pochi minuti”* e da situazioni di **urgenza**: *“Qualsiasi condizione patologica, ad insorgenza improvvisa e con evoluzione più o meno rapida, che metta in pericolo la sopravvivenza o la funzione di organi vitali, in assenza di adeguato trattamento, entro alcune ore o giorni”*³⁹

Quando le reazioni adattative che si manifestano nell'operatore dopo eventi altamente traumatici dal punto di vista dell'impatto psicologico (come la rianimazione cardiopolmonare sui pediatrici, gravi incidenti stradali con coinvolgimenti di persone giovani, ustionati ecc.), o a seguito di condizioni lavorative fortemente logoranti a livello psicologico, si trasformano in reazioni *disadattative* è il momento di fermarsi, di intervenire sull'operatore e anche di ragionare su quello che non è stato fatto a *livello preventivo* per scongiurare la situazione che si è venuta a presentare.

Il DSM IV indica come trauma, un *“evento vissuto al di fuori della norma, estremo, violento, lesivo che minaccia o ferisce l'integrità fisica o psichica di un singolo o di un gruppo di persone (...) in genere richiede uno sforzo inabituale per essere superato”*.⁴⁰

L' ICD-10 definisce l'evento traumatizzante come *“una situazione di natura eccezionalmente minacciosa o catastrofica, in grado di provocare un diffuso malessere in tutte le persone”*.⁴¹

A questo proposito Mitchell ed Everly parlano di *Critical Incident* definendolo come *“qualunque situazione affrontata dal personale di emergenza sanitaria, capace di produrre uno stress emotivo insolitamente elevato in grado di*

³⁹ M. Chiaranda, “Urgenze ed emergenze. Istituzioni”, Padova, Piccin, 2007, pp. 688

⁴⁰ DSM IV, “Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali”, Milano, Masson, 1999

⁴¹ The ICD-10 “Classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines”, Geneva, World Health Organization, 1992

interferire sulle abilità dell'operatore di fronte alla scena dell'evento e anche dopo".⁴²

Si possono distinguere due tipologie di trauma:

- *trauma di tipo I*: è un evento unico, imprevisto, con inizio e fine ben definiti;
- *trauma di tipo II*: è un evento violento a cui un soggetto viene ripetutamente esposto; rimane presente come minaccia con caratteri di prevedibilità cronicità e sequenzialità. Pur essendo prevedibile, risulta comunque inevitabile, creando un importante senso di impotenza che diventa colonna portante del vissuto della persona.

Nel trauma, in condizioni di estrema tensione e paura, si lede il delicato meccanismo di integrazione ed elaborazione cerebrale delle emozioni provate durante l'evento, con conseguente perdita della capacità di verbalizzare l'accaduto da parte del soggetto colpito. L'infermiere dell'emergenza può essere soggetto, purtroppo, ad entrambe le tipologie di traumatizzazione.

In caso di inadeguata formazione nei confronti di eventi traumatici, eccessivo coinvolgimento con la vittima, problemi emotivi non metabolizzati, memorie di esperienze irrisolte e non elaborate, continua esposizione alla sofferenza, al dolore ed al lutto, si configura per l'infermiere il rischio di trovarsi coinvolto in un ulteriore tipologia di trauma: la "*traumatizzazione vicaria*".

2.2.1 Reazione acuta da stress

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

⁴² J.T. Mitchell, G.S. Everly, "Critical Incident Stress Debriefing: An Operations Manual, 2nd edition", Ellicott City, Chevron Press, 1996

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

A livello somatico, la percezione di una minaccia scatena:

- aumento della secrezione di adrenalina, endorfine, serotonina, cortisolo;
- aumento del tono e della forza muscolare;
- frequenza cardiaca e respiratoria accelerate;
- anestesia somatica: diminuzione della reazione al dolore, senso di fame e sete inibiti, ecc.

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

A livello psicologico contemporaneamente si manifestano:

- "monitoring"; attenzione e concentrazione focalizzate all'esterno; reazione necessaria ai soccorritori per agire tempestivamente ed in modo corretto;
- "blunting"; il soccorritore si allontana con la mente dalla realtà che lo circonda, concentrandosi su pensieri differenti e sviluppando così un senso di sicurezza e insensibilità;
- anestesia psicologica; alterazione emozionale che porta l'infermiere a prestare meno attenzione verso se stesso riversandola completamente sull'infortunato, rischiando così di mettersi in pericolo.
-

2.2.2 Reazione traumatica da stress

La reazione traumatica da stress, si manifesta appena terminata l'esposizione al trauma. A seguito di un incidente, di una violenza subita o di una catastrofe, le vittime continuano a rivivere mentalmente l'esperienza; questa situazione mette fortemente in discussione certezze, valori e relazioni personali.

Dopo una rianimazione neonatale fallita, all'infermiere potrebbe capitare di ritrovarsi a pensare più volte nell'arco della giornata all'evento vissuto, cercando di capire dove avrebbe potuto fare di più, se ci fosse stata la possibilità di operare qualcosa di diverso per salvare il piccolo e se magari quelle lacrime versate insieme alla madre, non siano state indicatrici di debolezza e segno d'inadeguatezza..

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

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

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

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

oppure portando l'operatore ad abbandonare il proprio lavoro, con la convinzione di non esserne portati, nonché motivati.

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

Se l'operatore non dovesse essere in grado di metabolizzare le emozioni e le reazioni provate, classificandole a livello cerebrale come "*normali in un contesto del tutto anormale*" (come può essere una situazione di morte neonatale) in questo lasso di tempo, le reazioni possono divenire patologiche e sfociare nella "*Disturbo Post Traumatico da Stress*" (PTSD).

2. 3 Il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD)

Il Disturbo Post Traumatico da Stress o Post Traumatico Stress Disorder (che citerò con la sigla PTSD) si riferisce alla presenza di una reazione traumatica nel tempo. Il riferimento a questo quadro clinico appare utile proprio per cogliere come, subito dopo un evento critico, fino ad un mese di distanza, molte reazioni e molti sintomi che le persone presentano non vanno viste come segno di malattia, bensì come sforzo di adattamento ad un evento traumatico⁴³.

Il PTSD, così come definito dal DSM IV⁴⁴, è la diagnosi di disturbo post-traumatico più nota e più studiata.

Lo si può considerare come il prototipo dei disturbi post-traumatici. Il PTSD, però, è solo uno dei possibili disturbi che possono emergere in seguito a un evento traumatico.

In breve lo si può così definire: "*Lo sviluppo di sintomi tipici che seguono l'esposizione ad un fattore traumatico estremo che implica l'esperienza personale diretta o la presenza indiretta ad un evento che può comportare lesioni gravi o minacce all'integrità fisica di una persona*".

Il PTSD è quindi caratterizzato dall'insidiosa compresenza, per almeno un mese di sintomi intrusivi, di evitamento e/o attenuazione della reattività generale e di aumentato *arousal*⁴⁵ (insonnia, ipervigilanza, esagerate risposte di allarme, irritabilità, scoppi d'ira) in seguito all'esposizione a eventi traumatici di particolare gravità. Spesso l'individuo comincia ad abusare di alcool, stupefacenti e

⁴³ M. Giannantonio, "Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza", Milano Ecomind, 2003

⁴⁴ DSM IV, "Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali", Milano, Masson, 1999, pp. 468 - 469

⁴⁵ Attivazione psicofisiologica.

psicofarmaci nel tentativo di “staccare la spina” dai ricordi dolorosi che lo tormentano, riducendo di fatto l’elaborazione del vissuto e la possibilità di mettere ordine nei propri pensieri. Le conseguenze sociali di questi comportamenti portano ad isolamento e apatia, anche all’interno dello stesso nucleo familiare; il rischio di suicidio aumenta esponenzialmente.

Le situazioni di particolare rischio per il soccorritore sono le seguenti: ⁴⁶

1. fattori di rischio oggettivi con riferimento all’evento:

- coinvolgimento di bambini;
- morte o ferimento di colleghi;
- eventi catastrofici;
- lesioni gravi, mutilazioni e deformazioni del corpo delle vittime;
- fallimento dell’obiettivo con morte delle vittime;
- necessità di scelte inadeguate al proprio ruolo.

2. fattori di rischio oggettivi con riferimento alla struttura:

- carichi di lavoro eccessivi e non compensati da adeguati turni di riposo;
- logistica non adeguata alla situazione;
- problemi dei processi di comunicazione tra soccorritori;
- conflitti interni all’organizzazione;
- selezione e informazione inadeguata al profilo professionale richiesto;
- mancanza di programma di supporto emozionale.

3. fattori di rischio soggettivi con riferimento alla persona:

- presenza di preesistenti problematiche psicologiche del soccorritore;
- pregressi traumi psichici, anche a livello inconscio ma mai elaborati;
- scarsa conoscenza della normale risposta fisiologica e psicologica allo stress;

⁴⁶ M. Cusano, A. Napoli, A., “Fondamenti di psicologia dell’emergenza” (a cura di) M. Giannantonio, Salerno, Ecomind, 2003, pp. 327-343

- ignoranza dei proprio limiti di tolleranza allo stress;
- mancanza di strategia personali per affrontare lo stress;
- presenza di lesioni fisiche riportate durante il trauma;
- tendenza ad identificarsi con la vittima;
- tendenza a rimanere “a distanza” dalla vittima.

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

In uno studio condotto tra il personale del soccorso extraospedaliero svedese,⁴⁷ si è cercato di capire la prevalenza dello stress post traumatico all'interno del gruppo di operatori. La ricerca è stata condotta su un campione di 500 infermieri che prestano servizio sui mezzi di soccorso, attraverso l'utilizzo di due differenti strumenti, l'*Impact of Event Scale* (IES – 15) e il Post Traumatic Symptom Scale (PTSS – 10). Dalla ricerca è emerso che 223 infermieri dei 362 che hanno risposto al questionario, hanno sviluppato sintomi di PTSD.

Anche Laposa, Alden e Fullerton in uno studio del 2003,⁴⁸ hanno sottoposto 51 infermieri del servizio dell'emergenza di un ospedale di una metropoli canadese, ad un questionario volto a misurare la prevalenza di Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) e a dimostrare la relazione tra stress lavorativo e severità dei sintomi del disturbo. L'implicazione pratica del seguente lavoro è quella di aiutare a cambiare un clima lavorativo non sempre ottimale, incluso il miglioramento della partecipazione dell'amministrazione ospedaliera, e di dare un significativo contributo nel diminuire l'incidenza di PTSD.

Dallo studio di Laposa et al. emerge che il 67% dei partecipanti ha sviluppato sintomi di PTSD. Gli stessi sono convinti di non aver ricevuto un supporto dall'amministrazione ospedaliera nel seguire gli eventi traumatici e il 20% dichiara di prendere in seria considerazione il cambio di professione, poiché lo considera l'unica soluzione al problema.

⁴⁷ Jonsson A., Segesten K., Mattsson B., “Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel”, *Emergency Medicine Journal*, 2003; **20**, pp. 79-84

⁴⁸ Laposa J. M., Alden L.E., Fullerton L.M., ”Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel (CE) ” , *Journal of Emergency Nursing*, 2003, **29**, pp. 23 – 28, 87 - 92

Ravencroft, studiando il personale del servizio ambulanze di Londra (London Ambulance Service) nel 1994, rilevò che lo stress lavorativo acuto fosse la principale causa di malattia; il 97% dei lavoratori intervistati sentiva lo stress come il problema più importante. Ravencroft dichiarava che “non meno del 15% del personale in servizio sulle ambulanze aveva evidenziato livelli di PTSD decisamente elevati e che non meno del 52% del personale aveva sofferto recentemente di disturbi mentali.

Un altro studio britannico più recente (2004),⁴⁹ mostra come la situazione anziché migliorare sia effettivamente peggiorata.

Questo studio si riproponeva di indagare la prevalenza di sintomi correlabili a PTSD, sindromi depressive e ansiose negli infermieri dell'emergenza territoriale, sondando tramite un questionario via posta, un campione di 1029 paramedici. Ebbene, dai 617 questionari restituiti correttamente compilati e validati per la ricerca, emergeva che il 22% dei soggetti presentava alti livelli di PTSD con una prevalenza maschile (il 23% contro un 15% femminile) e che un altro 22% presentava livelli di ansia patologici associati a quadri depressivi.

La gran parte delle ricerche sulla psicopatologia e sulla psicoterapia connessa ai traumi si è concentrata essenzialmente sullo studio del PTSD, generando una delimitazione del campo di studio. Non solo i traumi possono manifestarsi attraverso altre configurazioni psicopatologiche, il disturbo che si presenta potrebbe anche non soddisfare del tutto i criteri richiesti per il PTSD, risultando così escluso dalla ricerca. È, perciò, compito nonché esperienza dei clinici osservare la presenza di PTSD sottosoglia, subclinico o parziale, che non di meno sono degni di interesse psicoterapeutico, frequenti e fonte di limitazioni nella vita dei pazienti. Pazienti che hanno sviluppato un PTSD in relazione a un evento traumatico possono, con il passare del tempo, giungere al miglioramento del loro quadro clinico, senza più soddisfare la diagnosi di PTSD, ma non di meno trovarsi in condizioni psicologicamente disturbanti (PTSD in remissione parziale). Questo può accadere nonostante il paziente sia sottoposto a psicoterapia che risulta poi essere non del tutto risolutiva.

⁴⁹ P. Bennett, Y. Williams, N. Page, K. Hood, M. Woollard, “Levels of mental health problems among UK emergency ambulance workers”, *Emergency Medicine Journal*, 2004, **21**, pp. 235–236

2.4 Strategie di coping

Il termine *coping*⁵⁰, racchiude in sé una varietà di significati ed è comparso sulla scena della ricerca psicologica negli anni Sessanta. Nonostante una ricca letteratura che si è accumulata negli anni, non esiste una definizione unanime del termine. La sua traduzione italiana, che considera coping sinonimo di “*affrontare qualcosa*”, “*far fronte a*”, “*reagire a*”, non coglie la specificità e la molteplicità dei processi in cui sono coinvolte le persone quando cercano di gestire gli eventi drammatici o le situazioni quotidiane stressanti.

Lazarus nel 1991 scriveva: “*L’attivazione delle strategie di coping è secondaria a una prima valutazione dello stressor; in questa fase il soggetto decide se la fonte di stress è irrilevante, positiva o dannosa, e secondariamente valuta le proprie abilità e risorse e mette in atto dei tentativi per farvi fronte*”.⁵¹

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

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

Infatti, oltre all’ambito esclusivamente individuale e personale, il coping interessa anche il gruppo sociale in cui è inserito: i colleghi, la famiglia, gli amici e l’organizzazione stessa che invia i soccorsi, nel caso dei professionisti dell’emergenza. In questa prospettiva, il ruolo degli altri e del contesto sociale e istituzionale allargato, assume valenze specifiche non solo di semplice risorsa o offerta di sostegno, ma come componente fondamentale che interviene a definire il costituirsi stesso del processo di coping.

Molti autori hanno evidenziato una generale capacità di recupero e mantenimento di benessere nella popolazione dei soccorritori. Per esempio, solo il 13% dei vigili del fuoco che lavorarono nelle operazioni di soccorso in seguito all’attentato di Oklahoma City, riportarono disturbi da stress post-traumatico.⁵²

⁵⁰ Nella traduzione italiana: “*far fronte a*”, “*reagire a*”, “*affrontare qualcosa*”, N. Zingarelli, “*Dizionario della lingua italiana*”, Milano, Zanichelli, 1995

⁵¹ R.S. Lazarus, “*Emotion and adaption*”, New York, Oxford University Press, 1991

⁵² C.S. North, L. Tivis, J.C. McMillen, B. Pfefferbaum, E.L. Spitznagel, J. Cox, S.J. Nixon, E.M. Smith, “*Psychiatric disorders in rescue workers of the Oklahoma City bombing*”, *American Journal of Psychiatry*, 2002, **159**, pp. 857-859

A partire dagli anni Ottanta, i ricercatori hanno cominciato ad indagare in modo sistematico le strategie messe in atto dagli operatori dell'emergenza per far fronte agli eventi stressanti. Dunning⁵³ e James⁵⁴ avevano ipotizzato che gli operatori dell'emergenza possedessero straordinarie abilità di *coping*.

Moran e Britton conclusero, invece, che il campione di soccorritori esaminato non possedeva nessun particolare stile di coping che lo differenziasse in qualche modo dalla popolazione in generale, e che né lo stile di coping né le caratteristiche di personalità erano predittive delle reazioni manifestate.⁵⁵

Hytten e Hasle suggerirono, infine, che i soccorritori esperti o "anziani" possedevano strategie di coping più efficaci, a livello sia cognitivo che comportamentale.⁵⁶

Il lavoro di Holaday e collaboratori del 1995, descrisse le strategie di coping utilizzate da cento operatori dell'emergenza, che avevano partecipato con vari ruoli (infermieri, vigili del fuoco, poliziotti ecc.) alle operazioni di soccorso in un grave incidente in Norvegia.

Le categorie di stili di coping individuati furono cinque:

- comportamenti focalizzati sul compito;
- distanziamento emotivo;
- strategie cognitive auto-dirette;
- altruismo;
- ricerca di supporto sociale.

Le conclusioni più interessanti riguardano la formazione del personale; chi tra i professionisti impiegati aveva preso parte a corsi di formazione sui temi

⁵³ C. Dunning, "Prevention of stress: Role stressors and supports for emergency workers", National Institute of Mental Health, Washington, 1985

⁵⁴ A. James, "The psychological impact of disaster and the nature of critical incident stress for emergency personnel", *Disaster Preventing Management* vol. 1, 1992, pp. 63-69

⁵⁵ C. Moran N.R. Britton, "Emergency work experience and reaction to traumatic incidents", *Journal of Traumatic Stress* Vol.7, 1994, 4, pp. 575-585

⁵⁶ K. Hytten e A. Hasle, "Firefighters: A study of stress and coping", *ACTA Psychiatria -Scandinavian Supplement*, 1989, 355, pp. 50-55

dell'aiuto agli altri e delle reazioni emotive, ha riportato in seguito maggiori comportamenti di autorinforzo e più ricordi interiorizzati.

Al contrario, i soggetti non precedentemente formati ad affrontare stress sono risultati più segnati dalle emozioni negative, con la tendenza a raccontare l'accaduto come se fosse ancora presente. Tutti i soccorritori, descrivendo il proprio lavoro, ne hanno sottolineato l'immediatezza e l'urgenza, senza mostrare segni di dissociazione o distanziamento durante la crisi.

In generale indicavano la loro altruistica attitudine ad aiutare gli altri come elemento più importante della loro professione.⁵⁷

Nell'ottobre del 1988, in un'isolata vallata della Norvegia, un bus di studenti con trentaquattro persone a bordo precipitò in una scarpata: dodici bambini e tre adulti morirono e tutti gli altri furono seriamente feriti. Interrogando i soccorritori, i ricercatori rilevarono che le strategie più utilizzate (94%) dagli operatori dell'emergenza, erano attività in grado di ridurre la riflessione e la capacità di pensare alla dimensione emotiva dell'evento.

Nei momenti in cui le squadre di soccorritori presenti sul luogo del disastro rimangono inattive (in attesa, ad esempio, dell'estrazione dei corpi dalle macerie o che siano completate le operazioni di estricazione), questo tipo di difesa è la prima a saltare. In questi momenti le emozioni e le riflessioni si fanno largo e il rischio di esserne schiacciati è molto alto; peraltro gli autori sostengono che tale meccanismo è efficiente e funzionale solo nel breve periodo, ma deleterio e pericoloso se utilizzato incondizionatamente.

Un altro meccanismo di coping molto utilizzato è il contatto con gli altri e il supporto sociale in generale (90%), segue la soppressione delle emozioni (76%), il raccontare di aver vissuto l'evento come irreali (68%), il manifestare evitamento attivo di pensieri legati all'evento (68%) ed, infine, il prepararsi emotivamente all'intervento (63%). I risultati dello studio di Dyregrov e Mitchell del 1992,⁵⁸ mostrano che gli operatori dell'emergenza, per regolare le forti emozioni dalle quali sono investiti e per rendere il loro ruolo meno opprimente, utilizzano in prevalenza metodi di distanziamento. Quando queste strategie non

⁵⁷ M. Holaday, G. Warren-Miller, A. Smith e T.E. Yost, "A preliminary investigation of on-the-scene coping mechanism used by disaster workers", *Journal of Mental Health Counseling* vol. 17, 1995, pp.347-369

⁵⁸ A. Dyregrov e J.T. Mitchell, "Work with traumatized children: Psychological effect and coping strategies", *Journal of Traumatic Stress* vol. 5, 1992, 1, pp.5-17

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

Nello studio descrittivo – qualitativo di Jonsson e Segesten del 2003,⁵⁹ i 52 partecipanti raccontano che dopo l'evento traumatico è impossibile lasciarsi alle spalle spontaneamente ciò che è successo, ma ricorrono pensieri intrusivi, che riportano a rivivere la criticità dell'evento; se questi non vengono affrontati e superati, creano nell'individuo uno stato di malessere. Affinché lo stress accumulato venga lasciato alle spalle, è necessario ottenere comprensione, avere l'opportunità di poter parlare con qualcuno delle proprie esperienze. Parlando, l'operatore può riuscire a rendersi conto di ciò che è successo, di ciò che questo ha provocato in lui e, in caso di evento negativo, riaffermare che si è agito nella maniera corretta, constatando che non si poteva fare in altro modo; in questo modo si ha la possibilità di superare i sensi di colpa scaturiti dal fallimento della missione.

Secondo Jonsson, Segesten e Mattsson,⁶⁰ per smaltire la tensione accumulata e non metabolizzata, sarebbe utile agli operatori un periodo di allontanamento dal lavoro o di trasferimento in un reparto non di emergenza. Sugeriscono inoltre l'opportunità di organizzare *debriefing* tra gli operatori, per dar loro modo di parlare, per poter superare il trauma subito, confrontandosi con i propri pari. La necessità di dare spazio agli operatori per condividere fra di loro i propri sentimenti, assume per questi autori un ruolo di primo piano.

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

Secondo O'Connor e Jeavons,⁶¹ per poter prevenire le conseguenze derivanti dal vissuto di eventi traumatici, è necessario individuare le varie tipologie di interventi considerati maggiormente critici dagli infermieri, poterle poi catalogare, individuare delle scale di valutazione del rischio per poter agire preventivamente per aiutare il personale (supporto psicologico soprattutto per

⁵⁹ A. Jonsson, K. Segesten, "The meaning of traumatic events as described by nurses in ambulance service", *Accident and Emergency Nursing*, 2003, **11**, 141-152

⁶⁰ A. Jonsson K. Segesten, B. Mattsson, "Post-traumatic stress among Swedish ambulance Personnel", *Emergency Medicine Journal*, 2003, **20**: 79-84

⁶¹ J. O'Connor & S. Jeavons, "Nurses' perceptions of critical incidents", *Journal of Advanced Nursing*, 2003, **41**, pp. 53-62

interventi che portano in sé una grande sofferenza, educazione preventiva, supporto regolare ai gruppi ad alto rischio).

Uno degli strumenti più accreditati per soddisfare le esigenze di intervenire nelle situazioni di grave stress è il *Critical Incident Stress Management*, ideato da Mitchell ed Everly negli anni Ottanta.⁶² All'interno del programma, una parte importante è assunta dal *Critical Incident Stress Debriefing (CISD)*.

Questo sistema di intervento ha come obiettivo principe la prevenzione dello stress lavorativo nei reparti di area critica; in particolare, le ricerche di Lanning⁶³ svolte per testare la validità dello strumento hanno evidenziato che il *debriefing*:

- permette di preparare i partecipanti a far fronte in futuro ai sintomi conseguenti l'elevato stress;
- aiuta i partecipanti ad accettare i loro sentimenti ed eventuali sintomi manifesti;
- crea una condizione di supporto reciproco fra i partecipanti;
- permette la risoluzione di parte dei problemi considerati (es. *sensi di colpa*): i partecipanti si sentono rassicurati nell'esprimere i propri stati d'animo e scoprono che non sono simili a quelli che provano i colleghi;
- aiuta ad esprimere *ciò che si sente*, lasciando contemporaneamente percorribile la via del semplice ascolto.

Il *Critical Incident Stress Debriefing*⁶⁴ prevede sette differenti tappe:

⁶² M. Monti, "Lo stress acuto negli operatori d'emergenza e sue complicità, descrizione e criteri di intervento nel personale", Relazione convegno AISACE, Lugo 11-12 ottobre 2001

⁶³ K.K.S. Lanning, "Post-trauma recovery of public safety workers for the Delta 191 crash: debriefing, personal characteristic and social systems", *Dissertation Abstracts International*, 1987, **48** (10-B), pp. 2922

⁶⁴ J.T. Mitchell, G.S. Everly, "Critical Incident Stress Debriefing: An Operations Manual, 2nd edition", Ellicott City, Chevron Press, 1996

1. L' introduzione, nella quale inizia l'interazione tra il Debriefing e colui/coloro che chiedono un supporto psicologico. Il Debriefing si presenta e spiega cosa verrà fatto.
2. Successivamente, (*fase cognitiva*), l'utente illustrerà i fatti descrivendo con precisione cosa si è visto, sentito, operato; tutto questo mantenendo una "dimensione" cognitiva. È compito del debriefing in questa fase riuscire a far sì che non emergano emozioni.
3. Ricerca dei pensieri avuti durante l'evento traumatico. Spostamento da una dimensione esclusivamente cognitiva ad un livello emozionale, cercando di unire i fatti con gli stati d'animo.
4. Focalizzazione dell'attenzione sulla cosa più terribile provata all'interno dell'episodio raccontato, descrivendo dettagliatamente il sentimento e le sensazioni corporee provate in quel frangente.
5. Il debriefing informerà l'utente di come il forte disagio provato dopo quello specifico evento traumatico sia una naturale reazione di una persona sana ad uno stressor eccessivamente forte e come i sintomi avuti siano la normale reazione dell' organismo. Si descrivono, inoltre, i sintomi che normalmente vengono vissuti dopo un evento critico.
6. Nella penultima fase vengono dati consigli su come comportarsi per metabolizzare con maggiore celerità il proprio malessere:
 - alimentarsi in modo equilibrato;
 - limitare il consumo di alcool e evitare droghe;
 - evitare se possibile l'utilizzo di ansiolitici, se strettamente necessario, assumere ansiolitici che non interferiscano con la fase REM del sonno;
 -

- eseguire attività fisica in forma non intensa;
- coltivare i propri hobbies e relazioni sociali;
- Evitare, almeno nel primo periodo, di eseguire training autogeno e meditazione che potrebbero facilitare il riaffiorare di ricordi intrusivi.

7. Nell'ultima fase (di chiusura) del debriefing, si cerca di capire e dare un senso all'evento vissuto. È consigliato eseguire anche un gesto rituale per concludere l'evento e ritrovare la propria pace interiore.

Dagli studi effettuati sui debriefing post-traumatici eseguiti negli anni '90, si rileva che i soggetti che vi si erano sottoposti risultavano significativamente meno depressi e meno nervosi, presentando minori sintomi legati allo stress dei loro colleghi che non vi avevano preso parte. Inoltre, negli stessi infermieri si era generato un incremento di sentimenti di autocontrollo nei confronti degli eventi critici.⁶⁵

In Emilia Romagna, anche a seguito dei risultati prodotti da una ricerca esplorativa del 1998, eseguita in 43 reparti di Pronto soccorso, su un campione di 706 infermieri, indirizzata a valutare attraverso un questionario i bisogni del personale che lavora in terapia intensiva, nel 2001 l'associazione *AISACE* ha dato vita a "Corsi di psicoformazione" aperti a medici, infermieri e personale di supporto. L'obiettivo principale era quello di dare la possibilità ai partecipanti di individuare il problema "stress" dal punto di vista scientifico, interiorizzandolo e creando così le basi per una presa in carico più strutturata del problema e delle sue conseguenze. Questa attenzione, era supportata dalla convinzione degli organizzatori e degli istruttori anch'essi operatori del settore, di dover fornire delle armi per fronteggiare e superare l'ostacolo. Creando un clima familiare ed accogliente, si è prodotta un'interazione fra colleghi; il confronto alla pari, su situazioni che potenzialmente possono essere condivise da tutti, ha arricchito i partecipanti, che hanno manifestato la loro soddisfazione anche attraverso un questionario di gradimento.⁶⁶

⁶⁵ M. Monti, "Lo stress acuto negli operatori d'emergenza e sue complicanze, descrizione e criteri di intervento nel personale", Relazione convegno AISACE, Lugo 11-12 ottobre 2001

⁶⁶ L. Venturini, "Non solo psico-formazione", *Emergency Oggi*, 2002, p. 26

Se nel Mondo, in particolar modo quello anglosassone, il problema del benessere dell'operatore dell'emergenza è sentito e studiato da decenni, in Italia la ricerca è piuttosto lenta e lacunosa.

2.5 Il burnout

Negli anni Trenta dello scorso secolo, il termine *burnout* è stato utilizzato in ambito sportivo per descrivere il fenomeno vissuto da alcuni atleti di improvvisi peggioramenti nella performance, a seguito di numerose ed eclatanti vittorie.

Consultando il vocabolario di Galimberti (1999) si può arrivare alla seguente definizione: *“Fallire, logorarsi o essere esauriti a causa di una eccessiva richiesta di energia, resistenza o risorse”*⁶⁷ suggerendo che lo stato di burnout sia l'esaurimento emotivo relativo ad un sovraccarico.

Prima del 1980 l'interesse per il fenomeno *burnout* si è concretizzato in numerosi studi che descrivevano, in modo generico e non analitico, sulla base di singoli *case studies*, il costrutto come caratterizzato da senso di sconfitta, abbattimento, frustrazione, stanchezza, perdita di creatività, riduzione del *commitment* sul lavoro, distacco verso clienti e colleghi a seguito di disagi psico-fisici; spesso imputabili a spinte operate dall'alto verso il raggiungimento di risultati e prestazioni eccellenti.⁶⁸

La psichiatra americana Christina Maslach nel 1976 ha ripreso l'espressione in merito allo stato di esaurimento emotivo, depersonalizzazione, incapacità e disagio comportamentale manifestato dagli operatori delle professioni di aiuto (*helping professions*) o, in ogni caso, ad alta implicazione relazionale (medici, infermieri, psicologi, insegnanti, assistenti sociali,...). Da questi studi il burnout viene definito come una *“Sindrome di esaurimento emozionale, di spersonalizzazione e di riduzione delle capacità personali che può presentarsi in soggetti che per professione si occupano della gente. Si tratta di una reazione alla tendenza emozionale cronica creata dal contatto continuo*

⁶⁷ U. Galimberti, “Dizionario di psicologia”, Torino, UTET, 1999

⁶⁸ H.J. Freudenberger, “Staff burn-out”, *Journal of Social Issues*, 1974, **30**

H.J. Freudenberger, “Burn-out: Occupational hazard of the child care worker”, in *Child Care Quarterly*, **6**, 1977

H.J. Freudenberger, “Speaking from experience. Burn-out: The organizational menace”, *Training and Development Journal*, **31**, 1977b

con altri esseri umani, in particolare quando si hanno problemi o motivi di sofferenza.⁶⁹

Ganster e Schaubroeck (1991),⁷⁰ definiscono il *burnout* una tipologia di stress, in particolare, uno schema di reazione emotiva cronica a condizioni lavorative stressanti, caratterizzate da elevate frequenze di contatti interpersonali.

McGrath (1976)⁷¹ e Schuler (1980)⁷² forniscono una delle migliori definizioni di stress che consente di inquadrare al suo interno il concetto di *burnout*: per gli autori, lo stress è la condizione dinamica che si verifica quando il soggetto va incontro all'opportunità, all'obbligo o alla richiesta di essere, avere o fare ciò che desidera, ma allo stesso tempo percepisce l'incertezza su come realizzare questi risultati importanti. Sotto tale prospettiva, il *burnout* costituisce un aspetto distintivo dello stress e, in particolare, uno schema di risposte emotive e comportamentali agli *stressors* lavorativi: "Esaurimento emotivo, spersonalizzazione e senso di incapacità, specificamente, nascono come effetti di richieste lavorative eccessive, soprattutto, di natura interpersonale".⁷³

Dunque, le tre caratteristiche che costituiscono il *burnout*, connesse ai contatti interpersonali, attribuiscono al fenomeno connotazioni uniche rispetto alle altre tipologie di stress, a differenza degli attributi di incertezza e importanza degli obiettivi che caratterizzano anche altre risposte allo stress indotte da elevati carichi di lavoro.

Dal punto di vista del processo il fenomeno *burnout* si manifesta attraverso una sequenza specifica di passaggi, che portano l'individuo a percepire, nell'ordine, uno stato di esaurimento emotivo, a cui segue il senso di spersonalizzazione e, infine, la diminuzione dell'autoefficacia.⁷⁴

⁶⁹ C. Maslach, "Burned-out", *Human Behaviour* vol. 5, 1976, **9**, pp. 16 - 22.

⁷⁰ D.C. Ganster e J. Schaubroeck, "Work, stress and employee health", *Journal of Management*, 1991, **17**

⁷¹ J.E. McGrath, "Stress and behavior in organizations", *Handbook of industrial and organizational psychology*, Rand-McNally, Chicago, 1976

⁷² R.S. Schuler, "Definition and conceptualization of stress in organizations", *Organization Behavior and Human Performance*, 1980, **25**

⁷³ A. Shirom, "Burnout in work organizations", Cooper C.L. e Robertson I., *International review of industrial and organizational psychology*, Wiley, New York, 1989

⁷⁴ M.P. Leiter e C. Maslach, "The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment", *Journal of Organizational Behavior*, 1988, **9**

Carichi di lavoro costantemente eccessivi nell'arco di un lungo periodo di tempo mettono a dura prova le risorse emotive del soggetto, che reagisce maturando uno stato di esaurimento emotivo.⁷⁵

2.5.1 Fattori individuali

Risulta molto complicato individuare delle analogie tra caratteristiche individuali e l'instaurarsi della sindrome del burnout; in letteratura non si rilevano studi in grado di delineare una "*personalità standard*" soggetta a burnout.

In riferimento ad esempio al sesso, non vi è univocità di pensiero rispetto allo sviluppo di livelli di stress più elevati.

Maslach e Jackson, in una ricerca del 1985,⁷⁶ affermano che le differenze tra i due sessi non riguardano la sindrome intesa in senso globale, ma come ne vengono percepiti gli effetti. Le donne avvertono più intensamente l'esaurimento emotivo, essendo molto coinvolte emozionalmente dal punto di vista relazionale con l'utenza, a differenza degli uomini che reagiscono con comportamenti depersonalizzanti.

La relazione fra età e burnout è piuttosto controversa; appare significativo il legame tra anzianità di servizio e insorgenza di burnout, anche se c'è chi sostiene che l'incidenza maggiore sia a carico dei primi anni di lavoro, in relazione all'idealismo ed alle aspettative proprie delle prime esperienze lavorative.

In conformità a quanto detto, risulta difficile analizzare le differenze tra infermieri "single" e coniugati; sempre nel lavoro di Maslach e Jackson, appaiono evidenti minori livelli di burnout nel personale sposato con prole.

Gli operatori con famiglia, maturano uno stile di vita più stabile e diverse prospettive future, inoltre, sono aiutati a fronteggiare con più efficacia lo stress lavorativo dal contenitore domestico che agisce da riserva emozionale di aiuto.

⁷⁵ S. Toppinen Tanner, R. Kalimo, P. Mutanen, "The process of burnout in white-collar and blue-collar jobs: eight year prospective study of exhaustion", *Journal of Organizational Behavior*, 2002, **23**

⁷⁶ C. Maslach e S.E. Jackson, "The role of sex and family variables in burnout", *Sex Roles*, 1985, **12**

Tutto questo, a patto che vi siano buone relazioni interpersonali all'interno del nucleo familiare.

Risultati più soddisfacenti sono stati ottenuti studiando la personalità.

Freudenberger in uno studio del 1980,⁷⁷ sostiene che siano predisposte al burnout le persone portatrici di grandi ideali: *“Uomini e donne dinamici, carismatici e risoluti (...) che si impegnano fino in fondo in tutto quello che fanno, lasciandosi coinvolgere anche intimamente”*.

Viceversa C. Maslach scrive che *“L'individuo a rischio di burnout manca di fiducia in se stesso, ha scarsa ambizione (...) non ha obiettivi chiaramente definiti, né la dose di decisione necessaria a raggiungerli”*.⁷⁸

Molti autori hanno sottolineato la prevalenza di aspettative irrealistiche di lavoro fra gli operatori socio-sanitari, sostenendo che la differenza tra le aspettative e la realtà è una causa importante di insoddisfazione lavorativa e frustrazione.

2.5.2 Fattori relativi ad aspetti lavorativo - organizzativi

Riflettendo sul burnout lavorativo è necessario affrontare le difficoltà che gli operatori d'aiuto incontrano nella struttura di lavoro, in particolare sulla struttura del ruolo, del potere, e sulla struttura normativa.

Per struttura di ruolo si intende il modo in cui i compiti e doveri sono distribuiti tra le diverse professionalità in una determinata situazione.

Le caratteristiche specifiche di un ruolo che contribuiscono allo stress lavorativo e alla tensione secondo Cherniss sono: il conflitto di ruolo, l'ambiguità di ruolo, la somma dei cambiamenti, la varietà e l'autonomia disponibile nel ruolo.

Il sovraccarico di ruolo avviene quando le richieste collegate allo stesso, sono superiori al tempo e agli sforzi di chi lo esercita, inoltre contribuisce al burnout perché va a pesare sul meccanismo di difesa che si attiva per stigmatizzare lo stress indotto dalle troppe richieste, cui l'operatore non riesce a rispondere. Altre volte il conflitto non è legato all'abbondanza delle richieste ma alla loro incompatibilità; questo conflitto è interno e le parti in gioco sono l'individuo e il suo ruolo lavorativo. Quando l'operatore non riconosce nel ruolo

⁷⁷ M. Burish, “Burnout”, *Psicologia contemporanea*, 1995, **127**, p. 36

⁷⁸ C. Maslach, “La sindrome del burnout”, Assisi, Cittadella, 1997

affidatogli dalla struttura quello che lui aveva scelto di svolgere, entra in crisi, cercando di risolvere la questione tentando di rientrare in quello da lui scelto, e se questo diventa impossibile la persona inizia il processo di burnout.

Nel momento in cui le richieste sono incompatibili con le capacità o le mete dell'operatore, con i suoi valori e le sue convinzioni, si crea uno stressante conflitto interno. L'ambiguità di ruolo è un'importante difficoltà che gli operatori possono incontrare, essa nasce dalla mancanza di informazioni, di confronto e valutazione con la supervisione. Il rapporto con il coordinatore è particolarmente importante perché deve affrontare il significativo equilibrio tra la necessità di autonomia operativa, e il bisogno di appoggio. Il coordinatore esitante o invadente limita l'autonomia e il controllo da parte dell'equipe, ma il coordinatore che fornisce con competenza interpretazioni ed indicazioni agli operatori, può reprimere il desiderio, di affrontare i problemi con le proprie forze.

Per varietà ed autonomia disponibile nel ruolo, si intende la possibilità di sfida e stimolazione, il coinvolgimento e la motivazione che devono essere presenti in una posizione lavorativa; se ciò non avviene si rischia di avere delle situazioni di noia. Anche la possibilità di crescita del personale, attraverso la formazione continua, può essere da stimolo per la posizione lavorativa ed evitare il burnout.

Ogni decisione riguardante il lavoro di un operatore dell'equipe, può essere presa dalla singola persona (decisione autonoma), da quella persona con un gruppo di altre persone (decisione collettiva), o dal coordinatore (decisione gerarchica). La decisione gerarchica è la forma di gestione del potere che può far aumentare lo stress lavorativo e il burnout, in quanto la persona su cui si sta decidendo si sente impotente. A questo tipo di gestione di potere è collegato anche il potere della "mentalità burocratica", infatti la maggiore burocratizzazione, formalizzazione e centralizzazione sono spesso collegate a situazioni di alienazione, stress e burnout.

Per quanto concerne il sistema di retribuzione, è intuitivo che maggiore è il collegamento delle ricompense ai risultati e delle punizioni a fattori non contingenti, più alta è la probabilità che si verifichi *burnout*. La letteratura continua a sostenere che esistano dei legami imprescindibili fra tipologia delle politiche retributive e stress cronico da lavoro.⁷⁹

⁷⁹ S.E. Jackson, R.L. Schwab, R.S. Schuler, "Toward an understanding of the burnout phenomenon", *Journal of Applied Psychology*, 1986, **71**

Nella misura in cui l'innovazione, la creatività e l'assunzione di responsabilità vengano ricompensati, si dà la possibilità all'operatore d'aiuto di vivere bene il proprio ruolo lavorativo.

2.5.3 Il processo ed i segni psicofisici dell'operatore

Come indica Maslach, il nucleo della sindrome di burnout è uno schema di sovraccarico emozionale. L'operatore che è eccessivamente coinvolto dal punto di vista emozionale, tende sempre di più verso gli altri e infine si sente sopraffatto dalle richieste emozionali che gli vengono imposte.

La risposta a questa dinamica è l'*esaurimento emozionale*. L'operatore che entra in questa fase si sente svuotato, non ha le energie necessarie per affrontare un altro giorno, e inizia a sentire l'angoscia di non avere più nulla da dare agli altri; per liberarsi da questo significativo peso si sottrae al coinvolgimento emozionale, riducendo il contatto ed acquisendo tecniche burocratizzate per gestire il rapporto. Lo sviluppo di risposte ciniche, rigide e burocratizzate, segnala il secondo aspetto della sindrome di burnout: la *spersonalizzazione*.

Questi sentimenti negativi verso gli altri possono inasprirsi fino ad includere la negatività anche verso se stessi.

Gli operatori che lavorano in professioni d'aiuto, provano sentimenti di colpa o tormento per il modo in cui trattano gli utenti, facendo comparire il terzo aspetto del *burnout*: il sentimento di *ridotta realizzazione personale*.

Chi lavora nel settore sociale ha un forte senso di inadeguatezza circa la propria capacità di stabilire relazioni con i propri assistiti, situazione che può indurre un auto verdetto di fallimento. Il soggetto a rischio di burnout si trova intrappolato in una situazione di sovraccarico emotivo crescente: le richieste sono abnormi rispetto alle scarse risorse e il ritorno emotivo è molto inferiore alle energie profuse; si configura una situazione di isolamento e di difficoltà per l'operatore di reperire un contenitore per le proprie emozioni e frustrazioni.

La molteplicità di tipologie di definizioni che caratterizzano il burnout hanno portato Cherniss⁸⁰ a leggerlo come un processo transazionale che si sviluppa in tre fasi.

⁸⁰ C. Cherniss , "Staff Burnout: job stress in the Human service", Beverly Hills:

- La prima fase implica uno squilibrio tra risorse disponibili e richiesta (stress).
- La seconda fase è caratterizzata dalla risposta di tipo emotivo e immediata, descritta con sensazioni di ansietà, tensione, fatica e risposte che sono deviate rispetto alle modalità equilibrata di affrontare le situazioni.
- La terza fase consiste nel cambiare atteggiamento e il comportamento in modo acquisito, come nuova modalità di lavoro.

Così il burnout diventa un processo transazionale nel quale un professionista precedentemente impegnato si disimpegna dal proprio lavoro, in risposta allo stress e alla tensione sul lavoro. Il processo in questo senso inizia quando l'operatore prova uno stress (considerato come quelle caratteristiche dell'ambiente di lavoro che costituiscono una minaccia per l'individuo) ed un esaurimento (ogni deviazione dalla normale risposta dell'individuo) che non possono essere alleviati attraverso una gestione attiva del problema. Il cambiamento di atteggiamento va a procurare una fuga psicologica e la rassicurazione che non si aggiungerà ulteriore stress alla tensione nervosa che è già stata provata.

Quando l'operatore sperimenta un forte stress lavorativo, questo tipo di meccanismi di difesa potrebbero essere usati di preferenza, perché la relazione d'aiuto tende a creare un coinvolgimento psicologicamente intollerabile. In questo caso possono avere una funzione difensiva anche la perdita dell'idealismo e l'aumento di apatia. Quanto più lo stress è forte tanto più alta è l'incapacità dell'operatore di cambiare la situazione e maggiore è la probabilità che insorga il burnout.

Segni e sintomi dello stress lavorativo⁸¹

1. *Alta resistenza a recarsi al lavoro ogni giorno*
2. *sensazione di fallimento*
3. *rabbia e risentimento*
4. *senso di colpa e disistima*
5. *scoraggiamento ed indifferenza*
6. *negativismo*
7. *isolamento e ritiro(disinvestimento)*
8. *senso di stanchezza ed esaurimento tutto il giorno*
9. *guardare frequentemente l'orologio*
10. *notevole affaticamento dopo il lavoro*
11. *perdita di sentimenti positivi verso gli utenti*
12. *rimandare il più possibile i contatti con gli utenti*
13. *avere un modello stereotipato degli utenti*
14. *incapacità di concentrarsi o di ascoltare ciò che l'utente sta dicendo*
15. *sensazione di immobilismo*
16. *cinismo verso gli utenti; atteggiamento colpevolizzante nei loro confronti*

⁸¹ C. Cherniss , “Staff Burnout: job stress in the Human service”, Beverly Hills: Sage, 1980

17. *seguire in modo crescente procedure rigidamente standardizzate*
18. *problemi d'insonnia*
19. *evitare discussioni di lavoro con i colleghi*
20. *preoccupazione per sé*
21. *maggiore approvazione di misure di controllo del comportamento come i tranquillanti*
22. *frequenti raffreddori ed influenze*
23. *frequenti mal di testa e disturbi gastrointestinali*
24. *rigidità di pensiero e resistenza al cambiamento*
25. *sospetto e paranoia*
26. *eccessivo uso di farmaci*
27. *conflitti coniugali e familiari*
28. *alto assenteismo*

L'esaurimento emozionale ed il cinismo frutto del burnout, sono spesso associati al deterioramento delle relazioni con le altre persone, sul lavoro e fuori.

L'operatore esaurito ha la predisposizione a problemi di salute frequenti, disturbi psicologici, perdita dell'autostima, crescente insoddisfazione del lavoro.

L'esaurimento emozionale spesso viene a prendere la forma di una stanchezza cronica, che porta ad un circolo vizioso passivo che spesso sfocia nella risoluzione attraverso farmaci o assunzione di alcool per alleviare la tensione divenuta ormai costante ed incontrollabile.

La salute psicologica percorre, con la caduta dell'autostima e una sempre più ridotta realizzazione personale, una discesa verso il basso e la persona ha solo sentimenti negativi verso quello che egli è, e verso il tipo di lavoro che sta svolgendo. Egli può danneggiare anche gli utenti, che ricevono risposte private di contenuto umano ed un servizio deficitario.

La persona in burnout da il minimo indispensabile, affronta la professione d'aiuto come se fosse un lavoro meccanico, togliendo tutto il senso alla relazione.

L'istituzione dove far fronte all'assenteismo, ma anche alla non attività della persona in servizio, e questo danneggia nel suo nucleo vitale i rapporti con gli utenti.

L'operatore emotivamente esausto arriva a casa teso, sconvolto, stanco fisicamente. Quando il lavoro prosciuga tutte le energie emozionali, l'operatore diventa sempre meno capace e disposto a dare agli altri; può essere quindi danneggiata la situazione familiare, che subisce un'impennata di tensioni e conflitti, avendo i propri componenti spesso separati da un profondo abisso emozionale.

SECONDA PARTE

- CAPITOLO 3 -

RICERCA SUL RISCHIO DI POTENZIALE BURNOUT E VALUTAZIONE DEL DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS

L'intento ora è quello di andare ad individuare il rischio potenziale di Burnout: *“Sindrome di esaurimento emozionale, di depersonalizzazione e di riduzione delle capacità personali che può presentarsi in soggetti che per professione si occupano della gente; reazione alla tendenza emozionale cronica creata dal contatto continuo con altri esseri umani, in particolare quando si hanno problemi o motivi di sofferenza”* (C. Maslach 1973 e 1976) negli infermieri del soccorso extraospedaliero attraverso un questionario e contemporaneamente andare a ricercare, tramite intervista strutturata rivolta ad alcuni operatori, la presenza o no di casi che possano, potenzialmente, far emergere uno stato di Stress Post-Traumatico. Questo per cercare di adottare delle possibili misure di prevenzione e aiuto per ridurre il rischio di sviluppare successivamente anche la sindrome da Burnout.

3.1 Background

L'emergenza extraospedaliera per l'infermiere è diventato, negli ultimi anni, un campo usuale nel quale prestare la propria opera lavorativa. Nei presidi ospedalieri italiani si sono moltiplicati i servizi di automedica e di ambulanza con infermiere a bordo; senza contare le innumerevoli postazioni di elisoccorso in convenzione con il 118.

L'infermiere che opera in tali contesti, può trovarsi a gestire situazioni imprevedibili e anche molto gravi dal punto di vista delle patologie presentate dagli infortunati. Spesso ci si trova ad agire in ambienti poco confortevoli, con un limitato tempo a disposizione e con risorse molto scarse.

Il quadro emotivo e psicologico dell'infermiere dell'emergenza, può essere messo a dura prova dalle situazioni che vengono affrontate durante i servizi; soccorsi a bambini, giovani politraumatizzati in incidenti stradali, grandi ustionati e anche contesti di elevato degrado sociale, possono influire pesantemente sull'equilibrio psicofisico e sull'efficienza stessa degli operatori.

Nelle realtà di Reggio Emilia e Modena, oggetto di studio in questa ricerca, l'infermiere presta quotidianamente servizio sui mezzi di soccorso, siano essi automediche o ambulanze infermieristiche.

3.1.1 Identificazione del problema

La somma dei fattori descritti precedentemente può portare, nel tempo, a quella che C. Maslach definisce come: *“Sindrome di esaurimento emozionale, di spersonalizzazione e di riduzione delle capacità personali che può presentarsi in soggetti che per professione si occupano della gente. Si tratta di una reazione alla tendenza emozionale cronica creata dal contatto continuo con altri esseri umani, in particolare quando si hanno problemi o motivi di sofferenza.”*⁸²

3.1.2 Obiettivi

1. Verificare i livelli potenziali di burnout negli infermieri dell'emergenza extraospedaliera nei servizi oggetto di studio, siano essi impegnati in un servizio di automedica piuttosto che di “India” o “AIRE”.⁸³

Contemporaneamente al questionario, si è cercato di andare ad osservare una componente di stress post-traumatico attraverso un'intervista strutturata.

3.1.3 Finalità e scopi della ricerca

La ricerca si propone d'indagare i livelli di potenziale burnout in infermieri che lavorano in emergenza – urgenza nelle Unità Operative 118 di Reggio Emilia e Modena, verificando se e quanto possa incidere favorevolmente, come fattore favorente di resilienza, l'elemento *“formazione”* in merito al benessere psicologico degli operatori.

⁸² C. Maslach, “Burned-out”, *Human Behaviour* vol. 5, 1976, **9**, pp. 16 - 22.

⁸³ Ambulanza con infermiere a bordo. Nella realtà cittadina di Reggio Emilia, il servizio è denominato “AIRE” (Ambulanza infermieristica Reggio Emilia) a Modena “India”.

3.1.4 Ipotesi

L'infermiere dell'emergenza, che può trovarsi spesso e volentieri di fronte a eventi ripetutamente stressanti, a condizioni di lavoro difficili, sulla strada o nelle abitazioni dei malati, lavorando spesso con risorse scarse e dovendo decidere in fretta per il bene dell'infortunato, può arrivare a maturare livelli di burnout piuttosto elevati se non è stato adeguatamente preparato ad affrontarli.

La formazione può essere il "gold standard" per scongiurare questa gravosa situazione: imparando a conoscere i rischi psicologici che questo tipo di lavoro comporta, apprendendo come attivare le risorse intrinseche e come e quando usufruire di quelle esterne (colleghi, counselor,⁸⁴ psicologo).

3.2 Disegno di ricerca

Tipologia di studio: Misto, Osservativo - qualitativo e quantitativo

Campione: 21 infermieri impiegati in ambito emergenza/urgenza extraospedaliera in provincia di Reggio Emilia e 70 infermieri della C.O. 118 Modena Soccorso.

Modalità di osservazione del campione:

- per quanto riguarda gli operatori della C.O. 118 Modena Soccorso, non direttamente ho avuto la possibilità di lavorare con loro, ma grazie ad un tirocinio clinico finalizzato alla ricerca per la stesura della tesi di Laurea della durata di 37 giorni (240 ore complessive), ho avuto la possibilità di osservare gli infermieri impiegati nel servizio 118 su ambulanze infermieristiche dell'U.O. Pronto Soccorso di Carpi.

Agli operatori di Centrale è stato somministrato il questionario "*Burnout Potential Inventory*"⁸⁵ ed è stato inoltre possibile operare un' intervista strutturata agli operatori stessi;

⁸⁴ Figura professionale che, avendo seguito un corso di studi almeno triennale, ed in possesso pertanto di un diploma rilasciato da specifiche scuole di formazione di differenti orientamenti teorici, è in grado di favorire la soluzione di disagi esistenziali di origine psichica che non comportino tuttavia una ristrutturazione profonda della personalità

⁸⁵Tratto (rivisto ed adattato da M. Armilli) da: B. Potter, "Overcoming Job Burnout: How to Renew Enthusiasm for Work", Ronin Publishing, 2005

- per quanto concerne la realtà di Reggio Emilia, si è somministrato il questionario “*Burnout Potential Inventory*” e l’intervista strutturata durante un periodo di tirocinio osservativo della durata di 5 giorni (30 ore complessive) durante il quale ho avuto modo di osservare gli infermieri impegnati nel servizio 118 su automedica in postazione presso la Centrale Operativa di Reggio Emilia Soccorso.

Materiale:

- questionario “*Burnout Potential Inventory*,”⁸⁶ rivisto ed adattato;
- intervista strutturata.⁸⁷

Procedure per il consenso:

- lettera informativa per l’autorizzazione all’attività di tirocinio, rilevazione, elaborazione dati presso la C.O. 118 Reggio Emilia Soccorso;
- lettera informativa per l’autorizzazione alla raccolta dati tramite questionario, intervista strutturata ed elaborazione degli stessi, presso i servizi di ambulanza AUSL di Modena Soccorso.

3.3. Intervista

Durante il periodo di tirocinio osservativo finalizzato alla ricerca per la stesura della tesi di Laurea, sono stati intervistati 5 infermieri dell’emergenza territoriale, impiegati nel servizio di automedica e ambulanza infermieristica (in servizio presso la C.O. 118 di Reggio Emilia).

Per quanto riguarda la valutazione sugli infermieri della Centrale Operativa di Modena, solo uno su 5, ai quali è stato proposto di sottoporsi a tale intervista, si è reso disponibile a collaborare allo studio.

⁸⁶ Allegato n°1

⁸⁷ Allegato n°2

Il numero di operatori di Reggio suddiviso per genere risulta misto tra maschi e femmine, con un'età media di 40 anni e un'anzianità di servizio media di 15 anni.

Tutti gli infermieri intervistati hanno un'esperienza lavorativa ospedaliera precedente al lavoro attuale; in particolare la totalità dei soggetti ha lavorato per uno o più anni in pronto soccorso o in una terapia intensiva. L'anzianità media di servizio presso la C.O. 118 è di 13 anni (per Reggio Emilia).

L'intervista effettuata tramite uno schema di quesiti strutturati, mira ad indagare quali siano le situazioni lavorative che hanno messo maggiormente in difficoltà l'infermiere, le reazioni personali di fronte a tali eventi, i cambiamenti di atteggiamento, le strategie di coping⁸⁸ posti in essere, terminando con proposte personali degli operatori in merito a strategie da proporre per affrontare lo stress e burnout.

1. Nella tua esperienza lavorativa, quali situazioni ti hanno messo maggiormente in difficoltà?

Possiamo notare come possano emergere elementi che fanno riferimento al *soggetto* del soccorso. Molto spesso quello che colpisce l'operatore non è tanto il contesto o la tipologia di evento, bensì le caratteristiche proprie dell'infortunato.

“Incidente stradale grosso con la morte di 2 ragazze più altri 2 feriti molto gravi. Mi ha segnata maggiormente. Sul posto nn ho avuto grossi problemi. Sono rimasta fredda. Dopo non è stato facile. Si trattava di un evento tra 2 macchine, dove il secondo conducente era ubriaco. Recidivo, straniero. Per questo rabbia.”
(Intervista n°3)

Altre volte, invece, è il senso di impotenza, rabbia, che rende difficile il lavoro.

“Diverse situazioni. Incidenti stradali con feriti gravi. Situazioni di persone con grossi problemi. Ciò che riguarda l'evento morte in modo traumatico in strada ma anche evento morte inaspettato, come un arresto cardiaco.

Personalmente mi ha lasciato segno un incidente stradale con 3 annegati. Senso impotenza. Gli ho sognati un sacco di tempo.” (Intervista n°1)

⁸⁸ Nella traduzione italiana: “far fronte a”, “reagire a”, “affrontare qualcosa”, N. Zingarelli, “Dizionario della lingua italiana”, Milano, Zanichelli, 1995

Talvolta è il piccolo paziente, se non conoscenti e magari tutto questo associato a condizioni meteo sfavorevoli.

“Eventi su pazienti pediatrici. E sicuramente dove c’erano persone giovani e purtroppo un amico. Tra l’altro le condizioni ambientali atmosferiche non erano delle più favorevoli. C’era freddo e pioveva a dirotto. Si capiva ben poco quello che stava succedendo. Solo dopo ho realizzato che si trattava del mio amico.”
(Intervista n°5)

“Situazioni particolari. Per l’età del paziente o anche le cose più banali. Trauma con più persone presenti. Quello che mi ha colpita di più è stato un evento su una ragazza marocchina che aveva partorito nel bagno. Condizioni meteo sfavorevoli. Pioveva a dirotto. In casa c’era una vicina che la sorreggeva. La donna in bagno sul water. Bagno piccolo, non c’era modo di muoversi. Aveva espulso il feto nel water. Non capiva l’italiano era arrivata in Italia da pochi giorni. Aveva 24 anni. [...] L’unica cosa era di vedere il feto come stava. Aveva poi 5 mesi, era formatissimo, ma non aveva funzioni vitali. Era piccolo, era incastrato in posizione fetale nel buco del water. [...] Lei si stava shockando. L’ambiente non idoneo. Io sono riuscita come potevo a prendere placenta e feto e tirarlo fuori. L’ho avvolto in una traversa. Poi è arrivato il papà che ha visto la scena. Poi l’automedica. Il bambino nn avrebbe avuto funzioni vitali. Abbiamo fatto un tentativo di rianimarlo, ma nn c’era nulla da fare. La difficoltà è stata nel gestire il feto che era un codice 4. Il problema è stato per me che avevo poca esperienza. Io ero sul bambino completamente per fare il possibile. [...] (Intervista n°6)

2. Quale è stata la tua reazione di fronte a tali situazioni?

La stragrande maggioranza degli infermieri intervistati, a fronte delle situazioni esposte in precedenza, esprime come reazione un senso di tristezza, impotenza e rabbia; in misura minore, ma comunque rilevante, incredulità, rifiuto e rassegnazione.

“Senso di impotenza, sognarli di notte. Ricordare la scena, i loro visi, doverli identificare. Non potevi aiutarli. Quando invece in altre situazioni fai di tutto per farli sopravvivere.” (Intervista n°4)

“Nell’immediato ho realizzato che si trattava di un mio amico, ho iniziato a lavorare, a fare il mio lavoro per cercare di salvarlo, anche se poi non c’è stato niente da fare. Mi sono reso conto che stavo lavorando in modo automatico. Finito l’evento è crollato il muro. Ho iniziato a farmi domande perché è perché proprio a lui.” (Intervista n°5)

Ci sono casi, invece, che oltre al senso di impotenza e rabbia, arrivano ad avere un rifiuto del lavoro, manifestando dei veri e propri sintomi di stress acuto, nonostante la richiesta di aiuto a figure professionali esperte.

“Ho avuto la fortuna di continuare a lavorare. Sono arrivato al punto di svuotare il sacco e parlare. Cercare persone che mi potessero aiutare. In altre situazioni sono arrivato ad avere un senso di rifiuto, rigetto del lavoro. Arrivavo a lavorare e dovevo correre in bagno a rimettere, poi dopo stavo bene. Questo è continuato per diversi mesi.” (Intervista n°1)

“Non ne ho parlato nell’immediato, per come sono caratterialmente. Ne ho parlato successivamente con il mio compagno in modo freddo e distaccato. Non ho avuto modo di parlare con altri. Ma solo con il medico che era con me sull’evento. Abbiamo fatto il possibile, nel migliore dei modi e nei tempi giusti.” (Intervista n°4)

3. Cos’hai fatto per farne fronte?

È importante per la maggior parte degli infermieri rivolgersi ai colleghi o familiari per raccontare l’accaduto, “usarli” come valvola di sfogo. Ma utile è stato il riferimento ai Counsellor.

“Il dialogo con i colleghi e familiari mi è stato utile. Non so se perché ho somatizzato o no la cosa? Se ci ripenso li rivedo!” (Intervista n°3)

“Solo parlare fino a qualche tempo fa. Recentemente ho scoperto l’importanza del Counsellor.” (Intervista n°1)

Utile è stato anche frequentare corsi avanzati.

“Ne ho parlato con chi mi era vicino in quel momento (la mia ragazza), sapevo che poteva fare poco, non è del mestiere. Per le altre situazioni ho iniziato a fare corsi su corsi, tenermi aggiornato, soprattutto nell’ambito pediatrico. Parlare con persone come i Counsellor è servito molto.” (Intervista n°5)

4. Hai notato nel corso della tua esperienza un cambiamento nel tuo modo di percepire e gestire tali situazioni?

L’anzianità di lavoro e l’esperienza lavorativa permettono di acquisire sicurezza nell’affrontare e gestire certe situazioni.

“Avere alle spalle tanti anni di lavoro e di esperienza servono per riuscire ad affrontare tali situazioni. Non è mettere un muro, ma interporre tra me e l’utente un distacco. È difficile. A volte bisogna immagazzinare per soccorrere meglio.” (Intervista n°2)

“Cambiamento no. Dipende dallo stato d’animo. Da come ti trovi e affronti la situazione. Sono cose troppo imprevedibili e tu nn puoi farci l’abitudine. L’esperienza ti aiuta a gestirle.” (Intervista n°3)

Si può notare anche come la nascita di un figlio possa essere importante o meno nella gestione di eventi sui pazienti pediatrici.

“Percepire sì. Dal Punto di vista emotivo c’è stata maggior difficoltà da quando è nato mio figlio. Dal punto di vista tecnico e di gestione dell’evento, no.” (Intervista n°5)

“Da quando ho figli queste situazioni che coinvolgono i piccoli riesco a superare meglio. Sono cambiato.” (Intervista n°1)

5. Quali strategie proponi di attivare per superare lo stress?

L'idea degli infermieri dell'emergenza intervistati appare molto chiara in merito alle potenziali strategie di coping attuabili per affrontare al meglio lo stress lavorativo. La formazione ed il confronto-condivisione fra i professionisti del soccorso vengono ritenuti le scelte da percorrere. Per quanto riguarda nello specifico il confronto, molti operatori segnalano l'importanza di svolgere colloqui d'equipe al termine degli eventi e nei casi più complessi e importanti dal punto di vista dell'impatto emotivo, suggeriscono la possibilità di svolgere debriefing strutturati con professionisti del settore. Scaturisce anche la necessità di avere una buona base intra-ospedaliera come può essere una Terapia Intensiva.

“Non ne conosco. Non ho conoscenze in materia per proporre. Sicuramente è quella di farsi una buona base intra-ospedaliera. In un'area critica. Un aiuto me lo ha dato lavorare diversi anni in Rianimazione. Per i nuovi infermieri questo potrebbe essere un percorso formativo per raggiungere l'extra-ospedaliero. Importante è il Counselling, di sicuro. Parlare in gruppo con i colleghi di reparto.” (Intervista n°2)

“Il dialogo con un professionista. Counselling. Parlare con un professionista all'interno della realtà di emergenza e che puoi utilizzare perché conosce le situazioni.” (Intervista 3)

“Rivolgersi a un Counsellor, partecipare a gruppi d'ascolto. Io ho parlato con l'equipaggio insieme a una persona che ti faccia parlare nel modo giusto e ti faccia tirare fuori le cose e ti apra i cassetti. Parlare con il collega serve, ma nn come con una persona specializzata in materia.” (Intervista n°5)

“Io penso che la cosa più giusta sarebbe avere a disposizione una persona qualificata dipendente della gente, non che me la devo andare a cercare io, che in caso di necessità è lì ad ascoltare l'operatore con dei problemi. Non solo nell'extra-ospedaliero, ma anche nell'intra-ospedaliero. Io vorrei avere una figura di riferimento dalla quale posso andare se sto male, non posso parlare solo ed esclusivamente con amici e/o famigliari che sono persone estranee al lavoro.” (Intervista n. 4)

Nella tabella seguente (Tab.1) vengono riportati in sintesi gli elementi principali estrapolati dalle interviste.

<p>SITUAZIONI DIFFICILI DA AFFORNTARE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Morte di ragazzi giovani e coetanei - Soccorso a soggetti pediatrici - Interventi che si rivelano inutili
<p>REAZIONI PERSONALI ALL'EVENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tristezza ,pianto, senso d' impotenza, rabbia - Ansia
<p>STRATEGIE PERSONALI DI COPING</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Confronto con i colleghi - Formazione - Aiuto psicologico professionale - Ricorso al "contenitore familiare"
<p>CAMBIO DI PERCEZIONE DEGLI EVENTI NEGLI ANNI</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gestione più tranquilla dell'evento - Maggior esperienza e maggior consapevolezza - Calo dei livelli di ansia
<p>STRATEGIE DI COPING PROPOSTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Formazione continua - Confronto - condivisione in equipe dell'evento - Debriefing strutturati con esperti - Counselling

Tab.1 Elementi significativi dell'intervista

3.4 Questionario “Burnout Potential Inventory”

Il Questionario “Burnout Potential Inventory”,⁸⁹ estrapolato dal lavoro di Potter del 2005,⁹⁰ si è dimostrato molto utile nell’indagare quegli specifici settori di studio significativi per individuare il rischio potenziale di burnout negli infermieri dell’emergenza extraospedaliera. In particolare, nella parte quantitativa del disegno di ricerca, vengono indagati dodici specifici items: *impotenza, assenza di informazioni, conflitto, lavoro d’equipe inefficace, straripamento, noia, feedback inefficaci, punizioni, alienazione, ambiguità, ricompense, conflitti di valore*. Tutto questo tramite 48 domande (4 per ogni item), al quale l’infermiere può attribuire un punteggio da 1 a 9 rispetto alla frequenza con la quale egli riscontri la situazione lavorativa presentata dalla domanda. Alcune domande, in numero estremamente esiguo, sono state adattate precedentemente da un collega nel 2007 per renderle maggiormente attinenti all’ambito di lavoro dell’infermiere dell’emergenza extraospedaliera.

Il questionario così rivisto, è stato testato sui 18 infermieri della C.O. 118 Reggio Emilia Soccorso già oggetto dell’indagine qualitativa. L’adesione è stata molto buona a dimostrazione della sensibilità degli infermieri verso questa tematica. Dei 70 test complessivamente distribuiti a Modena ne sono stati raccolti 34 dei quali 3 sono risultati nulli per l’errata compilazione. I questionari, non tutti correttamente compilati, hanno però reso possibile il sondaggio dell’94% degli infermieri interessati dallo studio.

Il “Burnout Potential Inventory” individua tre fasce di risultato:

- punteggio compreso tra 48 e 168 → **Basso rischio di Burnout**
- punteggio compreso tra 169 e 312 → **Medio rischio di Burnout**
- punteggio compreso tra 312 e 432 → **Alto rischio di Burnout**

La tabella che segue (Tab.2) riporta sinteticamente le caratteristiche anagrafiche (sesso e età) e lavorative (anzianità di servizio) degli infermieri che si sono sottoposti allo studio.

⁸⁹ ⁸⁹ Allegato 1, Tratto (rivisto ed adattato da M. Armilli - 2007) da: B. Potter, “Overcoming Job Burnout: How to Renew Enthusiasm for Work”, Ronin Publishing, 2005

Tab. 2 Caratteristiche

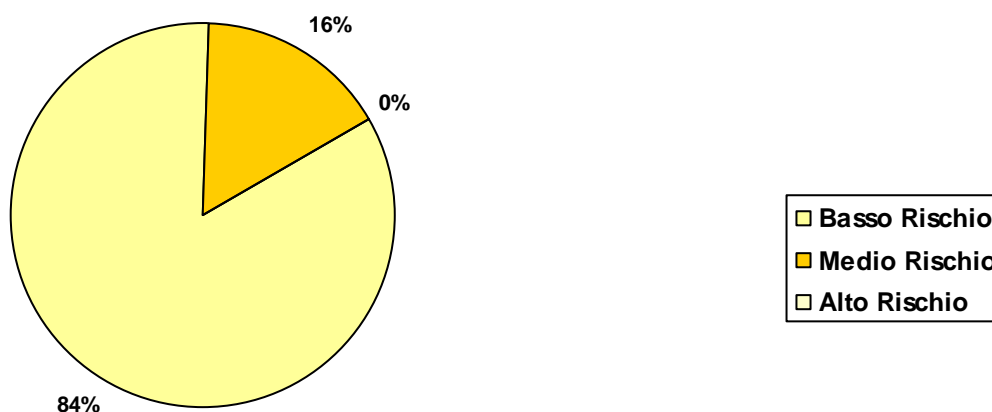
	Genere		Età				Anzianità di servizio			
	Maschi	Femmine	20/29	30/39	40/49	>50	<10	10/19	20/29	>30
N°	27	24	2	25	20	5	7	25	16	3
%	53%	47%	4%	49%	39%	10%	14%	49%	31%	6%

Dall'elaborazione dei dati risulta la seguente suddivisione degli infermieri per fascia di rischio:

- Basso rischio di burnout → 41 unità (84%)
- Medio rischio di burnout → 8 unità (16%)
- Alto rischio di burnout → 0 unità (0%)

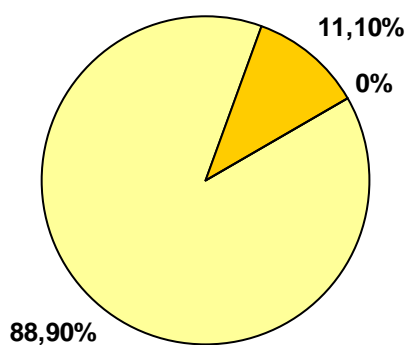
Considerando i dati complessivi, si evidenzia quindi come 8 infermieri, corrispondenti al 16% del campione complessivo, presentino un livello medio di burnout potenziale. Utile è evidenziare, invece, l'assenza di casi di alto livello di Burnout. Nel grafico sottostante, viene riportata la fotografia del rischio potenziale di burnout sul totale degli infermieri oggetto di studio.

Graf.1 Rischio di potenziale Burnout

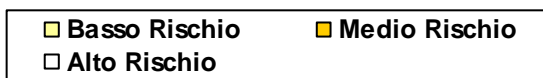


Andiamo ora a confrontare gli esiti del test nei singoli servizi di Reggio Emilia e Modena, rendendosi conto delle differenze oggettive, attualmente non molto diverse.

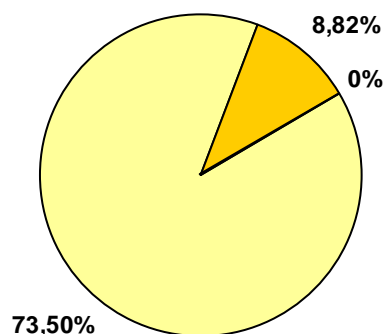
C.O. Reggio Emilia



Graf.2 (18 questionari)



C.O. Modena



Graf.3 (31 questionari)



Dai dati non emerge una differenza significativa tra i livelli di potenziale burnout tra le realtà cittadine di Modena e Reggio Emilia.

A Reggio, l'88,9% degli infermieri dell'emergenza presenta un basso rischio di burnout, contro un 73,5% dei colleghi di Modena e l'11,1% rientra nella fascia di rischio medio, in rapporto ad un 8,2% degli infermieri di Modena.

La valutazione più significativa sta nella percentuale assente di operatori ad alto rischio di Burnout.

Un'ulteriore analisi effettuata prende in considerazione i singoli item proposti nel questionario, per tentare di definire quali di questi siano quelli più significativi prescindendo dal risultato complessivo del test. Cioè, si è indagata la possibilità che un questionario con esito di basso o medio rischio di burnout possa comunque contenere al suo interno qualche indicatore con alto livello di rischio. Ogni item comprende quattro domande, al quale l'infermiere attribuisce un punteggio da 1 a 9, in base alla frequenza con la quale sperimenta l'affermazione presentata nella pratica lavorativa quotidiana.

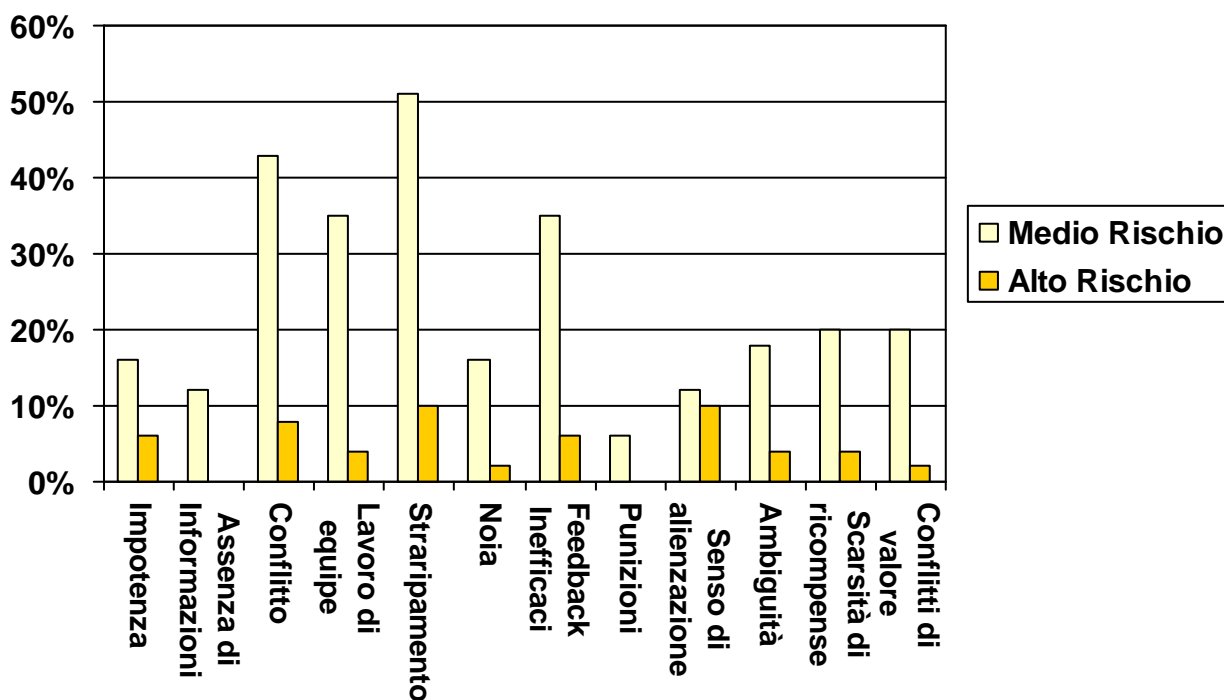
In proporzione alle fasce di rischio totali, ne sono state individuate altre di pertinenza del singolo item; in particolare quella utilizzata per l'elaborazione dati della tabella che segue è la fascia di alto rischio 26 – 36 punti.

Indicatore	Frequenza	Percentuale
Straripamento	5	10%
Conflitto	5	10%
Alienazione	4	8%
Impotenza	3	6%
Feedback inefficaci	3	6%
Lavoro di equipe	2	4%
Ambiguità	2	4%
Ricompense	2	4%
Noia	1	2%
Conflitti di valore	1	2%
Assenza di Informazioni	-	-
Punizioni	-	-

Tab.3 *Item con frequenza significativa nella fascia di alto rischio (26 – 36)*

Per avere una visione d'insieme della situazione inerente ai livelli di rischio per singolo indicatore, è utile osservare il grafico seguente che riporta un confronto tra i valori di rischio medio (14 – 25) e di rischio alto (26 – 36) sul totale degli infermieri dell'emergenza che hanno aderito alla parte quantitativa della ricerca.

Graf.4 Livello di rischio per item



Dalla tabella 3 e dal grafico 4, si evince che il 51% (25 operatori) degli infermieri che hanno compilato il questionario presenta un livello medio-alto di rischio per quanto riguarda l'indicatore *straripamento*.

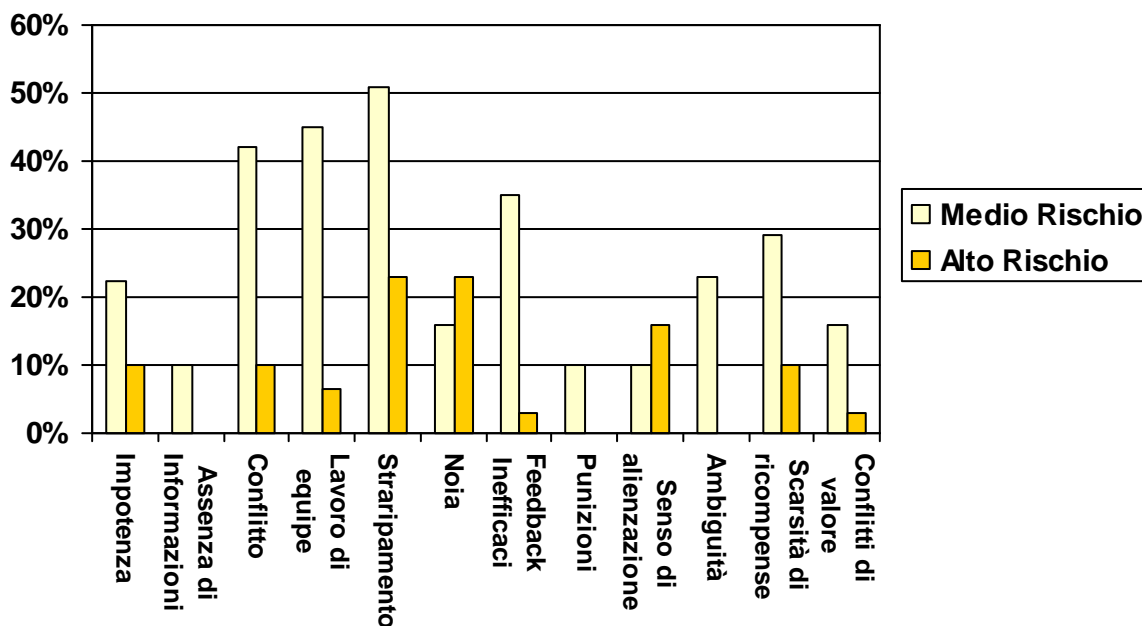
- Lo *straripamento* rappresenta quanto la professione incide sulla vita privata dell'infermiere e quanto possa rivelarsi opprimente il carico di lavoro, sia in termini di compiti operativi che di conoscenze da mantenere o da acquisire.

Appare molto significativo anche un altro item: il *conflitto*.

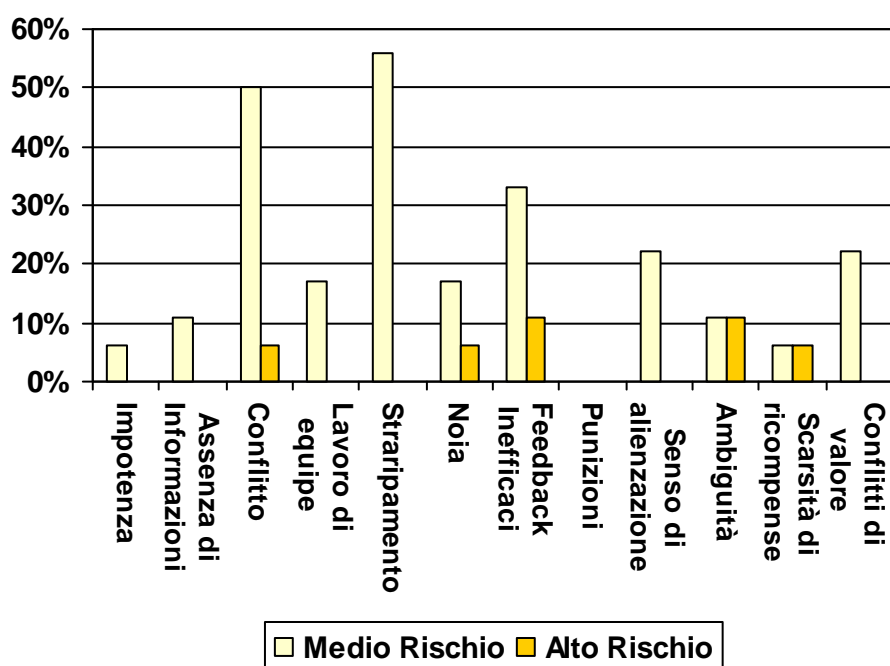
- Il *conflitto* presente ad livelli medio - alti nel 43% dei questionari, questo sta ad indicare la possibilità di dover rispondere a richieste contrastanti, l'evenienza di trovarsi in disaccordo con i colleghi di lavoro e situazioni in cui per poter compiere al meglio il proprio lavoro si debbano violare protocolli e procedure.

- Un' ultima menzione per i *feedback inefficaci* e per il *Lavoro d'equipe inefficace*, che si manifestano a livello significativi rispettivamente nel 35% dei casi. Circa un operatore su quattro potrebbe quindi avere difficoltà a vedere i risultati del proprio lavoro, a trovare le informazioni necessarie a svolgere al meglio il proprio compito e a ottenere un rimando positivo o negativo che sia rispetto al proprio operato.

Graf.5 Livello di rischio per item C.O. 118 Modena



Graf.6 Livello di rischio per item C.O. 118 Reggio Emilia



Confrontando i grafici (graf. 5 e graf. 6) dei livelli di rischio per item della C.O. 118 Modena Soccorso e della C.O. 118 di Reggio Emilia, viene sostanzialmente confermata l'impressione generale già avuta in precedenza in merito ai livelli di potenziale burnout. A Modena, i livelli di alto rischio per ogni singolo indicatore si presentano maggiori, talvolta anche notevolmente (come nel caso dello *straripamento*), nei confronti dei corrispettivi della C.O. 118 di Reggio Emilia.

3.5 Conclusioni

Nella prima parte della tesi, di revisione della letteratura, andando ad osservare con attenzione le competenze tecniche richieste all'infermiere dell'emergenza, ci si rende conto di quanto sia complesso, lungo e "costoso" il processo formativo di questo tipo di professionista.

Questo tipo di lavoro, nel quale è necessario coniugare all'estrema competenza professionale anche una buona competenza relazionale ed emozionale, potrebbe risultare molto stressante a causa delle numerose e imprevedibili situazioni di forte impatto psicologico ed emotivo cui l'infermiere è sottoposto.

Il risultato del lavoro di ricerca svela quanto il tema proposto sia più o meno accettato dagli infermieri impegnati quotidianamente nell'emergenza extraospedaliera; anche se ho potuto notare una certa "resistenza", nel collaborare allo studio, da parte di alcuni operatori. Si può dimostrare invece l'estrema disponibilità offertami dai 5 operatori della C.O. 118 Reggio Emilia e da una sola operatrice di Modena Soccorso per la parte qualitativa del progetto di ricerca., sui 10 infermieri richiesti come campione d'analisi, da me intervistati.

I livelli di potenziale burnout registrati nella parte quantitativa della ricerca (questionario "Burnout Potential Inventory"⁹¹) sono tutt'altro che indifferenti, e ci permettono, diversificando tra i differenti servizi, di porre in essere alcune considerazioni.

L'ipotesi centrale del progetto di ricerca verte nel capire se uno strumento preventivo quale la è la "formazione" possa essere determinante per prevenire la sindrome di esaurimento emozionale e di depersonalizzazione propria del burnout. Col sostegno dei dati raccolti, si può affermare che dove lo strumento formativo è stato applicato attraverso semplici corsi "*informativi*"⁹² sul tema oggetto di ricerca, i livelli di potenziale burnout sono di gran lunga inferiori se confrontati a quelli rilevati dove questo intervento non sia stato operato.

Un infermiere su quattro della C.O. 118 Modena Soccorso presenta livelli potenziali di medio-alto rischio per la sindrome del burnout, rispetto ai colleghi

⁹¹ Allegato 1, Tratto (rivisto ed adattato da M. Armilli) da: B. Potter, "Overcoming Job Burnout: How to Renew Enthusiasm for Work", Ronin Publishing, 2005

⁹² Progetto di Counselling nel D.E.U., "Il trauma psicologico, disagio emotivo nel sanitario durante l'attività di soccorso" organizzato presso l' A.O. S.M.N. di Reggio Emilia dal counsellor psicosociale Giuseppe Tremonte nel 2006

della C.O. 118 di Reggio Emilia. In aggiunta a questa considerazione, va sottolineato che a prescindere dal risultato complessivo dei questionari, il 51% degli infermieri presenta un livello medio-alto di rischio per l'indicatore "*straripamento*", ossia quanto il lavoro diventa intrusivo nella propria vita privata.

Una buona parte degli infermieri quindi "porta a casa" le emozioni, l'ansia e la tensione lavorativa, con il rischio di avere serie ripercussioni negative nelle relazioni familiari.

Dalla triangolazione dei dati con le informazioni ottenute tramite la ricerca qualitativa (intervista), ci si rende ancora meglio conto di quanto la formazione post-base sia importante e lo si può osservare da quanto espresso dagli stessi infermieri come elemento cardine in merito alle strategie personali di coping ed è altrettanto vigorosamente proposta come soluzione preventiva. Inoltre, gli infermieri sentono la necessità di condividere con la propria equipe le emozioni provate durante gli eventi, tramite semplici colloqui o, nei casi più complicati, attraverso contesti strutturati come il "debriefing".

Da non sottovalutare, ancora, la richiesta di diversi operatori di avere la possibilità di accedere ad una figura professionale di supporto psicologico come il Counsellor, nel caso in cui gli strumenti esposti in precedenza non fossero sufficienti a far integrare l'esperienza nel vissuto personale dell'infermiere.

Uno spunto per un'ulteriore ricerca, potrebbe essere definire quanto sia conveniente per le Aziende Ospedaliere correre il rischio di burnout. A fronte di impegni umani ed economici da mettere in campo per supportare i professionisti dell'emergenza-urgenza a prevenire o risolvere queste difficoltà professionali, occorre considerare le ricadute economiche derivanti dalle situazioni sopra descritte di disagio sul lavoro, in termini di malattie, assenze, scarsa qualità del servizio o addirittura in trasferimenti o dimissioni di persone caratterizzate da una professionalità elevata, costata tempo, fatica, ed investimenti economici pubblici. Dovendo inoltre predisporre la formazione di un nuovi professionisti.

Sarebbe opportuno creare le condizioni affinché questo non avvenga, incentivando la formazione e creando una rete di supporto ai professionisti in grado di dare delle risposte significative alle esigenze da questi espresse.

Bibliografia

Testi:

- Anolli L., Legrenzi P., *Psicologia generale*, Bologna, Il Mulino, 2001
- Benci L., *Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing*, Milano, Mc Graw Hill, 2001
- Cherniss C., *Staff Burnout: job stress in the Human service*, Beverly Hills, Sage, 1980
- Cherniss C., *La sindrome del burnout*, Torino, Centro Scientifico Torinese, 1983
- Chiaranda M., *Urgenze ed emergenze, istituzioni*, Padova, Piccin, 2007
- Cusano M., Napoli A., *Fondamenti di psicologia dell'emergenza*, (a cura di) M. Giannantonio, Salerno, Ecomind, 2003
- Cuzzolaro C., Frighi L., *Reazioni umane alle catastrofi*, Roma, Gangemi, 1998
- D'Urso P., Trentin B., *Psicologia delle emozioni*, Bologna, Il Mulino, 1988
- Darwin C., *Expression of the emotions in man and animals*, 1872
- DSM IV, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Masson, 1999
- Giannantonio M., *Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza*, Milano, Ecomind, 2003
- Guidetti A., Serantoni C., Menardi M., *Il sistema 118 e la centrale operativa*, Milano, McGraw Hill, 1999
- Emergency Nurses Association, *Standard del Nursing nell'Emergenza*, Milano, Masson, 1995
- Izard C.E., *Human emotions*, New York, Plenum Press, 1977
- Lazarus R.S., *Emotion and adaption*, New York, Oxford University Press, 1991
- Maslach C., *La sindrome del burnout*, Assisi, Cittadella, 1997
- Menon C., Ruolo G., *Pronto Soccorso per infermieri professionali*, Milano, Ambrosiana, 1995
- Mitchell J.T., Everly G.S., *Critical Incident Stress Debriefing: An Operations Manual, 2nd edition*, Ellicott City, Chevron Press, 1996

- Obinu S., *Cartesio, le passioni dell'anima*, Milano, Bompiani, 2003
- Pancheri P., *Stress, emozioni, malattia. Introduzione alla medicina psicosomatica*, Milano, Edizioni Scientifiche e Tecniche Mondadori, 1979
- Potter B., *Overcoming Job Burnout: How to Renew Enthusiasm for Work*, Ronin Publishing, 2005
- Watzlawick P., Jackson D., Bavelas J.B., *Pragmatica della relazione umana*, Palo Alto, Astrolabio Ubaldini, 1971
- Zingarelli N., *Dizionario della lingua italiana*, Milano, Zanichelli, 1995

Articoli da riviste specializzate:

- Bartolini N., Ragazzi D., Venturini L., *Una ricerca infermieristica: Burnout in pronto soccorso, ovvero il fallimento dell'autorealizzazione?*, Emergency Oggi, 2000, **3**
- Bennett P., Williams Y., Page N., Hood K., Woollard M., *Levels of mental health problems among UK emergency ambulance workers*, Emergency Medicine Journal, 2004, **21**, pp. 235–236
- Burish M., *Burnout*, Psicologia contemporanea, 1995, **127**, p. 36
- Cangiano G., Paleani R., *Dal mansionario all'autonomia. Triage e formazione nel processo di cambiamento della professione infermieristica*, Scenario, 2003, **20**, pp. 21 – 24
- Cannon W.B., *The James-Lange theory of emotions: a critical examination and an alternative theory*, American Journal of Psychology, 1927, **39**, pp. 106-126
- Dunning C., *Prevention of stress: Role stressors and supports for emergency workers*, National Institute of Mental Health, Washington, 1985
- Dyregrow A. e Mitchell J.T., *Work with traumatized children: Psychological effect and coping strategies*, Journal of Traumatic Stress vol. 5, 1992, **1**, pp.5-17
- Ekman P., Friesen W.V., *A new pan-cultural facial expression. in Motivation and Emotion*, New York, Cambridge University Press, 1986
- Freudemberger H.J. , *Staff burn-out*, Journal of Social Issues, 1974, **30** 197

- Freudenberger H.J., *Burn-out: Occupational hazard of the child care worker*, Child Care Quarterly, 1977, **6**
- Freudenberger H.J., *Speaking from experience. Burn-out: The organizational menace*, Training and Development Journal, 1977b, **31**
- Friedman M., Rosenman R.H., *Association of a specific overt behavior pattern with increases in blood cholesterol, blood clotting time, incidence of arcus senilis and clinical coronary artery diseases*, Journal of American Medical Association, 1959, pp. 1286-1296
- Gallagher-Thompson D. e A.M. Steffen, *Comparative effects of cognitive-behavioral and brief dynamic therapy for depressed family caregivers*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1994, **62**, pp. 543-549
- Ganster D.C., Schaubroeck J., *Work, stress and employee health*, Journal of Management, 1991, **17**
- Holaday M., Warren-Miller G., Smith A. e Yost T.E., *A preliminary investigation of on-the-scene coping mechanism used by disaster workers*, Journal of Mental Health Counseling vol. 17, 1995, pp.347-369
- Hytten K. e Hasle A., *Firefighters: A study of stress and coping*, ACTA Psychiatry -Scandinavian Supplement, 1989, **355**, pp. 50-55
- Jackson S.E., Schwab R.L., Schuler R.S., *Toward an understanding of the burnout phenomenon*, Journal of Applied Psychology, 1986, **71**
- James A., *The psychological impact of disaster and the nature of critical incident stress for emergency personnel*, Disaster Preventing Management vol. 1, 1992, pp. 63-69
- James W., *What is an emotion?*, Mind, 1884, **9**, pp. 188-205
- Jonsson A., Segesten K., *The meaning of traumatic events as described by nurses in ambulance service*, Accident and Emergency Nursing, 2003, **11**, pp. 141-152
- Jonsson A., Segesten K., Mattsson B., *Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel*, Emergency Medicine Journal, 2003; **20**, pp. 79-84
- Kahn R.L., Wolfe D.M, Quinn R.P., Snoek J.D., Rosenthal R.A., *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity*, Wiley, New York, 1964
- Lanning J.K.S., *Post-trauma recovery of public safety workers for the Delta 191 crash: debriefing, personal characteristic and social systems*, Dissertation Abstracts International, 1987, **48** (10-B), pp. 2922

- Laposa J.M., Alden L.E., Fullerton L.M., *Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel (CE)*, Journal of Emergency Nursing, 2003, **29**, pp. 23 – 28, 87 - 92
- Leiter M.P. e Maslach C., *The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment*, Journal of Organizational Behavior, 1988, **9**
- Maslach C., *Burned-out*, Human Behaviour vol. 5, 1976, **9**, pp. 16 - 22.
- Maslach C. e Jackson S.E., *The role of sex and family variables in burnout*, Sex Roles, 1985, **12**
- McGrath J.E., *Stress and behavior in organizations*, Handbook of industrial and organizational psychology, Rand-McNally, Chicago, 1976
- Moran C., Britton N.R., *Emergency work experience and reaction to traumatic incidents*, Journal of Traumatic Stress Vol.7, 1994, **4**, pp. 575-58
- North C.S., Tivis L., McMillen J.C., Pfefferbaum B., Spitznagel E.L., Cox J., Nixon S.J., Smith E.M., *Psychiatric disorders in rescue workers of the Oklahoma City bombing*, American Journal of Psychiatry, 2002, **159**, pp. 857-859
- O'Connor J. & Jeavons S., *Nurses' perceptions of critical incidents*, Journal of Advanced Nursing, 2003, **41**, pp. 53-62
- Ramacciati N., Dormicchi G., *L'impatto relazionale nel primo soccorso: il contenimento del caos emozionale nel Soccorso extraospedaliero*, Supplemento a Scenario, 2002, **2**, pp. 31 – 34
- Rotter J.B., Some implications of a social learning theory for the prediction of goal directed behavior from testing procedures, Psychological Review Vol. 67, 1960, pp. 301-316
- Schachter S., Singer J., *Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state*, Psychological Review, 1962, **69**, pp. 379-399
- Schuler R.S., *Definition and conceptualization of stress in organizations*, Organization Behavior and Human Performance, 1980, **25**
- Seligman M., Maier S., *Failure to escape traumatic shock*, Journal of experimental Psychology, 1967, **74**
- Shirom A., Burnout in work organizations, Cooper C.L. e Robertson I., International review of industrial and organizational psychology, Wiley, New York, 1989

- Toppinen Tanner S., Kalimo R., Mutanen P., *The process of burnout in white-collar and blue-collar jobs: eight year prospective study of exhaustion*, Journal of Organizational Behavior, 2002, **23**
- Venturini L., *Non solo psico-formazione*, Emergency Oggi, 2002, p. 26

Fonti legislative:

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

Atti congressuali:

- Monti M., *Lo stress acuto negli operatori d'emergenza e sue complicità. Descrizione e criteri di intervento nel personale*, Relazione convegno AISACE, Lugo 11-12 ottobre 2001
- Tremonte G., *La psicotraumatologia del soccorso, la prevenzione del disagio psichico e il sostegno psicologico negli operatori del soccorso*, Relazione al Convegno Nazionale organizzato dal Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco e dal D.E.U. dell'A.O. A.S.M.N. di Reggio Emilia, Reggio Emilia, 30 novembre 2006

Siti internet:

- <http://www.counselling-care.it>
- <http://www.gazzettaufficiale.it>
- <http://www.pubmed.gov>

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
Corso di Laurea in Infermieristica - Sede di Modena

Questionario “Burnout Potential Inventory”
(di Potter, psicologia sociale e di gruppo; rivisto e adattato)

OGGETTO DELLA RICERCA: individuare il rischio di potenziale burnout: “Sindrome di esaurimento emozionale, di spersonalizzazione e di riduzione delle capacità personali che può presentarsi in soggetti che per professione si occupano della gente; reazione alla tendenza emozionale cronica creata dal contatto continuo con altri esseri umani, in particolare quando si hanno problemi o motivi di sofferenza”, (C. Maslach, 1973 e 1976) negli infermieri del soccorso extraospedaliero.

Il questionario è in forma anonima; barrare con una “X” le caselle di pertinenza.

Genere:	Maschio			Femmina
Età:	20-29	30-39	40-49	> 50
Anzianità di servizio:	< 10	10-19	20-29	> 30

Con quale frequenza queste situazioni Le stimolano senso di disagio mentre svolge il suo lavoro?

Per ognuna delle seguenti affermazioni, apponga nell'apposito spazio a sinistra il numero che indica approssimativamente tale frequenza:

(Raramente) 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 (Costantemente)

**N.B. se Lei non ha mai vissuto una delle situazioni riportate di seguito,
inserisca il numero 1.**

Raramente.....Costantemente

Senso di impotenza

- 1. Non posso risolvere i problemi che mi trovo a gestire.
- 2. Sono intrappolato nel mio compito, senza vedere vie d'uscita.
- 3. Non posso influenzare le decisioni che mi riguardano.
- 4. Posso essere congedato, perché non c'è nulla che possa fare.

Assenza di informazioni

- 5. Le responsabilità legate al mio lavoro non sono chiare.
- 6. Non ho le informazioni che mi servono per lavorare bene.
- 7. I colleghi non capiscono il mio ruolo.
- 8. Non ho chiari gli obiettivi del mio lavoro.

Conflitto

- 9. Vengo coinvolto in situazioni conflittuali.
- 10. Devo soddisfare richieste contrastanti.
- 11. Sono in disaccordo con le persone con cui lavoro.
- 12. Devo violare protocolli e procedure per fare bene il mio lavoro.

Lavoro d'equipe inefficiente

- 13. I colleghi mi ostacolano.
- 14. Il coordinatore opera favoritismi.
- 15. La burocrazia interferisce col mio lavoro.
- 16. Gli operatori competono tra loro invece di cooperare.

Straripamento

- 17. Il lavoro interferisce con la mia vita privata.
- 18. Ho troppo da fare in poco tempo.
- 19. Devo lavorare/studiare anche nel tempo libero per restare efficiente.
- 20. Il carico di lavoro è opprimente.

Noia

- 21. Ho troppo poco da fare.
- 22. Sono iperqualificato rispetto al lavoro dequalificato che svolgo.
- 23. Il mio lavoro non è stimolante.
- 24. Spendo la maggior parte del tempo in compiti di routine.

Feedback inefficaci

- 25. Non so se quello che faccio, le decisioni che prendo, siano corrette o meno.
- 26. Il coordinatore non esprime pareri sul mio operato.
- 27. Ricevo informazioni troppo tardi per agire sulla base delle stesse.
- 28. Non vedo i risultati del mio lavoro.

Punizioni

- 29. Il coordinatore è ipercritico nei miei confronti.
- 30. I colleghi ricevono riconoscimenti immeritati per il lavoro che svolgo io.
- 31. Il mio lavoro non è apprezzato.
- 32. Vengo rimproverato per errori altrui.

Senso di alienazione

- 33. Sono isolato dagli altri.
- 34. Mi sento un piccolo ingranaggio della macchina organizzativa.
- 35. Ho poco in comune coi colleghi che lavorano con me.
- 36. Evito di raccontare alle persone dove lavoro e cosa faccio.

Ambiguità

- 37. I ruoli e le regole cambiano costantemente.
- 38. Non so cosa ci si aspetta da me.
- 39. Non c'è relazione fra prestazione e successo.
- 40. Le priorità che devo rispettare non sono chiare.

Scarsità di ricompense

- 41. Il mio lavoro non è soddisfacente.
- 42. Conseguo pochi successi reali.
- 43. I miei avanzamenti di carriera non sono come li prospettavo.
- 44. Non mi sento rispettato.

Conflitti di valore

- 45. Devo operare un compromesso rispetto ai miei valori.
- 46. Le persone disapprovano quello che faccio.
- 47. Non credo nell'organizzazione in cui lavoro.
- 48. Nel lavoro, non ci metto il cuore.

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
Corso di Laurea in Infermieristica - Sede di Modena

INTERVISTA

Età: _____

Sesso: _____

Anni di esperienza nel settore dell'emergenza extraospedaliero: _____

Anni di esperienza totali: _____

1. Nella tua esperienza lavorativa, quali situazioni ti hanno messo maggiormente in difficoltà?

2. Qual è stata la tua reazione di fronte a tali situazioni?

3. Cos' hai fatto per farne fronte?

4. Hai notato nel corso della tua esperienza un cambiamento nel tuo modo di percepire e gestire tali situazioni?

5. Quali strategie proponi di attivare per superare lo stress?