

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA**

---

Corso di perfezionamento in psicologia dell'emergenza in  
situazioni di calamità naturali o umane in ambito nazionale e  
internazionale

---

***LO STRESS DEGLI OPERATORI SANITARI IN  
SITUAZIONI D'EMERGENZA***

---

ANNO 2003

---

*Dott. Paolo De Pascalis*

## **Indice:**

➤ Introduzione	pag. 2
➤ Normative europee sulla prevenzione e risoluzione dello stress	pag.4
➤ Lo stress in situazioni d'emergenza	pag.7
➤ Tipologia degli operatori di emergenza	pag.12
➤ Linee guida per la consultazione dei team di soccorso	pag.14
➤ Interventi di Defusing	pag.16
➤ Critical Incident Stress Debriefing	pag.18
➤ Disturbo Acuto da Stress	pag.22
➤ Disturbo Post Traumatico da Stress	pag.24
➤ Conclusione	pag.25
➤ Bibliografia	pag.26

## INTRODUZIONE

Quel pomeriggio d'aprile era piuttosto caldo. La stanzetta nella quale spesso rifugiamo quando abbiamo un attimo di tranquillità tra una visita e un'altra era piuttosto invitante, il silenzio pieno di attesa riempiva lo spazio. Osservavo una mosca volare intorno al mobilio e cercavo di farmi un'idea sul suo comportamento, nervosa, sì, lo era di sicuro.

A un certo punto squillò la selettiva della radio, il trillo squarciò quel silenzio che ormai dominava l'aria. Improvvisamente tutto si era trasformato, la mosca volò via perché tutt'intorno si era conformato a lei.

“Sierra charlie uno **rosso echo**” (incidente stradale traumatico gravità massima), annunciava il collega dall'altra parte della radio, “Vigili del fuoco in appoggio paziente incastrato”.

Le sirene dell'ambulanza squarciavano il silenzio del pomeriggio, il battito del cuore pulsava forte, l'adrenalina cresceva dentro me, i miei occhi correvano insieme alla strada che sembrava non finire mai quando la scena dell'inferno prendeva forma e io insieme a lei.

Quel pomeriggio d'aprile era piuttosto caldo ma io sento ancora freddo dentro me. Quel pomeriggio d'aprile, tentando l'impossibile una vita si spegneva.

Questo aneddoto serve per spiegare in poche righe ciò che succede quotidianamente a coloro che lavorano nell'emergenza sanitaria, professionisti, uomini e donne che si trovano ad operare nei contesti più svariati, sotto una grande pressione psicologica.

Secondo il senso comune chi esercita questa professione si può permettere di svolgere queste mansioni perché protetto da una corazza psicologica che gli permette di agire senza riportare sequele psicologiche di nessun tipo. Quanti di coloro che lavorano nel contesto dell'emergenza vorrebbero possedere tali caratteristiche.

Il mancato riconoscimento delle proprie reazioni psicologiche a eventi drammatici e la difficoltà di integrare tali reazioni nel sistema di risposta professionale potrà essere vissuto e interpretato come un limite insormontabile, come un segnale che conferma che non si è tagliati per questo lavoro perché si è manifestata una dissonanza tra noi e il modello di riferimento.

Non solo: lavorare continuando a vivere una situazione di disagio psicologico facilita la probabilità che si commettano errori durante lo svolgimento della propria professione pericolosi per colleghi ed utenti.

## **Il fenomeno stress in generale**

Negli ultimi vent'anni, il progresso tecnologico ha compiuto un'accelerazione esponenziale. La parola chiave di questi di questi anni è stata sicuramente: velocità. Questa velocità ha prodotto un effetto accasata in ogni ambito dell'attività umana, accelerandone tutti i ritmi da quelli biologici a quelli produttivi. L'essere umano contemporaneamente deve non solo adattarsi alle condizioni geografiche ed ambientali che lo circondano e alle regole di comportamento che sostengono la società in cui è nato, ma anche alle trasformazioni sempre più frequenti dell'ambiente ecologico, psicosociali e lavorativo.

Questo sovraccarico di richieste ha generato un progressivo aumento delle cause di stress e delle patologie correlate ad esso.

Nell'Unione Europea, lo stress legato all'attività lavorativa è il problema di salute più diffuso sul posto di lavoro, dopo il mal di schiena, il quale colpisce il 28% dei lavoratori dell'UE. Lo stress legato all'attività lavorativa può essere provocato da rischi psicosociali, quali la progettazione, l'organizzazione e la gestione del lavoro.

La prevenzione dello stress legato all'attività lavorativa è uno degli obiettivi riportati nella Comunicazione della Commissione europea in merito alla nuova strategia per la salute e la sicurezza sul lavoro.

Lo stress legato all'attività lavorativa incide su oltre un quarto delle assenze di almeno 2 settimane dal luogo di lavoro sotto forma da vari problemi da salute connessi al lavoro. In base alle cifre del 1999, lo stress legato all'attività lavorativa costa agli Stati membri almeno 20 miliardi di euro all'anno. Questo tipo do stress può essere causa di depressione, ansia, nervosismo, affaticamento e malattie cardiache. Inoltre, esso arreca notevoli problemi alla creatività, produttività e competitività.

## **Legislazione**

La Commissione europea ha introdotto dei provvedimenti al fine di garantire la sicurezza e la salute dei lavoratori.

La direttiva 89/391 del Consiglio del 1989 contiene le clausole fondamentali per la salute e la sicurezza sul lavoro. Ai sensi di tale direttiva, i datori di lavoro hanno la responsabilità di garantire che i dipendenti non siano danneggiati dall'attività che svolgono, nonché dagli effetti dello stress legato all'attività lavorativa. In base all'approccio della direttiva, per eliminare o ridurre lo stress legato all'attività lavorativa, i datori di lavoro dovrebbero:

- mirare a prevenirlo
- valutare i rischi, ricercando le pressioni sul lavoro che potrebbero causare livelli di stress elevati e di lunga durata e decidendo a chi potrebbe nuocere
- prendere opportuni provvedimenti per prevenire il danno.

Lo stress legato all'attività lavorativa si può prevenire e l'azione finalizzata a ridurlo può essere economicamente molto efficace. La valutazione del rischio può essere economicamente molto efficace. Coinvolgere i lavoratori e i loro rappresentanti in questo metodo è essenziale per il suo successo.

Le fasi della valutazione del rischio si possono riassumere come riportato di seguito:

- individuare i rischi
- decidere a chi potrebbero nuocere e in quale modo
- valutare il rischio:
  - individuando quale tipo di azione è già stata intrapresa
  - decidere se è sufficiente
  - decidere che cosa si dovrebbe fare di più
  - riesaminare la valutazione e verificare le ripercussioni dei provvedimenti presi

### **Cos'è lo stress**

- Sostantivo stress: sollecitazione, pressione, tensione
- Verbo to stress: sollecitare
- Definizione di Hans Selye: “Reazione aspecifica dell'organismo a una richiesta di adattamento”

**Fisiologia dello stress: nella regolazione dello stato interno dell'organismo interagiscono fra loro:**

- Cervello e sistema nervoso autonomo

- Sistema neuroendocrino
- Sistema immunitario

### **Vari agenti fisico chimici provocano:**

- Ingrossamento della corteccia delle surrenali che produce corticosteroidi
- Atrofia del timo, della milza e dei gangli linfatici, che producono linfociti per disintegrazione cellulare dovuta a eccesso di corticosteroidi.
- Ulcere gastriche e duodenali per lo stesso motivo.

### **Che cos'è lo stress legato all'attività lavorativa?**

Lo stress legato all'attività lavorativa si manifesta quando le richieste dell'ambiente di lavoro superano le capacità del lavoratore di affrontarle.

Lo stress non è una malattia, ma può causare problemi di salute mentale e fisica se si manifesta con intensità e perdura per qualche tempo.

L'accezione comunemente negativa del termine stress non è corretta. Lo stress di per sé consiste nella risposta sia di comportamento che organica, che il nostro organismo attua davanti a qualsiasi sollecitazione per meglio adattarsi ad essa. Come tale lo stress può considerarsi un evento positivo.

Diventa negativo quando, per il suo perdurare e per l'impossibilità di essere pareggiato da eventi positivi, richiede al nostro organismo anche un alto consumo energetico capace di instaurare un logorio progressivo fino alla rottura delle nostre difese psico-fisiche.

### **Cosa ci stressa? Caratteristiche generali degli stressor psicologici**

- la difficoltà del compito da affrontare
- la novità della situazione: essere impreparati; dover agire e decidere in fretta
- Il pericolo proprio e altrui, il pericolo di lesioni e morte
- i pericoli psicologici come rifiuto, status, autostima, ecc.
- Livello di emotività propria e altrui
- La prevedibilità e controllabilità delle fonti di stress

## **Lo stress in situazioni d'emergenza**

Le reazioni di stress possono essere la conseguenza di eventi traumatizzanti di vario tipo: prima, durante e dopo un evento altamente emotivo come quello di prestare soccorso a persone che richiedono aiuto. E' importante non partire dal presupposto che un evento traumatizzante comporti esperienze dello stesso tipo e della stessa intensità per tutte le persone.

L'opera di salvataggio e di aiuto prestata a persone feriti o sofferenti, la visione di persone morte o orrendamente mutilate, non sono che alcuni degli stressor che contribuiscono a creare livelli elevati di sofferenza emotiva negli operatori che intervengono nelle emergenze.

Il compito di mitigare lo stress di questi operatori è una componente vitale delle operazioni del servizio di emergenza e può essere organizzato come processo continuo di prevenzione, intervento precoce sul luogo e follow-up immediato.

Gli interventi possono assumere la forma di training, consulenze:

- defusing,
- debriefing
- counseling di crisi.

## **Elementi stressanti nel lavoro nelle situazioni d'emergenza.**

Generalmente, il lavoro nelle situazioni di emergenza è una combinazione di esperienze positive e di esperienze negative.

Si possono provare sentimenti di dolore, disperazione, impotenza, orrore e repulsione.

D'altro canto, l'esperienza di condivisione di scopi e obiettivi con altre persone, di essere uniti da uno stesso legame sociale e altre esperienze che rinnovano le convinzioni professionali e personali, o la rivalutazione delle priorità della vita, rendono questo tipo di lavoro anche molto gratificante.

I rischi professionali connessi all'opera di soccorso, le situazioni e gli stressor personali degli operatori, spiegano la maggioranza delle reazioni di stress.

### **Alcuni rischi professionali riguardano:**

- l'esposizione a pericoli fisici imprevedibili
- l'incontro con la morte violenta o con resti umani
- l'incontro con la sofferenza di altre persone
- la percezione negativa dell'assistenza offerta alle vittime
- i turni lunghi, il lavoro disorganizzato e la fatica estrema
- l'inefficacia dei mezzi tecnici e la percezione di scarso controllo
- l'incontro con la morte di bambini
- l'ambiguità del proprio ruolo
- la necessità di compiere scelte difficili
- le difficoltà di comunicazione
- l'eccessiva identificazione con le vittime
- gli errori umani
- l'urgenza
- il senso di fallimento della missione

### **Fra le situazioni e gli stressor personali figurano**

- le lesioni personali
- i decessi o le ferite subite dalle persone amate, dagli amici e dai colleghi
- lo stress preesistente
- uno scarso livello di preparazione personale o professionale
- le reazioni di stress di altre persone che rivestono un'importanza personale
- le aspettative su di sé
- uno scarso livello di sostegno sociale

### **Le reazioni di stress degli operatori che intervengono in situazioni di emergenza**

Le reazioni negli operatori che intervengono nelle situazioni d'emergenza sono normali e vanno messe in conto. Anche gli operatori esperti non si desensibilizzano mai tanto da restare indifferenti a situazioni come le morti violente e risultano comunque particolarmente vulnerabili quando fra le vittime ci sono dei bambini.

Le reazioni di stress possono dare luogo a riduzione della reattività psichica e a menomazioni transitorie della memoria, della capacità di risolvere i problemi e della comunicazione.

Le reazioni di stress a lungo termine possono comprendere depressione, ansia cronica o sintomi derivanti da traumi vicari (ripetizione dell'esperienza dell'evento, riduzione della reattività psichica esitamento comportamentale o attivazione fisiologica, possono provocare o aggravare problemi coniugali, lavorativi o legati al consumo di sostanze alcoliche o droghe.

Generalmente, l'intervento di equipe di esperti professionisti in salute mentale (psicologi, psichiatri) viene erogato attraverso servizi di consulenza, defusing, debriefing o di intervento sulla crisi.

Questi servizi possono essere informali o sistematici e possono essere erogati individualmente o in gruppo in un ambiente tranquillo.

### **Gli obiettivi di questi interventi sono molteplici:**

- fornire consulenze ai responsabili dei team e agli operatori riguardo alle reazioni di stress e alle strategie per gestirle
- facilitare la coesione di gruppo e il sostegno fra pari
- fornire opportunità di apertura emotiva e ristrutturazione cognitiva
- identificare e rinforzare la resilienza e gli stili di fronteggiamento positivi
- alleviare le reazioni di stress a lungo termine (DPTS)
- migliorare la preparazione per gli interventi futuri

### **Esempi di approfondimento: stress del soccorritore**

Stili di personalità che generano stress nel lavoro:

#### **Perfezionismo**

- bisogno pressante di riuscire
- tendenza a criticarsi quando le proprie prestazioni non sono perfette
- sensazione di non avere fatto mai abbastanza
- propensione a rinunciare ai piaceri pur di essere i migliori in tutto ciò che si fa

#### **Bisogno di controllo**

- preoccupazione per l'impressione suscitata negli altri quando si è nervosi
- convinzione che ogni mancanza di controllo sia un segno di insuccesso o di debolezza

- disagio ogni volta che le circostanze richiedono di delegare parte del proprio lavoro ad altri

### **Bisogno di piacere agli altri**

- dipendenza della propria autostima dalle opinioni di chiunque altro
- evitamento di certi compiti lavorativi per paura di deludere
- maggiore abilità nella cura degli altri piuttosto che di sé
- non manifestare i propri sentimenti negativi per paura di dispiacere agli altri

### **Preoccupazione di incompetenza**

- sensazione di non riuscire mai a fare un lavoro bene come gli altri
- sensazione di non saper valutare abbastanza bene le situazioni e di mancare di buon senso
- sensazione di non poter dire in buona fede di aver fatto bene il proprio lavoro

## Reazioni di stress comuni negli operatori che intervengono in situazioni di emergenza

EMOZIONALI
<ul style="list-style-type: none"><li>• shock</li><li>• collera</li><li>• incredulità</li><li>• terrore</li><li>• senso di colpa</li><li>• dolore</li><li>• irritabilità</li><li>• senso di competenza</li><li>• disperazione</li><li>• perdita di piacere nelle normali attività</li><li>• dissociazione</li></ul>
COGNITIVI
<ul style="list-style-type: none"><li>• problemi di concentrazione</li><li>• confusione</li><li>• distorsioni</li><li>• pensieri intrusivi</li><li>• calo di autostima</li><li>• calo di autoefficacia</li><li>• autobiasimo</li></ul>
BIOLOGICI
<ul style="list-style-type: none"><li>• affaticamento</li><li>• insonnia</li><li>• disturbi del sonno</li><li>• iperattivazione</li><li>• disturbi somatici</li><li>• menomazione della risposta immunitaria</li><li>• cefalee</li><li>• problemi gastrointestinali</li><li>• calo di appetito</li><li>• calo della libido</li><li>• reazione di trasalimento</li></ul>
PSICOSOCIALI
<ul style="list-style-type: none"><li>• alienazione</li><li>• ritiro sociale</li><li>• aumento dello stress nelle relazioni</li><li>• abuso di sostanze</li><li>• menomazione lavorativa</li></ul>

## **Tipologia degli operatori di emergenza**

Gli operatori di emergenza possono essere membri di team ben addestrati o semplici spettatori.

### **Nelle emergenze rispondono molti tipi di soccorritori:**

- operatori di ricerca e salvataggio dei superstiti
- operatori impegnati nel controllo degli incendi e nella sicurezza
- conducenti di mezzi di trasporto
- personale medico e paramedico
- il medico legale con il suo staff
- polizia, forze dell'ordine e investigatori
- ecclesiastici
- personale dei servizi sociali e salute mentale<sup>4</sup>
- funzionari eletti
- operatori dei media.

### **Nella cultura del lavoro di soccorso**

Nella cultura degli operatori di soccorso si combinano valori condivisi e differenze individuali. Myers (1978) ha osservato che gli operatori dei servizi di emergenza spesso sembrano possedere tratti di personalità contrastanti:

- delicatezza
- grande forza
- fiducia
- cautela
- molta sicurezza di sé
- forte inclinazione all'autocritica
- dipendenza
- indipendenza
- durezza
- sensibilità

## **Caratteristiche riferite ai soccorritori (adatt. Di Joung et al. '02)**

- capacità di organizzarsi creativamente
- socievolezza e attenta disponibilità
- stabilità emotiva e sicurezza psicosociale
- capacità di comunicare rispetto
- autenticità
- capacità di riconoscere le problematiche e le risposte di stress

Mentre gli operatori di emergenza hanno spesso una forte capacità di fidarsi l'uno dell'altro, tendono a essere cauti per quanto riguarda le competenze degli individui percepiti come esterni al gruppo. Gli operatori di soccorso possono dimostrare una buona resistenza mentale ed emozionale nel corso di un'operazione e ciò nondimeno avere reazioni emotive intense successivamente, a causa della loro sensibilità ai sentimenti dei superstiti e delle loro famiglie.

Se gli operatori di salute mentale (psicologi, psichiatri) riconoscono sensibilmente queste polarità, ciò può essere utile per ottenere la fiducia degli operatori di soccorso e per accrescere al contempo la loro disposizione a rivelare i loro sentimenti di vulnerabilità e il loro atteggiamento di autocritica, ricevendo così un sostegno emotivo.

Alcuni operatori apprezzano la solitudine e ne traggono giovamento mentre altri cercano la compagnia di altre persone. Alcuni si sentono più a loro agio parlando con un professionista sconosciuto, altri preferiscono parlare con pochi individui fidati.

## **Linee guida per la consultazione con lo staff direttivo e con i responsabili dei team di soccorso**

Un aspetto essenziale per l'efficacia dell'intervento di sostegno degli esperti di salute mentale è la creazione di un rapporto adeguato con lo staff direttivo, i responsabili dei team di soccorso e gli operatori.

La conoscenza dei protocolli di intervento non è sufficiente. Il team di salute mentale può prevedere di incontrare sentimenti ambivalenti nei confronti del suo ruolo e può considerare questo fatto come una reazione naturale da parte di chi si trova nel pieno di una situazione straordinariamente difficile.

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

I seguenti consigli per i responsabili dei team sono stati tratti e adattati dall'opera Community emergency response team(1994):

- ruotare il personale per consentire momenti di pausa lontano dal luogo dell'intervento
- fornire un luogo di pausa, vestiti di ricambio
- spostare gli operatori gradualmente da aree a stress elevato ad aree a stress medio poi basso
- fornire un defusing a tutti gli operatori quando cessano il servizio o fanno delle pause.

Il miglior modo per aiutare i responsabili dei team di emergenza a utilizzare questi interventi di gestione dello stress consiste nel mantenere un ruolo modesto di osservatore e consigliere.

E' più probabile che gli operatori e i responsabili accettino questi consigli se arrivano a percepire il consulente come aiutante integrato nella loro squadra e non come "outsider" distaccato.

### **Alcuni spunti per la gestione dello stress nei soccorritori**

- Riconoscimento della propria situazione di stress come normale e comune
- comprendere come lo stress si trasferisce ad altri contesti
- confrontarsi sulle difficoltà
- esercizio e apprendimento
- attività fisica e alimentazione
- staccare la spina: rallentare, riposare svagarsi, curare altre fonti di gratificazione personale.

## **Gli interventi di defusing**

Il defusing è un procedimento destinato a facilitare il verificarsi di opportunità in cui gli operatori di soccorso possano esprimere i loro pensieri e i loro stati d'animo in relazione ai compiti di soccorso in atto senza sentirsi obbligati a farlo.

E' essenziale che gli operatori di salute mentale distinguano il processo di facilitazione della rivelazione volontaria delle proprie reazioni emotive da un processo che potrebbe essere frainteso.

Ecco alcune domande utili:

- Da dove viene?
- In quali compiti di soccorso è impegnato?
- Come affronta quello che succede?
- Quali sono le somiglianze e le differenze fra questa operazione e le altre in cui lei già è stato coinvolto?

Se si è stabilito un rapporto adatto, possono essere introdotti altri argomenti connessi agli stressor personali e lavorativi.

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

A differenza del debriefing, che dura 2-4 ore, i defusing possono essere brevi intorno ai 10-30 minuti, e forniti continuamente nel corso di tutta l'operazione. Spesso un modo per condurre defusing informali consiste nel trovare un modo per stare nelle vicinanze degli operatori durante la pausa o lo stacco dal turno.

## **I principali argomenti per il defusing con gli operatori di soccorso sono:**

- L'esposizione a pericoli fisici imprevedibili

- L'incontro con resti umani
- Le reazioni di stress di altre persone significative
- L'incontro con la sofferenza di altre persone
- I turni lunghi, il lavoro disorganizzato e la fatica estrema
- L'urgenza
- Le lesioni o il decesso della persona amata, di amici o colleghi
- l'incontro con la morte violenta o con resti umani
- la percezione negativa dell'assistenza offerta alle vittime
- l'inefficacia dei mezzi tecnici e la percezione di scarso controllo
- l'incontro con la morte di bambini
- l'ambiguità del proprio ruolo
- la necessità di compiere scelte difficili
- le difficoltà di comunicazione
- l'eccessiva identificazione con le vittime
- gli errori umani
- l'urgenza
- il senso di fallimento della missione

## **Il debriefing con gli operatori di soccorso (Critical Incident Stress Management)**

Sviluppato originariamente da Jeffrey Mitchell (1983) per soddisfare le esigenze di intervenire nelle situazioni di grave stress, il **Critical Incident Stress Management** è oggi un protocollo molto utilizzato con vittime e operatori di tutti i tipi in un'ampia gamma di interventi.

“Debriefing” è diventato un termine generico usato per indicare un procedimento strutturato che serve ad aiutare i superstiti a comprendere e a gestire emozioni intense, a comprendere meglio le strategie di fronteggiamento efficaci e a ricevere sostegno dai pari.

In genere si usano due protocolli : un protocollo per il debriefing iniziale e un protocollo per il debriefing di follow-up.

Alla base del debriefing c'è la convinzione che un primo intervento che offra opportunità di catarsi e verbalizzazione del trauma, una struttura, il sostegno di un gruppo e il sostegno dei pari contenga fattori terapeutici sufficienti a una riduzione dello stress.

Resoconti di casi e prove aneddotiche sul debriefing con operatori di emergenza suggeriscono che questo procedimento può portare a una riduzione dei sintomi

### **Protocollo per il debriefing**

Consiste in 8 passi:

1. preparazione
2. presentazione
3. fase dei fatti
4. fase dei pensieri
5. fase di reazione
6. fase dei sintomi
7. fase di insegnamento
8. fase del rientro

A seconda dei ruoli degli operatori nei servizi di emergenza, del tempo a disposizione per il debriefing e del numero di operatori presenti, il debriefer dovranno necessariamente valutare quanto tempo dedicare a ciascuna fase e se i vari operatori avranno o meno a disposizione lo stesso tempo per i loro interventi.

All'interno di questo programma troviamo il **Critical Incident Stress Debriefing**, utilizzato frequentemente dopo un intervento d'emergenza psicologicamente pesante.

Le ricerche svolte per testare la validità di questo metodo è lo studio eseguito da Lanning il quale ha evidenziato come il C.I.S.M.

- Permetta 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 frutto di un evento traumatico senza per questo reputarsi pazzi.
- I partecipanti si supportano a vicenda
- Parte dei problemi considerati vengono risolti
- I partecipanti si sentono rassicurati nell'esprimere i propri stati d'animo e scoprono che non sono dissimili da ciò che provano i loro colleghi. Si rendono conto che non ha senso recitare la parte del Macho, viene chiesto loro di essere professionalmente capaci e non dei super uomini.
- Ognuno è libero di esprimere ciò che sente, oppure può decidere di stare solo ad ascoltare.

Il debriefing psicologico permette effettivamente di ridurre i segni e i sintomi causati da stress e il supporto dei pari si è rivelato molto prezioso. Altre ricerche hanno evidenziato l'efficacia del C.I.S.M. ad esempio 823 operatori di ambulanze furono intervistati e nel 64% risposero di essere a conoscenza dell'esistenza del servizio che era a disposizione di coloro che stavano lottando contro le conseguenze psicologiche di un evento traumatico.

Il 97% di questi sentiva questo servizio come particolarmente importante per loro .

In Italia solo da poco tempo si è presa coscienza dell'importanza di un supporto psicologico. Nelle stesse riviste specializzate in emergenza sanitaria infatti fino a pochi anni fa non sono mai stati pubblicati articoli riguardanti queste tematiche, mentre attualmente si parla con una certa frequenza di supporto psicologico.

Questo cambiamento può avere ragioni diverse:

- Cominciano ad essere considerati con maggiore attenzione gli effetti specifici dello stress lavorativo e del burn-out nell'ambito delle professioni sanitarie
- Gli eventi catastrofici e la sequela di effetti comuni con gli incidenti destano un'ampia preoccupazione sociale che innalza il livello di sensibilità degli stessi operatori e professionisti.
- Certe immagini, il ricordo delle vittime sono a volte delle ferite aperte che si macerano se non si curano con la dovuta attenzione e forse un giorno causeranno ulteriori complicanze nelle persone interessate sul piano professionale.

Il critical incident è stato definito da Mitchell e Everly come : “Qualunque situazione capace esercitare nell'individuo un impatto fortemente stressante, tale da annientare i meccanismi di comportamento solitamente utilizzati”.

Pare ragionevole sostenere che coloro che lavorano nell'emergenza possano comprendere come sia fisiologico il disagio psicologico come risposta ad uno stimolo eccezionalmente traumatico e come esistano modalità d'intervento in grado di lenire considerevolmente la loro sofferenza a seguito di un Critical Incident.

In breve il Critical Incident tende a produrre nell'individuo una forte reazione emotiva, capace di interferire negativamente nell'utilizzo dei propri schemi cognitivi e abilità.

Negli operatori di emergenza sanitaria questa condizione può generare, nel tempo, diversi effetti da forte disagio ad uno stato di conclamata patologia. Può, altresì produrre una forte diminuzione delle proprie capacità professionali, che si esprime anche attraverso un senso di disagio, un disorientamento nella scena dell'evento fino ad un vero e proprio malessere, che non permette di ottenere l'indispensabile sintonia con gli altri operatori con i quali si trova ad operare; non permette di utilizzare in modo corretto i protocolli operativi o linee guida; non permette di valutare con la necessaria lucidità le esigenze del paziente o dei pazienti e le appropriate modalità terapeutiche da utilizzare.

La Critical Incident Stress Sindrome colpisce coloro che si trovano a far fronte ad uno stress acuto di notevole intensità. Per quanto concerne gli operatori di emergenza sanitaria, è presente in letteratura un numero di ricerche non trascurabile che conferma la consistente presenza negli operatori di questa sindrome e di come attraverso un intervento appropriato e specifico per gli operatori, risulti possibile diminuire sensibilmente le conseguenze dello stress acuto.

- \_Ravenscroft (1994) studiando il personale del servizio di ambulanze di Londra rese palese come lo stress lavorativo acuto fosse la principale causa di malattia. Il 97% del personal intervistato sentiva lo stress come il loro problema principale. Inoltre il 51% del personale non riesce a staccarsi dai pensieri, problemi legati al proprio lavoro e come questi pensieri li seguano anche a casa. Il 34% del personale dichiara di sentirsi spesso ansiosi o depressi al lavoro. Il 25% dichiara di avere il sonno disturbato dovuto alle pressioni lavorative.
- Genesi e allievi (1990) notarono come operatori di emergenza, che affermano di aver lottato contro la morte di utenti, praticando la rianimazione cardiopolmonare con esito infausto, riportavano pensieri maggiormente intrusivi riguardo l'accaduto e affermavano di aver difficoltà nel mettere a disparte questi pensieri.
- Il 29% di lavoratori del settore dell'emergenza soffre di ipertensione arteriosa e cefalea, sintomi tipici di un alto livello di stress.

La Critical Incident Stress Sindrome può evolvere nel tempo portando il soggetto a manifestare quadri clinici differenti: tra i più frequenti il Disturbo Acuto da Stress e il Disturbo Post Traumatico da Stress.

## **Disturbo Acuto da Stress**

Il disturbo Acuto da Stress si sviluppa entro un mese dall'esposizione dell'evento traumatico con comparsa di ansia, sintomi dissociativi e di altro tipo. Gli eventi traumatici che possono dare origine a un disturbo Acuto da Stress sono sovrapponibili a quelli che producono il Disturbo Post Traumatico da stress.

L'individuo durante e dopo l'evento traumatico presenta almeno tre dei seguenti sintomi dissociativi :

- Sensazione soggettiva di insensibilità
- Distacco o assenza di reattività emozionale
- Riduzione di consapevolezza dell'ambiente
- Derealizzazione
- Depersonalizzazione e amnesia dissociativa.

Dopo il trauma l'evento traumatico viene rivissuto persistentemente e l'individuo evita gli stimoli che possono evocare il ricordo, ha sintomi marcati di ansia e di aumentata attivazione. Per diagnosticare un disturbo acuto da stress i sintomi devono causare disagio clinicamente significativo, compromettere o interferire con la capacità dell'individuo di eseguire i compiti fondamentali.

Il disturbo ha una durata di almeno 2 giorni e non persiste oltre le 4 settimane dall'evento traumatico.

Alcune persone in risposta all'evento traumatico sviluppano sintomi dissociativi, hanno una riduzione della reattività emozionale, spesso trovano difficile o impossibile provare piacere per attività precedentemente ritenute divertenti.

Si può riscontrare difficoltà di concentrazione sensazione di sentirsi distaccati dal proprio corpo, sentire il mondo come un sogno, come irreali, oppure presentare una crescente difficoltà a ricordare dettagli specifici dell'evento traumatico.

L'evento traumatico viene persistentemente rivissuto per esempio : ricordi, pensieri, sogni, illusioni, flashback ricorrenti, sensazione di rivivere l'evento o disagio all'esposizione a ciò che può ricordare l'evento. Viene evitato tutto ciò che può ricordare il trauma. Infine compare difficoltà a dormire, irritabilità, scarsa capacità di concentrazione, ipervigilanza, risposte di allarme esagerate e irrequietezza motoria.

Se il trauma ha determinato a qualcuno la morte o gravi lesioni, i sopravvissuti possono sentirsi in colpa per essere rimasti indenni o per non avere sufficientemente aiutato gli altri.

Alcuni individui con questa patologia risentono responsabili per le conseguenze del trauma in modo ingiustificato. Evitano a volte ciò che risulta terapeutico dopo il trauma , andando in questo modo incontro a un disturbo Post Traumatico da Stress.

Possono utilizzare dopo il trauma comportamenti impulsivi e rischiosi. I sintomi si riscontrano solitamente subito dopo il trauma e durano almeno 2 giorni per risolversi entro le quattro settimane dall'insorgenza dei sintomi. Nell'eventualità che dopo le quattro settimane i sintomi persistano, non si parlerà più di Disturbo Acuto da Stress bensì di Disturbo Post Traumatico da Stress.

#### **Acute Stress Disorder come descritto dal DSM-IV°:**

- La persona è stata esposta ad un evento traumatico in cui erano presenti entrambi i seguenti elementi:

1) La persona ha vissuto, ha assistito o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno comportato la morte ,o una minaccia all'integrità fisica, propria o di altri.

2) La risposta della persona comprende paura intensa, sentimenti di impotenza, o di orrore.

- Durante o dopo l'esperienza dell'evento stressante, l'individuo presenta 3 o più dei seguenti sintomi dissociativi:

1) sensazione soggettiva di insensibilità, distacco, o assenza di reattività emozionale

2) riduzione della consapevolezza dell'ambiente circostante (per es. rimanere storditi)

3) derealizzazione

4) depersonalizzazione

5) amnesia dissociativa (cioè incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma)

- Marcato evitamento degli stimoli che evocano ricordi del trauma (per es. pensieri, sensazioni, conversazioni, attività, luoghi, persone)
- Sintomi marcati d'ansia o di aumento dell'arousal ( per es. difficoltà a dormire, irritabilità, scarsa capacità di concentrazione, ipervigilanza, risposte di allarme esagerate, irrequietezza motoria)
- Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti, oppure compromette la capacità nell'individuo di eseguire compiti fondamentali, come ottenere l'assistenza necessaria o mobilitare le risorse personali riferendo ai familiari l'esperienza traumatica.
- Il disturbo dura al minimo 2 giorni e al massimo 4 settimane e si manifesta entro 4 settimane dall'evento traumatico.
- Il disturbo non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es. una droga di abuso, un farmaco) o di una condizione medica generale, non è meglio giustificato da un Disturbo Psicotico Breve, e non rappresenta semplicemente l'esacerbazione di un disturbo preesistente di asse I o asse II.

## **Disturbo Post Traumatico da Stress**

Questo disturbo si manifesta nel soggetto con sintomi tipici che seguono l'esposizione ad uno o più eventi estremamente traumatici.

Gli eventi vissuti in qualità di testimone riguardano: l'osservare il ferimento grave o la morte innaturale di un'altra persona dovuti ad assalto violento, incidente, guerra o disastro, o il trovarsi di fronte inaspettatamente ad un cadavere o parti di un corpo.

Il disturbo sviluppato dal soggetto solitamente è direttamente proporzionale all'intensità e alla vicinanza al fattore stressante. Si ha come risposta dell'individuo all'evento traumatico paura intensa, il sentirsi inerme, provare orrore.

I sintomi che si riscontrano frequentemente sono : rivivere continuamente l'evento traumatico, l'evitamento degli stimoli associati al trauma, drastica diminuzione della reattività generale, sintomi costanti dell'aumento dell'attivazione: frequenza cardiaca, elettromiografia, attività delle ghiandole sudoripare.

I sintomi devono essere presenti per almeno 4 settimane e il disturbo deve causare un disagio clinicamente significativo, una menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

Si parla di Disturbo Post Traumatico da Stress Acuto se la durata dei sintomi è inferiore a tre mesi, si definisce Cronico se i sintomi durano tre mesi o più.

## **Post Traumatic Stress Disorder (P.T.S.D.) come descritto dal DSM-IV°**

- La persona è stata esposta ad un evento traumatico nel quale erano presenti entrambe le caratteristiche seguenti:

1) la persona ha vissuto, ha assistito, o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno implicato morte, o minaccia di morte o gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri.

2) La risposta della persona comprendeva paura intensa, sentimenti di impotenza, o di orrore. Nota nei bambini questo può essere espresso con comportamento disorganizzato o agitato.

- L'evento traumatico viene rivissuto persistentemente in uno (o più) dei seguenti modi:

1) ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi dell'evento, che comprendono immagini, pensieri o percezioni. Nota: nei bambini piccoli si possono manifestare giochi ripetitivi in cui vengono espressi temi o aspetti riguardanti il trauma.

2) sogni spiacevoli ricorrenti l'evento. Nota: nei bambini possono essere presenti sogni spaventosi senza un contenuto riconoscibile.

3) Agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando (ciò include sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni, ed episodi dissociativi di flashback, compresi quelli che si manifestano al risveglio o in stato di intossicazione). Nota: nei bambini piccoli possono manifestarsi rappresentazioni ripetitive specifiche del trauma.

4) Reattività fisiologica o esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.

- Evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma e attenuazione della reattività generale (non presenti prima del trauma), come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi:

1) sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate con il trauma

2) Sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma

3) Incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma

4) Riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative

5) Sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri, inoltre emerge un'affettività ridotta (per es. incapacità di provare sentimenti di amore).

## **Conclusione**

L'operatore sanitario è ora considerato una risorsa importante che costa molto e che può dare il meglio di sé solo in certe condizioni operative.

Non valutare una situazione di disagio psicologico può produrre una prestazione qualitativamente inappropriata fino a condurre il dipendente in uno stato di malattia con conseguente aumento dei costi per il personale.

E' importante notare che un adeguato investimento nella prevenzione favorirà anche l'impresa in termini di minore assenteismo, minor numero di infortuni, di errori, di malattia, ecc., a vantaggio di una migliore qualità dei beni o dei servizi erogati e di una buona immagine dell'azienda stessa.

## Bibliografia:

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth ed.* Washington, D.C. : A.P.A. Press. Edizione italiana: *DSM IV° manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali.* (1985). Masson Milano.
- Biondi M. (1999) *Disturbo Post Traumatico da Stress.* In trattato Italiano di Psichiatria, seconda edizione (a cura di Pancheri P. et al.) Milano Masson.
- Forni M. *Lo stress.* Il Mulino, Bologna (1999)
- Frighi L., Cuzzlaro M., (1991), *Reazioni umane alle catastrofi.* Gangemi Editore.
- ISPESL Ministero della Salute “ Lavorare con Stress” . Opuscolo divulgativo anno 2001
- Mitchell J.T. e Everly, G. (1996) *Critical Incident Stress Debriefing: An Operations Manual for the Prevention of Traumatic Stress among Emergency services and Disaster Workers.* Ellicot City, MD: chevron Publishing Corporation.
- Mitchel J.T. and Everly G.S. (1997) *Critical Incident Stress Management: a new era and standard of care in crisis intervention.ed.* Chevron Publishing Corporation, Ellicot City ,MD.
- Sarchielli G., Monti M. (2000) *Chi aiuta chi aiuta?.* Emergency Oggi anno VI n°2 marzo/aprile 2000 pp. 4-8.
- Sarchielli G., Monti M. (2000) *Il Disturbo Post Traumatico da Stress negli operatori d'emergenza e tecniche per prevenirlo.* "IV Congresso Italiano di Psicologia della salute: Dalla lotta alla malattia alla costruzione della salute" Orvieto, 21 -23 Ottobre 2000.
- Steptoe A. *Stress e malattia.* In "Psicologia e psicologi" Volume 1, numero 1 marzo 2001, Erickson ,Trento.
- Valerio P. et al.(2000). *Psicologia delle Emergenze.* Liguori Editore
- Young et al. (2002). *L'assistenza psicologica nelle emergenze.* Erickson, Trento.
- Yule W. (1999) *Post Traumatic Stress Disorder. Concepts and Therapy.* ED. Jhon Wiley & Sons Ltd. West Sussex England. EDizione Italiana (2000) *Il disturbo Post Traumatico da Stress.* MC Graw-Hill.

Internet Risorse:

- [http:// www.apa.org](http://www.apa.org)
- [http:// www.dartmouth.edu/dms/ptsd](http://www.dartmouth.edu/dms/ptsd)
- [http:// www.fema.gov](http://www.fema.gov)
- [http:// www.ispesl.it](http://www.ispesl.it)