



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BARI "A. MORO"
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA – POLO JONICO
Coordinatore Didattico: Prof. Luigi Santacroce

Tesi di Laurea

**LE DIMENSIONI DELL'ADATTAMENTO
NELL'INFERMIERE DI EMERGENZA:
RESILIENZA E COPING**

RELATORE

Dott. Francesco SCAPATI

CORRELATORE

Prof. Giovanni M. FERRI

LAUREANDA

Alessandra FIORINI

ANNO ACCADEMICO 2010/2011

*A mia Madre
il mio vitale punto di riferimento!*

Un **GRAZIE** davvero di cuore...

... a mia **madre**, è grazie a lei se ho raggiunto questo traguardo, è grazie alla forza che solo lei è riuscita a trasmettermi che sono riuscita ad affrontare gli ostacoli della vita. E' grazie a lei se sono fiera di come sono cresciuta!

... a **Peppe**, per aver avuto fiducia in me in questi tre anni e per avermi cresciuto come una figlia!

... alle mie sorelle **Marina** e **Francesca**, per avermi letteralmente sopportato nei miei momenti pre-esame!

... a **Ovidio**, per essermi stato vicino in ogni momento, per aver ascoltato ogni mio sfogo e per avermi sempre incoraggiato!

... alle migliori compagne che potessi desiderare: **Lory, Claudia e Sara**. Abbiamo vissuto questi anni insieme, nei momenti di gioia e sconforto. Sono contenta di avervi avuto al mio fianco!

... alla Dott.ssa **Dora Chiloiro** per la disponibilità nei miei confronti per lo sviluppo della mia ricerca!

... all'infermiere **Giuseppe Tremonte** per gli spunti forniti e per l'estrema disponibilità che mi ha dimostrato nonostante la sua lontananza ed i suoi impegni!

... a tutti gli **Infermieri e Tutors** che mi hanno accolto e insegnato in questi tre anni, perché anche grazie a loro ho imparato ad amare questa splendida professione, capendo di aver scelto la strada giusta!

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 7
---------------------------	--------

Capitolo Primo

L' INFERMIERE DELL'EMERGENZA

1.1 Definizione di Emergenza/Urgenza.....	pag. 10
1.2 La gestione dell'emergenza sanitaria: la catena della sopravvivenza.....	pag. 11
1.3 Competenze, funzioni e caratteristiche dell'infermiere di emergenza.....	pag. 15
1.4 L'impatto psicologico dell'emergenza.....	pag. 22
1.4.1 L'infermiere e le sue emozioni	pag. 25

Capitolo Secondo

TRAUMI EMOTIVI DELL'OPERATORE

2.1 Definizione di stress.....	pag. 27
2.1.1 Fattori di stress per l'operatore di emergenza.....	pag. 32
2.1.2 Disturbo acuto da stress.....	pag. 35
2.1.3 Disturbo post traumatico da stress.....	pag. 36
2.2 Il burnout in ambito sanitario.....	pag. 38
2.2.1 Fattori di rischio e cause del burnout.....	pag.41
2.2.2 Segni e sintomi del burnout.....	pag. 43
2.2.3 Il burnout quale malattia professionale: normative a supporto del lavoratore.....	pag. 46

Capitolo Terzo

RESILIENZA E COPING

- 3.1 Educarsi alla resilienza..... pag. 50
- 3.2 Strategie di Coping..... pag. 53

Capitolo Quarto

PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA ED SUOI INTERVENTI

- 4.1 Psicologia dell'emergenza..... pag. 56
- 4.2 L'importanza della formazione
teorico/ pratica in emergenza..... pag. 61
- 4.3 Il Peer Supporter pag. 64
- 4.4 Defusing e Debriefing..... pag. 67

Capitolo Quinto

IL COUNSELING DELL'EMERGENZA

- 5.1 Cos'è il counseling?..... pag. 71
- 5.2 Il processo di counseling e le sue fasi..... pag. 73
- 5.3 Il ruolo del counselor..... pag. 75

Capitolo Sesto

RICERCA SUI LIVELLI DI POTENZIALE DISTRESS NEGLI INFERMIERI DI EMERGENZA

- 6.1 Progetto di ricerca..... pag. 77
- 6.1.1 Background..... pag. 77
- 6.1.2 Finalità e scopi della ricerca pag. 77
- 6.1.3 Ipotesi..... pag. 79
- 6.2 Materiali e Metodi..... pag. 79
- 6.2.1 Strumento di ricerca..... pag.79

6.2.2 Campione di indagine.....	pag. 80
6.2.3 Procedura.....	pag. 80
6.3 Presentazione e discussione dei risultati	pag. 81
6.3.1 Analisi della VRS.....	pag.81
6.3.2 Risultati della ricerca.....	pag. 84
CONCLUSIONI	pag. 87
BIBLIOGRAFIA.....	pag. 89
SITOGRAFIA.....	pag. 90
ALLEGATO 1.....	pag. 91
ALLEGATO 2.....	pag. 92

INTRODUZIONE

Posso vedere il dolore di un altro e non provare pena?

Posso vedere la pena di un altro e non cercarvi un caro conforto?

Posso vedere una lacrima cadere e non sentire la mia parte di dolore?

William Blake

L'idea di stesura di questa tesi nasce dalla mia esperienza di tirocinio svolta presso le U.O. di Area Critica presenti nell'Azienda Ospedaliera del Santissima Annunziata e dell'ospedale San Giuseppe Moscati di Taranto.

Il campo dell'emergenza-urgenza mi ha sempre affascinato, durante la mia esperienza di tirocinio ho avuto modo di apprezzare il lavoro degli infermieri di area critica, e di condividere con loro molte esperienze emotivamente "complesse", esperienze che hanno suscitato in me un vivo interesse sugli argomenti trattati riguardanti l'area dell'emergenza.

Nella popolazione generale la parola emergenza/urgenza provoca paura e tensione, e mi viene spontaneo immaginare quanta paura e tensione può provocare in chi deve gestire e controllare tale evenienza.

L'emergenza/urgenza è una situazione che si deve risolvere in modo pronto e repentino, ma che non lascia di solito all'operatore che agisce nessuna soddisfazione morale ed etica, manca il rapporto con la vittima dell'evento, manca il contatto fisico ed empatico.

L'obiettivo che mi sono preposta per quanto riguarda la stesura di questa tesi è stato quello di andare a valutare se e quanto gli infermieri appartenenti alle aree di emergenza sono stressati e quali strategie mettono in atto per fronteggiare le situazioni ad alto rischio emotivo.

Il dilemma che mi sono posta durante il mio lavoro, è: chi soccorre un soccorritore al termine del suo intervento? Chi lo aiuta a non cadere nella depressione e demotivazione professionale? Chi è la figura cardine che lo ascolta, lo consiglia, raccoglie le sue emozioni, le sue idee, le sue prospettive, anche future? Quali strategie preventive e formative vengono attuate per supportare un professionista con queste difficoltà a superare la crisi dell'evento stressante?

Gli operatori che svolgono la loro attività in contesti che assolvono l'emergenza sono molto esposti, se non supportati psicologicamente, a cadere nella depressione professionale, perché non avranno possibili incontri con i pazienti trattati e con loro, verificare i successi della tempestività dei loro interventi.

Pertanto il loro bisogno di autostima sarà soddisfatto se troveranno nei loro interventi strategie di coinvolgimento motivazionale, che possono emergere anche nelle situazioni più devastanti.

L'infermiere non è una macchina operativa, ma un essere con un'anima sensibile, che se stimolato emotivamente può trovare anche il giusto equilibrio tra morte e vita: l'importante è che capisca che il suo intervento non è stato vano, ma profondamente utile a ripristinare o a risolvere una situazione di estremo disagio.

Il nostro non può essere considerato "solo" un lavoro, è una scelta di vita; chi inizia a percorrere questo cammino, deve essere messo in condizione, fino alla fine, di non fermarsi ai numerosi bivi che incontrerà nel corso della sua professione.

Chi va a soccorrere deve essere messo in condizione di operare dall'inizio alla fine dell'intervento in una maniera che sia consona alle caratteristiche specifiche di quel tipo di intervento, per evitare di dover diventare a sua volta una potenziale "vittima da soccorrere".

Cosa potrà essere fatto in futuro, per colmare ciò che, se non "curato" con tempestività, potrebbe portare ad avere delle potenziali ripercussioni sul corretto espletamento delle proprie mansioni?

CAPITOLO PRIMO

L'INFERMIERE DELL'EMERGENZA

1.1: Definizione di Urgenza/Emergenza

Nella lingua inglese la parola “emergency” rappresenta una situazione, una condizione di rischio, mentre “urgency” indica la necessità di eseguire un'azione, prendere una decisione, o attuare un trattamento.

In italiano invece si tende a far confusione tra questi due termini, che vengono utilizzati indifferentemente come sinonimi, per esprimere una condizione.

La necessità primaria è quella di saper differenziare ciò che è urgente, da ciò che non lo è.

Si definisce come “**emergenza**”¹ 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.

Si definisce invece come “**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.

Si definisce “**maxi emergenza**” o catastrofe, un avvenimento dannoso per la collettività coinvolta, che sconvolge l'ordine precostituito o determina uno squilibrio tra i bisogni delle vittime e le risorse prontamente disponibili per far fronte alle necessità di soccorso.

¹ Maurizio Chiaranda, Urgenze ed Emergenze, Piccin, 2009

In tutti i casi, la **tempestività** e la **qualità** della risposta alle situazioni di emergenza-urgenza sanitaria condizionano il risultato, sia come perdite di vita umane, sia come durata dell'ospedalizzazione ed esiti invalidanti.

La tempestività di un soccorso qualificato che riduca al minimo l'intervallo di tempo fra il momento del trauma e l'inizio della terapia, comporta un notevole risparmio di morti evitabili e di invalidità permanenti.

Per facilitare l'intervento, in un'ampia gamma di situazioni di emergenza/urgenza, in termini di diminuzione dei tempi di risposta e di adeguatezza qualitativa del trattamento stesso, ci si avvale di linee guida e raccomandazioni ben definite, sotto forma di percorsi diagnostico-terapeutici, elaborati e costantemente aggiornati dalle Società Scientifiche in base ad una notevole mole di acquisizioni sulla relazione tra le modalità dell'intervento e la prognosi.

1.2 La gestione dell'emergenza sanitaria: la catena della sopravvivenza

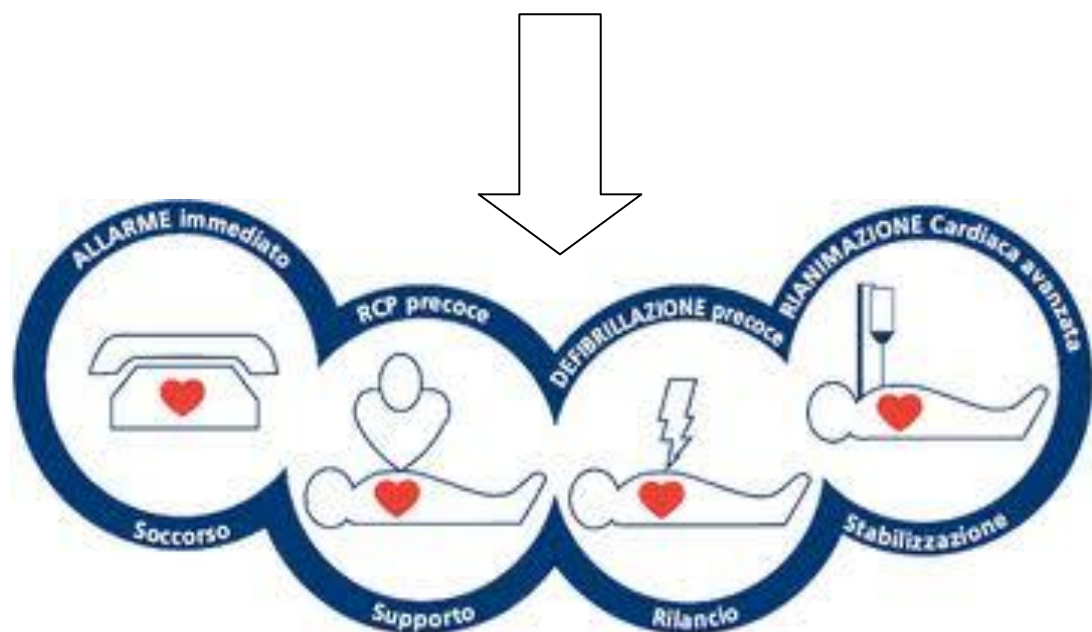
Il Servizio Sanitario Emergenza Urgenza, in Italia nasce fondamentalmente con il DPR 27 Marzo 1992, denominato "*Atto di indirizzo e coordinamento delle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza*". Con tale decreto viene garantita una stretta integrazione fra soccorso territoriale ed i Dipartimenti d'Emergenza-Urgenza ed Accettazione (D.E.A.) ospedalieri, si dispone che le attività di urgenza ed emergenza vengono articolate su 2 sistemi:

- **Il sistema di allarme sanitario:** espletato dalle Centrali Operative;
- **Il sistema di accettazione ed emergenza sanitaria:** assicurato dai servizi di pronto soccorso e dai dipartimenti di emergenza;

I sistemi avanzati per la gestione dell’Emergenza Sanitaria prevedono comuni dinamiche operative, che prevedono la messa in opera sequenziale di una serie di operazioni che vengono identificate come “catena della sopravvivenza”.

La sopravvivenza è strettamente dipendente dalla realizzazione ordinata di una serie di interventi; la metafora della "catena" sta a simboleggiare da un lato l'importanza della sequenza e che se una delle fasi di soccorso è mancante, le possibilità di sopravvivenza sono ridottissime.

LA CATENA DELLA SOPRAVVIVENZA



- **1°ANELLO:** è rappresentato dall'accesso precoce al sistema di emergenza 118, e cioè attraverso la chiamata di soccorso alla struttura, in quanto elemento chiave di attivazione degli interventi necessari per garantire un soccorso rapido ed efficace. Nel primo anello della catena delle nuove Linee Guida² s' inserisce il messaggio di prevenzione con il riconoscimento precoce dei segni di allarme cardiaco e neurologico che possono

evolvere

con un

arresto

cardiaco.

Il sistema

di



emergenza/urgenza afferisce ad una **centrale operativa**³, che costituisce il cervello del sistema di soccorso per l'urgenza e l'emergenza territoriale, cui fanno capo tutte le richieste telefoniche di aiuto convogliate attraverso il numero telefonico 118. Le funzioni essenziali della C.O.118, sono la ricezione

² Linee Guida AHA 2010 per RCP ed ECC

³ Maurizio Chiaranda, Urgenze ed Emergenze, Piccin, 2009

delle richieste di soccorso e la gestione dell'evento, e il coordinamento degli interventi nell'ambito territoriale di riferimento, con attivazione della risposta ospedaliera 24 ore su 24. Quando si chiama il 118 si devono dare le seguenti informazioni: identificarsi, descrivere la situazione, dare indicazioni precise su come raggiungere il luogo, rispondere con calma all'operatore del 118 e non riattaccare fino a quando non sia espressamente richiesto. Tutto ciò per permettere l'invio del soccorso idoneo nel minor tempo possibile.

- **2°ANELLO:** è rappresentato dall'intervento di primo soccorso, il quale, nei casi caratterizzati da una maggiore gravità delle condizioni cliniche del paziente, può consistere nell'applicazione di alcune procedure rianimatorie, come la rianimazione cardio-polmonare di base, ovvero l'esecuzione della respirazione artificiale e delle compressioni toraciche esterne, eseguita più tempestivamente possibile e in maniera adeguata. Con le compressioni toraciche si mantiene la circolazione del sangue e con la respirazione artificiale si permette di ossigenarlo. Sono procedure semplici, che non sono di esclusiva pertinenza del personale sanitario, ma che possono essere conosciute da tutti, previa frequentazione di un corso che abiliti l'applicazione di tale procedura.

L'obiettivo del BLS è di rallentare i meccanismi che portano a danni irreversibili al cuore e al cervello, per consentire al trattamento definitivo (defibrillazione e trattamento medico) di ottenere i risultati migliori. Inoltre l'ossigenazione del muscolo cardiaco tramite la RCP rende più efficace la defibrillazione.

- **3°ANELLO:** è rappresentato dal supporto delle funzioni vitali del paziente, che viene effettuato con metodiche avanzate:ALS (Advanced Life support). La terapia di emergenza effettuata con questo tipo di metodiche deve essere iniziata sul luogo dell'emergenza dal team professionale, chiamato sul luogo dell'evento nei tempi standard previsti dalla legge. La procedura che viene attuata è la defibrillazione, elemento essenziale nelle emergenze cardiologiche e nell'arresto cardiaco.
- **4°ANELLO:** è basato sulla precoce somministrazione della terapia di emergenza, effettuata con metodiche avanzate all'interno della Struttura Ospedaliera di riferimento.

1.3: Competenze, funzioni e caratteristiche dell'infermiere d'emergenza

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. Si passa dalle motivazioni più nobili, come un'innata passione ad aiutare chi da solo non lo può fare in situazioni critiche, il confronto con situazioni sempre nuove ed imprevedibili, a quelle più materiali, come una più alta retribuzione economica.

Una tappa decisiva per il mondo infermieristico si è avuta con la legge 42 del 1999⁴, con la quale si è abolito il mansionario, quindi

⁴ Legge 26 Febbraio 1999, n.42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie"

l'infermieristica è passata da una professione ausiliaria, ad una professione sanitaria. Questa modifica ha portato al riconoscimento dell'infermiere come un professionista della salute, con un campo proprio di attività e responsabilità, campo determinato dal Profilo Professionale D.M. 739/94, dagli ordinamenti didattici del corso di laurea, e dal contenuto del Codice Deontologico elaborato dal Comitato centrale della Federazione IPASVI nel 1999.

Si è passati da una fase in cui l'infermiere era legittimato a fare solo quello che era previsto da un documento preciso e dettagliato, ad una nuova fase che offre più autonomia. L'abolizione del mansionario da un lato ha portato alla valorizzazione della figura dell'infermiere, dall'altro lato però lo ha lasciato senza un concreto punto di riferimento.

Per venire incontro alle esigenze infermieristiche si è predisposto l'utilizzo di protocolli di comportamento, con lo scopo di garantire il raggiungimento degli obiettivi e degli standard che vengono prefissati; rappresenta inoltre uno strumento di tutela e di garanzia per gli operatori, soprattutto in caso di eventi con esiti negativi, diventando uno strumento utile a diminuire insicurezze, disagio e stress.

Un altro strumento importante per gli infermieri è il codice deontologico, il quale non viene considerato una legge, ma una guida per le decisioni che ogni operatore può prendere, in relazione alla propria maturità etica.

Possiamo affermare che la figura dell'infermiere dell'emergenza viene istituita ufficialmente con il D.P.R. del 27 Marzo 1992⁵, e viene

⁵ DPR 27 Marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza"

regolamentata anche dalle Linee Guida 1/1996 emanate dal Ministero della Sanità.

Attraverso questo decreto si evince che l'assistenza al paziente non inizia al suo accesso in Pronto Soccorso, ma dal momento della richiesta di aiuto al numero 118.

La responsabilità operativa è affidata al Personale Infermieristico della Centrale, nell'ambito dei protocolli decisi dal medico responsabile della Centrale.

Il personale infermieristico della centrale è composto da infermieri con esperienza nell'area critica, o che abbiano seguito corsi di formazione nel settore dell'emergenza.

I compiti del personale infermieristico sono quelli di⁶:

- Ricezione, registrazione e selezione delle chiamate;
- Determinazione dell'apparente criticità dell'intervento segnalato;
- Codifica delle chiamate e delle risposte, secondo il sistema delle codifiche definito dal D.M. del 1992.

Il triage telefonico cui è chiamato l'infermiere di centrale operativa differisce dal triage di pronto soccorso in quanto si basa su protocolli in uso nella centrale operativa.

L'infermiere di Centrale nel momento in cui riceve la chiamata deve essere in grado di saper svolgere una buona attività di **dispatch** (sistema che comprende tutte le operazioni inerenti il sistema di

⁶ Gordoni G.: "Soccorso extraospedaliero" in Pronto Soccorso, Servizi di Emergenza 118, Centro Scientifico Editore, Torino 1996

soccorso dal momento della richiesta all'arrivo dei soccorritori sulla scena), il quale è costituito da 4 aspetti:

1. Intervista telefonica;
2. Istruzioni all'utente riguardo alle manovre da effettuare pre-arrivo dei mezzi;
3. Scelta del mezzo di soccorso (con medico, con infermiere, con volontari);
4. Supporto informativo ai soccorritori;

Secondo l'articolo 11 del Codice Deontologico: *“l'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati”*.

Da ciò si deduce che all'infermiere, sono richieste delle competenze e delle attitudini, necessarie a svolgere al meglio la propria attività.

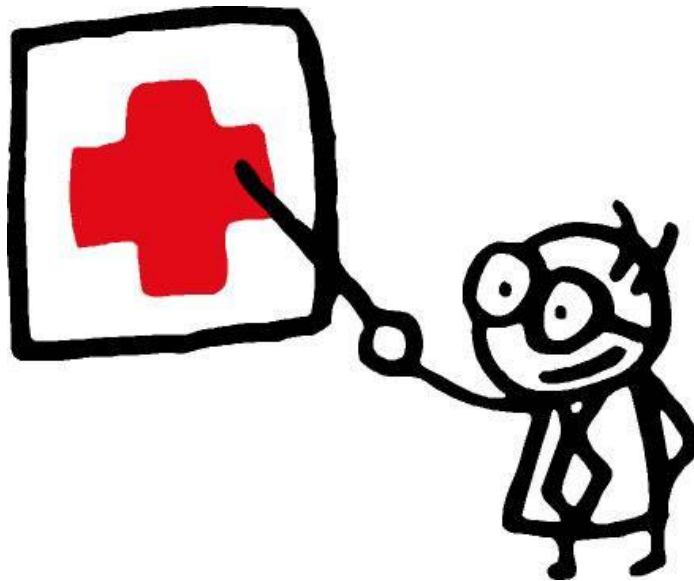
Queste caratteristiche sono individuate in:

- PREPARAZIONE SPECIFICA
- ESPERIENZA
- PROFESSIONALITA'
- DINAMICITA' INTELLETTUALE

PREPARAZIONE SPECIFICA

Il professionista infermiere, durante il suo percorso formativo previsto dal piano di studi per la laurea di primo livello in infermieristica, acquista una molteplicità di conoscenze, successivamente durante il percorso lavorativo è tenuto ad arricchire le proprie competenze

attraverso l'apprendimento di tecniche e metodiche comportamentali assimilate in corsi specifici avanzati.



Per tecniche operative d'intervento s'intende⁷:

- *BLS* (Basic Life Support) e *BLSD* (Basic Life Support Defibrillation): sostegno delle funzioni vitali di base mediante Rianimazione Cardio-Polmonare in associazione alla possibilità di defibrillazione precoce tramite D.A.E.(defibrillatore semi-automatico esterno) delle persone adulte;
- *PBLS* (Pediatric Basic Life Support) per l'acquisizione di tecniche di rianimazione di base come il BLS solo nei bambini che vanno da 0 a 8 anni;
- *ACLS* (Advanced Cardiac Life Support) per l'acquisizione di tecniche di assistenza avanzata al paziente in pre, intra e post arresto cardiocircolatorio;
- *PHTLS* (Pre-Hospital Trauma Life Support) e *PTC* (Pre-Hospital Trauma Care) dove si acquisiscono le tecniche per la

⁷ Chiaranda, Urgenze ed Emergenze, Piccin, 2009

gestione, immobilizzazione e assistenza del 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 sulla metodica del *triage* extra e intraospedaliero: percorso decisionale dinamico, basato sull'attuazione di un processo metodologico scientifico, capace di stabilire il grado di presunta gravità clinica presente in un soggetto, identificabile mediante l'utilizzo di un sistema di codifica indicante la priorità assistenziale. Tipologie di triage:
 - Triage di centrale: messo in atto dal personale infermieristico, delle centrali operative, secondo protocolli comuni definiti dalla normativa;
 - Triage sul territorio: compiuto da coloro che si trovano sul luogo dell'evento;
 - Triage in ospedale: attuato dal personale ospedaliero al momento dell'arrivo del paziente;
- Profonda conoscenza e abilità nella gestione e impiego di tecnologie, strumentazioni e metodiche comportamentali, come la:
 - Gestione dell'emotività
 - Comunicabilità
 - Prevenzione della sindrome del soccorritore e della sindrome del Burn-out

La preparazione specifica deve essere:

- Valutabile semestralmente, perché le vere emergenze vanno dall'1% al 3% della totalità delle richieste di soccorso;

- Effettuata prima, e non dopo l'inserimento presso il servizio di

118

ESPERIENZA

Consiste nell'acquisizione diretta, teorico/pratica, di nozioni che permettono all'infermiere dell'emergenza sia la rapida valutazione dello stato di gravità del paziente, sia l'assistenza mirata al problema.

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

PROFESSIONALITA'

La professionalità è una qualità che non si acquisisce solo tramite un titolo, ma è una caratteristica personale che nasce e cresce con il professionista, che si sviluppa insieme alla consapevolezza e al credo in valori e principi che rendono la professione di infermiere così importante nella società.

Ma prima ancora l'infermiere deve conoscere se stesso, valorizzarsi, saper scegliere, deve avere la capacità di analizzare ed intraprendere in modo sistematico la situazione assistenziale anche in situazioni di stress. Spesso egli si trova a dover prendere decisioni, a organizzare e agire in regime di urgenza con limitate risorse a disposizione.

L'infermiere di emergenza deve essere ben integrato all'interno del gruppo, soprattutto quando si parla di un'organizzazione come l'Area Critica, dove vengono chiamate in campo tutte le risorse disponibili per costituire i gruppi operativi organizzati, ovvero l'*equipe*. A questi

gruppi vengono richiesti determinati requisiti, come la professionalità, la capacità di riconoscere il proprio spazio d'azione, la propria posizione nel gruppo, un insieme di capacità utili a svolgere compiti tecnico-pratici, la conoscenza, l'utilizzo delle risorse disponibili, ed una buona capacità di adattamento e di relazione.

DINAMICITA' INTELLETTUALE

E' la capacità di adattarsi alla situazione che ci si prospetta innanzi, è una delle caratteristiche necessarie al personale che opera nell'emergenza, perché ogni intervento, per quanto simile per codice o patologia, si presenta costantemente differente da quelle affrontate in precedenza.

Determinanti sono le linee guida e i protocolli, a cui il personale sanitario deve far riferimento, e per pianificare il tipo di assistenza da attuare in base alla realtà in cui ci si trova.

Lavorare in contesti di emergenza non è facile, 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.

1.4 : L'impatto psicologico dell'emergenza

Anche nei migliori sistemi di emergenza molte volte i soccorritori addestrati a salvare le vite, non riescono a raggiungere il loro scopo; nonostante questa consapevolezza, soprattutto in relazione con la morte di giovani ed eventi catastrofici, si possono avere alterazioni psicologiche persistenti nei soccorritori; con emozioni incontrollabili e reazioni negative.

Gli infermieri che entrano in contatto emotivo con i pazienti hanno una sorta di compito paradossale che è quello di funzionare in modo “sano” all’interno di uno scenario nel quale gli altri hanno il diritto di funzionare in modo “folle”. Con il termine “folle” s’ intende comprendere tutti quei comportamenti difensivi e di adattamento che la persona mette in atto di fronte ad un evento patologico, come può legittimamente essere considerata un’ emergenza o una catastrofe.

Lavorare costantemente a contatto con la sofferenza ed esposti a situazioni di pericolo comporta una possibile sofferenza psicologica che non può essere trascurata. Pearlman e Saakvitne⁸, hanno definito “traumatizzazione vicaria” il trauma psicologico che colpisce l’infermiere dell’emergenza, è una sorta di processo attraverso il quale l’esperienza interna del soccorritore viene trasformata in senso negativo a causa del suo coinvolgimento empatico con il vissuto traumatico della persona di cui si sta occupando. Si può parlare di “contagio psichico”, che può portare a delle vere modifiche strutturali nell’identità personale e professionale della persona coinvolta.

Quando il rapporto con la vittima o la situazione incontrata evoca nel soccorritore delle situazioni personali irrisolte, egli risponderà in modo non oggettivo. Il processo di identificazione che è collegato a questo vissuto può comportare un coinvolgimento diretto del soccorritore, per cui nell’intervento egli può perdere le caratteristiche necessarie di professionalità.

Il soccorritore, con l’accumularsi della fatica psichica può giungere a modificare il suo modo di vedere le cose, la sua autostima e la percezione della propria competenza e capacità professionale.

⁸ Antonio Zuliani, Manuale di psicologia dell’emergenza, Maggioli Editore, 2007

Ciò accade perché il soccorritore, nel suo lavoro, è costretto a rapportarsi con forti carichi emotivi, a gestire manifestazioni di angoscia e di aggressività, a confrontare se stesso con le prospettive di morte, dolore e paura che animano le vittime di cui si sta occupando.

Il forte impatto emotivo è un problema che si presenta non soltanto nelle situazioni drammatiche di emergenze extraospedaliere, ma è una costante per chi lavora in area critica: in Pronto Soccorso, nei reparti di terapia intensiva;

Tra le situazioni più significative che l'infermiere può riscontrare nel corso della sua attività troviamo⁹:

- la difficoltà di comunicazione che si può incontrare nel primo contatto con il paziente ed i suoi familiari, per difficoltà soggettive ed oggettive che ostacolano la relazione terapeutica 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;

Ne consegue la necessità per gli infermieri di area critica di uno specifico addestramento e supporto per affrontare numerose occasioni di forte impatto psicologico ed emotivo, in modo da unire alla competenza professionale infermieristica, anche la competenza relazionale e quella emozionale (autocontrollo).

Non soltanto sapere e saper fare, ma è anche fondamentale saper essere i professionisti dell'emergenza.

⁹ Chiaranda, Urgenze ed Emergenze, Piccin, 2009

1.4.1:L'infermiere e le sue emozioni

L'infermiere e tutti gli operatori che offrono aiuto attraverso lo strumento relazione non sono esenti dal provare emozioni e sentimenti: il confronto con le emozioni dell'altro come detto nel paragrafo precedente può risvegliare esperienze e vissuti personali che possono allontanare o avvicinare l'infermiere al paziente.¹⁰

Se l'infermiere non è cosciente dei propri sentimenti e delle proprie reazioni emotive è probabile che non sia in grado di controllare la propria emotività nella relazione infermiere/paziente. Non è eticamente corretto che l'infermiere utilizzi la relazione con il paziente per risolvere propri problemi; a volte non c'è consapevolezza in questo comportamento e si rischiano danni rivolti a entrambi i soggetti della relazione.

E' professionalmente utile che l'infermiere aiutante abbia competenza emotiva sia rispetto a sé che rispetto al paziente, in quanto nel processo di *care* non è sempre possibile lavorare per raggiungere obiettivi o risultati stabili di cambiamento: a volte accade che il solo aiuto possibile sia stare accanto "abitando" con il paziente il suo territorio di sofferenza. L'infermiere potrà essere accanto nella misura in cui avrà raggiunto la capacità di identificare e gestire adeguatamente i propri sentimenti e le proprie emozioni, al fine di utilizzarli nel qui e ora della relazione. Affinché un sentimento e un'emozione non siano percepiti come minacciosi o pericolosi, è opportuno lasciarli parlare per lasciarli uscire e andare via.

¹⁰ Artioli, Montanari, Saffioti, Counseling e professione infermieristica, Faber 2004

I sentimenti e le emozioni non sono né buoni né cattivi; uno stato d'animo non è giudizio né voler far male agli altri: è l'utilizzazione del sentimento che può essere buona o cattiva.

Imparare a esprimere i propri sentimenti favorisce la relazione, le dona chiarezza e congruenza, fonda le basi perché questa sia efficace e significativa. Imparare a utilizzare le emozioni e i sentimenti nel processo di cura serve all'infermiere anche per alimentare la motivazione e per sostenere il piacere di apprendere.

CAPITOLO SECONDO

TRAUMI EMOTIVI DELL'OPERATORE

2.1: Definizione di stress

Una prima definizione univoca del concetto di stress, è stata fornita da Hans Selye negli anni Cinquanta. Il merito e l'importanza di questo psicologo non è stata tanto quella di aver definito lo stress come una risposta dell'organismo a vari stimoli esogeni ed endogeni e di aver descritto in modo sistematico tale risposta, quanto quella di aver inserito lo stress in una teoria generale dello sviluppo della malattia che ha fatto progredire notevolmente la ricerca biomedica degli ultimi trent'anni. Secondo Selye, lo stress¹¹ è *la risposta non specifica dell'organismo ad ogni richiesta effettuata su di esso*", come tale, esso può essere prodotto da una gamma estremamente ampia di stimoli denominati *stressors* (agenti stressanti) che producono essenzialmente la medesima risposta biologica, quali l'esposizione al caldo, al freddo o a gradi estremi di umidità, gli sforzi muscolari o l'attività sessuale, lo shock anafilattico o le stimolazioni emozionali.

Lo stress è il risultato di un processo di adattamento che coinvolge l'individuo durante la sua interazione con l'ambiente: il soggetto valuta l'evento che deve essere affrontato (impegni lavorativi, conflitti familiari, difficoltà nelle relazioni sociali), e cerca una strategia per farvi fronte.

Se è capace di reagire alle pressioni cui è sottoposto nel breve termine, determinando un ripristino dell'omeostasi, utilizzando le

¹¹ Selye, Stress, Einaudi, 1957

proprie strategie e risorse, queste pressioni possono essere considerate positive in quanto permettono lo sviluppo dell'individuo stesso: si parla di **eustress** o **stress positivo**.



Se, al contrario, le condizioni sfavorevoli superano le capacità e le risorse proprie, oppure sono prolungate nel tempo, l'individuo

diventa incapace di reagire e offre risposte poco adattive: questo viene definito **distress** o **stress negativo**.

Ci sono alcune parole che vengono usate per definire e comprendere "l'evento stress":

- *stressors*: sono gli eventi, stimoli che si devono affrontare;
- *tensione*: è la prima reazione fisica, psicologica e comportamentale agli stressors;
- *effetti(outcomes)*: sono le conseguenze della tensione sia a livello individuale che collettivo;
- *coping*: sono le strategie e i processi cognitivi messi in atto dall'individuo per far fronte agli stressors.
- *resilienza*

Ogni stressors che perturba l'omeostasi dell'organismo richiama immediatamente delle reazioni regolative neuropsichiche, emotive, locomotorie, ormonali e immunologiche. Anche eventi di vita

quotidiana possono portare a mutazioni anche radicali dovute all'adattamento. Malgrado ciò, l'adattamento è un'attività complessa che si articola nella messa in atto di azioni finalistiche destinate alla gestione o soluzione dei problemi, alla luce della risposta [emotiva](#) soggettiva suscitata da tali eventi.

CONDIZIONE DI STIMOLO-RISPOSTA

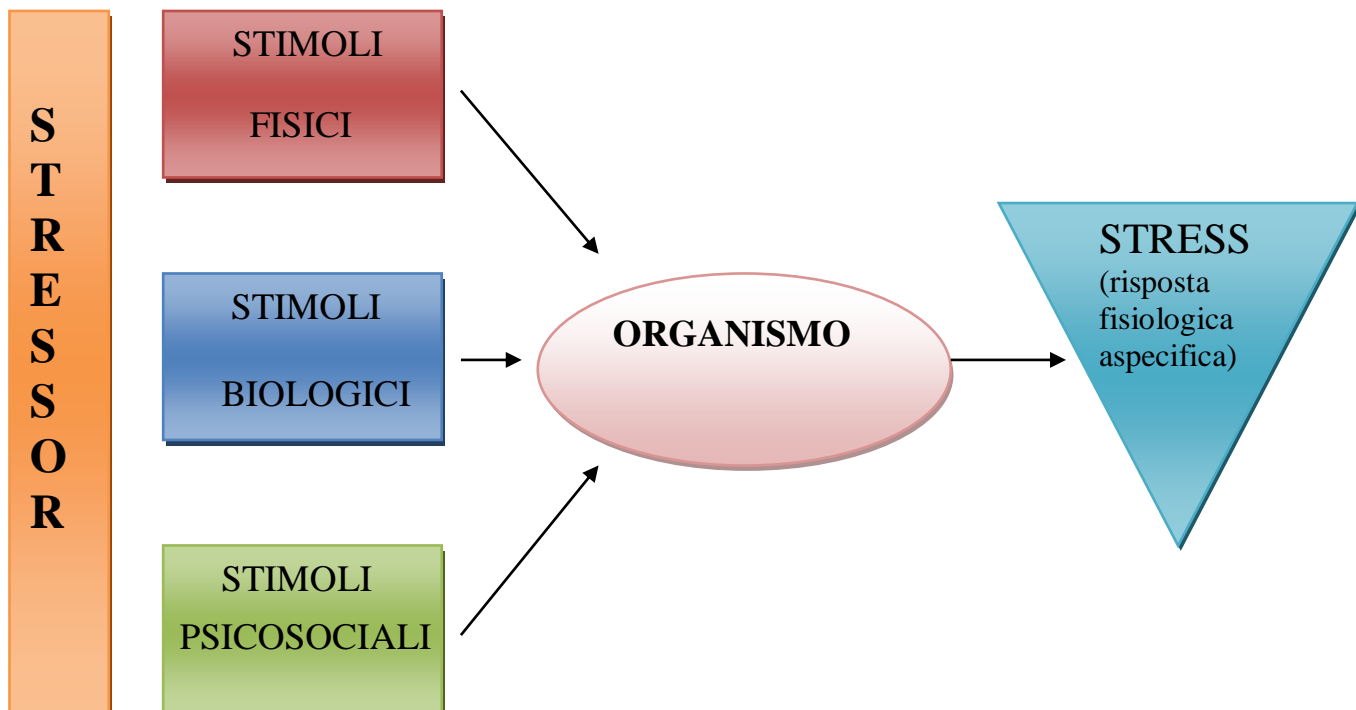


La capacità di indirizzare le azioni adattative implica sia la possibilità di azioni finalizzate a modificare l'ambiente in funzione delle necessità del soggetto, sia l'eventualità di intraprendere una modificazione di caratteristiche soggettive per ottenere un migliore adattamento all'ambiente circostante.

Nel momento in cui l'organismo è soggetto agli effetti prolungati di svariati tipi di stressors, quali stimoli fisici (ad es. fatica), mentali (ad es. impegno lavorativo), sociali o ambientali (ad es. obblighi o richieste dell'ambiente sociale), mette in atto una risposta biologica aspecifica, definita da Selye **sindrome generale di adattamento**.

L'evoluzione della sindrome avviene in tre fasi:

- *Allarme*: l'organismo risponde agli stressors mettendo in atto meccanismi di fronteggiamento (coping) sia fisici che mentali. Esempi sono costituiti dall'aumento del battito cardiaco, pressione sanguigna, tono muscolare ed arousal (attivazione psicofisiologica).
- *Resistenza*: il corpo tenta di combattere e contrastare gli effetti negativi dell'affaticamento prolungato, producendo risposte ormonali specifiche da varie ghiandole, ad es. le [ghiandole surrenali](#).
- *Esaurimento*: se gli stressors continuano ad agire, il soggetto può venire sopraffatto e possono prodursi effetti sfavorevoli permanenti a carico della struttura psichica e/o somatica.



Gli elementi stressogeni di un determinato ambiente sollecitano così l'individuo che reagisce secondo la propria personalità con determinate risorse, elaborando così uno stato d'animo che va dal semplice disagio fino alla sindrome del burnout che si esprime, oltre che con tutta una serie specifica di sintomi, con una depersonalizzazione, cioè con atteggiamenti negativi cinici nei confronti del malato.

Il cambiamento di comportamento dell'operatore nei confronti del paziente è un segno importante che denota il passaggio da una situazione stressante che può essere definita fisiologica e comunque gestibile dall'operatore stesso, ad una vera e propria psicopatologia che può avere conseguenze gravi.

Cherniss, psicologo specializzato in stress lavorativo, ha individuato cinque tratti di personalità che influenzano una risposta individuale allo stress¹²:

1. ***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;
2. ***La sindrome di "tipo A"***: riguarda quegli individui che sono portati ad avere uno stile di vita iperattiva, competitivo, incalzante, aggressivo, impaziente e legato alla sensazione stringente di mancanza di tempo;
3. ***Il "locus of control"***: gli individui differiscono in base al grado in cui credono di controllare la propria esistenza, dividendosi in "interni", che pensano di saper gestire il proprio destino, ed

¹² Cherniss, "La sindrome del burnout", Centro Scientifico Torinese, 1983

“esterni”, che si sentono in balia di poteri al di fuori del proprio controllo;

4. **La flessibilità:** 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.
5. **L'introversione:** gli introversi sperimentano una tensione maggiore nelle situazioni di ruolo rispetto agli estroversi, ritraendosi più facilmente di fronte al conflitto ed allo stress, e tale ritiro impedisce una difesa efficace e la risoluzione del conflitto;

2.1.1: Fattori di stress per l'operatore di emergenza

Chi opera in situazioni di emergenza è sottoposto a dei particolari stress legati alle caratteristiche stesse di questo tipo di lavoro. I fattori di stress che incidono notevolmente su questo tipo di lavoro sono molteplici¹³:

- **Lunghezza della carriera:** è soprattutto il numero di anni di carriera ad avere effetto sui sintomi di stress psicologico, la lunghezza del servizio è associata alla severità e alla cronicità delle reazioni emozionali ostili. Quando l'età e la lunghezza dell'esperienza aumentano, aumenta anche il numero di eventi traumatici vissuti;
- **La pressione del tempo:** durante un'operazione di salvataggio o in situazioni di emergenza vi può essere una forte pressione

¹³ Zuliani, “Manuale di psicologia dell'emergenza”, Maggioli Editore, 2007

determinata dalla scarsità di tempo che si ha a disposizione per soccorrere una persona ferita;

- **Sovraccarico di responsabilità:** questo aspetto appare particolarmente rilevante per coloro che hanno delle responsabilità direttive o di coordinamento, spesso si tratta di decidere la priorità di intervento tra diverse situazioni di emergenza. Si pensi al caso di chi si occupa del triage avanzato in un incidente e deve decidere in pochi istanti la priorità delle persone da soccorrere: non si tratta solo di distribuire dei codici colorati, ma di decidere anche del destino di quelle persone da curare, sapendo di non avere a disposizione tutto il tempo e la strumentazione che si avrebbe in ospedale.
- **Carichi fisici e mentali pesanti:** l'attività di soccorso richiede energia fisica, forza, vigore e resistenza. Spesso non vi è neppure il tempo di riposare adeguatamente. Inoltre chi lavora nell'emergenza deve possedere una buona capacità di ragionamento, una sufficiente lucidità nell'esaminare le situazioni e nel prendere delle decisioni, compiendo delle valutazioni anche complesse. Tutto ciò all'interno di una situazione spesso caotica e sotto la spinta di pesanti sollecitazioni che tendono ad alterare la capacità di pensare a favore dell'azione immediata. Il tutto dovendo spesso operare in condizioni ambientali disagiati (freddo, caldo, neve , pioggia ecc.).
- **Richieste emotive molto forti:** i soccorritori sono esposti a stimoli e a sollecitazioni molto violente. Lavorano sotto una continua pressione. Durante le fasi di soccorso devono tenere le loro emozioni sotto controllo al fine di poter funzionare

egregiamente nella loro missione. I soccorritori spesso devono prendere decisioni che riguardano la salute e la salvezza di altri, tenendo sotto controllo le personali paure, i momenti di ira e di scoraggiamento.

- **Carenza di risorse rispetto all'evento:** spesso gli infermieri si trovano ad agire con mezzi e personale limitato. Le situazioni di emergenza sono caratterizzate dalla carenza di personale impiegabile, di apparecchiature e di mezzi finanziari mentre, al contempo, vi è la necessità di fare fronte a numerose richieste di intervento.
- **Aspettative da parte di terze persone:** l'operatore dell'emergenza è riconosciuto nell'ideale collettivo come una sorta di "super eroe", viene dipinto in grado di affrontare qualunque situazione lavorativa, di risolvere con estrema facilità ogni problema, senza mai mostrare insicurezza, disagio o malessere.

Tutte queste reazioni possono essere considerate normali di fronte ad un evento fortemente stressante; l'infermiere grazie alla sua preparazione, esperienza e motivazione riesce a fronteggiare questo tipo di situazioni, promuovendo la propria capacità di resilienza e mettendo in atto le proprie strategie di Coping.

Nel momento in cui questi strumenti non vengono messi in atto, l'infermiere inizia ad accusare i primi disturbi dovuti ad uno stress patologico, ed è proprio in questo momento che nasce la necessità di un supporto adeguato.

2.1.2: Disturbo acuto da stress

Il disturbo acuto da stress (ADS) 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 "*lotta o fuga*". Si tratta di una risposta difensiva di emergenza, perché prepara il corpo a rispondere istintivamente con la lotta e la fuga allo stimolo stressante.

Sostanzialmente l'ADS è caratterizzato da cinque aspetti principali:

1. dissociazione o senso di ottundimento emozionale;
2. ripetizione dell'esperienza dell'evento
3. evitamento comportamentale;
4. aumento dell'attività fisiologica
5. menomazione socio-lavorativa

I criteri per una diagnosi di ADS secondo il DSM-IV¹⁴ (1996) sono:

- a) 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 per la vita, o una grave lesione, o una minaccia all'integrità fisica propria o altrui;
 2. fra le reazioni della persona ci sono state paure intense, senso di impotenza o orrore.
- b) Durante o dopo l'esperienza dell'evento stressante, l'individuo presenta alcuni sintomi, come: l'assenza di reattività emozionale, la riduzione della consapevolezza dell'ambiente

¹⁴ DSM-IV, "Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali", Masson, 1999

circostante; la realtà esterna viene percepita dal soggetto con un senso di irrealtà, c'è un' incapacità a ricordare qualche aspetto importante del trauma;

- c) L'evento traumatico viene persistentemente rivissuto attraverso immagini, pensieri, sogni, illusioni o flashback persistenti.
- d) Evitamento marcato degli stimoli che evocano ricordi del trauma.
- e) Sintomi marcati di ansia o di attivazione accresciuta (per esempio, difficoltà a dormire, irritabilità, scarsa capacità di concentrazione, ipervigilanza).
- f) Il disturbo causa disagio negli aspetti relazionali;
- g) Il disturbo dura al minimo due giorni e al massimo quattro settimane, e si manifesta entro quattro settimane dall'evento traumatico.
- h) Il disturbo non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., una sostanza da abuso o un farmaco) o di una condizione medica generale.

2.1.3: Disturbo Post traumatico da stress o PTSD

Secondo il DSM IV, la caratteristica essenziale del PTSD è *“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 o minacce all'integrità fisica di una persona”*.

Il quadro sintomatologico deve essere presente per più di un mese e il disturbo deve causare disagio clinicamente significativo e menomazione della relazionalità sociale.

L'esposizione al trauma comporta alcuni sintomi caratteristici:

- a) L'evento traumatico viene persistentemente riesperito attraverso varie modalità:
 1. Ricordi ricorrenti ed invasivi dell'evento;
 2. Sogni o incubi ricorrenti dell'evento;
 3. Improvviso agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse di nuovo verificando;
 4. Intenso disagio psicologico durante l'esposizione a eventi che simbolizzano o assomigliano all'evento traumatico;
- b) Persistente evitamento degli stimoli associati con il trauma o obnubilamento della responsività: c'è uno sforzo del soggetto ad evitare pensieri, sensazioni, attività situazioni associate con i traumi, attua condotte di evitamento;
- c) Sintomi persistenti di ipervigilanza, difficoltà ad addormentarsi, facile irritabilità, esagerata reattività agli stimoli, difficoltà di concentrazione.

2.2: Il Burnout in ambito sanitario

Il Burnout¹⁵ è una sindrome di esaurimento fisico, emotivo e mentale causato dal coinvolgimento a lunga scadenza in situazioni emotivamente esigenti. E' una sindrome che può presentarsi in chi per professione si occupa di persone che sperimentano situazioni problematiche, dove il contatto con la malattia e la morte è continuo, in questi operatori il coinvolgimento emotivo può essere tanto forte da rilevarsi a un certo punto insostenibile.

Gli infermieri, per la peculiarità della loro attività professionale svolta a stretto e continuo contatto con i pazienti, sono tra le categorie maggiormente interessate dal burnout.

Il termine burnout è stato utilizzato per la prima volta in riferimento all'ambito sanitario nel 1977 da Christina Maslach, per definire una situazione che l'autrice aveva avuto modo di osservare con frequenza sempre maggiore negli operatori dei servizi sociosanitari, i quali dopo mesi o anni di impegno generoso si "bruciavano", manifestando un atteggiamento o di nervosismo ed irrequietezza oppure di apatia, indifferenza e, qualche volta, anche di cinismo nei confronti del loro lavoro.

Secondo l'autrice, il burnout si riferisce ad un tipo di risposta allo stress da lavoro, che consiste nella tendenza a trattare i pazienti in modo distaccato e meccanico.

¹⁵ Zuliani, "Manuale di psicologia dell'emergenza", Maggioli Editore, 2007

La sindrome non insorge repentinamente, ma essa è il risultato di un susseguirsi di 4 fasi che dalla Maslach vengono così suddivise:

1. **Entusiasmo idealistico:** caratterizzato dalle motivazioni che hanno indotto gli operatori a scegliere un lavoro di tipo assistenziale, ovvero:
 - *motivazioni consapevoli:* migliorare il mondo e se stessi, sicurezza di impiego, svolgere un lavoro meno manuale e di maggior prestigio;
 - *motivazioni inconsce:* desiderio di approfondire la conoscenza di sé e di esercitare una forma di potere o di controllo sugli altri;
2. **Stagnazione:** l'operatore continua a lavorare ma si accorge che il lavoro non soddisfa del tutto i suoi bisogni. I risultati del forte impegno iniziale sono via via sempre più inconsistenti. Si passa così da un *superinvestimento iniziale* ad un *graduale disimpegno* dove il sentimento di profonda delusione avanza, determinando nell'operatore una chiusura verso l'ambiente di lavoro ed i colleghi;
3. **Frustrazione:** viene considerata la fase più critica, nella quale il pensiero dominante dell'operatore è di non essere più in grado di aiutare nessuno, con profonda sensazione di inutilità. Il vissuto dell'operatore è un vissuto di perdita, di svuotamento, di emozioni creative e di valori considerati fondamentali fino a quel momento. Come fattori di frustrazione aggiuntivi, intervengono lo scarso apprezzamento sia da parte dei superiori, sia da parte degli utenti, nonché la convinzione di un'inadeguata formazione per il tipo di lavoro svolto. Il soggetto frustrato spesso mette in atto comportamenti di fuga (quali

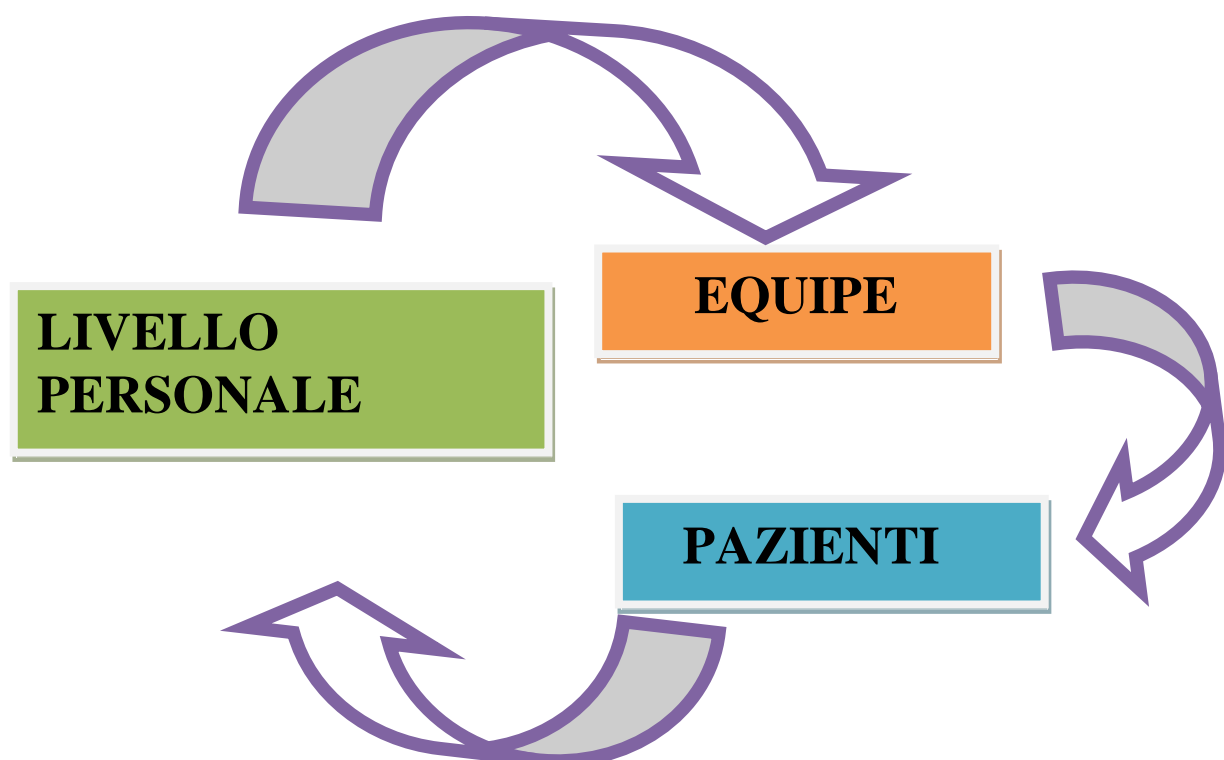
allontanamenti ingiustificati dal reparto, pause prolungate, frequenti assenze per malattia).

4. **Morte professionale:** il graduale disimpegno emozionale conseguente alla frustrazione comporta un passaggio dall'empatia all'apatia.

Il burnout non è solo un problema personale, gli effetti del burnout tendono a propagarsi in maniera altalenante da un membro dell'èquipe all'altro e dall'èquipe ai pazienti, coinvolgendo quindi l'intera organizzazione dei servizi oltre che il singolo individuo.

Le conseguenze di tutto ciò sono molto gravi e si possono schematizzare in tre livelli:

1. Livello degli **operatori** che “pagano” il burnout, anche attraverso somatizzazioni, ma soprattutto attraverso dispersione di risorse, frustrazioni e sottoutilizzazioni di potenziali;
2. Livello dei **pazienti**, per i quali un contatto con gli operatori in burnout risulta frustrante, inefficace e dannoso;
3. Livello della **comunità** in generale che vede svanire forti investimenti nei servizi.



2.2.1: Fattori di rischio e cause del burnout

Secondo la Maslach tra gli operatori sanitari più a rischio¹⁶, vi sono quelle persone che nel lavoro si buttano con più entusiasmo, che rimangono per troppo tempo esposte a situazioni nelle quali vi è un forte squilibrio tra richieste e risorse, tra ideale e realtà, tra ciò che è richiesto dalla professione e il modo in cui il lavoro è realmente organizzato. Rossati e Magro (1999) definiscono questo aspetto come la “sindrome del buon samaritano deluso”.

Tra gli aspetti epidemiologici della sindrome del Burnout descritti nella letteratura, non sembra esistere un accordo unanime tra i differenti autori, sebbene si riscontra un determinato livello di coincidenza per alcune variabili: Età; Sesso; Stato civile; Turnazione lavorativa; Anzianità professionale; Sovraccarico lavorativo.

- Età: Pare esista un periodo di sensibilizzazione in quanto, durante i primi anni di carriera professionale, il soggetto sarebbe maggiormente vulnerabile.
- Sesso: Le donne, rispetto agli uomini, risultano più vulnerabili. Ciò è dovuto a vari motivi, come il doppio carico di lavoro (professionale e familiare) a cui sono sottoposte, e l'espletamento di determinate specialità professionali che prolungherebbero il ruolo di donna.
- Stato Civile: Gioca un ruolo importante in quanto la Sindrome sembra maggiormente presente nelle persone che non hanno un compagno stabile. L'esistenza di figli fa sì che queste persone siano più resistenti alla sindrome.
- Turnazione Lavorativa: La turnazione e l'orario lavorativo possono favorire l'insorgenza della sindrome; questo avviene

¹⁶ Zuliani, “Manuale di psicologia dell'emergenza”, Maggioli Editore, 2007

più frequentemente nel personale infermieristico, essendo questo più soggetto ad un dispendio di energie psicofisiche, rispetto al personale medico.

- Anzianità Professionale: alcuni autori hanno trovato una relazione positiva tra la sindrome e l'anzianità professionale, altri hanno evidenziato una relazione inversa, individuando nei soggetti con più anni lavorativi un minor livello di associazione con la sindrome.
- Sovraccarico Lavorativo: sicura invece è la relazione tra Burnout e sovraccarico lavorativo nei professionisti assistenziali, in quanto questo fattore produrrebbe una diminuzione, sia qualitativa che quantitativa delle prestazioni offerte da questi lavoratori. Tuttavia non sembra esistere una chiara relazione tra il numero di ore di contatto con i pazienti e l'apparizione del Burnout.
- Anche il salario è stato invocato come un altro fattore che determinerebbe lo sviluppo del Burnout in questi professionisti.

2.2.2: Segni e sintomi del burnout

I sintomi del burnout possono essere classificati in:

- *sintomi psichici (cognitivo-emozionali)*: sono i sintomi principali perché investono sia la sfera emotiva che quella cognitiva. Christina Maslach descrive tre gruppi di sintomi¹⁷:

1. esaurimento emotivo: stanchezza, sensazione di esaurimento, di essere svuotati di ogni energia sia psichica che fisica, apatia, demoralizzazione, difficoltà di concentrazione, disagio, irritabilità; preoccupazioni o paure eccessive, senso di frustrazione o di fallimento;
2. depersonalizzazione: perdita di ogni atteggiamento positivo verso se stessi, il mondo e gli altri (familiari, colleghi, utenti), con conseguente approccio clinico e distaccato compromettente ogni relazione efficace d'aiuto;
3. mancanza di realizzazione: l'operatore non si sente realizzato sul lavoro e comincia a svalutarsi sia sul piano professionale, sia su quello personale. Nonostante gli sforzi, non riesce a frenare questo crollo della fiducia nelle proprie capacità e risorse; i nuovi impegni gli sembrano insostenibili, ha la sensazione di non essere all'altezza dei problemi nel lavoro e nel privato.

¹⁷ Maslach, La sindrome del burnout. Il prezzo dell'aiuto agli altri, Cittadella Editrice, 1997



Ai sintomi inclusi in queste tre categorie, F. Folgheraiter¹⁸ aggiunge quelli descrivibili come:

- perdita di controllo: l'operatore non riesce più a controllare lo spazio o l'importanza del lavoro nella propria vita. Ha la sensazione che il lavoro lo "invada"; non riesce a "staccare"

¹⁸ Folgheraiter F, Io operatore sociale, Centro Studi Erickson; 1994.

mentalmente; il pensiero degli utenti o i problemi con i colleghi gli creano sempre più malessere, anche oltre l'orario di lavoro.

- *sintomi comportamentali*: I sintomi del burn-out comprendono alcuni o molti tra i seguenti comportamenti¹⁹:
 - assenteismo;
 - “fuga dalla relazione”: trascorrere più tempo del necessario al telefono, cercare scuse per uscire o svolgere attività che non richiedano interazioni con utenti e colleghi;
 - Progressivo ritiro dalla realtà lavorativa: presenziare alle riunioni senza intervenire, senza alcuna partecipazione emotiva, e solo per lo stretto necessario;
 - Difficoltà a scherzare sul lavoro, talvolta anche solo a sorridere;
 - Ricorso a misure di controllo o allontanamento nei confronti degli utenti: sedazione, contenzione fisica, espulsione;
 - Perdita dell'autocontrollo: reazioni emotive violente, impulsive, verso utenti e/o colleghi;
 - Tabagismo e assunzione di sostanze psicoattive: alcool, psicofarmaci, stupefacenti.

- *Sintomi fisici*: la sindrome del burnout provoca o aggrava alcuni o molti tra i seguenti disturbi psicosomatici:
 - disfunzioni gastrointestinali: gastrite, ulcera, colite, stitichezza, diarrea;
 - disfunzioni a carico del SNC: astenia, cefalea, emicrania;
 - disfunzioni sessuali: impotenza, frigidity, calo del desiderio;

¹⁹ Cherniss, “La sindrome del burnout”, Centro Scientifico Torinese, 1983

- malattie della pelle: dermatite, acne, afte, orzaiolo;
- allergie e asma;
- insonnia o altri disturbi del sonno;
- disturbi dell'appetito;
- componenti psicosomatiche di artrite, cardiopatia, diabete.

2.2.3: Il burnout quale malattia professionale: normative a supporto del lavoratore

La sindrome del burnout descritta da Christina Maslach, viene intesa come una vera e propria malattia professionale, che si diffonde nel tempo con costanza e gradualità.

Oggi il panorama delle malattie professionali, è profondamente cambiato in quanto la legislazione ha ampliato la normativa a supporto del bisogno emozionale dei lavoratori. Non vengono tutelati solo gli infortuni sul lavoro, ma tutte le patologie causate dall'attività lavorativa.

Nel 1946 l'OMS (organizzazione Mondiale della Sanità) ha definito la salute non semplicemente come assenza di malattia ma come "stato di benessere fisico, mentale e sociale".

Nel 1986 l'OIL (Organizzazione Internazionale del Lavoro) ha definito i rischi psicosociali in termini di interazione tra contenuto del lavoro, gestione ed organizzazione del lavoro, condizioni ambientali e organizzative da un lato, competenze ed esigenze dei lavoratori dall'altro.

L'obbligo della valutazione, tra i diversi rischi per la sicurezza e la sicurezza dei lavoratori, anche dello stress lavorativo, veniva stabilito in modo indiretto da diverse disposizioni come:

- **Decreto Legislativo n° 626 del 19/09/1994**, riguardante il Miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori;
- **Direttiva 24 marzo 2004** della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n° 80 del 5 aprile 2004, riguardante le Misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle Pubbliche Amministrazioni;
- **Accordo Quadro Europeo sullo stress nei luoghi di lavoro siglato l'8 ottobre 2004**, dove viene identificato lo stress da lavoro, come elemento di preoccupazione sia per gli imprenditori che per i lavoratori, a livello europeo, nazionale ed internazionale. Lo stress viene definito come “una condizione, accompagnata da sofferenze o disfunzioni fisiche, psichiche, psicologiche o sociali, che scaturisce dalla sensazione individuale di non essere in grado di rispondere alle richieste o di non essere all'altezza delle aspettative”;
- **Il Testo Unico 2008 “Sicurezza sul lavoro”**, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale n° 101* in data 30 aprile 2008 ed entrato in vigore il 15 maggio 2008, rappresentava l' *“Attuazione dell'Articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n° 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”*;

L'**Articolo 28** del **Testo Unico 2008** pone l'attenzione anche ai rischi riguardanti lo *stress lavoro-correlato*. In riferimento a questo argomento, l'**Articolo 28** cita esplicitamente l'**Accordo Europeo dell'8 ottobre 2004**, siglato a Bruxelles tra **Confindustria Europea (UNICE)**, **Associazione Europea Artigianato e PMI (UEAPME)**, **Associazione Europea delle Imprese partecipate dal pubblico e di interesse economico generale (CEEP)** e **Sindacato Europeo (CES)**.

Detto accordo ha riconosciuto che lo *stress* può interessare qualsiasi lavoratore in qualunque luogo di lavoro, indipendentemente dal settore di attività lavorativa, dalla tipologia del rapporto di lavoro instaurato, dalla dimensione dell'azienda lavorativa; lo *stress* può manifestarsi sotto forma di malessere, di disfunzioni fisiche, sociali e psicologiche, e la sua manifestazione può scaturire da diversi elementi, che possono essere inerenti alla tipologia del lavoro eseguito, la sua organizzazione, l'ambiente di lavoro e la presenza di una scarsa comunicazione al suo interno.

Questo fattore di rischio, lo *stress* appunto, avrà bisogno di un'analisi specifica, dettagliata ed approfondita, che riguarderà gli elementi inerenti al lavoro sopra citati; al di là delle responsabilità, derivanti dall'inosservanza di dette misure di prevenzione, le conseguenze più gravi riguarderanno comunque in prima persona il lavoratore stesso, che dovrà successivamente essere messo in condizione di superare l'eventuale disagio subito.

Con il **Testo Unico 2008**, inoltre, le aziende in Italia sono tenute a valutare l'eventuale presenza del ***Rischio Psicosociale***, definito pure con il termine di ***stress lavoro-correlato***, e definiti in letteratura come *“quegli aspetti relativi alla progettazione, organizzazione e gestione del lavoro, nonché ai rispettivi contesti ambientali e sociali che dispongono del potenziale per dar luogo a danni di tipo fisico, sociale e psicologico”*.

Diverse situazioni cosiddette *stressogene* possono rappresentare, per i lavoratori, un concreto rischio per la loro sicurezza sia fisica che legata al loro malessere psico-sociale ed emozionale.

Grazie all'introduzione legislativa del ***Rischio Psicosociale*** si è quindi delineata una prospettiva nella quale si riesce ad individuare una forte

correlazione tra la *Qualità del lavoro*, la *Prevenzione* e la *Sicurezza* all'interno delle attività lavorative; grazie ad alcuni riferimenti legislativi citati nel **Testo Unico 2008**, la *salute* viene sempre di più considerata e trattata sia da un punto di vista *biologico*, che *sociale*, che *psichico*, che *emozionale*.

Giuridicamente, la Legge afferma che tutti i Datori di lavoro debbano avere l'obbligo di individuare e controllare lo *stress* legato a qualsivoglia attività lavorativa, al pari di qualsiasi altra tipologia di rischio, sia per la salute che per la sicurezza, oltre ad effettuare con regolarità delle "Valutazioni dei rischi sui luoghi di lavoro".

CAPITOLO TERZO

RESILIENZA E COPING

3.1: Educarsi alla resilienza

Il termine “*resilienza*” deriva dal latino *resilio*, che significa saltare, rimbalzare. Il termine è stato coniato in fisica per descrivere l’attitudine di un corpo di attutire i colpi, modificando la propria struttura, ma senza mai distruggersi.²⁰

Traducendo tale principio in campo psicologico si può indicare come resilienza la capacità di una persona di adattarsi agli eventi avversi della vita, ciò che spesso viene chiamata “forza d’animo”.

Una delle caratteristiche più interessanti che emerge dagli studi sulla resilienza è proprio la capacità di trasformare un’esperienza dolorosa in apprendimento, inteso come la capacità di acquisire delle competenze utili al miglioramento della qualità di vita e all’organizzazione di un percorso autonomo e soddisfacente, in relazione al contesto di riferimento.

L’evento traumatico, che in molti casi rischia di far richiudere la persona solo ed esclusivamente nella condizione di dolore, causa conseguente di azioni e comportamenti spesso nocivi, può divenire, al contrario, motore di cambiamento possibile.²¹

Si tratta di un processo di continuo riadattamento, che la persona mette in atto di fronte alle avversità che incontra nella sua vita riuscendo a crescere “sana” pur in condizioni svantaggiate e che, in

²⁰ Zuliani, “Manuale di psicologia dell’emergenza”, Maggioli Editore, 2007

²¹ Malaguti, “Educarsi alla resilienza”, Erickson, 2005

parte, spiega il fatto che alcune persone escano meno traumatizzate di altre da una medesima esperienza e/o come alcune si risollefino più velocemente di altre.

La resilienza non è acquisibile una volta per tutte, ma rappresenta un cammino da percorrere; non è una qualità dell'individuo, ma un divenire, che inserisce lo sviluppo della persona in un contesto e imprime la sua storia in una cultura. Sono, dunque, l'evoluzione e la storicizzazione della persona ad essere resilienti, più che il soggetto in sé. Secondo Michael Rutter (1985), la resilienza è la capacità di svilupparsi in modo accettabile a dispetto di uno stress o di un'avversità che comporta normalmente il rischio di un esito negativo. Si tratta dunque non solo della resistenza ma anche del superamento delle difficoltà. Comporta per la persona, quando è sottomessa a pressioni, la possibilità di proteggere la sua integrità, di costruirsi e aprirsi delle vie malgrado le circostanze difficili.

I fattori che possono determinare la forza di questa resilienza possono essere collegati a tre diversi aspetti:²²

- fattori organici, le influenze genetiche, i possibili deficit costituzionali;
- incidenti della vita che possono comparire, in special modo nei primi tre anni di vita, e che sono in grado di influenzare negativamente il bambino, come la morte, la malattia o la prolungata assenza di uno dei genitori o la malattia del bambino stesso;
- qualità delle relazioni con le figure significative della propria vita. Il poter contare sulle persone amiche e fidate che sappiano

²² Zuliani, "Manuale di psicologia dell'emergenza", Maggioli Editore, 2007

essere di sostegno anche nei momenti più difficili appare come un aspetto decisivo in ogni fase della vita.

Le persone più resilienti sembrano essere quelle che hanno sviluppato sentimenti e valutazioni positive di sé e che sono riuscite a pianificare le scelte importanti della propria vita e ad avere dei progetti da perseguire per il futuro.

Tale resilienza non è, però, una caratteristica data ed immutabile nel tempo. Né, d'altra parte, appare opportuno fare cieco affidamento sulla propria forza personale: se la pressione diventa troppo forte, anche le persone più resilienti sono destinate a crollare.

Alla resilienza ci si può educare, la si può coltivare ed è soggetta alle interazioni della persona con il suo ambiente.

Tra le strategie utili per sviluppare questa caratteristica risulta essere utile:

- curare le buone relazioni con i familiari più prossimi, con gli amici e, in genere, con le altre persone del proprio ambiente sociale;
- vedere che ogni problema ha una soluzione possibile e, per aiutarsi in questo, è molto utile vederlo sempre all'interno di una prospettiva di un lungo periodo. In questo modo ogni evento sarà meno contingente e le esperienze positive del passato saranno utili per ciò che sta accadendo ora;
- avere obiettivi realistici da perseguire con regolarità;
- compiere azioni decise di fronte alle avversità, piuttosto che subirle;
- assumere l'atteggiamento di chi ha qualche cosa da imparare ad ogni evento e che sa che il cambiamento fa parte della vita;
- prendersi cura di se stessi.

3.2: Strategie di Coping

Nel corso della vita ognuno si trova a misurarsi con eventi quotidiani che gli possono creare sofferenze intime anche importanti. Per far fronte a queste circostanze ognuno arriva a sviluppare una o più modalità di strategie, sia operative che psicologiche atte a farvi fronte: non si tratta di accorgimenti che evitano la sofferenza, ma che ne limitano gli effetti sia quantitativi che qualitativi. Queste strategie vengono individuate con il termine di *Coping* da Lazarus negli anni Sessanta, il quale 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”*²³

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

La capacità di coping si riferisce non soltanto alla risoluzione pratica dei problemi, ma anche alla gestione delle proprie emozioni e dello stress derivanti dal contatto con i problemi.

Il coping è una strategia fondamentale per il raggiungimento del benessere e presuppone un’attivazione comportamentale dell’individuo, che lo renda protagonista della situazione e non soggetto passivo; un soggetto con un elevato livello di reattività riesce ad aver un migliore adattamento alla realtà, e dunque a risolvere più velocemente i problemi. La stessa logica vale nel senso contrario,

²³ R.S.Lazarus, “Emotion and adaption”, New York, Oxford University Press, 1991

ossia gli individui che si sentono bene emotivamente e fisicamente, sono più disposti e spinti ad affrontare positivamente le situazioni problematiche, cercano di superarle o di ridurne i possibili svantaggi.

Il coping:

- è un processo dinamico, in quanto è costituito da un insieme di risposte reciproche, attraverso le quali ambiente ed individuo si influenzano a vicenda;
- comprende una serie di azioni, cognitive e comportamentali, intenzionali e finalizzate a controllare l'impatto negativo dell'evento stressante.

Majani (2002) ha individuato molte strategie che possono essere attuate dagli individui²⁴:

- la distrazione, intesa come attività atta a distogliere l'attenzione dal problema pensando ad altro o intraprendendo una qualche occupazione;
- la ridefinizione della situazione che è il tentativo di vedere il problema sotto una luce diversa al fine di farlo apparire più sopportabile o di portarlo, comunque, a ricadere all'interno di una situazione già nota o precedentemente affrontata con successo;
- l'azione diretta, ovvero tutto ciò che concerne la raccolta di informazioni sul problema, il pensare a tutte le possibili soluzioni e/o fare effettivamente qualche cosa per risolverlo;
- la catarsi, che si realizza attraverso l'espressione delle emozioni collegate ed in risposta al problema, al fine di ridurre la tensione, l'ansia e la frustrazione che si possono innescare;

²⁴ Zuliani, "Manuale di psicologia dell'emergenza", Maggioli Editore, 2007

- l'accettazione che il problema si è presentato e che non si possa fare nulla per risolverlo;
- la ricerca di un supporto sociale all'interno del quale trovare un sostegno emozionale. Ciò può essere ricercato all'interno della sfera dei propri affetti, all'interno del gruppo professionale al quale si appartiene, come avviene di norma tra i soccorritori, o attraverso il supporto di un professionista della salute;
- il rilassamento, che può essere ottenuto sia con attività difensive, sia con il supporto di tecniche tranquillizzanti;
- la fede, come ricorso ad un supporto spirituale che sia in grado di fornire conforto e senso a quello che sta avvenendo.

Queste strategie, funzionano egregiamente fino a quando vengono utilizzate per far fronte ad eventi ordinari, ma quando la persona si trova alle prese con un avvenimento straordinario esse rischiano di non funzionare a dovere e di non riuscire a contenere la sofferenza che diviene molto elevata, con conseguenti ricadute anche sul piano cognitivo e comportamentale.

Quando le strategie di coping non bastano più, la persona fa di tutto per ridurre, in un modo o nell'altro, la sua sofferenza e il pericolo distruttivo che sente in questo evento tanto pesante da arrivare a superare le sue capacità difensive.

Per far fronte a queste situazioni appare utile fornire agli operatori un supporto emotivo e conoscitivo, vanno incoraggiati, devono essere capaci di resistere ad un'esperienza avversa, e non vittima di questa: agenti attivi, capaci di superare il disastro e le sue conseguenze immediate, senza abbandonarsi alla perdita della speranza e alla depressione.

CAPITOLO QUARTO

PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA ED SUOI INTERVENTI

4.1: Psicologia dell'emergenza

La psicologia dell'emergenza è apparsa nello scenario delle discipline in Italia negli anni '80. I primi studi sono lontani, risalgono al terremoto che avvenne a Placanica del 1783, ma le osservazioni più approfondite sui sintomi riportati dopo la catastrofe furono fatte dopo la prima guerra mondiale e dopo il terremoto a Messina del 1908.

La psicologia dell'emergenza si è affacciata ufficialmente in Italia contemporaneamente all'organizzazione del convegno "Psicologia ed Emergenza" tenutosi a Roma nel maggio 1999. Poco dopo è nata la Società Italiana di Psicologia dell'Emergenza, SIPEM.

La psicologia dell'emergenza ha come finalità lo studio, la prevenzione e il trattamento dei processi psichici, delle emozioni e dei comportamenti che si determinano prima, durante e dopo un'esperienza traumatica. In particolare, prima che si verifichino, l'intervento è finalizzato alla preparazione delle persone a rischio a fronteggiare gli eventi che si prevede che possano accadere; durante il loro svolgimento, l'intervento consiste in un pronto soccorso psichico che mira a sostenere la persona coinvolta; dopo che si sono verificate, l'attività è volta a ridurre o superare i danni psicologici riportati dalle vittime con interventi di riabilitazione del loro quadro psichico.

L'emergenza psicologica rappresenta un momento di perturbazione dell'equilibrio psicologico ed emotivo di una persona dovuto ad una o

più circostanze scatenanti, tale da richiedere la mobilitazione di risorse e di strategie di adattamento psicologico “nuove”, inusuali e difficilmente fruibili.

Oggetto di studio e di intervento di questa disciplina sono tanto il singolo individuo, di cui tende a ripristinare e tutelare l'assetto cognitivo ed emozionale, per preservarlo dall'azione destabilizzante dell'angoscia traumatica, quanto la comunità nel suo complesso, per la prevenzione o il superamento di questi fenomeni psichici che si determinano nei grandi gruppi umani.

Quindi il livello di intervento si articola nell'ambito delle:

1. **emergenze collettive**
2. **emergenze individuali**

La finalità che consegue la psicologia dell'emergenza è il recupero della normalità e del ritorno alla quotidianità delle popolazioni colpite o esposte all'evento traumatico aiutandole a recuperare la consapevolezza di poter gestire da soli le proprie difficoltà anche facendo ricorso a servizi psicologici predisposti. Mirare primariamente alla promozione delle risorse, delle competenze individuali e di gruppo e quindi *dell'empowerment* individuale e collettivo.

I destinatari degli interventi di supporto psicologico nelle situazioni di emergenza quindi, non sono solo le persone che hanno direttamente e concretamente subito l'evento traumatico, ma anche quelle che hanno subito in modo diverso la minaccia, e quindi le possibili conseguenze della loro integrità fisica e psichica. Inoltre, coloro i quali lavorano in condizioni di emergenza, come i soccorritori, operando sulla scena dell'evento, pur sviluppando livelli di tolleranza particolarmente alti ai fattori di stress, sono fortemente a rischio sul piano psicotraumatico e

quindi di andare incontro ad una “traumatizzazione vicaria”. Particolare rilievo in psicologia dell’emergenza ha anche lo studio ed il trattamento del trauma psichico, inteso come stato conseguente ad uno o più eventi, interiori o esterni, che hanno colpito la persona.²⁵

Gli eventi critici collettivi comportano molteplici situazioni di vittimizzazione a cui corrispondono altrettante tipologie di vittime.

Tra queste la letteratura riporta:

- le “vittime di primo livello”, nella quale è possibile collocare le persone che hanno subito direttamente l’evento critico;
- le “vittime di secondo livello”, cui fanno parte parenti delle vittime di primo livello;
- le vittime di “terzo livello”, nella quale ritroviamo i soccorritori, professionisti e volontari, chiamati ad intervenire sulla scena dell’evento traumatico, che a loro volta riportano danni psichici per la traumaticità delle situazioni a cui devono far fronte.

E’ importante sottolineare che l’obiettivo dell’intervento in Psicologia dell’Emergenza non è il cambiamento della personalità ma la riduzione dello stato di crisi presente, per ripristinare nel soggetto il livello di funzionamento pre-critico nel più breve tempo possibile; la prevenzione dell’aggravamento nel medio-lungo periodo di problematiche psicologiche insorte a causa dell’evento disastroso e l’integrazione del sistema istituzionale di assistenza psicosociale con

²⁵ Giannantonio, M., “Psicotraumatologia e Psicologia dell’emergenza”, 2005, Ecomind

l'offerta di un servizio di emergenza capace di operare "sul campo" nelle prime fasi del dopo-disastro.²⁶

Alcune differenze tra la pratica terapeutica tradizionale e l'intervento sulla crisi sono, per esempio, il setting che in Psicologia dell'emergenza è instabile e non strutturato; il focus che è sulla valutazione del problema presente e delle risorse disponibili, sull'adattamento delle strategie di risposta, sullo sviluppo di nuove strategie di fronteggiamento/risposta. Anche l'approccio diagnostico si differenzia da quello classico: in emergenza, infatti, si utilizza un approccio di triage, ovvero i criteri per l'individuazione delle priorità di intervento psicologico nelle grandi emergenze.

Fare una descrizione della totalità dei fenomeni psicologici caratteristici delle situazioni di emergenza è impresa ardua, sia per la grande varietà delle manifestazioni possibili, sia perché le molteplici manifestazioni possono comparire nei soggetti interessati in forma isolata o, come molto più spesso avviene, associate tra loro in forme diverse. La quantità e la qualità della reazione soggettiva, ossia il tipo e l'intensità della risposta, dipendono da una serie di variabili, tra le quali particolarmente importanti sono: la natura dell'evento traumatico; il livello di coinvolgimento del soggetto; le caratteristiche del soggetto; caratteristiche del sistema di supporto; qualità e tempestività dell'intervento di supporto psicologico.

²⁶ Napoli, M., 2005 "L'intervento di Psicologia dell'Emergenza nelle catastrofi", Ecomind).

Le risposte emotive e comportamentali osservabili in situazioni d'emergenza sono principalmente le seguenti:

- Disturbi d'ansia, come per esempio il disturbo post traumatico da stress;
- disturbi dell'adattamento;
- disturbi dissociativi;
- disturbi dell'umore;
- disturbi somatoformi;

Per quanto riguarda le tecniche operative in Psicologia dell'Emergenza, sono state messe a punto modalità di intervento breve, utili nelle situazioni di emergenza.

Gli approcci psicoterapeutici più diffusi sono:

- *la ristrutturazione cognitiva*: consiste essenzialmente in una modificazione dei pensieri disfunzionali, detti “automatici” poiché quasi del tutto inconsapevoli al soggetto, che generano emozioni negative che a loro volta influenzano negativamente il comportamento.
- *la desensibilizzazione nei confronti dei ricordi traumatici*: è una procedura terapeutica che mira ad eliminare le risposte di paura e i comportamenti di evitamento. Essa è caratterizzata da due componenti:
 1. insegnare al paziente una risposta antagonista all'ansia, come ad esempio una tecnica di rilassamento;
 2. esporre gradualmente il soggetto agli stimoli che provocano in lui risposte d'ansia attraverso tecniche in vivo o, più tipicamente, in immaginazione;

- *il problem solving*: è una tecnica di risoluzione di un problema in modo costruttivo e razionale. Mezzini ha elaborato un algoritmo del processo di problem solving così sintetizzabile: percezione del problema; accettazione del problema; descrizione del problema; generazione di alternative; identificazione delle conseguenze connesse ad ognuna delle alternative; valutazione delle conseguenze; assunzione di decisione; implementazione delle decisioni.

Negli ultimi anni sono state formalizzate anche procedure di intervento psicologico specifiche che mirano alla prevenzione primaria e al fronteggiamento delle situazioni di emergenza, come il Peer supporter, il Defusing e il Debriefing;

E' aumentata la consapevolezza che dare attenzione alle dimensioni educativa e psicologica in tali contesti non sia un'opzione secondaria ma una priorità.

4.2: L'importanza della formazione teorico/ pratica in emergenza



A favore del singolo soccorritore possono essere messi in campo una serie di interventi atti a prepararlo all'impatto con eventi particolarmente stressanti. Tali iniziative possono riguardare la formazione teorica e la

valorizzazione delle risorse e delle strategie che già padroneggia.

L'approfondire di un training teorico pratico può aiutare il soccorritore a costruirsi la conoscenza e la consapevolezza che durante il suo lavoro potrà trovarsi a fare il conto con emozioni molto forti, tali da mettere a repentaglio le sue usuali e collaudate strategie di coping.²⁷

Il percorso di formazione teorico può essere attuato attraverso:

- l'analisi degli elementi stressanti che possono verificarsi all'interno di un lavoro di emergenza a breve o a lungo termine;
- l'analisi delle possibili reazioni personali e collettive;
- la conoscenza delle tecniche e delle strategie psicologiche e fisiche che può adottare per aiutarsi e per affrontare le esperienze stressanti;
- l'analisi delle strategie non produttive come possono essere l'uso eccessivo di tabacco, alcool o altre droghe;
- il riconoscimento dei segni di tensione personali e ricerca delle migliori strategie per minimizzare l'impatto;
- l'allenamento a definire ed esprimere le sensazioni provate e a condividerle con i colleghi. Questo lavoro può aiutare il soccorritore nell'essere più sensibile ai propri livelli di tensione e più disposto a cercare e a fornire assistenza ai colleghi;
- il mantenimento di relazioni interpersonali tra i soccorritori, in quanto aiuta a rafforzare il singolo contro esperienze stressanti, accresce la funzione del gruppo nel supportare il singolo.

Il percorso di formazione pratico può essere attuato attraverso le **esercitazioni** e le **simulazioni**, che possono mettere alla prova sia le abilità tecniche dei soccorritori, sia i vissuti emotivi che si sviluppano

²⁷ Zuliani, "Manuale di psicologia dell'emergenza", Maggioli Editore, 2007

in queste circostanze. Il ruolo delle esercitazioni e delle simulazioni viene spesso sottovalutato nei suoi risvolti psicologici, ritenendo che si tratti solamente di situazioni artificiali nelle quali non sono messe in gioco le emozioni dei partecipanti.

In realtà ogni esercitazione ha la capacità di richiamare vissuti ed emozioni connesse alle situazioni reali che rappresentano, anche se in maniera teatrale. Anzi, è proprio il contenitore rassicurante rappresentato dall'esercitazione o dalla simulazione permette, a chi vi partecipa, di poter rapportarsi con le sue emozioni e paure con meno timore e , quindi di poterle esprimere più liberamente di quanto non avverrebbe dopo una situazione reale.

In Italia²⁸ un esempio di formazione di questo tipo è stata realizzata a Roma Termini nel 2004, è stato simulato un attacco terroristico con gas nervino. Questa esercitazione aveva come obiettivo quello di verificare i tempi e le modalità di intervento e livello di addestramento dei pompieri.

In Spagna sono molto più avanzati di noi perché è stato istituito il CMAT (Centro Multifunzionale Avanzato per la simulazione e l'innovazione Tecnologica).

Al di fuori delle esercitazioni vi sono anche altre strategie che possono essere utili allo scopo. Risulta utile il **Role Playing** nel quale si possono realizzare drammaturgicamente alcune situazioni che si possono presentare sul campo, in modo da far emergere comportamenti ed atteggiamenti che potrebbero rimanere impliciti con la sola base teorica. I partecipanti, assumendo di volta in volta ruoli diversi in contesti caratterizzati dalle più comuni situazioni presenti in

²⁸ Repubblica.it

emergenza, possono sperimentare i loro vissuti e le loro emozioni all'interno di uno scenario, che da gioco prettamente teatrale evolve in rappresentazione della realtà.

4.3: Il Peer Supporter

Il peer supporter è una figura già molto sviluppata in altri Paesi europei e nel Nord America. Si tratta di personale che, dopo aver eseguito uno specifico percorso formativo, è chiamato a prestare il primo intervento di supporto “psicologico” ai colleghi.



La loro funzione appare importante per due motivi principali²⁹:

1. appartenere alla stessa organizzazione di soccorso permette di stabilire un clima di accettazione e di condivisione delle emozioni e dei vissuti dei colleghi, tale condizione consente di limitare le possibili diffidenze e reticenze nel rivolgersi ad un professionista della salute mentale per parlare del proprio disagio.

Spesso la causa di queste resistenze consiste nel timore di essere giudicati poco capaci di affrontare da soli le difficoltà o di doversi sottoporre ad una lunga terapia o dal fatto che queste due cose possano danneggiare la loro carriera;

2. I peer possono più facilmente fungere da ponte tra i colleghi che soffrono e i professionisti della salute mentale. E' più facile che il consiglio di ricevere aiuto venga accolto se offerto da un collega sul quale si ripone fiducia, piuttosto che da un estraneo.

I peer proprio perché si trovano quotidianamente in contatto con i colleghi, sono in grado di rilevare situazioni potenzialmente problematiche prima che esse diventino troppo difficili da gestire.

Per operare in maniera adeguata i peer hanno tre strumenti importanti a loro disposizione:

1. **l'ascolto**
2. **la valutazione**
3. **il supporto**

Ascoltando essi offrono ai colleghi l'occasione di esprimere difficoltà, frustrazioni, timori ed emozioni legate ad un determinato evento o ad

²⁹ Zuliani, "Manuale di psicologia dell'emergenza", Maggioli Editore, 2007

una situazione professionale; la figura del peer non opera sulla base di criteri diagnostici, ma crea un ambiente di ascolto empatico, all'interno del quale i colleghi possono vivere una situazione di rispetto reciproco, di responsabilità condivisa circa i vissuti individuali e di mutuo accordo nell'individuare gli aspetti verso i quali è necessario richiedere aiuto all'esterno, senza che ciò venga vissuto negativamente.

Più che fornire un consiglio, i peer possono aiutare i colleghi a rendersi conto delle emozioni positive e negative, normalmente collegate ad un evento critico. Tutto ciò può avvenire in maniera informale, non ha bisogno di un setting rigido, ma può essere effettuato anche di fronte alla macchina di caffè o durante una pausa di lavoro.

Attraverso l'ascolto, i peer possono valutare se l'entità del problema espresso dal collega è tale da richiedere l'intervento di un professionista; un addestramento adeguato può permettere di imparare a cogliere i segnali di disagi profondi e di situazioni a rischio di patologia.

Il reclutamento dei peer può essere svolto su base volontaria, a fronte di una semplice richiesta di disponibilità. Il compito di selezionare le persone che svolgeranno questo ruolo deve essere, invece, affidato ad un'equipe di psicologi in grado di valutare le caratteristiche dei candidati, considerando principalmente le loro capacità comunicative e di ascolto, di costruzione di un rapporto empatico, di problem solving.

4.4: Defusing e Debriefing

➤ Il **Defusing** viene solitamente offerto alla squadra nelle prime ore dopo l'intervento o l'esercitazione, è un lavoro di gruppo che spinge i suoi membri ad affrontare gli avvenimenti, di cui sono stati primi attori, con la finalità di far esprimere e condividere le emozioni vissute. Questo lavoro sarà di aiuto alla persona nel suo lavoro di comprensione di ciò che ha vissuto e nel suo ritorno alla vita quotidiana. Il defusing viene suddiviso in tre distinte fasi³⁰:

1. introduzione: in questa fase il conduttore dopo essersi presentato, spiega l'obiettivo e le modalità di lavoro, specificando che non si tratta di una psicoterapia, che la partecipazione è libera, che tutto quello che succederà dovrà rimanere riservato;
2. esplorazione: in questa fase viene chiesto ai partecipanti di discutere l'esperienza vissuta e il conduttore ha il compito di permettere alle persone di raccontare liberamente ciò che è accaduto e quello che hanno provato. Lo scopo di questa fase è proprio quello di narrare i fatti ed i vissuti, condividendoli con il gruppo e acquistando la coscienza che non si è soli ad aver provato momenti di ansia, di dolore o di confusione durante l'intervento;
3. informazione: il conduttore fornisce le informazioni fondamentali sulle reazioni post- traumatiche che si possono vivere dopo un intervento, ma anche nei giorni successivi. Questa fase ha lo scopo di favorire il superamento di ogni

³⁰ Zuliani, "Manuale di psicologia dell'emergenza", Maggioli Editore, 2007

visione patologica di quanto sperimentato, considerando che alcuni aspetti emotivi, anche se taciuti o trascurati dal gruppo, devono ricevere una risposta efficace. In questa fase potranno essere suggerite tecniche per il superamento dello stress come: riposo, esercizio fisico, evitare l'uso di alcool e tranquillanti; sarà anche utile fornire le necessarie indicazioni per contattare degli specialisti della salute mentale qualora qualcuno ne sentisse la necessità.

➤ Il **Debriefing** rappresenta una delle principali tecniche utilizzate all'interno di un intervento psicologico dopo un evento critico, può essere visto come uno spazio nel quale una squadra di soccorritori, coinvolta in un evento critico particolarmente significativo, è messa nelle condizioni di affrontare in maniera strutturata e protetta quello che è accaduto e quello che ciò ha significato soggettivamente per ognuno dei partecipanti. In questi casi, non si è di fronte ad un evento ordinario, ma ad un evento potenzialmente traumatizzante, per cui il debriefing diviene utile perché:

- aumenta la coesione e la fiducia interna del gruppo;
- favorisce all'interno del gruppo, l'integrazione dell'esperienza vissuta in emergenza, al fine di aiutare i membri del gruppo a ritrovare, in un breve lasso di tempo, una qualità di vita accettabile;
- favorisce il processo di identificazione delle strategie di fronteggiamento delle emozioni;

Il debriefing va gestito, al contrario del defusing, da uno specialista in salute mentale, con specifica esperienza nella conduzione di gruppi, perché un incontro di debriefing è in grado di muovere forti emozioni,

che possono suscitare sofferenze ben più gravi di quelle osservabili da un “occhio” attento al solo rispetto della conduzione tecnica.

Il debriefing dovrebbe essere organizzato tra le 24 e le 72 ore dalla conclusione dell'intervento, ed è articolato in varie fasi:

- introduzione: fase importante per instaurare il necessario clima di fiducia nel lavoro che si andrà a compiere. In questa fase il debriefer, dopo una breve presentazione reciproca, illustra ai partecipanti gli obiettivi e il funzionamento del debriefing e le sue fasi. Non c'è nessun obbligo a parlare, solo chi lo desidera può intervenire, lasciando all'altro il tempo per esprimere il suo pensiero, per questa ragione è fondamentale ascoltare senza giudicare;
- i fatti: il conduttore invita i partecipanti a presentare l'evento, al fine di ricostruirlo nel modo più obiettivo possibile;
- i pensieri: si iniziano a focalizzare i pensieri che le persone hanno avuto durante l'evento;
- le emozioni: è la fase più delicata e richiede al conduttore la capacità di mantenere il controllo sulle reazioni psicologiche dei partecipanti. In questa fase i partecipanti presentano, condividono e considerano ansie, dolori, speranze vissute durante l'evento;
- i sintomi: è fondamentale analizzare e discutere i principali sintomi presentati e vissuti dai membri del gruppo e riferiti all'evento in esame. Per i partecipanti scoprire che i propri colleghi hanno gli stessi sintomi li libera da quel senso di unicità e debolezza che rischia di far pensare loro di essere alle prese con qualche cosa di patologico;

- l'insegnamento: il conduttore, ricollegandosi a quanto emerso nelle fasi precedenti, illustra le caratteristiche degli eventi traumatici, le probabili reazioni individuali e fornisce le principali indicazioni e consigli per gestirle, facendo attenzione a valorizzare le strategie di coping già presenti ed emerse nel gruppo e le doti di resilienza dimostrate;
- il rito: è possibile introdurre un breve “rito”, che unisca simbolicamente i membri del gruppo e segnali la conclusione di questo lavoro e il “passaggio” alla vita quotidiana;
- conclusione: si chiariscono gli ultimi dubbi da parte dei partecipanti; i conduttori, successivamente, avranno l'opportunità di discuter tra di loro sia ciò che è accaduto durante il debriefing, sia le loro emozioni e i loro vissuti.



CAPITOLO QUINTO

IL COUNSELING DELL'EMERGENZA

5.1: Cos'è il counseling?

Stabilire quale sia il periodo in cui nasce il Counseling non è molto semplice; si può individuare un primo tentativo alla fine del 1800, quando nel mondo anglosassone partirono dei programmi di orientamento e guida professionale come supporto ai giovani al termine della scuola elementare e superiore. Già nei primi anni del 1900 si assiste alla nascita di associazioni che hanno come scopo la guida nel percorso lavorativo e di studio. Ma colui che ha gettato le fondamenta del Counseling è stato Carl Rogers, con il suo testo: "Counseling e Psicoterapia". In Europa il counseling nacque negli anni '70 come servizio di orientamento pedagogico e strumento di supporto nei servizi sociali e nel volontariato. Vennero poi create successivamente importanti associazioni di riferimento tra le quali la SICO (società italiana di counseling) nel 1993, con l'obiettivo di riunire in un unico organismo i counselor e le organizzazioni che si occupano di counseling.

In letteratura esistono diverse definizioni di counseling³¹. Counseling, dall'etimologia latina *consulo*, significa venire in aiuto, avere cura di, è offrire consulenza nell'accezione di "consolare", mettendo a disposizione competenza.

³¹ G. Artioli – R. Montanari - A. Saffioti: "Counseling e professione infermieristica", Carocci Faber, 2004

Se utilizziamo la derivazione dall'inglese *to counsel*, counseling significa “dare ascolto e supportare qualcuno che ha dei problemi” e non consigliare e dare consigli.

La psicologia umanistica definisce il counseling una relazione di aiuto connotata professionalmente, in cui la centralità è sul cliente/paziente. L'aiuto non consiste nel dire all'altro “che cosa fare”, ma nel fargli comprendere la sua situazione e nel facilitarlo a gestirla con la massima autonomia possibile.

Il counseling può essere definito come quell'intervento che ha l'obiettivo di correggere il temporaneo squilibrio e favorire il miglioramento delle risorse del cliente, tale da renderlo in grado di affrontare e gestire le situazioni future di crisi.

Counseling è un insieme di tecniche, abilità, atteggiamenti per aiutare le persone a gestire i loro problemi utilizzando le loro risorse personali. E' un processo che affronta con metodo olistico problematiche individuali, sociali, culturali. E' un metodo di lavoro che utilizza sentimenti, pensieri, percezioni, conflitti interni ed esterni. Non è sufficiente voler essere di aiuto agli altri per fare counseling; serve, invece, avere appreso modalità, strategie, tecniche, finalità, confini in quanto, anche per questa prestazione assistenziale l'obiettivo primario rimane *primum non nocere*.

Il counseling dell'emergenza si rivolge alle persone colpite da una catastrofe, da un lutto, da un trauma, ma anche ai soccorritori, cioè alle persone che intervengono per prime e che, assieme ai sopravvissuti, sperimentano sentimenti di impotenza, angoscia, ansia e disperazione per l'accaduto. Per far fronte ad una situazione di “disastro”, ognuno sviluppa una o più strategie che non evitano la sofferenza ma ne limitano gli effetti. Una medesima situazione produce reazioni

differenti, sulla base del significato che quell'evento viene ad assumere per una determinata persona e per le sue capacità di farvi fronte. L'obiettivo principale del counseling dell'emergenza è quello di diminuire la probabilità che possano verificarsi dei disturbi mentali a lungo termine come il DPTS (Disturbo Post Traumatico da Stress). Attraverso tecniche e la conduzione di colloqui strutturati, si porta la persona a "organizzare" la realtà vissuta, normalizzarla, attribuendo all'evento un significato e un senso che possono permettere al soggetto di archivarlo come evento del passato.

5.2: Il processo di counseling e le sue fasi

Un processo di counseling si articola su tre momenti³²:

1. *comprensione del problema*
2. *esplorazione del problema*
3. *gestione del problema*

– **La prima fase** costituisce il momento dell'accoglienza ed è quella della costruzione dell'alleanza e della definizione del contatto con il paziente. In questa prima fase l'obiettivo dell'aiutante è rivolto a capire qual è, per l'aiutato, esattamente il problema, la difficoltà, la preoccupazione. E' la fase della chiarificazione, del passaggio, per il consultante dal "sentito" al "capito". In questa fase il consultante è confuso non a livello neurologico ma soggettivo: più pensa al suo problema più è disorientato e meno comprende. La valenza emotiva del problema è, per il consultante, più forte e più grande della valenza cognitiva e relazionale. Il compito del counselor è

³² Artioli, Montanari, Saffioti: "Counseling e professione infermieristica", Carocci Faber, 2004

quello di favorire il più possibile il consultante nell'espressione del suo problema, di facilitare il suo parlarne per permettergli di approfondire e mettere ordine nella molteplicità dei dati e delle emozioni presentate.

- la **seconda fase** permette di ridefinire e chiarificare il problema, cioè favorisce l'esplorazione e la focalizzazione di questo. Il compito del counselor è sollecitare e stimolare il consultante affinché arrivi alla determinazione e individuazione del problema vero e reale per lui. E' il momento della presa di coscienza di qual è il problema.
- la **terza fase** ha come finalità l'attivazione delle risorse interne ed esterne del paziente. E', quindi, il momento della gestione del problema da parte del consultante, che attiva le proprie competenze e consapevolezza. In questa fase l'obiettivo dell'aiutante è mettere il consultante nella condizione di farsi carico del problema e favorirlo nell'identificazione di finalità, e strategie per venirne a capo. E' il momento dell'individuazione delle opzioni, della valutazione e scelta delle risorse da spendere, dalla verifica della pertinenza sia sugli obiettivi attesi che dei risultati ottenuti.

Il counseling, a differenza della psicoterapia, si occupa di un problema e di un problema per volta, di ciò che adesso, in questo momento è difficile, faticoso, problematico, importante per il consultato e rispetto al quale il consultato medesimo non si sente competente.

5.3: Il ruolo del counselor



Il counselor è una persona formata per utilizzare delle tecniche che facilitano la soluzione o migliorano la situazione dello stato di disagio esistenziale di origine psichica che riguarda, soprattutto, la sfera relazionale. Tutto questo senza ristrutturare la personalità del cliente ma utilizzando le risorse personali di quest'ultimo. Le tecniche utilizzate sono basate sui principi della psicologia umanistica in un approccio non direttivo e centrato sulla persona . Uno dei vari campi in cui il counselor può intervenire è quello dell'emergenza. Per creare

una buona relazione col consultante sono necessari alcuni elementi basilari: centralità della persona, accettazione incondizionata, ascolto attivo (ascolto di sé e dell'altro), empatia, congruenza e trasparenza. Sono, quindi, richiesti una formazione ed un metodo. Il counselor deve esserci consapevolmente e stabilire un rapporto di fiducia col consultante, deve saper cogliere il non verbale, rispettare i suoi silenzi ed i suoi tempi.

Il counselor³³ deve servire come supporto al team di emergenza, non deve imporre il proprio aiuto a nessuno, deve trattare gli operatori come esperti qualificati e portare loro il massimo rispetto. L'obiettivo del counselor è quello di aiutare gli operatori a gestire lo stress del continuo contatto con la morte e con la sofferenza e questo può essere raggiunto organizzando gruppi di aiuto e di supporto in cui il counselor è parte "attiva" nel senso che condivide "alla pari" la sua esperienza con il gruppo e aiuta gli operatori (come se stesso ed i suoi colleghi di salute mentale) a gestire gli eventuali "fallimenti" che in situazioni di disastro possono essere molto comuni e possono dipendere da fattori estranei e non controllabili da parte dello staff degli operatori di emergenza. Uno sportello di counseling dovrebbe essere presente in ogni struttura sanitaria, disponibile per chi vuole o per chi deve almeno provarci.

³³ E. Giusti – C. Montanari, "Trattamenti psicologici in emergenza", Sovera, 2000

CAPITOLO SESTO

RICERCA SUI LIVELLI DI POTENZIALE DISTRESS NEGLI INFERMIERI DI EMERGENZA

6.1: Progetto di ricerca

6.1.1: Background

Il settore dell'emergenza extra ed intra ospedaliera per il professionista infermiere è diventato, negli ultimi quindici anni, un campo usuale nel quale prestare la propria opera lavorativa.

L'infermiere che opera in tali contesti, può trovarsi a dover 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.

6.1.2: Finalità e scopi della ricerca

Le diverse prospettive di studio dello stress consentono l'integrazione in un ampio modello teorico che lo focalizza considerandolo un

processo in cui le "richieste" ambientali superano le capacità adattative di un organismo, generando variazioni psicologiche, emozionali, comportamentali e biologiche che espongono gli individui al rischio di patologie internistiche e psichiatriche. Da qui emerge l'importanza della valutazione dello stress: recentemente la ricerca al riguardo, spesso centrata sulla misurazione oggettiva degli eventi stressanti è mutata, e il focus si è spostato su strumenti in grado di valutare l'aspetto soggettivo dello stress, che enfatizzano la valutazione e la percezione da parte dell'organismo del danno subito a causa di un'esperienza.

Quando le richieste ambientali vengono percepite come eccessive rispetto alla capacità di affrontarle, gli individui si autoclassificano come "stressati" ed esperiscono una risposta emozionale negativa. Secondo questi modelli gli eventi influenzano soltanto i soggetti che percepiscono, e quindi rilevano, lo stress. L'attenzione è quindi focalizzata sulla valutazione dello stress che dipende dallo stimolo, dalla tipologia di risposta e dalla interpretazione soggettiva della relazione stimolo-ambiente; la percezione rappresenta quindi un prodotto delle interpretazioni del significato dello stimolo in sé e delle risorse individuali per affrontarlo.

La ricerca si propone d'indagare i livelli di stress negli infermieri che lavorano in emergenza – urgenza in servizi differenti, si propone di scomporre la valutazione in cinque diverse aree verificando i livelli di distress e di eustress. Si propone inoltre di individuare la capacità di resilienza e le varie strategie di coping che l'infermiere con un livello di stress patologico, mette in atto per fronteggiare i vari traumi emotivi a cui è sottoposto.

6.1.3: Ipotesi

L'infermiere dell'emergenza, che può essere soggetto con buona frequenza ad 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 stress piuttosto elevati se non è stato adeguatamente preparato ad affrontarli.

La formazione può essere la chiave di volta 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 se presenti sul territorio (colleghi, counselor, psicologo).

6.2: Materiali e metodi

6.2.1: Strumento di ricerca

Per mettere in atto la ricerca sono stati utilizzati due tipi di metodi:

- Studio osservativo: grazie ad un tirocinio osservativo finalizzato alla ricerca per la stesura della tesi di Laurea della durata di 60 giorni(300 ore complessive), ho avuto la possibilità di osservare gli infermieri impiegati nel servizio di emergenza extra e intraospedaliera.
- Somministrazione di un test che ha permesso una valutazione rapida dello stress, test di facile comprensione, di rapida compilazione e che consente un veloce scoring. (Allegato 1)

Il questionario scompone la valutazione nelle seguenti cinque aree:

1. ANSIA (item: 1-5-10)
2. DEPRESSIONE (item: 2-4-7)
3. SOMATIZZAZIONE (item: 9-12-14)

4. AGGRESSIVITA' (item: 3-6-8)

5. SUPPORTO SOCIALE (item: 11-13-15)

Ogni cluster corrisponde a tre item, per un totale di 15. Di questi, 9 (da 1 a 9) si riferiscono allo stato della persona al momento della compilazione, 6 (da 10 a 15) invece misurano variabili longitudinali riferite agli ultimi sei mesi.

6.2.2: Campione di indagine

Il campione di indagine è formato da 25 infermieri che lavorano nelle diverse aree di emergenza dell'Ospedale San Giuseppe Moscati:

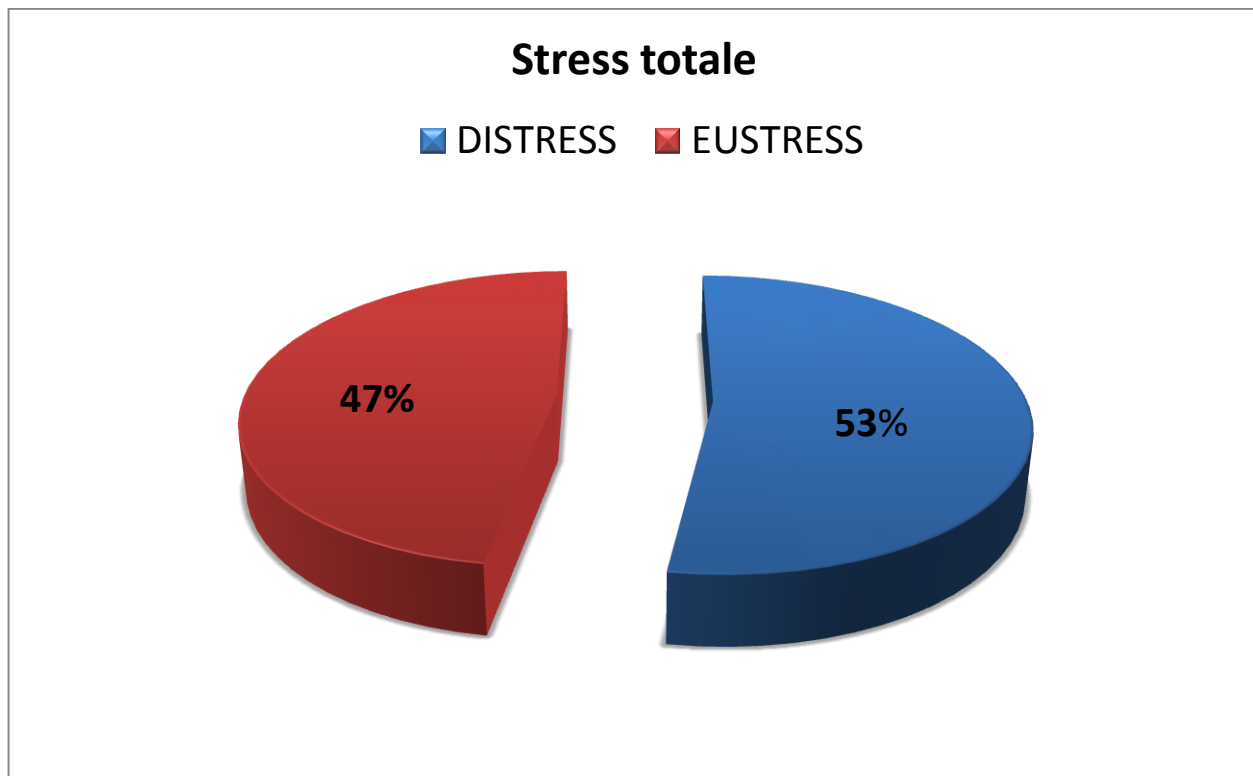
- emergenza extraospedaliera: 5 infermieri del soccorso extraospedaliero 118;
- emergenza intraospedaliera:
 - 5 infermieri del Pronto Soccorso;
 - 5 infermieri della sala operatoria;
 - 5 infermieri della terapia intensiva;
 - 5 infermieri dell'UTIC;

6.2.3: Procedura

Allo scopo di garantire la riservatezza i test sono stati compilati in maniera anonima, con partecipazione volontaria dei partecipanti contattati personalmente dal ricercatore. Gli operatori sono stati preventivamente informati sul tipo di indagine che sarebbe stata svolta.

6.3: Presentazione e discussione dei risultati

6.3.1: Analisi della VRS



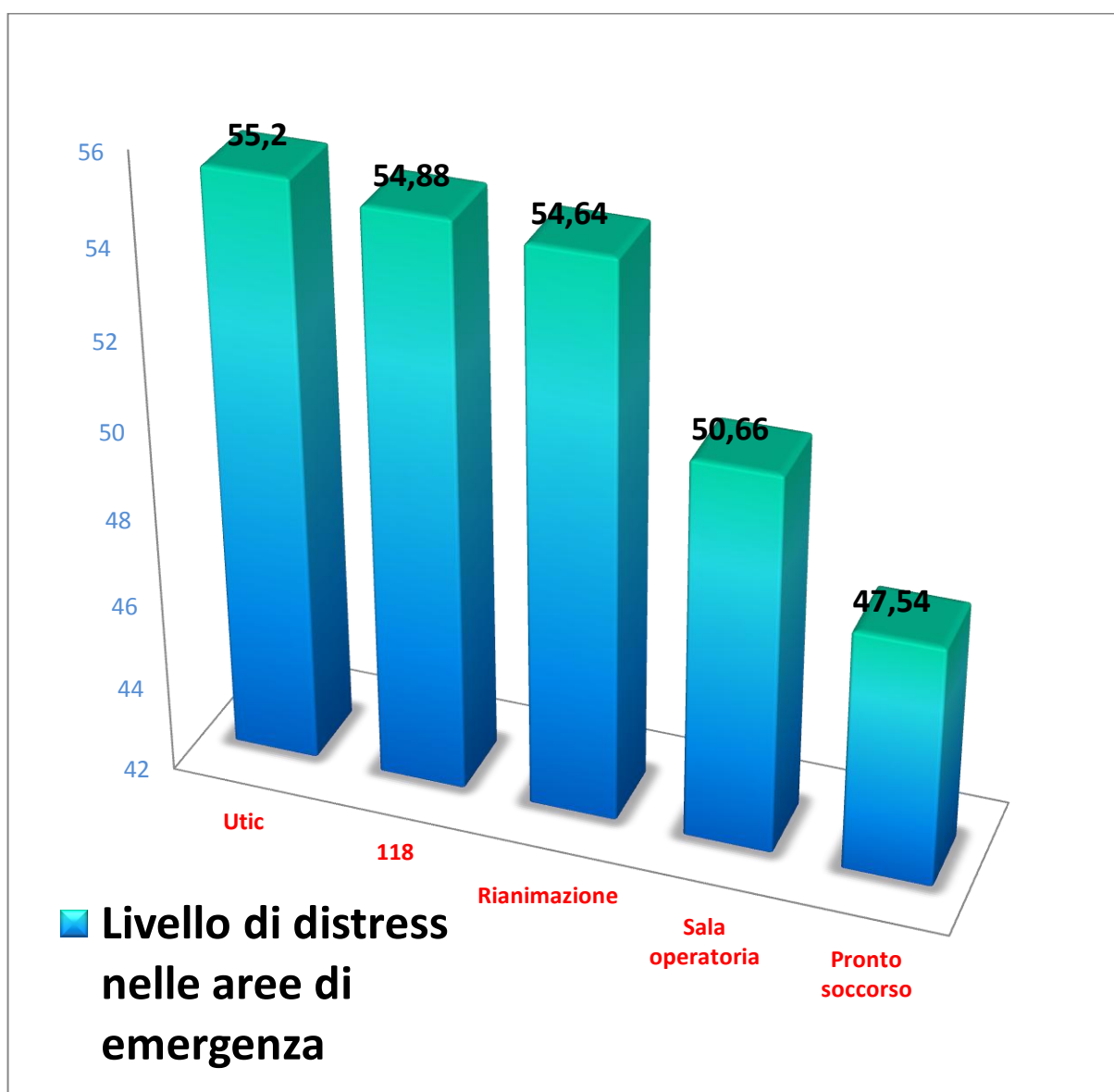
Attraverso l'analisi dei dati relativi al test somministrato è emerso che il valore del distress, ovvero dello stress patologico è leggermente superiore alla media, con una percentuale del 53%.

A questi livelli lo stress non è più contenuto e le richieste superano le possibilità di risposta, si richiedono all'organismo sforzi sempre più grandi ed esagerati e gli stimoli stressogeni sono ripetitivi e aumentano d'intensità.

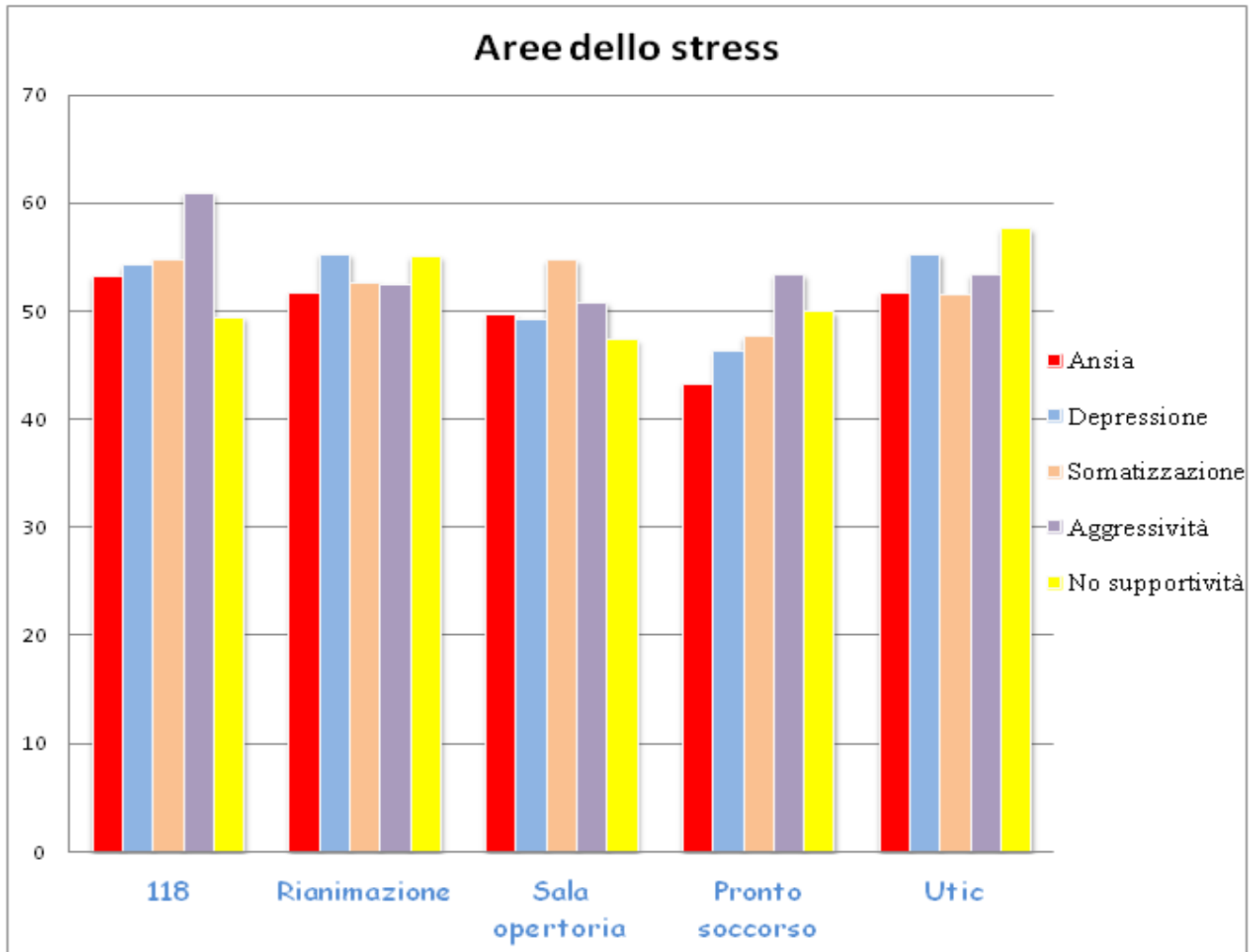
Nel "Distress" si entra quindi in un ambito psicofisico particolare dell'organismo con l'evidenziazione di reazioni, resistenze e alterazioni che manifestano segnali di mutamento dell'equilibrio, che si mostrano con segni organici e segni psicologici più o meno eclatanti.

Le Unità operative con un livello medio elevato di distress sono:

- l'UTIC, con una percentuale del **55,20%**
- il 118, con una percentuale del **54,88%**
- la RIANIMAZIONE, con una percentuale del **54,64%**



Per ogni Struttura Operativa sono stati riportati i test di valutazione con il picco di stress più elevato.(allegato 2).



Analizzando le variabili dello stress, nelle diverse unità operative notiamo che:

- Nell'emergenza 118 la variabile che raggiunge il picco più elevato è l' aggressività, con un valore del 60,92%.
- nella rianimazione ci sono delle variabili che presentano entrambe lo stesso picco, e sono la depressione, con un valore del 55,27%, e la non supportività con un valore del 55,06%.
- l' unità operativa di sala operatoria non presenta livelli di distress elevati, sono inferiori alla norma, per cui le variabili non raggiungono picchi elevati.

- nel pronto soccorso la variabile che raggiunge un picco superiore alla norma è l'aggressività con un valore del 53,39%.
- nell'UTIC, quasi tutte le variabili prese in esame sono patologiche, con un picco elevato della depressione con un valore del 55,27%, e la non supportività con un valore del 57,62%.

6.3.2: Risultati della ricerca

Analizzando i risultati dello studio, il livello di distress osservato negli operatori di emergenza, risulta significativamente presente, con una percentuale del 53%.

In particolare gli ambiti di maggiore rappresentatività in ordine decrescente, sono l'UTIC, l'emergenza 118 e la rianimazione.

Dallo studio effettuato emergono delle variabili cliniche significative, che possono essere utilizzate come descrittori del profilo del distress degli operatori.

L'unità operativa di UTIC, presenta un profilo elevato in tutte le variabili cliniche, in particolare sperimentano vissuti depressivi, non supportati dal contesto sociale.

L'emergenza 118 presenta un profilo elevato per la variabile dell'aggressività. L'aggressività viene intesa come un istinto, un elemento dell'inconscio. L'essere aggressivi, consente di difenderci, di preservarci nel momento in cui avvertiamo il pericolo. Gli operatori dell'emergenza 118 presentano un picco elevato per questo tipo di variabile proprio perché sono i soggetti più esposti alle situazioni di pericolo, nel momento in cui si sentono minacciati e non possono fuggire, la paura prende il sopravvento, ed utilizzano come mezzo di difesa l'aggressività, che si esprime attraverso l'ostilità e la violenza.

La variabile che maggiormente si presenta con un picco elevato in tutto il campione d'indagine, è il mancato supporto sociale.

Il supporto sociale ha un ruolo di mediazione nell'esperienza dello stress e come risorsa di *coping*: è fattore protettivo nell'esperienza di stress.

Consiste nell'informazione, proveniente da altri, di essere oggetto di amore e cure, di essere stimati e apprezzati e di far parte di una rete di comunicazione e di obbligo reciproco.

Il supporto sociale viene inteso come un fattore all'interno dell'ambiente lavorativo in grado di attenuare gli effetti generati dagli stressors, e di conseguenza in grado di proteggere i lavoratori da questi effetti negativi. I fattori che influenzano l'aspetto delle "richieste del lavoro" riguardano la natura dei compiti e l'organizzazione del lavoro, in particolare si riferiscono al contenuto e al ritmo del lavoro, al grado di responsabilità acquisito, agli orari lavorativi, al livello di partecipazione/decisione, alla possibilità di far carriera, alla formazione e all'addestramento ricevuto, alle relazioni interpersonali sviluppate nell'ambiente lavorativo, e alle interferenze lavoro/vita privata. Le relazioni all'interno di un'organizzazione assumono un ruolo importante come supporto sociale, sia che esse si sviluppino a livello orizzontale, ossia tra colleghi, sia che esse si sviluppino a livello verticale, quindi relazioni con soggetti situati a livelli gerarchici differenti. La qualità delle relazioni, a qualsiasi livello, vengono valutate solitamente in termini di rispetto, dovere e fiducia, componenti chiave per una buona relazione.

Dopo un evento stressante si assiste a una mobilitazione del sostegno sociale ricevuto che incrementa il sostegno sociale percepito il quale a sua volta promuove la qualità della vita.

Le persone che godono di elevato sostegno possono valutare un evento come meno stressante rispetto alle persone con basso sostegno (ad esempio in caso di difficoltà possono chiedere aiuto). Il sostegno può attutire l'effetto stressante degli eventi rafforzando le capacità di coping delle persone.

Ogni individuo presenta delle proprie strategie di coping ed una sua resilienza, dovute all'esperienza, alla formazione, alla personalità e al contesto sociale in cui vivono. Ogni individuo ai vari stressors risponde con delle proprie risorse e delle proprie strategie.

Nella nostra realtà ospedaliera purtroppo non sono presenti né supporti psicologici per gli infermieri e né figure come quella del counselor, del debriefer e del peer supporter.

La mia esperienza di tirocinio presso le unità di area critica delle nostre strutture, mi ha portato a realizzare che gli infermieri del territorio tarantino devono solo ed essenzialmente basarsi sulla propria resilienza e sulle proprie strategie di coping, dopo un evento emotivamente traumatico, possono fare affidamento solo sulle proprie forze, attuando al meglio le proprie strategie di fronteggiamento.

C'è chi si rifugia nello sport, chi intraprende delle lunghe camminate in posti sereni e tranquilli senza che abbiano a che fare con interferenze esterne; c'è chi invece fa affidamento alla famiglia, si dedica ai figli, agli amici, c'è a chi basta un semplice abbraccio, una risata, una chiacchierata per non essere "mangiato" dall'evento stressante che lo ha colpito.

CONCLUSIONI

In questo tipo di lavoro è necessario coniugare all'estrema competenza professionale anche una buona competenza relazionale ed emozionale. Tutto ciò potrebbe risultare molto difficile a causa delle numerose e imprevedibili situazioni di forte impatto psicologico ed emotivo cui l'infermiere è sottoposto.

Queste situazioni possono essere fonte di sentimenti e reazioni importanti: compassione, impotenza, paura, senso di inadeguatezza, senso di responsabilità . Tali sentimenti possono essere influenzati dall'esperienza, dalle aspettative e dalla personalità del soggetto.

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.

Fondamentale per l'infermiere soccorritore è l'operare in un ambiente in cui vi sia una conoscenza della realtà ed una cultura delle emergenze individuali e collettive attraverso la strutturazione di soluzioni razionali già prestabilite per i momenti critici e per il controllo dell'emotività.

La conoscenza di soluzioni razionali e l'addestramento sistematico deve portare l'operatore all'acquisizione di automatismi di risposta, a prestazioni di efficienza che ridurranno il rischio di una reazione di stress patologico.

L'esigenza quindi è quella di tutelare l'operatore ricercando ed analizzando nuove strategie di investimento delle risorse professionali in grado di garantire un maggior benessere psico-fisico che porterebbe di conseguenza ad un miglioramento della qualità del suo operato.

Nonostante la consapevolezza dell'esistenza del problema i programmi di sostegno all'operatore sanitario nel nostro territorio sono del tutto inesistenti, o per mancanza di adeguati finanziamenti a supporto o perché culturalmente si è soliti pensare che chi esprime le proprie emozioni sia un elemento debole, non capace di controllarsi.

In realtà investendo sulla crescita personale dell'infermiere soccorritore si incide qualitativamente su quella professionale.

L'intervento di sostegno psicologico è prima di tutto un'attività di prevenzione, basata sull'insegnamento delle tecniche di gestione emotiva in un ambiente dove possono insorgere fattori stressanti.

L'utilizzo strutturato di tecniche di sostegno psicologico avrebbe quindi la finalità di rielaborare, in ambito professionale, i vissuti emozionali dell'evento in modo da ridurre gli stress ed impedire che l'accumulo di questi, associati ad altri fattori usuranti, diano luogo ad un disagio personale, che trasferito in ambito lavorativo, ridurrebbe le capacità professionali, diminuirebbe il livello di coinvolgimento ed aumenterebbe le difficoltà a relazionarsi con l'utente e con gli altri operatori della stesse equipe.

Uno spunto per un'ulteriore ricerca, potrebbe essere definire quanto sia conveniente per le Aziende Ospedaliere correre il rischio di dover attuare nei reparti di area critica e non solo delle strategie preventive allo scopo di ridurre il rischio di esaurimento emotivo degli operatori.

Sviluppare dei programmi di formazione per gli operatori di emergenza, basati sulle esercitazioni, sulle simulazioni e sulla creazione di una rete di supporto ai professionisti, in grado di dare delle risposte significative alle esigenze da questi espresse.

BIBLIOGRAFIA

- Maurizio Chiaranda, Urgenze ed Emergenze, Piccin, 2009
- E. Giusti – C. Montanari, “Trattamenti psicologici in emergenza”, Sovera, 2000
- Gordoni G.: “Soccorso extraospedaliero” in Pronto Soccorso, Servizi di Emergenza 118, Centro Scientifico Editore, Torino 1996
- Selye, Stress, Einaudi, 1957
- Cherniss, “La sindrome del burnout”, Centro Scientifico Torinese, 1983
- DSM-IV, “Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali”, Masson, 1999
- Maslach, La sindrome del burnout. Il prezzo dell'aiuto agli altri, Cittadella Editrice, 1997
- Folgheraiter F, Io operatore sociale, Centro Studi Erickson; 1994
- Malaguti, “Educarsi alla resilienza”, Erickson, 2005
- R.S.Lazarus, “Emotion and adaption”, New York, Oxford University Press, 1991
- Giannantonio, M., “Psicotraumatologia e Psicologia dell'emergenza”, 2005, Ecomind
- Napoli, M., 2005 “L'intervento di Psicologia dell'Emergenza nelle catastrofi”, Ecomind).

- G. Artioli – R. Montanari - A. Saffioti: “Counseling e professione infermieristica”, Carocci Faber, 2004
- E. Giusti – C. Montanari, “Trattamenti psicologici in emergenza”, Sovera, 2000
- C. Abbrugiati-P.Artioli:”L’intervento psichiatrico e psicologico negli eventi catastrofici”,Furlan Editore, Rivoli,2003
- S.Sirigatti-E.Menoni-C.Stefanile: “Aspetti psicologici della formazione infermieristica”,La Nuova Italia Scientifica,Urbino,1988

SITOGRAFIA

- www.salute.gov.it
- PubMed: Nurse stress
- PubMed: Stress Resilience
- www.emergenzasanitaria.net
- www.Repubblica.it
- www.formazioneinemergenza.it
- www.psicolinea.it
- www.psicotraumatologia.com
- www.counselling-care.it
- www.studiozuliani.net

ALLEGATO 1

VALUTAZIONE RAPIDA DELLO STRESS

Sesso M o F Età

Reparto di appartenenza

Leggerà alcune frasi che rispecchiano comuni stati d'animo o reazioni fisiche. Per ogni frase segni con una croce sulla colonna destra del foglio la risposta che meglio descrive come si sente al momento della compilazione. Non ci sono risposte giuste o sbagliate.

		Per niente	Lievemente	Abbastanza	Molto
1	Mi sento irrequieto				
2	Mi sento scoraggiato				
3	Mi sento irritabile				
4	Sono un po' giù di morale				
5	Sono preoccupato				
6	Mi sento infastidito				
7	Mi sento di buon umore				
8	Sono arrabbiato				
9	Ho proprio bisogno di riposarmi				

Adesso segni con una croce sulla colonna destra del foglio la risposta che meglio la descrive negli ultimi mesi della sua vita.

		Per niente	Lievemente	Abbastanza	Molto
10	Avverto dei malesseri fisici(mal di testa,dolori muscolari,senso di oppressione al torace,palpitazioni)che penso siano dovuti alla tensione nervosa				
11	Passo bene il mio tempo libero				
12	Mangio male o in modo disordinato				
13	Ho persone con cui posso parlare che capiscono le mie difficoltà				
14	Faccio fatica a ricordarmi le cose				
15	Vivo un po' isolato dagli altri				

ALLEGATO 2

A.S.L. TA/1 D.S.M.

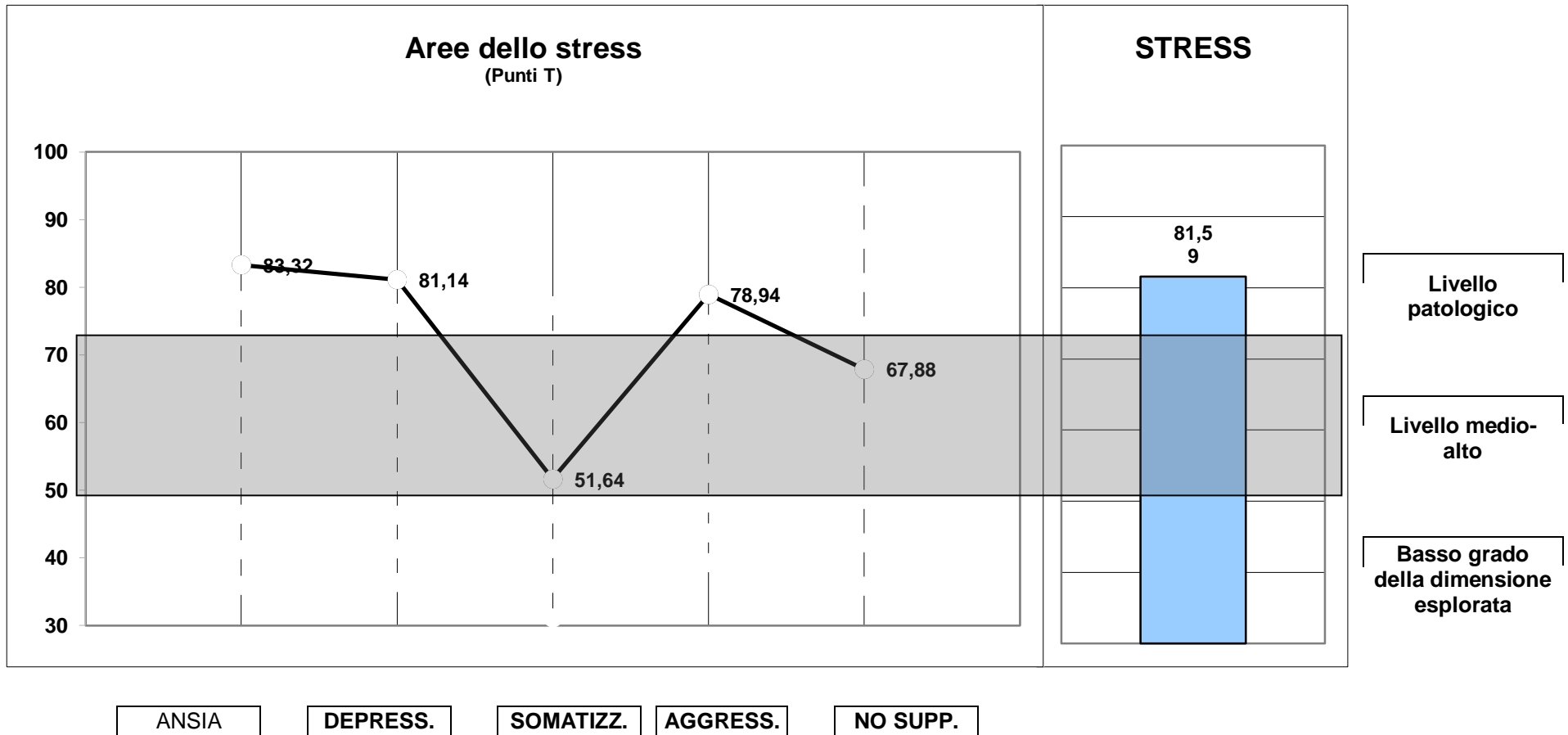
Dirigente D.ssa

D.Chiloiro

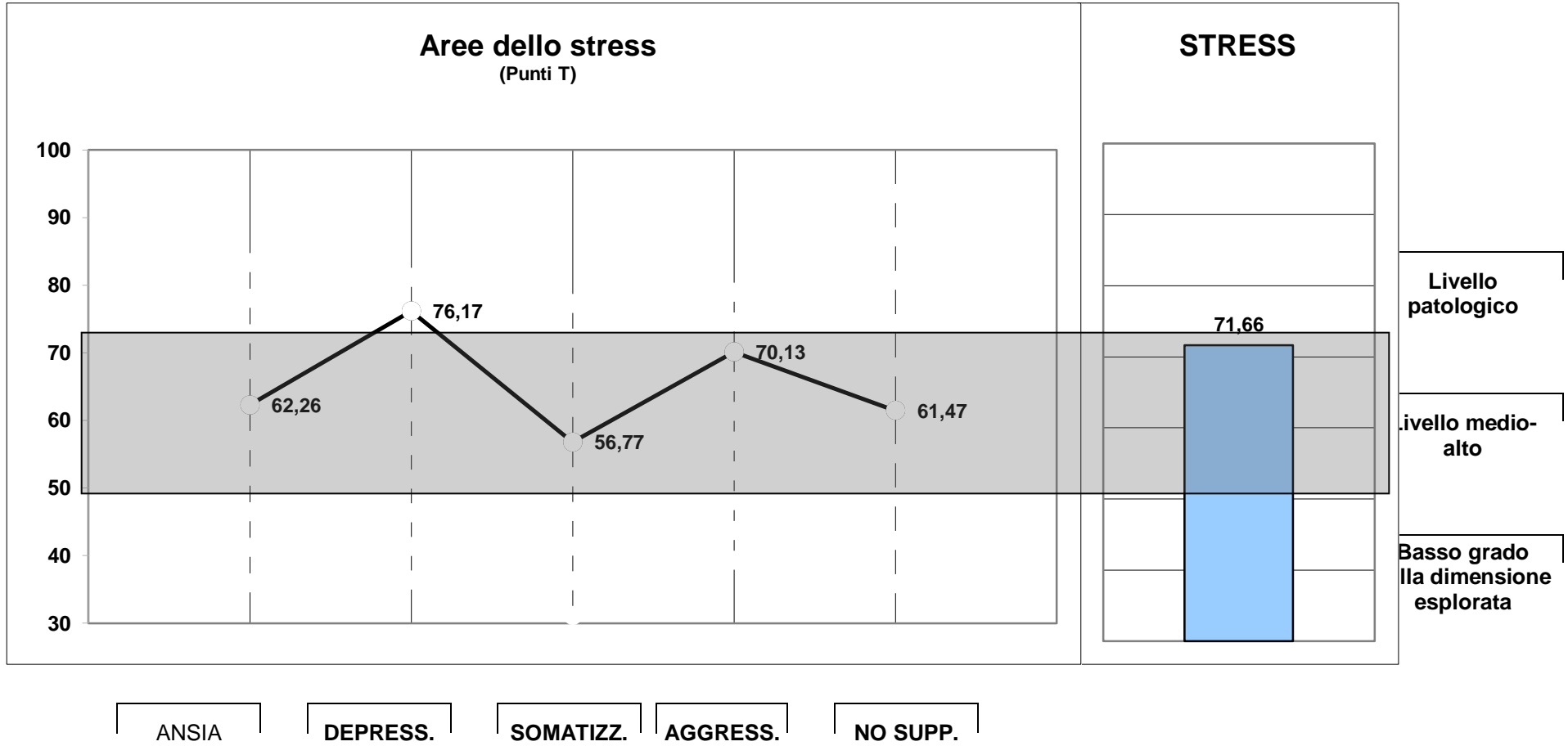
U.O. DIPARTIMENTALE PSICOLOGIA CLINICA OSPEDALIERA

Presidio Ospedaliero S.GIUSEPPE MOSCATI Taranto

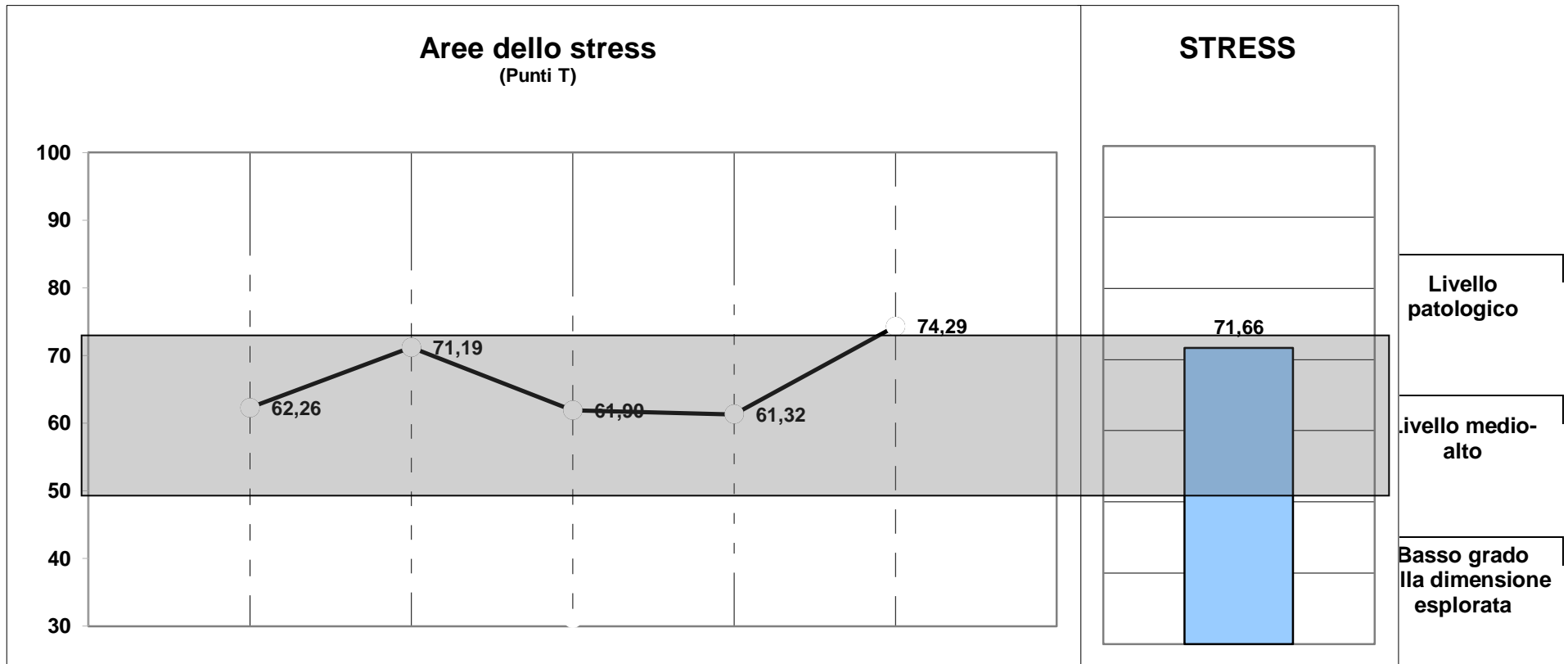
VRS 118



VRS RIANIMAZIONE



VRS UTIC



ANSIA

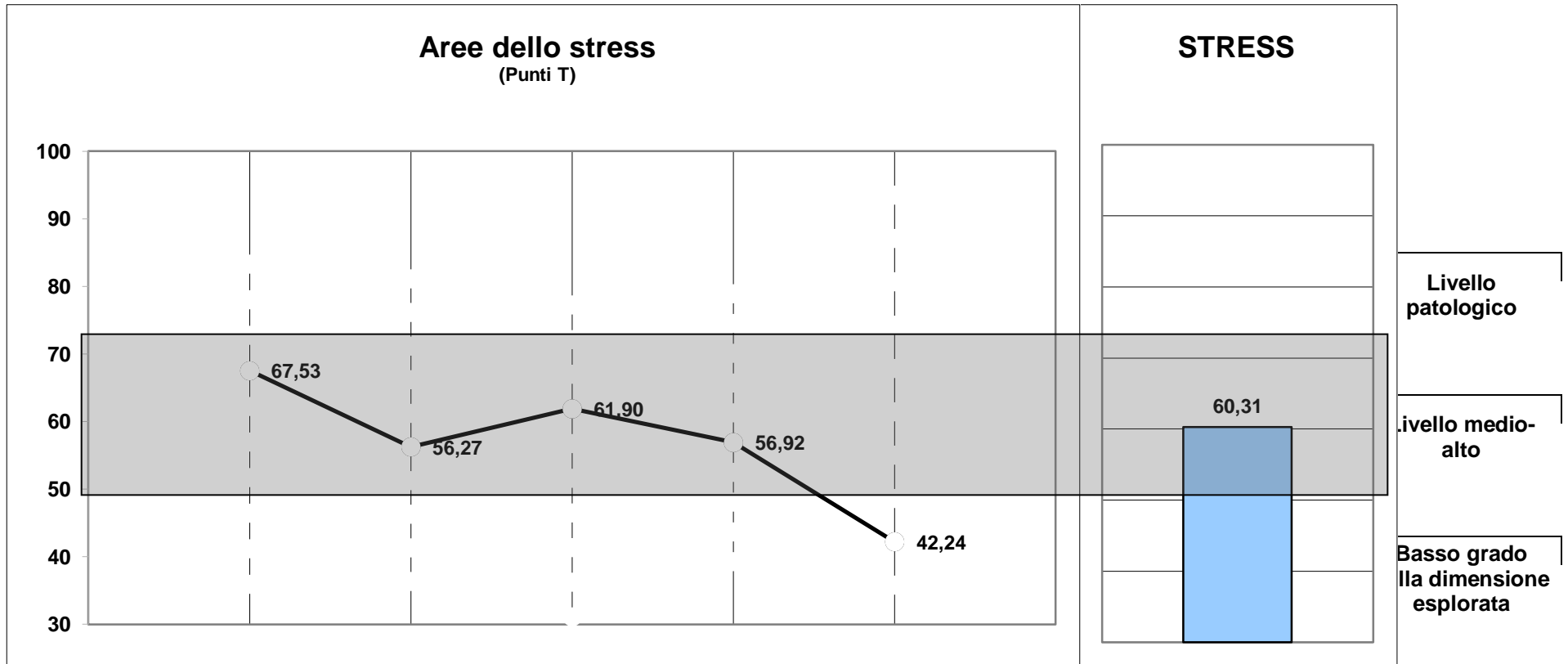
DEPRESS.

SOMATIZZ.

AGGRESS.

NO SUPP.

VRS SALA OPERATORIA



ANSIA

DEPRESS.

SOMATIZZ.

AGGRESS.

NO SUPP.

VRS PRONTO SOCCORSO

