

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BRESCIA  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA**



**CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA  
ABILITANTE ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI  
INFERMIERE**

**TESI**

**SUPPORTO EMOZIONALE DI FRONTE ALL'EVENTO  
STRESSANTE NELL'AREA DELL'EMERGENZA:  
LA PREVENZIONE ATTRAVERSO LA FORMAZIONE**

**Relatore: Emanuele Piva**

**Studente: Fabio Mondini**

**Matricola: 62755**

**ANNO ACCADEMICO 2007/2008**



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BRESCIA  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA**



**CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA  
ABILITANTE ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI  
INFERMIERE**

**TESI**

**SUPPORTO EMOZIONALE DI FRONTE ALL'EVENTO  
STRESSANTE NELL'AREA DELL'EMERGENZA:  
LA PREVENZIONE ATTRAVERSO LA FORMAZIONE**

**Relatore: Emanuele Piva**

**Studente: Fabio Mondini**

**Matricola: 62755**

**ANNO ACCADEMICO 2007/2008**

## INDICE

○ INTRODUZIONE.....	-2-
○ CAPITOLO 1: Emergenza Sanitaria in Italia	
— 1.1: Definizione di Urgenza/Emergenza.....	-5-
— 1.2: Competenze e responsabilità dell'infermiere del 118.....	-6-
○ CAPITOLO 2: Materiali e Metodi.....	-14-
○ CAPITOLO 3: Emozioni e Stress	
— 3.1: Definizione di Emozione.....	-18-
— 3.2: Le origini della Crisi Emotiva.....	-21-
— 3.3: Traumi Emotivi dell'Operatore in Emergenza.....	-23-
— 3.4: Definizione di Stress.....	-24-
— 3.5: Traumi da Stress dell'Operatore in Emergenza.....	-27-
— 3.6: Psicologia dell'Emergenza ed suoi Interventi.....	-31-
○ CAPITOLO 4: Prevenzione attraverso la Formazione	
— 4.1: Prevenzione e cura in emergenza.....	-37-
— 4.2: Formazione in Emergenza.....	-38-
— 4.3: Strategie di Coping.....	-40-
— 4.4: Counselling dell'Emergenza.....	-44-
○ CAPITOLO 5: Interviste	
— 5.1: Progetto di ricerca.....	-47-
— 5.1.1: Disegno di ricerca: I Quesiti.....	-48-
— 5.1.2: Interviste degli infermieri: La Raccolta Dati.....	-48-
— 5.1.3: Analisi sui contenuti delle interviste: Elaborazione dei dati...-	-48-
— 5.1.4: Risultati delle interviste.....	-55-
○ CONCLUSIONI .....	-59-
○ BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA.....	-64-
○ RINGRAZIAMENTI	
○ ALLEGATO N°1. E 2	

## ○ INTRODUZIONE

Da piccolo mi sono trovato a dover sopportare elementi emotivi e stressanti, dovuti soprattutto ad incomprensioni scolastiche.

I rapporti con gli insegnanti diventavano oggetto di stress e di frustrazione, perché non mi si coinvolgeva in modo appropriato nelle dinamiche d'insegnamento.

Crescevo con la paura e la tensione di non saper controllare emozioni e stress, con l'angoscia di non riuscire a controllarli.

La partecipazione a due incontri studio riguardanti l'emergenza, e precisamente al seminario tenutosi "all'ASPIC" di Modena il 01/02/12/07 dal titolo "*Counselling dell'Emergenza*" e alla giornata studio sul tema "*Saper Essere in Emergenza*" tenutosi al Centro Internazionale "Loris Malaguzzi" a Reggio Emilia il 31/05/08, e il tirocinio svolto presso la sede del 118 dell'azienda ospedaliera "Carlo Poma" di Mantova, hanno suscitato in me un vivo interesse sugli argomenti trattati riguardanti l'area dell'emergenza.

Questi momenti mi hanno reso consapevole che certe situazioni, anche se difficili, si possono dominare: certamente occorre la capacità di sapersi conoscere e di capire qual è il lato della nostra personalità, oppure qual è l'elemento del nostro contesto dimensionale, che va interpretato perché deficitario, e quindi rafforzato.

Nel substrato popolare 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 tali 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 alcuna soddisfazione morale ed etica; manca il rapporto con la vittima dell'evento, manca il contatto fisico ed empatico, manca il risultato del beneficio o la risposta di aver compiuto un qualcosa di utile per la società di cui si fa parte, perché non si condividono le giornate di degenza con il paziente trattato e con i suoi familiari.

Il contatto sterile a cui ci si aggrappa per forza è quello delle strumentazioni che eliminano il rapporto relazionale.

L'intervento in emergenza/urgenza, se ben riuscito, è solamente un atto dovuto, se va male è motivo di frustrazione per l'*equipe* che l'ha prodotto e segno di mancanza di professionalità per la società.

Questi sentimenti hanno suscitato in me una maggiore sensibilità nei confronti di queste tematiche, e mi sono chiesto:

- *chi aiuta l'infermiere a superare determinati confini etici e psicologici per non cadere nel baratro della depressione e della demotivazione professionale ?*

- *perchè un professionista diventa fragile se si vengono a scardinare elementi di supporto relazionale con il suo gruppo operativo, che lo rendono così indifeso da perdere il controllo dalla sua identità personale e di lavoro ?*

- *quali strategie preventive e formative sono messe in essere per supportare un professionista con queste difficoltà a superare la crisi dell'evento stressante e quindi a non perdere la sua potenzialità di esperienza e di cultura nel suo settore specifico ?*

Nel mio essere studente e nella mia situazione privilegiata di osservatore nel tirocinio presso la Centrale Operativa del 118 di Mantova, ho avuto la possibilità di seguire le varie dinamiche negli interventi operativi, e soprattutto i comportamenti e la comunicazione verbale e non, che adottano i singoli professionisti nell'adattarsi alla situazione e di conseguenza nel risolvere l'evento in emergenza.

L'adattamento nelle varie situazioni di emergenza da parte dell'*equipe* di soccorso dipende da questi fattori:

1. Giusta interpretazione e presentazione dell'evento da parte dell'operatore che riceve l'informazione all'*equipe* di soccorso.
2. Preventiva pianificazione e corretta divisione dei ruoli da interpretare nella scena del soccorso con riconoscimento del *leader* che deve gestire l'evento, in modo da non lasciare scoperto nessuno degli attori dell'evento (soggetto colpito e familiari).
3. Attivazione della pianificazione ipotizzata e attuazione di interventi assistenziali dovuti per risolvere l'emergenza, di relazione d'aiuto verso i familiari e nel contempo attività di contenimento delle persone non coinvolte.
4. Coinvolgimento diretto dell'unità operativa di accoglimento, dovuta presentazione del caso ai professionisti competenti.
5. Assistenza durante il trasporto al paziente e coinvolgimento dei familiari all'arrivo in Pronto Soccorso.
6. Risolta l'emergenza, un momento d'incontro (*breafing*) dove l'*equipe* di soccorso si auto-analizza sugli interventi adottati, sulle emozioni sostenute, sugli imprevisti sopraggiunti e sul tempo impiegato.

7. Se emergono delle divergenze operative o conflitti nell'interpretazione dei ruoli, o ancora se ne deriva stress emotivo, tanto da identificarsi nelle vittime dell'evento, occorre intervenire con strategie di *debriefing*, di *defusing*, e di *coping*.
8. Se ciò non fosse sufficiente, bisogna agire preventivamente, per evitare lo scollamento del gruppo, con debita formazione che dovrà agire sulla sicurezza personale dell'operatore per ridurre al minimo le sue difficoltà emozionale con il coinvolgimento di una figura professionale che andrà ad analizzare tempi e modi di recupero individuale e del gruppo.

A prova di quanto ho esposto, presento come esempio due interviste:

- Di un'infermiera che ha vissuto un intenso stress emotionale familiare, mai (potenzialmente) rimosso, che al momento critico di un evento simile ha scatenato una forte depressione professionale, tale che il soggetto non è riuscito a sentirsi più all'altezza della sua attività, fino a cadere in patologie psicosomatiche.
- La seconda intervista è di un professionista coordinatore che non trovava gratificazione negli interventi di Rianimazione, perché troppo stressanti ed emotivamente negativi, tanto da non vedere mai una speranza di vita nell'attività che effettuava.

Questo a riprova che 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.

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

## CAPITOLO 1.

### EMERGENZA SANITARIA IN ITALIA

#### 1.1 DEFINIZIONE DI URGENZA/EMERGENZA

“URGENZA” è una condizione improvvisa di danno o di pericolo alle persone o alle cose, temporaneamente stabilizzata, tale per cui è indispensabile intervenire al più presto, ma nella quale c’è ancora, comunque, il tempo perché l’intervento venga eseguito secondo quella che è riconosciuta essere la procedura più corretta e rigorosa. Qualsiasi indugio eccessivo, tuttavia, espone al pericolo che l’“urgenza” si trasformi in “emergenza”.

“EMERGENZA”, infatti, è una condizione improvvisa ed evolutiva di pericolo o di danno alle persone o alle cose, per cui solo l’intervento immediato può scongiurare un ulteriore aggravamento della situazione o l’insorgenza di conseguenze irreparabili. In pratica, l’emergenza è un evento tale per cui, per quanto rapidamente si intervenga, è ormai sempre troppo tardi ed il fine immediato dell’azione deve essere quello di trasformare l’emergenza in urgenza.

La tempestività di richiesta in una situazione di questo tipo, generalmente, non offre il tempo e la possibilità di mettere a punto un servizio adeguato comportando, di conseguenza, un grosso carico di stress.

In definitiva la parola “Emergenza” fa pensare ad un dato situazionale, mentre il termine “Urgenza” è più spesso riferito alle valenze temporali di una richiesta o di una risposta: spesso, tuttavia, i due termini sono considerati sinonimi, indicativi entrambi di una situazione imprevista che richiede una risposta immediata, tanto in campo sociale quanto in quello medico, psichiatrico e psicologico.

Nel settore sanitario inerente l’organizzazione delle aree critiche e, nello specifico, nei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione e in sede di *triage*, il processo di selezione e di cernita, che permette di dividere i pazienti in categorie di priorità per le cure, in base alla gravità delle condizioni cliniche da essi riportate, l’urgenza e l’emergenza corrispondono a due codici di classificazione, rispettivamente il giallo e il rosso che, a loro volta, definiscono tempi di attesa per l’intervento diversi. ( De Felice, Colannino, 2003)

## 1.2 *COMPETENZE E RESPONSABILITA' DELL'INFERMIERE DEL 118*

Negli ultimi dieci anni abbiamo assistito a profonde mutazioni all'interno del panorama sanitario: abbiamo visto nascere aziende ospedaliere che, come qualsiasi azienda qualitativamente competitiva, si sono avvalse delle più recenti strategie di mercato; sono stati introdotti concetti nuovi come la qualità dei servizi resi nell'ambito del SSN, (Servizio-Sanitario-Nazionale) l'accreditamento e la valutazione, e la revisione della qualità (VRQ), che permette di misurare il livello di qualità raggiunto, poiché l'obiettivo principale dell'odierno SSN è di garantire assistenza a tutti cittadini (come da art. 32 della Costituzione), ma soprattutto di qualità elevata.

Tutto ciò è avvenuto di pari passo con l'evoluzione della professione infermieristica: infatti abbiamo assistito all'istituzione del Diploma Universitario, all'approvazione del nuovo profilo professionale, all'abolizione del Mansionario, fino ad arrivare all'istituzione della Laurea in Scienze Infermieristiche e di Master per la formazione complementare, a dimostrazione che anche la professione infermieristica è un processo evolutivo dinamico.

Questi cambiamenti portano l'Infermiere sempre più verso la professionalità e la complementarietà con la funzione medica, per il fine comune che è la cura della persona nella sua totalità.

Nell'Emergenza il ruolo dell'Infermiere e l'istituzione del numero unico 118, in base al DPR del 27/03/1992 definito "decreto 118", hanno subito un profondo cambiamento.

*L'articolo 4 comma 2 così recita:*

“ La Centrale operativa è attiva 24 ore al giorno e si avvale di Personale Infermieristico *adeguatamente addestrato*, nonché di competenze mediche di appoggio. La responsabilità operativa è affidata al Personale Infermieristico della Centrale, nell'ambito dei protocolli decisi dal Medico responsabile della Centrale operativa.”

Infatti l'assistenza al Paziente non inizia dal suo accesso in Pronto Soccorso, ma dal momento della richiesta di aiuto al numero 118.

Questo però impone all'Infermiere di specializzarsi al fine di acquisire “delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che gli permettono di fornire prestazioni infermieristiche competenti nelle cinque aree previste” tra le quali spicca l'Area Critica – come dal *profilo dell'Infermiere D.M. Sanità n°739/94* che recita: “L'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca, al fine di migliorare la sua competenza”.

L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze valide e aggiornate, tali da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficace [...] “*art. 3 del Codice Deontologico dell’Infermiere*”.

Infatti, non c'è posto per l'improvvisazione, vista l'evoluzione continua nell'approccio al paziente critico: si fa riferimento ai passaggi dello *scoop and run* (cioè prendi il paziente sul territorio e portalo subito in ospedale), allo *stay and play* (cioè resta sul territorio a stabilizzarlo), cambiamenti motivati dal tentativo di diminuire la mortalità e gli esiti invalidanti nella prima ora, dopo l'evento (*golden hour* = ora d'oro), incidendo sull'intervallo di tempo in cui la vittima rimane senza terapia – *therapy free interval*.

La distinzione fra i professionisti non è data semplicemente dal titolo acquisito, ma viene determinata da una serie ulteriore di caratteristiche che sono fondamentali per l'Infermiere di Area Critica.

*Queste caratteristiche sono individuate in:*

1. PREPARAZIONE SPECIFICA
2. ESPERIENZA
3. PROFESSIONALITA'
4. DINAMICITA' INTELLETTUALE

#### PREPARAZIONE SPECIFICA

Il professionista deve acquisire, attraverso corsi specifici, tecniche e metodiche comportamentali tale che gli permettano la padronanza in regime d'urgenza.

*Per tecniche s'intendono:*

- BLS* (Basic Life Support) cioè sostegno delle funzioni vitali di base, mediante Rianimazione Cardio-Polmonare e cerebrale nelle 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 arresto cardiaco;
- PHTLS* dove si acquisiscono le tecniche per la gestione, immobilizzazione e assistenza del paziente traumatizzato;
- Conoscenze approfondite sulla metodica del *triage* extra e intraospedaliero;
- Profonda conoscenza e abilità nella gestione e impiego delle tecnologie.

*Per metodiche comportamentali s'intendono:*

1. Gestione dell'emotività
2. Comunicabilità
3. Prevenzione della sindrome del Soccorritore e della sindrome da *Burn-out* (ciò dimostra che anche nell'Area Critica l'aspetto relazionale ed educativo è Fondamentale, come indicato dal profilo dell'Infermiere).

Chiaramente questi corsi devono:

- avere una verifica semestrale, visto che le vere emergenze vanno dall'1% al 3% della totalità delle richieste di soccorso;
- devono essere effettuati prima, e non dopo l'inserimento presso il servizio di 118.

Inoltre l'organizzazione del servizio d'emergenza dovrebbe prevedere il lavoro *d'equipe*, multidisciplinare, basato sulla discussione *critico – costruttiva* dei casi e sulla ricerca per un miglioramento continuo degli standard assistenziali.

Una *equipe* di persone preparate, a tutti i livelli, aumenta il grado di assistenza e di immagine dell'Azienda, per cui quest'ultima dovrebbe farsene carico mediante l'organizzazione di questi corsi obbligatori con verifica finale.

## ESPERIENZA

Questa caratteristica è intesa come una acquisizione diretta, teorico/pratica di nozioni che permettono all'Infermiere che opera nel settore emergenza sia la veloce valutazione dello stato di gravità del paziente, sia l'assistenza mirata al problema.

L'esperienza chiaramente si acquisisce sul campo, ma la vera esperienza non è tanto l'assistenza meccanica a un numero infinito di pazienti, caratteristica anche questa importante, quanto la pianificazione dell'assistenza mirata e soggettiva, nonché la ricerca.

## PROFESSIONALITA'

“Se si vuole governare, amministrare, negoziare un determinato bene è necessario conoscerlo nella sua sostanza e nella sua forma...”

Questo bene è la professionalità di ognuno: grazie alla propria professionalità si può identificare un ruolo e riconoscersi in esso.

Questa qualità non si acquisisce solo tramite un titolo, come altre, ma è una caratteristica personale 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, sapere scegliere.

*“Il ruolo è un modello di comportamento caratterizzato dall'insieme di alcune caratteristiche personali, quindi individuali, e di influenze esterne, ambientali, organizzative, vincoli e opportunità, che in un dato momento, più o meno lungo della vita di ognuno, si integrano e interagiscono consentendo di identificare nell'individuo colui o colei che può, deve e sa svolgere una specifica attività in una specifica organizzazione o ambito lavorativo”.* (Massei M.A., 1997).

Il ruolo non è solo la capacità di svolgere o la prescrizione a svolgere meccanicamente un insieme di compiti o mansioni per i quali un dato individuo è preposto. E' la capacità di rapportarsi ad essi, di riconoscerne l'importanza; di esercitare un potere su di essi. Un potere decisionale, discriminante, critico.

Il ruolo si riconosce quando è chiara la consapevolezza che determinate attività possono essere svolte da chi possiede gli elementi che lo caratterizzano per quel ruolo.

Particolare riguardo, quindi, all'infermiere che opera nell'ambito dell'area critica, in quanto deve avere la capacità di analizzare ed intraprendere in modo sistematico la situazione assistenziale anche in situazioni di stress.

Infatti spesso egli si trova a dover prendere decisioni, a organizzare ed agire in regime di urgenza con limitate risorse.

Non c'è dubbio che ogni ruolo deve essere poi ben integrato all'interno di un gruppo, soprattutto quando si parla di un'organizzazione come l'Area Critica, dove vengono chiamate in campo tutte le risorse disponibili per costituire i cosiddetti gruppi operativi organizzati, ovvero *l'equipe*. A queste forze viene richiesta la massima esplicitazione di determinati requisiti, come appunto la professionalità, la capacità di riconoscere il proprio spazio d'azione, la propria posizione nel gruppo, un mix di capacità nello svolgere compiti

tecnico – pratici non innovativi (operatività), la conoscenza applicata di mestiere (specializzazione), discrezionalità decisoria sull'uso delle risorse (gestionalità–autonomia) ed infine avere una buona capacità di adattamento e di relazione.

#### DINAMICITA' INTELLETTUALE

E' una delle caratteristiche necessarie al personale che opera nell'emergenza, soprattutto quella extraterritoriale, perché ogni intervento, per quanto simile, non sarà mai corrispondente ad essa, anche se a parità di codice e patologia.

Infatti il fattore che entra in gioco è la situazione in cui si è venuto a creare l'evento stesso. Determinanti sono le linee guida e i protocolli interni alla Centrale Operativa/Pronto Soccorso, a cui il personale sanitario deve fare riferimento e per pianificare l'assistenza migliore da applicare alla realtà in cui si trova.

Alla luce di queste considerazioni si deduce che l'Infermiere oggi è un professionista sicuramente più qualificato, ma anche soggetto a livelli di stress altissimo perché più esposto dal punto di vista emozionale.

Come tutti coloro che svolgono *helping professions*, anche gli Infermieri sono investiti da pressione emotiva continua che, sommandosi a carichi di lavoro eccessivi, si traduce in fattori di stress continuo.

Nonostante l'alto livello di preparazione degli operatori, i risultati, nel settore dell'emergenza non sono sempre quelli sperati: basti pensare che la sopravvivenza Cardio-Polmonare-Cerebrale (RCPC) è tra il 3% e il 20% nelle Rianimazioni; ciò significa che anche nella migliore realtà e condizione, 4 volte su 5 falliscono nel loro intento.

Un tentativo di RCPC è una manovra molto faticosa, che lascia nei soccorritori un senso profondo di stanchezza e, a maggior ragione, se questa non riesce può dar origine a turbe psicologiche persistenti. Alcuni interventi sono particolarmente stressanti e tendono a causare disturbi che possono protrarsi nel tempo, soprattutto nei casi in cui rimangono coinvolte persone giovani o in incidenti con gravi traumi.

Da ciò si evince che per gli Infermieri operanti in area critica lo *stress* è correlato allo sforzo fisico, alla difficoltà, alla gravità delle scelte richieste e alla valutazione della realtà concomitante ad elevato rischio per il paziente. Devono essere fatte scelte rapide da cui dipende la sopravvivenza del paziente, le responsabilità e i rischi sono elevati e, data la difficoltà degli interventi, spesso gli insuccessi sono proporzionali alle frustrazioni, mentre

le gratificazioni sono di gran lunga inferiori all'impegno richiesto. Situazioni di questo tipo protratte nel tempo portano ad una percezione di fragilità e di insicurezza, ad una diminuzione delle difese interiori e ad una errata interpretazione della realtà circostante, quindi a situazioni rischiose per gli interventi in emergenza.

I professionisti che operano in ambienti dove il contatto con la malattia e la morte è continuo, sono esposti a fattori di *stress* elevato: inoltre, sono costretti a sovraccarichi di lavoro, non percepiscono salari adeguati e non hanno possibilità di carriera. In queste situazioni il rischio che insorga la "sindrome di *Burn-out*" è molto elevata.

Per "sindrome di *Burn-out*" s'intende uno stato di disagio determinato da stress lavorativo esso costituisce una reazione di difesa, attivata da chi percepisce il lavoro come situazione stressante e non ha a disposizione mezzi e risorse adeguati per fronteggiare e gestire la tensione emozionale. (Freudemberger, 1974).

Quindi è una sindrome da esaurimento emotivo, una reazione alla tensione emotiva cronica, creata dal contatto continuo con altri esseri umani, specie quando c'è sofferenza.

Allo stadio conclamato, il soggetto manifesta sintomi aspecifici come astenia, irrequietezza, nervosismo, apatia e insonnia; i sintomi somatici sono cefalee, riduzione ponderale, disturbi somatiformi, mentre quelli psicologici sono rabbia, aggressività, perdita della motivazione e dell'entusiasmo, indifferenza, cinismo verso la sofferenza, atteggiamento critico nei confronti dei colleghi. Per avviare a tale situazione, si deve evitare di ricorrere a false e facili soluzioni alternative, come cercare di dimenticare situazioni spiacevoli assumendo più alcool, cibo, psicofarmaci o aumentando il numero di sigarette fumate. E' importante, invece, cercare di prevenire seriamente l'insorgere di tale sindrome, curando maggiormente le relazioni familiari e sociali, i periodi di riposo, le abitudini di vita, regolando la quantità di sforzo fisico quotidiano ed i ritmi sonno-veglia. E' importante inoltre conoscere le caratteristiche organizzative della propria Unità Operativa, dove possibile, programmare eventuali cambiamenti, approfondire la propria preparazione tecnico-scientifica partecipando a corsi o ad esercitazioni e curare con attenzione la qualità delle relazioni.

La metodica che fino ad ora è risultata essere la più valida, è quella che permette di riesaminare analiticamente situazioni di rilevanza particolare: è il *DEBRIEFING*, parola di derivazione anglosassone che non trova esatto corrispondente nella traduzione in lingua italiana. Deriva dal verbo *to debrief*, che tradotto significa interrogare o chiedere rapporto

verbale (esempio al personale militare al ritorno da una missione). Nella pratica professionale consiste nell'effettuare revisione critica di un evento fallimentare o di una pratica che si è conclusa con successo, il che permette a tutti coloro che ne prendono parte di elaborare i propri sentimenti e preoccupazioni. Tale revisione dovrebbe essere eseguita dopo ogni manovra fallita o dopo ogni evento che ha avuto rilevanza particolare, e dovrebbero parteciparvi tutti coloro che vi hanno preso parte. Perché la pratica del *debriefing* abbia successo, è necessario che la revisione critica – analitica, avvenga il prima possibile, dopo l'evento, alla presenza di tutti i membri dell'*equipe*, all'interno della quale è stato individuato un *leader* (ad esempio un professionista più esperto), che sappia condurre la discussione per un'appropriata revisione critica dell'evento in analisi. Bisogna valutare attentamente la conduzione dell'emergenza, analizzare le singole manovre e permettere una conseguente discussione. E' utile chiedere raccomandazioni e suggerimenti da sfruttare in eventi futuri. Tutti devono poter esprimere i propri sentimenti: la gioia, la rabbia, l'ansia, ed i possibili sensi di colpa. Chi non può prendere parte al *debriefing* deve essere informato di quanto discusso e delle raccomandazioni che ne sono derivate. Nel caso in cui l'argomento in esame è una Rianimazione Cardio-Polmonare, sarebbe utile non solo discutere l'aspetto tecnico, ma anche quello umano ed etico di tale manovra che, data la sua importanza, dovrebbe essere tenuto in seria considerazione, non solo nella pratica quotidiana, ma anche durante l'addestramento. E' importante conoscere i nostri limiti, per evitare inutili accanimenti, che possono risultare avvilenti sia per i pazienti sia per i soccorritori. Infatti, il trattamento cardiaco è mirato ad agire su "cuori troppo giovani per morire", e non per curare "cuori troppo malati per vivere", perché l'unico risultato ottenibile è quello di prolungare inutilmente il processo di morte. Nel momento in cui si interrompe una Rianimazione Cardio-Polmonare, bisogna aver chiaramente presente la situazione che ne deriva, ed è importante sapere qual è il più idoneo comportamento da tenere. Qualora risulti necessario, è utile assicurarsi l'aiuto di uno psicologo, di un assistente sociale, di un sacerdote. Molte altre sarebbero le cose da tenere in seria considerazione: purtroppo però nessuno di noi ha un libretto d'istruzioni da sfogliare al momento del bisogno, occorre solo saper gestire le più svariate situazioni con professionalità ed eticità.

E' utile conoscere profondamente se stessi, saper gestire le proprie reazioni, saper creare la giusta distanza tra sé e l'altro, saper dare l'ordine giusto alle cose anche in situazioni di confusione estrema.

In conclusione, l'emergenza deve basarsi su una seria preparazione a tutti livelli.

La qualità dell'assistenza è determinata da una serie di fattori che interagiscono fra loro e sono: *motivazione, formazione e soprattutto un orientamento mentale verso la ricerca.*

In realtà l'aggiornamento, la conoscenza delle metodiche di base e avanzate, l'ottimizzazione delle risorse tecniche e umane, possono portare a migliori risultati in ambito ospedaliero, ma soprattutto nell'emergenza extraterritoriale.

## CAPITOLO 2.

### MATERIALI E METODI:

Questa ricerca è nata con lo scopo di rispondere al quesito «l'Infermiere è obbligato alla continua formazione e ad aggiornamenti, se vuole prevenire disagi emotivi, di fronte ad eventi stressanti, in situazioni d'emergenza».

Inizialmente mi sono orientato sui documenti fondamentali che ordinano la professione infermieristica e danno ragione della sua esistenza: Codice Deontologico, Profilo Professionale, Guida all'esercizio della professione di infermiere, che costituiscono tra l'altro materia di studio al terzo anno di corso. Si è rilevato molto utile anche il materiale relativo ad un seminario di studio tenutosi a Modena dal titolo “*Counselling dell'emergenza*” e alla giornata di studio sul tema “*Saper essere in emergenza*” tenutasi a Reggio Emilia, e il tirocinio svolto presso la sede del 118 dell'Azienda ospedaliera Carlo Poma di Mantova, che ha suscitato in me un vivo interesse sugli argomenti trattati riguardanti l'area dell'emergenza.

Oltre a questo ho utilizzato monografie sull'argomento che volevo trattare, anche se si tratta di un problema recente, di cui ancora si discute più a livello teorico che operativo: nonostante questo non ho avuto difficoltà a trovare una bibliografia di riferimento che potesse chiarire il significato di parole chiave, come l'acronimo *CISM* (*Critical Stress Management*) e *PTSD* (*Post traumatic stress disorder*), per riuscire poi successivamente a formulare una ricerca scientifica.

Per quanto riguarda la raccolta e soprattutto l'elaborazione di dati successiva alle informazioni, ho adottato le tecniche apprese a lezione durante il corso di “metodologia della ricerca infermieristica” tenuto dalla docente della sede di Mantova, professoressa Vilma Carra.

Ho compiuto un'approfondita ricerca bibliografica utilizzando due banche dati : *MEDLINE* e *CINAHL*.

In particolare all'interno del *MEDLINE* (che è un database bibliografico di scienze della vita e discipline biomediche che copre i campi della medicina, dell'infermieristica, della farmacologia e dell'odontoiatria) disponibile gratuitamente su Internet, ho consultato due sezioni: *Meshdatabae* e *PubMed*: la prima non ha prodotto risultati, mentre nella seconda ho individuato 94 riferimenti bibliografici completi di *abstract*, e con l'aiuto del

bibliotecario dell'ospedale "Carlo Poma" di Mantova sono riuscito a recuperare cinque articoli in versione integrale.

La banca dati internazionali riservata all'assistenza infermieristica, ovvero *CINAHL*, non è disponibile gratuitamente: con l'aiuto del bibliotecario, avendo agevolazioni dalla Regione, sono riuscito ad entrare e ho trovato tredici riferimenti bibliografici completi di *abstract*, ho recuperato anche qui sette articoli in versione integrale.

In principio ho utilizzato parole chiave come *Emergency, Coping, Counselling, Stress/Nurse*, ma non sortivano alcun risultato, pertanto ho deciso di eliminarle.

Tra tutti quelli che ho trovato ho analizzato dodici articoli, e dalla loro traduzione e analisi sono risalito ad una elaborazione di dati, al fine di individuare le informazioni realmente significative ed importanti, e scartare ciò che non era pertinente o rischiava di far deviare il progetto dal quesito iniziale.

Ma la maggior parte delle informazioni le ho trovate attraverso motori di ricerca e siti Internet sotto forma di ricerche e studi scientifici eseguiti da professionisti specializzati.

Inoltre ho preso anche diverse informazioni attraverso dispense e materiale bibliografico utili per valorizzare il mio progetto di tesi dai: *Vigili del fuoco della centrale operativa di Mantova*.

*Infine sono state eseguite due interviste:*

La prima ad un'infermiera che lavora presso la Centrale del 118 di Mantova e la seconda un infermiere-Coordiatore della Base di Elisoccorso di Parma che recentemente si è trasferito alla Centrale del 118 di Mantova.

Allo scopo di garantire la riservatezza, le interviste sono state condotte in forma anonima, con partecipazione volontaria dei soggetti contattati personalmente.

Gli operatori sono stati preventivamente informati sul tipo di indagine che sarebbe stata svolta. Le interviste, della durata media di cinquanta minuti, sono state audio-registrate, dopo aver ottenuto il consenso degli interessati, e successivamente trascritte integralmente.

Ho intervistato i due professionisti in due momenti diversi nella sala riunioni della Centrale Operativa del 118 di Mantova: la sala risultava idonea all'intervista perché lontana dalla *console* di attività e separata dai contesti di lavoro degli operatori che quotidianamente si attivano in Centrale, priva di rumori e di possibili interruzioni da parte di estranei.

Il clima di dialogo che si è generato tra me e gli intervistati è stato molto chiaro e aperto: sin dal primo momento mi sono posto in modo relazionale, come un discente aperto a raccogliere dei vissuti particolari, da dove potevo trarre materiale ma anche insegnamento. Siamo entrati in sala insieme, ci siamo posti in una situazione priva di barriere, le nostre sedie erano una in fianco all'altra, e questo ha permesso di ridurre l'intensità del mio rapporto verso l'intervistato. Ho iniziato con semplici domande, informandomi sullo stato di salute dell'intervistato e proseguendo con quesiti sulla sua formazione, scolastica e professionale, e vedevo che più chiedevo più si abbandonavano alla confidenza ed entravano in particolari sempre più intimi e precisi dei loro vissuti: capivo che avevo conquistato la loro fiducia, volevano farmi partecipe dei loro eventi stressanti e delle loro difficoltà incontrate. Cosa che volevo, per poter riuscire a tirar fuori le soluzioni ai quesiti del mio progetto di tesi.

Le interviste sono state eseguite come se gli intervistati fossero dei pazienti, quindi ho scelto di impostare le domande secondo lo schema della "raccolta dati" analizzando l'interessato nelle sue dinamicità individuali (come persona) e psicologiche (sfera emotiva prima e dopo l'evento critico stressante) e di conseguenza come hanno affrontato e/o come sono stati o meno aiutati a superare tale stress.

L'intervista è stata lo strumento che mi ha permesso di raccogliere i dati, e l'ho eseguita a domande aperte, riproponendo i quesiti della tesi.

Ho preso come modello di riferimento per iniziare il mio lavoro il "Processo Infermieristico": accertamento, diagnosi, pianificazione, attuazione e valutazione.

Prima di iniziare il Processo, lo strumento di accertamento (l'intervista) è stato testato dal coordinatore della Centrale Operativa del 118 di Mantova. Non è stato modificato e le domande da me impostate sono subito risultate comprensibili e mirate allo scopo.

Le domande riguardano:

- Esperienza lavorativa
- Istruzione, Formazione
- Sfera fisica e di Sviluppo
- Capacità e competenze professionali
- Capacità e competenze relazionali
- Capacità e competenze organizzative
- Capacità e competenze tecniche

- Sfera spirituale
- Sfera emotiva prima dell'evento stressante
- Sfera emotiva dopo l'evento stressante
- Descrizione dell'evento stressante
- Impatto fisico, relazionale, motivazionale, sociale che ha determinato l'evento stressante.
- Eventuali, se adottate e percepite, strategie di prevenzione dello stress e di *coping*, messe in atto dal gruppo professionale di appartenenza, aziendale e sociale.

## CAPITOLO 3

### EMOZIONI , STRESS

#### 3.1 DEFINIZIONE DI EMOZIONE

“Emozione” deriva dal latino *e – movere*, che significa smuovere, portare da dentro a fuori. Le emozioni sono delle reazioni psicofisiche che si attivano all’interno del corpo, nella mente di un individuo mentre recepisce, elabora e risponde a date situazioni ed eventi. Rappresentano un’esperienza soggettiva di una certa intensità, a cui seguono emozioni a livello vegetativo (fisiologico e viscerale), psichico e somatico. Le reazioni fisiologiche investono anche le funzioni vegetative, come la circolazione, la respirazione, la digestione e la tensione muscolare. Le reazioni viscerali si manifestano con una perdita momentanea del controllo neurovegetativo, con conseguente incapacità temporanea d’astrazione del contesto emozionale. Le reazioni psicologiche si manifestano come riduzione del controllo di sé, difficoltà ad articolare logicamente azioni e riflessioni, calo della capacità di metodo e di critica. Secondo la prospettiva evolutiva, l’emozione è una catena complessa di eventi, in cui cognizione, sensazione, e modificazione fisiologica possono essere sia il punto di inizio sia la fine della sequenza. L’interazione tra questi fattori può modificare la percezione della realtà esterna ed interna di un individuo. In letteratura sono state individuate dieci emozioni primarie: interesse-eccitazione, gioia-godimento; allarme-sorpresa; paura-terrore; vergogna-timidezza, colpa-rimorso, da cui derivano 64 emozioni attualmente riconosciute.

L’emozione è il punto di incontro fra il corpo e la mente, che veicola la rappresentazione mentale della realtà.

Un’emozione non è mai neutra, è sempre spiacevole o piacevole. E’ una funzione che ha origine da alcuni presupposti, che determinano la competenza emozionale della persona. Il primo presupposto, in ordine di importanza, è la capacità di riconoscere le emozioni.

○ *Anatomia e fisiologia dell'emozione:*

Da questo punto di vista nella seconda metà del secolo scorso sono emersi due approcci principali.

Nel primo cervello viene considerata una struttura stratificatasi nel corso dell'evoluzione filogenetica il sistema limbico, deputato all'elaborazione e all'espressione delle emozioni, compare, da un punto di vista filogenetico, nei mammiferi, mentre nei rettili non è presente. Questa struttura risulta estremamente complessa, in quanto presenta delle importanti connessioni sia con il sistema nervoso autonomo, sia con il sistema neuroendocrino.

Nella seconda ipotesi i due emisferi cerebrali avrebbero differenti compiti nell'elaborazione delle informazioni. Le ricerche che si muovono partendo dall'ipotesi della specializzazione emisferica, cercano di dimostrare che l'attività dell'emisfero destro è principalmente deputata all'elaborazione delle emozioni, mentre la sinistra alla elaborazione cognitiva.

Altri hanno individuato nell'emisfero destro una specializzazione all'elaborazione delle emozioni negative, in quello sinistro delle emozioni positive.

Nonostante queste ipotesi siano differenti sul piano anatomico, testimoniano lo sforzo nell'individuare le strutture coinvolte in questo processo.

Quello di cui si è certi è che, da un punto di vista funzionale, le emozioni attivano il sistema nervoso centrale, il sistema vegetativo e il sistema endocrino, rappresentano quindi uno dei processi psicofisiologici più complessi e interessanti. Il coinvolgimento di questi importanti sistemi è la dimostrazione di quanto le emozioni siano, in primo luogo, una risposta adattiva dell'organismo agli eventi ambientali, e anche per questo esse vengono considerate, su un piano psicologico, particolarmente rilevanti.

○ *Psico-fisiologia dell'emozione:*

Si è cercato di interpretare fenomeni emotivi su un piano psicofisiologico. In queste direzioni si è data molta importanza all'espressione del vissuto emozionale come regolatore dell'equilibrio psicofisiologico – fisiologico. In questa direzione la medicina psicosomatica ha iniziato ad indagare sul fenomeno in relazione alla malattia. Da un punto di vista psicosomatico, oggi si ritiene che la regolazione affettiva giochi un ruolo importante nell'insorgenza della malattia. Sinfeson (1972) ha coniato il termine Alessitimia (dal greco *A*=mancanza, *Lexis* = parola, *Thimos* = emozione) dall'osservazione

di pazienti psicosomatici che avevano disturbi nelle funzioni affettive e simboliche che determinavano uno stile comunicativo sterile e incolore. La caratteristica distintiva dell'alessitimico è di avere un pensiero letterale, utilitaristico, e particolarmente preoccupato dei minimi particolari degli eventi esterni. Cioè non riesce, o ha enormi difficoltà, a colorire attraverso il vissuto emotivo i suoi racconti.

○ *Intelligenza ed emozione:*

Fino a poco tempo fa il concetto di intelligenza considerava le abilità mentali principalmente identificabili nella dimensione cognitiva. I più diffusi test per misurare l'intelligenza utilizzati dall'inizio del secolo ad oggi, nonostante abbiano avuto un'evoluzione che tendesse a coinvolgere più facoltà intellettive, non hanno mai considerato il fenomeno del vissuto emozionale e l'esprimibilità di questo come elemento cruciale nello sviluppo dell'individuo. Recentemente è stato coniato il concetto di intelligenza emotiva che va a colmare questa lacuna. Oggi si è capito quanto la capacità di esprimere il vissuto emozionale attraverso tutti i canali di comunicazione, verbale e non, sia cruciale nell'equilibrio psicologico e conseguentemente come stabilizzatore del comportamento. Va sottolineato quanto le teorie psicoanalitiche, nei vari approcci al problema, abbiano sempre dato estrema importanza al vissuto emotivo come elemento cruciale nella vita di una persona, e inoltre cruciale nell'insorgenza della psicopatologia. Quindi possiamo dire che quando si parla di intelligenza, non si tiene solo conto delle abilità cognitive, ma anche delle abilità nell'esprimere il vissuto emozionale.

Quindi la problematica del vissuto emotivo deve essere penetrata nel linguaggio comune, questo per sottolineare l'emergere di un bisogno estremo di libertà emotiva, determinata anche dal fatto che si presta molta attenzione allo sviluppo cognitivo, trascurando e in alcuni casi reprimendo la sfera emotiva, che invece le ricerche recenti hanno dimostrato essere importante per la salute mentale.

### 3.2 LE ORIGINI DELLA CRISI EMOTIVA

Nell'ambito dell'emergenza si fa spesso riferimento al *Critical Incident Stress Management (CISM)* nonché agli "interventi sulla crisi": molto ampi, in questo ambito, sono i contributi della letteratura americana.

Definire il concetto di crisi è difficile, anche nella sua etimologia, (dal verbo greco "Krino": giudico, decido): essa indica una situazione in cui si presentano diverse prospettive ed opportunità da cogliere. Infatti, l'individuo si trova di fronte all'incertezza e deve recuperare tutte le sue risorse di creatività per superarla. (F. de Felice, C. Colannino, 2003). In genere si attribuiscono due significati al concetto di crisi: *uno negativo*, che la interpreta come una insorgenza improvvisa di fenomeni che disgregano un ordine preesistente, cioè un equilibrio omeostatico precedentemente raggiunto, e *l'altro positivo*, che denota una modificazione in senso benefico, una esigenza di crescita che pone le basi per il raggiungimento di un equilibrio più maturo.

In entrambi i casi, tuttavia, ci si riferisce ad un cambiamento repentino, che spinge proprio a "mettere in crisi" le varie e numerose modalità precedentemente collaudate di intervento, al fine di offrire soluzioni alternative ai problemi di coloro che si trovano, "dinnanzi ad un ostacolo insormontabile". (Caplan, 1964).

Da questi momenti l'individuo esce trasformato, dando origine ad una nuova soluzione o andando verso la decadenza.

L'evoluzione positiva avviene quando la persona riesce ad integrare i dati dell'esperienza critica nella continuità della vita ed è in grado di fare affidamento su di un più solido e funzionale sentimento di sicurezza. Dunque la crisi è intesa comunque come una fase di transizione, rappresenta un'alternativa fra rischi ed opportunità (De Felice 2000) ovvero un'occasione di cambiamento sia in positivo sia in negativo.

Il termine crisi richiede un'ulteriore specificazione, in quanto è comune parlare anche di crisi situazionali e di crisi evolutive, facendo riferimento ai cicli della vita e a particolari sindromi cliniche.

*Le Crisi Situazionali* sono eventi inattesi, per lo più quotidiani, che comportano una minaccia per la vita di chi ne è coinvolto: morte, malattie, incidenti, sequestri, rapine, stupri, disastri naturali, licenziamenti, divorzi, gravidanze indesiderate e quant'altro: s'interviene quando queste sono già in atto.

*Le Crisi Evolutive* sono associate a transizioni naturali dell'esistenza, generalmente prevedibili, e su cui si può operare anche in modo preventivo: sono spesso inevitabili nella vita di ognuno, riguardano il processo di crescita, la scolarità, l'adolescenza, il servizio militare, la maternità, la menopausa, il pensionamento, l'allontanamento dei figli e richiedono un cambiamento di ruolo, di attività, di immagine di sé, non sempre frustrante, a volte anche desiderabile.

Pertanto, sono tutti eventi per i quali è necessario analizzare il significato che essi rivestono per la persona minacciata, dal momento che i processi cognitivi mediano tra la situazione e la risposta soggettiva.

Una delle caratteristiche relative alle situazioni di crisi è il fattore tempo che è acuto e temporaneo: infatti in genere una crisi si risolve entro 4 – 6 settimane. Dopo questo periodo, una eventuale instabilità porta ad un nuovo equilibrio positivo o negativo. Per questo motivo la crisi può essere considerata come una risposta normale a circostanze anormali. Ciò che è evidente, in tali momenti, è l'incapacità del soggetto a mettere in atto le abituali strategie di *problem – solving* finalizzate a risolvere la situazione, per cui la tensione prodotta dall'influenza di un evento esterno aumenta in seguito all'inadeguatezza delle modalità di affrontarla, provocando un'ulteriore sensazione di inefficienza e di sconvolgimento emotivo.

Pertanto, una risoluzione positiva della crisi implica il ristabilimento di un equilibrio e una padronanza cognitiva, affettiva e comportamentale della situazione con lo sviluppo di nuove strategie di  *coping* per affrontare la realtà.

Questo processo costruttivo influisce positivamente sulla fiducia e l'autostima personale, sulla coesione dei gruppi, accrescendo altresì le risorse, anche esterne, per trattare futuri stress. (Francescato e Ghirelli, 1988).

### 3.3 TRAUMI EMOTIVI DELL'OPERATORE IN EMERGENZA

Il trauma emotivo o psichico è “un’emozione violenta capace di modificare in modo permanente la personalità di un individuo sensibilizzandolo alle successive analoghe esperienze emotive” (Pieron, 1951).

L’Infermiere nel suo contesto lavorativo è continuamente sottoposto a questo tipo di sollecitazioni che talvolta vanno a determinare l’insorgenza di stati emotivi, semplici o complessi, responsabili della diminuzione o addirittura della perdita di un equilibrio interiore indispensabile nella *performance* lavorativa.

In altre parole, il professionista investito dal proprio ruolo, tende a “dissociarsi” a scopo difensivo dai propri vissuti, esigenze, emozioni e paure senza accorgersi che queste, inevitabilmente ed inconsciamente, vanno ad intrecciarsi con la malattia stessa del proprio assistito.

Quindi ogni genere di relazione entra in gioco, in base ai vissuti: gli stati emotivi ed affettivi dei singoli individui che si relazionano tra loro; in alcuni casi questi stati d’animo possono trasformarsi in “traumi emotivi”.

Nella relazione d’aiuto le implicazioni emozionali, difficilmente controllabili, e non sempre positive, possono compromettere l’equilibrio psichico dell’aiutante generando in esso una sintomatologia psicosomatica con disturbi comportamentali quali depressione, stanchezza, irritabilità, insonnia, ansia, affaticamento eccessivo, isolamento, variabilità dell’umore, ecc...che possono durare nel tempo e sfociare in un vero e proprio stato di malattia.

Da tale “distacco emotivo” (che può avere carattere volontario o involontario per sottrarsi nell’immediatezza o successivamente a situazioni stressanti) si possono sviluppare come meccanismi di difesa l’indifferenza, il distacco, il cinismo, l’ostilità nei confronti delle persone con cui si lavora o che si assistono. Così facendo si ha l’illusione di costruirsi una sorta di “immunità” dalle malattie e dalla morte.

Questo effetto collaterale delle professioni d’aiuto, se non gestito, può a lungo andare produrre sequele psicologiche di forte disagio in grado di interferire non solo sulla sfera personale, ma anche su quella professionale, incidendo drasticamente sulla qualità del loro operato.

Il dato di fatto è che un operatore stressato non è nelle condizioni migliori per fornire, in una relazione d’aiuto, il giusto ed equilibrato apporto umano all’assistenza e potrebbe

risultare fortemente pericoloso per se stesso, per gli altri operatori e per gli utenti; allo stesso modo l'eccessivo coinvolgimento o il distacco impediscono di vivere serenamente. la propria professione, limitandola alla sola risposta tecnica dei bisogni fisici dell'ammalato, senza considerare la persona con cui ci si relaziona e le sue richieste inesprese (di sicurezza, di fiducia e altro...).

Quindi l'infermiere che opera in Area Critica è una sorta di “*superuomo*” in grado di controllare ogni tipo di emozione, che dimentica però che il contatto con questi eventi comporta un forte dispendio di energie mentali con conseguente logoramento psichico dell'operatore stesso. Quello dell'emergenza è generalmente considerato un settore altamente stressante e ad alto rischio di *burn-out*, poiché l'impegno fisico e psichico di ogni intervento non è né quantificabile né prevedibile dato che spesso richiede forti responsabilità con decisioni e valutazioni immediate; si possono poi associare all'imprevedibilità degli eventi esterni particolari stati d'animo dell'operatore che fanno sì che quest'ultimo viva l'evento in cui si trova ad operare in modo traumatico, rivivendo scene di vita vissuta in prima persona o che hanno coinvolto colleghi, amici o parenti.

### 3.4 DEFINIZIONE DI STRESS

Stress (dall'inglese: “sforzo”) in origine impiegato in ingegneria per indicare la tensione e lo sforzo cui è sottoposto un materiale rigido in condizioni di sollecitazioni: in italiano la parola specifica è “resilienza”.

Una prima definizione univoca del concetto di stress è stata concepita da Hans Selye negli anni Cinquanta. Il merito e l'importanza di questo psicologo sono quelli di aver inserito lo stress in una teoria generale dello sviluppo della malattia. Alla base della teoria vi sono la definizione di stress e la sindrome generale di adattamento.

Egli definisce lo stress come “risposta non specifica dell'organismo ad ogni richiesta effettuata su di esso”. Esso può essere prodotto da una gamma estremamente ampia di stimoli, denominati “*stressor*” che producono essenzialmente la medesima risposta biologica.

La sindrome generale di adattamento prevede tre fasi successive:

- fase di allarme: in cui predominano modificazioni di carattere biochimico – ormonale;
- fase di resistenza: in cui l'organismo si organizza anatomo-funzionalmente in senso

stabilmente difensivo;

- fase di esaurimento: per cui crollano le difese ed impera un'incapacità ad adattarsi ulteriormente agli *stressors*.

I processi fisiologici che si attivano in condizioni di stress operano lungo due vie:

la prima è quella costituita dall'ortosimpatico e dalla porzione midollare delle ghiandole surrenali. Grazie alla liberazione di adrenalina e noradrenalina (catecolamine) viene suscitata una risposta tale da farci affrontare l'evento in modo rapido e valido.

“Per l'azione delle catecolamine il cuore accelera la sua attività fornendo più sangue al cervello e ai muscoli; le arterie e le vene sottocutanee si restringono e il tempo di coagulazione del sangue si abbrevia allontanando il pericolo di un'emorragia profusa in caso di ferita; la respirazione diventa rapida, procurando più ossigeno; le mucose delle prime vie respiratorie si prosciugano, facilitando il tragitto dell'aria verso i polmoni; la sudorazione aumenta, rinfrescando il corpo; molti muscoli si tendono con forza, preparandosi ad un'azione rapida e vigorosa; la mente, per concludere, diventa molto vigile, afferrando ogni minimo indizio ed affinando tutte le capacità intellettive” (Farnè, 1999).

“La seconda via lungo la quale operano i processi fisiologici dello stress è la via endocrina. Essa è rappresentata soprattutto, ma non solo, dalla corteccia delle surrenali e dai suoi ormoni, i corticosteroidi, il principale dei quali è il cortisone.

Seyle ha chiamato questi ultimi, ormoni adattivi, perché ci aiutano ad adattarci agli stressori....” (Farnè, 1999).

Farnè parla di stress come una medaglia a due facce. Fino ad un certo livello, infatti, catecolamine e corticosteroidi danno un tono all'organismo e migliorano la qualità della vita, tanto che è stato coniato il termine “eustress”. Infatti un grado ottimale di stress migliora lo stato di salute, affina le capacità di concentrazione e di attenzione e la risoluzione creativa dei problemi. Un'attivazione eccessiva porta prima a periodi di sopportazione e resistenza, ed in seguito ad un periodo di esaurimento e logorio. Compaiono così dei campanelli d'allarme quali ansia, tensione psichica e muscolare....

Lo stato continuo di tensione con l'azione protratta ed intensa dei corticosteroidi porta alla caduta delle difese immunitarie e col tempo all'insorgenza di malattie.

Le ricerche dimostrano inoltre quanto la questione sia importante proprio per l'operatore: ogni stress lascia una ferita, e le riserve bruciate non vengono ricostituite. Pensiamo che il

riposo ripristini la situazione precedente, ma così non è; a proposito si pensi allora, per un soccorritore anziano, quanto logorio possa aver accumulato nelle sua fatica di lavoro.

Un aspetto interessante della reazione fisiologico–comportamentale integrata nell’uomo è dato dalla sua caratteristica associazione con il proprio vissuto emozionale; al di là delle componenti soggettive che accompagnano una particolare emozione, tale emozione include anche la tendenza ad agire in un certo modo.

Secondo Lazarus, un altro studioso che si è occupato dell’argomento, lo sviluppo di un’emozione è favorito dal processo di valutazione. (Brunner Suddarth, 2001)

La valutazione cognitiva, che comprende una valutazione primaria e una valutazione secondaria, è un processo in cui viene valutato un evento rispetto a cosa è stato promesso e a cosa può essere fatto. Al termine di una prima considerazione, la situazione viene definita stressante, cioè negativa, oppure non stressante, quindi positiva. Nella valutazione secondaria, si riflette su ciò che può essere fatto, per cui l’assegnazione di una colpa, di una responsabilità, ma anche la determinazione di prospettive future e di possibili strategie di *coping* personali, ovvero una valutazione di tipo economico in base ai rischi – benefici che una certa situazione può determinare.

Nel concreto, quindi, si può osservare che gli stimoli che raggiungono l’organismo vengono valutati cognitivamente, dal punto di vista del loro significato, prima di produrre una reazione emozionale. Il grado di stress che ne deriva è determinato proprio dal confronto fra cosa è stato promesso e cosa può essere fatto relativamente alla situazione.

Anche Thompson (1994) parla dello stress, in particolare suggerisce che lo stress sia una richiesta effettuata sulla nostra energia fisica o mentale, la maggior parte delle volte in maniera eccessiva. Questa definizione implica che lo stress diventi pericoloso quando esercita una pressione troppo forte; infatti esso è visto come il primo passo di un processo cronico e, a meno che non si verifichi un cambio di percorso, conduce l’individuo a confrontarsi con uno stato di esaurimento emotivo.

### 3.5 TRAUMI DA STRESS DELL'OPERATORE IN EMERGENZA

Per trauma da stress s'intende un'esperienza caratterizzata da questi elementi:

1. Un evento o eventi che hanno implicato morte, o minaccia di morte, grave lesioni, o una minaccia fisica propria o di altri;
2. Il comportamento della persona, in risposta alla presenza di paura intensa, sentimenti di impotenza e di orrore.

*Ne può conseguire un disturbo post-traumatico da stress (PTSD), caratterizzato dalla compresenza, per almeno un mese, di sintomi intrusivi, di esitamento e/o di ottundimento e di aumento arousal (attivazione psicologica) in seguito all'esposizione ad eventi traumatici.*

□ I sintomi *Intrusivi* più frequenti sono i seguenti:

1. Sogni o ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi dell'evento, che comprendono immagini, pensieri, o percezioni.
2. Agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando.
3. Disagio psicologico intenso o reattività psicologica intensa all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.

□ I sintomi di *Evitamento e/o di ottundimento* più frequenti sono i seguenti:

1. Sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate con il trauma.
2. Sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma.
3. Incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma.
4. Riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative.
5. Sentimenti di distacco o di estranietà verso gli altri.
6. Affettività ridotta.
7. Sentimenti di diminuzione delle prospettive future.

□ I sintomi di *Iperattivazione* maggiormente frequenti sono i seguenti:

1. Difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno.
2. Irritabilità o scoppi di collera.
3. Difficoltà a concentrarsi.
4. Ipervigilanza
5. Esagerate risposte di allarme.

Gli Operatori che lavorano in un contesto di emergenza che maggiormente risultano esposti a stress post – traumatico sono i seguenti: (Young et al, 2002).

- Personale medico ed Infermieristico.
- Personale delle ambulanze.
- Operatori di ricerca e salvataggio di superstiti.
- Operatori impegnati nel controllo degli incendi e della sicurezza.
- Medico legale con il suo staff.
- Forze dell'ordine.
- Militari.
- Volontari
- Giornalisti che operano sul luogo di incidenti e catastrofi.

Le situazioni di particolare rischio per il soccorritore sono le seguenti: (Cusano, Napoli, 2003; Young et al., 2002).

□ *Fattori di rischio oggettivi:*

- Eventi che comportano gravi danni per neonati e bambini.
- Eventi che coinvolgono molte persone (dall'incidente stradale al terremoto).
- Eventi che causano lesioni gravi, mutilazioni e deformazioni del corpo delle vittime.
- Eventi che causano la morte di colleghi.
- Fallimento di una missione di soccorso comportante la morte di una o più persone.
- La necessità di compiere scelte difficili e/o inadeguate al proprio ruolo operativo.
- La necessità di prendere decisioni importanti in tempi rapidissimi.

□ *Fattori di rischio soggettivi:*

- Tendenza eccessiva del soccorritore ad identificarsi con la vittima.
- Bisogno marcato del soccorritore di tenersi a distanza dalle vittime.
- Presenza di significative problematiche psicologiche del soccorritore e/o presenza di traumi pregressi non elaborati.
- Mancanza di idonee strategie per fronteggiare lo stress e/o mancanza di adeguate capacità di valutare la propria tolleranza allo stress.
- Scarsa conoscenza della normale risposta fisiologica e psicologica delle persone di fronte allo stress.
- Lesioni personali.

□ *Fattori di rischio legati all'organizzazione:*

- Ritmi di lavoro eccessivi.
- Inadeguatezze logistiche degli ambienti destinati ai soccorritori.
- Carenze nei processi di comunicazione.
- Conflitti interni all'organizzazione e tra soccorritori.
- Carenze nei processi di selezione e formazione degli operatori.
- Mancanza di programmi di supporto psicologico dei soccorritori.

Il *PTSD* è frequentemente, ma non necessariamente, preceduto dal Disturbo Acuto da Stress (*ASD*). Si tratta di un disturbo essenzialmente simile al *PTSD*, eccetto per il tempo di esistenza che lo caratterizza ( deve manifestarsi entro 4 settimane dall'evento e durare da un minimo di due giorni ad un massimo di un mese ) e per il fatto che deve presentare molti più sintomi dissociativi. In particolare, i sintomi dell'*ASD* più altamente correlati con il successivo sviluppo di *PTSD* sembrano essere l'ottundimento emotivo, l'agitazione motoria, la de-personalizzazione e la sensazione di rivivere l'esperienza traumatica.

Fra i più comuni disturbi dissociativi dell'*ASD* si segnalano i seguenti:

1. Sensazione soggettività di insensibilità, distacco o assenza di reattività emozionale.
2. Riduzione della consapevolezza dell'ambiente circostante (rimanere storditi).
3. De-realizzazione.
4. De-personalizzazione.
5. Amnesia dissociativa

Il *PTSD* E l'*ASD* sono tipicamente associati ad esperienze particolarmente traumatiche, anche croniche, nel Personale d'Intervento in situazioni di soccorso e di emergenza, ma non sono probabilmente i disturbi post – traumatici maggiormente frequenti in questo tipo di popolazione.

*Disturbi dell'Adattamento*, invece sono maggiormente frequenti, sebbene meno gravi sul piano sintomatologico.

In realtà sono molto insidiosi perchè possono essere più facilmente nascosti e camuffati, e magari non essere pienamente compresi anche dagli Operatori stessi, portandoli a trascurare il disagio e quindi ad aggravare i problemi in essere. La caratteristica fondamentale dei disturbi dell'adattamento è lo sviluppo di sintomi emotivi o

comportamentali successivi all'esposizione ad uno o più eventi stressanti (anche traumatici) chiaramente identificabili.

Tali sintomi devono verificarsi entro tre mesi dall'esposizione dall'evento e devono risolversi entro 6 mesi dalla cessazione del fattore stressante o delle sue conseguenze. I sintomi principali possono essere problemi di ansia, depressione, impulsività, ritiro sociale, lamentele fisiche e in generale, *tutti i sintomi del PTSD e dell'ASD* ma non tali per intensità, durata o numero da soddisfare una loro diagnosi.

*La malattia viene così definita:*

- *acuta (ASD):* se la durata dei sintomi è inferiore a tre mesi.
- *Cronica (PTSD):* se la durata dei sintomi è superiore a tre mesi.
- *Ad insorgenza ritardata:* se i sintomi iniziano almeno sei mesi dopo l'evento.

Infine, devono essere segnalati tutta una serie di sintomi e problematiche psicologiche che difficilmente possono essere indicati con una diagnosi che li rappresenti esaustivamente, ma non da meno questi si rilevano come problematiche che con maggior frequenza si verificano tra gli Operatori dell'emergenza, siano essi professionisti o volontari, sono:

- Livelli di iperattivazione costante, con irritabilità, aggressività, difficoltà a rilassarsi, tensioni con familiari ed amici, insonnia o sonno poco riposante, disturbi gastrointestinali;
- Stanchezza cronica o apatia;
- Sensi di colpa ingiustificati;
- Calo di appetito o iperfagia;
- Calo della libido e disturbi sessuali;
- Cinismo e senso di inutilità del proprio lavoro e della propria vita;
- Abuso di sostanza ( Farmaci, Alcool, Stupefacenti )
- Sentimenti di estraneità dalla vita "normale" e sensazione che l'unica dimensione all'interno della quale ci si sente adeguati sia quella dell'emergenza, eventualmente unita alla volontà di eroismo a tutti i costi.

### 3.6 PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA ED I SUOI INTERVENTI

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 gli eventi critici. Oggetto di studio e di intervento di questa disciplina sono tanto il singolo individuo di cui tende a ripristinare e a 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. Il livello di intervento si articola nei seguenti ambiti: quello delle emergenze individuali

- quello delle emergenze collettive o di massa
- studio o trattamento del trauma psichico, inteso come stato conseguente ad uno o più eventi, interni o esterni, che hanno colpito la persona.

Gli eventi critici collettivi comportano sempre, infatti, molteplici situazioni di vittimizzazione a cui corrispondono altrettante tipologie di vittime:

- *Vittime di primo tipo*: rappresentate dalle persone che hanno subito direttamente l'evento critico;
- *Vittime di secondo tipo*: rappresentate da parenti delle vittime di primo livello;
- *Vittime di terzo tipo*: rappresentate dai soccorritori, professionisti e volontari, chiamati ad intervenire sulla scena dell'evento traumatico, che a volte riportano danni psichici per la traumaticità della situazione a cui devono far fronte;
- *Vittime di quarto tipo*: la comunità coinvolta nel disastro e che in qualche modo ne è eventualmente responsabile;
- *Vittime di quinto tipo*: individui il cui equilibrio psichico è tale che, anche se non sono coinvolti direttamente nel disastro, possono reagire con un disturbo emozionale;
- *Vittime di sesto tipo*: persone che, per un diverso concorso di circostanze, avrebbero potuto essere loro stessi vittime del primo tipo, o che hanno spinto altri nella situazione della calamità, o che si sentono coinvolti altri modi indiretti.

La psicologia dell'emergenza si occupa delle situazioni critiche prima che si verifichino, durante il loro svolgimento e dopo la loro conclusione, con le seguenti differenti finalità:

- *Prima che si verifichino*: l'intervento è volto a preparare le persone a rischio a fronteggiare gli eventi che si prevede possano accadere;
- *Durante il loro svolgimento*: l'azione mira ad attuare interventi di pronto soccorso psichico volti al sostegno dell'io della persona coinvolta;
- *Dopo che si sono verificate*: l'attività è volta a ridurre o superare i danni psicologici riportati dalle vittime attraverso interventi di riabilitazione del loro quadro psichico;

“Quando l'evento critico si verifica noi ci sentiamo *vulnerabili ed imponenti* (mancanza di controllo). Dobbiamo però accettarlo ed imparare a convivervi, ed usare questa vulnerabilità in modo positivo, significativo e produttivo per noi stessi e per gli altri”.

*L'evento traumatico* è “Qualsiasi situazione che provochi un senso opprimente di vulnerabilità o di perdita di controllo.” e “Qualsiasi situazione che porta le persone a provare emozioni particolarmente forti, tali da interferire con le loro capacità di funzionare sia al momento che in seguito.” (Giannantonio M., 2005)

#### *Come interviene la psicologia dell'emergenza*

L'intervento psicologico nell'emergenza degli operatori avviene in *setting* non strutturati. Da qui la certezza che non sia sufficiente prestare un servizio circoscritto all'emergenza, ma sia necessario coinvolgere figure professionali adeguatamente preparate a sostenere e accompagnare chiunque sia a rischio verso la ricostruzione.

Le tecniche di intervento in emergenza possono essere di notevole aiuto per prevenire e curare i disturbi post – traumatici da stress, il disagio psichico, il malessere esistenziale e psicosomatico ed altre espressioni di sofferenza, che per il fatto di essere progressivi e invalidanti determinano un marcato effetto destabilizzante sia del modo di essere, di sentire e di agire del soggetto sia della sua capacità di far fronte alle richieste della vita.

Quello che si intende perseguire con l'intervento della psicologia dell'emergenza è di prevenire il disagio psichico, e lì dove è già esistente, assistere e supportare psicologicamente tutte le vittime coinvolte in forti eventi traumatici.

*Gli obiettivi di queste tecniche sono:*

- Ri – narrare la storia personale ricordando e modificando la propria storia e i propri ricordi, fino ad arrivare a integrare l'esperienza traumatica, cercando di dare un senso di controllo e un significato agli eventi vissuti.
- Esporre le persone a stimoli e situazioni traumatiche in modo graduale e strutturato, e con un elevato sostegno psicologico.
- Esaminare le credenze, i valori, le opinioni delle persone che dopo aver subito un grave trauma legato a situazioni di emergenza si sono in qualche modo destrutturate e sono fortemente influenzate da sentimenti come rabbia, sensi di colpa, disperazione, disorientamento.
- Esaminare e rivalutare le risorse personali, dopo aver vissuto esperienze drammatiche, facendo riemergere nuova autostima e nuova fiducia in se stessi e negli altri, rafforzando le relazioni personali e cercando supporti di rete sociale.

○ *Le Tecniche di intervento in Emergenza sono:*

Il *CISM (Critical Incidental Stress Management* – Gestione dello stress da incidenti / eventi critici).

E' un programma globale e sistematico per l'attenuazione dello stress legato ad eventi critici. Esso affronta le situazioni del momento, dovute all'evento critico e non le situazioni personali, a meno che queste non emergano. *Il CISM* può essere applicato in caso di crisi sia a gruppi di vittime sia a soccorritori ad alto rischio.

Si compone di sette elementi chiave:

- Istruzione / Immunizzazione prima dell'incidente.
- Smobilitazione.
- Intervento individuale durante la Crisi.
- *Defusing*.
- *Debriefing* per lo stress da eventi critici (*CISD*).
- Sostegno familiare .

Le tecniche di intervento di cui si avvale il *CISM* sono il *defusing* e il *debriefing*:

- *Il defusing* è una tecnica di pronto soccorso emotivo. Si tratta di un intervento breve che dura circa 20 – 40 minuti e che viene organizzato per un gruppo di circa 6 – 8 persone. Essendo una tecnica di gestione dello stress da evento critico, viene utilizzata “a caldo” e cioè subito dopo l’evento critico. Serve essenzialmente per ridurre il senso di isolamento e di impotenza attenuando le reazioni intense e angosciose provocate dall’evento del trauma, e per aiutare il gruppo a ritornare a una sorta di normalità, fornendo soluzioni a breve termine per il recupero della loro funzionalità. Le vittime vengono immediatamente portate in un luogo sicuro e inserite in gruppi diversi, ma omogenei tra loro, ove rimangono per circa un’ora con gli addetti alla salute mentale. Il gruppo è presieduto da due conduttori, di cui almeno uno è uno psicologo/psicoterapeuta. Attraverso la condivisione verbale e non dell’esperienza appena vissuta, si cerca di ridurre almeno parzialmente la tensione e lo stress traumatico.

E’ strutturato in tre fasi:

1. *Introduzione*: i conduttori si presentano e spiegano il motivo dell’incontro fissando delle regole che garantiscono la riservatezza delle informazioni.
2. *Fase Esplorativa*: momento in cui viene chiesto al gruppo di discutere delle emergenze e di condividere le reazioni e le emozioni vissute
3. *Fase Informativa*: utile a normalizzare le esperienze/reazioni e a ridurre lo stress.

Prima di congedare il gruppo, i conduttori effettuano dei commenti riassuntivi e distribuiscono un foglio con le istruzioni /informazioni più utili a gestire il momento difficile.

- *Il Debriefing o Critical Incident Stress Debriefing (CISD)*:

Anche questa è una tecnica di Pronto Soccorso emotivo.

Si tratta di un incontro più strutturato del *defusing* e ad esso successivo, organizzato anche per il singolo ma più specificamente per il gruppo (20 – 25 persone), la durata varia dalle due alle tre ore. Il *debriefing* offre alle persone la possibilità di esternare e confrontare con altri i propri pensieri, ricordi ed emozioni più disturbanti in modo tale da comprenderli, normalizzarli e integrarli. L’intervento di *debriefing* dovrebbe aver luogo 24 – 76 ore dopo l’evento critico ed ha lo scopo di ridurre l’impatto emotivo dell’evento critico, di contenere le reazioni, di favorire il recupero, di combattere le

convinzioni erranee, evitare le conseguenze negative future, istruire e rassicurare.

E' strutturato in sette fasi:

1. *Fase dell'introduzione*
2. *Fase del Fatto*: il gruppo viene invitato ad esporre i fatti e il ruolo avuto nell'incidente.
3. *Fase del pensiero*: rassegna dei pensieri negativi espressi nel gruppo.
4. *Fase della reazione*: descrivere gli aspetti dell'evento che hanno provocato determinato maggior malessere. Condividere le sensazioni provate durante l'incidente e quelle che si provano in quel momento.
5. *Fase dei Sintomi*: vengono descritti i sintomi fisici e psichici vissuti durante il momento traumatico, immediatamente dopo e al momento attuale. Così facendo si riporta il gruppo dai contenuti emotivi ai contenuti più vicini ad un orientamento cognitivo.
6. *Fase della Formazione*: i conduttori forniscono consigli utili alla gestione dello stato di stress emozionale e insegnano loro tecniche di distensione psicofisica per facilitare il recupero dell'equilibrio psichico.
7. *Fase del reinserimento*: si forniscono le ultime informazioni utili dopo aver fatto una sintesi ricapitolati a dei punti salienti trattati, al fine di aiutare le persone a reinserirsi nelle funzioni quotidiane.

Dopo aver congedato il gruppo, la squadra di *debriefing* si riunisce sempre, per aver un incontro (riunione post-*debriefing*) finalizzato a trarne insegnamenti ed ad accertarsi che tutti i membri della squadra stiano bene. Il *follow-up* è un momento successivo di verifica del lavoro svolto finalizzato ad accertarsi che le cose stanno procedendo nel modo migliore.

## CAPITOLO 4

### PREVENZIONE ATTRAVERSO LA FORMAZIONE

#### 4.1 PREVENZIONE E CURA IN EMERGENZA

Gli eventi traumatici sono presenti in gran numero nella vita di tutti i giorni, ecco perchè anche qui, come in altri settori dell'educazione sanitaria, vale la regola del "prevenire è meglio che curare".

La prevenzione nel campo della salute mentale verso le vittime di eventi stressanti e provvedendo all'assistenza psicologica in caso di emergenza, si distingue in:

- *Prevenzione primaria*: come attività di organizzazione salutare del contesto lavorativo e di formazione svolta in tempi di non emergenza, tesa a sensibilizzare e a far conoscere non solo i rischi psicologici del soccorso, come lo stress, ma anche le risorse umane naturali e difensive di ogni professionista, gli aspetti relazionali e motivazionali.
- *Prevenzione secondaria*: come supporto psicologico di base dopo eventi critici e ad elevato impatto emotivo, con incontri di sostegno di gruppo ed individuali.
- *Prevenzione terziaria*: Come attività di assistenza psichiatrica e psicoterapeutica finalizzata alla comprensione del disagio/disturbo presentato ed alla sua risoluzione.

Quindi le principali strategie per attuare un buona prevenzione possono essere:

□ *Strategie generali*:

- Selezione adeguata del personale;
- Ritmi di lavoro che consentano un adeguato riposo;
- Riduzioni al minimo delle tensioni comunicative e politiche all'interno dell'organizzazione;

□ *Strategie rivolte a piccoli o a grandi gruppi*:

- Spiegazione agli operatori delle modalità di manifestazione più tipiche dello stress legato a lavori in contesto di emergenza, al fine di non trascurarle;
- Insegnamento di semplici e rapide tecniche di rilassamento;
- Utilizzazione di strategie di *defusing* e *debriefing* (Salomon, Macy, 2003) per gli eventi critici rivolte con regolarità agli operatori, al fine di consentire un'adeguata condivisione tra colleghi delle tensioni emotive connesse al proprio operato. Si tratta di specifici gruppi di discussione strutturati e coordinati da un esperto nella gestione degli eventi critici che

contribuiscono a ridurre l'impatto emotivo delle esperienze con le quali ci si è confrontati. Interventi di questo tipo sono stati utilizzati recentemente, ad esempio con il personale coinvolto nel soccorso in occasione dell'attentato alle torri gemelle di New York.

□ *Interventi psicoterapeutici:*

Sono state create specifiche strategie di intervento psicoterapeutico per intervenire sull'operatore rimasto altamente coinvolto dagli eventi stressanti e/o nel caso in cui esperienze in emergenza avessero destabilizzato un equilibrio psicologico precario. A questo scopo, la psicoterapia ipnotica, l'*EMDR (Eye Movement Desensitization and- Reprocessing)* e alcune strategie cognitivo – comportamentali hanno dimostrato una buona efficacia.

#### 4.2 FORMAZIONE IN EMERGENZA

Tutti gli operatori impegnati nelle *helping professions* (persone che operano nel campo del supporto come medici, infermieri, psicologi), sono figure sottoposte a *stressor* in quanto instaurano una relazione di aiuto con la vittima. La figura del soccorritore, la figura della vittima, e infine l'angoscia da parte di entrambi: quella del sopravvissuto e quella del soccorritore, che ha il compito di aiutare gli altri imponendosi di negare o ritardare la proprie emozioni. L'espressione di tali sentimenti si manifesterà nei giorni successivi oscillando da disperazione a rabbia, da gratificazione a senso di inadeguatezza.

Durante l'intervento in situazioni di urgenza-emergenza, il volontario manifesta la sua solidarietà e il suo sostegno con l'ascolto: tuttavia questo può rivelarsi disumanizzante; quindi i volontari devono essere preparati per tutto ciò che riguarda i comportamenti umani nelle situazioni di crisi:

- capire le reazioni della gente;
- stabilire il contatto, comunicare, sostenere e guidare coloro che ne hanno bisogno;
- conoscere i fattori fisici e psicologici che generano tensioni e quindi le reazioni degli individui e dei gruppi in situazioni di tensione;
- attuare un sostegno psicologico alle vittime e al personale di soccorso;

I volontari devono applicare i principi e le tecniche basilari dell'attività sociale:

- accettazione;
- ascolto, osservazione e comprensione;
- condurre una conversazione;
- stabilire un semplice rapporto;
- comprendere i bisogni particolari delle persone che necessitano di un aiuto;
- indirizzare al momento giusto una persona verso una figura come l'assistente sociale o lo psicologo.

Il trauma psichico, come detto precedentemente, può colpire tutte le persone coinvolte indirettamente, come i soccorritori. Questi ultimi, volontari o professionisti, possono, in effetti, percepire il loro intervento come un'aggressione "interiore", oppure possono avere reazioni di sovraccarico emotivo; l'accumulo di stress può portarli a commettere errori o a mettere in pericolo il loro stesso equilibrio. Risulta quindi importante prestare attenzione anche al sostegno psicologico di tali soggetti prima, durante e dopo le azioni di soccorso.

All'interno di ogni realtà si dovrebbe, quindi, instaurare una gerarchia di figure atte ad arginare e ridurre il rischio di disturbi traumatici ai soccorritori. Tale scala gerarchica è basata su un'appropriata suddivisione dei compiti, in particolare, dal membro dell'equipaggio che opera direttamente sul campo, fino alla figura professionale, chiamata in caso di necessità.

Troviamo:

- *Leader*: è un soccorritore e ricopre il ruolo di *guida* durante le emergenze. E' importante perché ha la funzione di *guida* che lo obbliga ad abbassare e contenere il proprio livello d'ansia per operare scelte rapide ed efficaci. La figura del *leader* frena inoltre l'ansia del gruppo, che vede in lui il responsabile dell'intervento. Il suo compito principale al rientro è quello di svolgere il *debriefing* tecnico, che mira a strutturare e riordinare i fatti relativi all'evento appena vissuto e agli aspetti tecnici dell'intervento.
- *Peer*: è un membro dell'associazione istruito in materia di sostegno psicosociale d'urgenza, che rimane in sede durante il turno. Il suo compito è quello di informare i colleghi, al loro rientro, sulle possibili conseguenze psicologiche degli eventi traumatici e di mantenere o ripristinare la loro capacità d'intervento. Per far ciò mette in atto la demobilitazione (transizione psichica e temporale dall'intervento alla normalità) e il *defusing*.

- *Care giver*: anche lui è un membro dell'associazione istruito nel sostegno psicosociale d'urgenza. Il suo compito è quello di offrire assistenza ai soccorritori che mostrano disturbi post-traumatici attraverso il *debriefing* psicologico. Questa tecnica consiste in una riunione di gruppo volta ad elaborare esperienze personali profonde a livello cognitivo ed emotivo.
- *Operatori professionali*: sono gli psicologi e gli psicoterapeuti, esterni all'ente, essi danno supporto a tutti soggetti che partecipano direttamente e indirettamente alle situazioni d'emergenza. Inoltre hanno il compito di organizzare corsi di aggiornamento per il materiale relativo al sostegno psicosociale.

In conclusione posso affermare che una formazione psicologica e la gerarchizzazione di ogni struttura che opera nell'emergenza debba ritenersi assolutamente indispensabile per arginare i rischi post traumatici emersi da situazioni di crisi a cui i soccorritori devono far fronte.

#### 4.3 STRATEGIE DI COPING

I comportamenti e gli interventi intesi a prevenire conseguenze patologiche legate allo stress costituiscono un gruppo di strategie molto ampio individuato con il termine inglese di *coping* ovvero "strategie di fronteggiamento", proposta da Lazarus negli anni Sessanta. O "gestione attiva", "risposta efficace", "capacità di risolvere i problemi": indica l'insieme di strategie mentali e comportamentali che sono messe in atto per fronteggiare una certa situazione. La capacità reattiva dell'individuo ai vari stimoli provenienti dall'ambiente determina l'influenza che ha questo sul soggetto: quanto meno siamo capaci di affrontare adeguatamente le situazioni che incontriamo, maggiore sarà la nostra dipendenza da esse. Il grado di reattività dipende infatti dal coinvolgimento con i fattori esterni e cambierà in relazione al tipo di stimolazione che si riceve: alcuni stimoli ci portano ad essere più svegli, altri non ci colpiscono o non ci interessano affatto. Tale capacità di reazione di un individuo è molto elastica e variabile, e quindi non possiamo affermare che esistono soggetti totalmente passivi e rassegnati, ed altri attivi e anticonformisti. E' utile sapere, dunque, che tutti abbiamo la possibilità di migliorare la capacità reattiva. Tutti possiamo sviluppare, abilità di *coping*.

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. E' necessario sviluppare sia l'abilità di gestire in modo pratico il problema, sia l'abilità di gestire le emozioni che ne derivano.

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 avere un migliore adattamento alla realtà, e dunque a risolvere più velocemente i problemi. La stessa logica vale nel senso contrario, 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 ridurre i possibili svantaggi.

Lo stato di benessere è raggiungibile attraverso un equilibrio tra la *volontà della persona e la possibilità di realizzare in sintonia nel contesto in cui vive, potenziando, quindi, le sue risorse interne e quelle disponibili nell'ambiente.*

Un evento sarà tanto più stressante quanto più l'individuo si percepirà inadeguato e incapace di fronteggiarlo (Lazarus e Folkman, 1984).

Secondo Lazarus, l'adattamento è dato dagli sforzi cognitivi e comportamentali messi in atto dagli individui per soddisfare le specifiche richieste, interne ed esterne, che provano le risorse del loro organismo. Si può agire in due modi: ovvero concentrarsi sull'emozione o sul problema. Le strategie di adattamento incentrate sull'emozione cercano di migliorare lo stato d'animo della persona diminuendo lo stress emotivo da essa provato; le strategie di adattamento incentrate sul problema mirano invece a gestire la causa di afflizione. Generalmente, in una situazione stressante vengono attivate entrambe le strategie. La situazione si complica nel caso in cui la reazione emozionale scatenata dall'evento venga gestita e controllata da meccanismi di difesa particolarmente intensi. In questo caso l'intensa stimolazione emozionale non affiora e può verificarsi una reazione psicosomatica.

*Ma che cosa s'intende per coping?*

Si evincono da tale definizione quelle che sono le caratteristiche distintive del *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.

Vari autori si sono occupati di strategie di  *coping*  per l'Operatore dell'emergenza. Secondo Jonsson, (2003), per smaltire la tensione accumulata e non metabolizzata, sarebbe utile agli Operatori un periodo di allontanamento dal lavoro o di trasferimento in un reparto non di emergenza. Inoltre suggeriscono l'opportunità di organizzare  *debriefing*  tra gli operatori, per dar loro modo di parlare per poter superare il trauma subito, confrontandosi con i propri pari.

La necessità di dare spazio agli Operatori per condividere fra di loro i propri sentimenti è sottolineata anche in altri studi, ( Jonsson A., Segesten K., 2003): dove parlano anche del ruolo importante che spetta all'organizzazione sanitaria nel saper controllare il più possibile le fonti di stress degli Infermieri, o per lo meno dare l'opportunità di incontri frequenti per evitarne le conseguenze.

Secondo O' Connor , e Jeavons , (2003) per poter prevenire le conseguenze derivanti dal vissuto di eventi traumatici è necessario individuare le varie tipologie di interventi considerati maggiormente critici dagli Infermieri, catalogarle, individuare delle scale di valutazione del rischio per poter agire preventivamente per aiutare il personale (supporto psicologico soprattutto per interventi che portano in sé una grande sofferenza, educazione preventiva, supporto regolare ai gruppi ad alto rischio).

Un aspetto largamente condiviso dagli autori è la necessità di dare spazio agli Infermieri per poter parlare delle loro difficoltà. Questo spazio non deve essere lasciato in autogestione, ma deve essere ben strutturato. Uno degli strumenti più accreditati per soddisfare le esigenze di intervenire nelle situazioni di grave stress è il  *Critical Incident Stress Management* , ideato da Mitchell ed Everly negli anni Ottanta. All'interno del programma, una parte importante è assunta dal  *Critical Incident Stress Debriefing (C.I.S.D.)* . Questo metodo di intervento ha lo scopo di prevenire lo stress lavorativo nei reparti di emergenza.

L'effettivo beneficio prodotto dall'utilizzo del  *CISD*  è stato studiato da vari autori. Ad esempio, dallo studio di Nancy Bohl nel 1988 è emerso che i soggetti che si erano sottoposti al  *debriefing* , risultavano significativamente meno depressi, meno nervosi e presentavano minori sintomi legati allo stress.

I disastri comportano sicuramente parecchi rischi per la salute mentale della comunità coinvolta: tali eventi traumatici possono innescare alterazioni psicologiche fra i sopravvissuti ed i soccorritori. Infatti, è noto che gli effetti di un disastro naturale

comportano gravi e prolungate reazioni psicopatologiche fra cui si annovereranno il disturbo acuto da stress *DAS*, il disturbo post – traumatico da stress *DPTS*, depressione, ansia, abuso d'alcool o sostanze stupefacenti, disturbi dissociativi o cambiamenti di personalità.

In merito a queste problematiche, si rende necessario implementare i Piani d'Emergenza predisposti, con la progettazione di una risposta psico-sociale in grado di fornire sicurezza alla popolazione colpita. Durante i primissimi momenti di crisi, spesso, i sopravvissuti non sono in grado di parlare della loro esperienza, ma attraverso qualche domanda effettuata da personale specializzato si può definire chi necessita di un intervento psicologico immediato per evitare che si generino reazioni croniche da stress. Successivamente a questa dinamica le necessità maturate da questi soggetti coinvolti si differenziano, e pertanto anche il supporto psicosociale offerto deve conformarsi a ciò. Per alcuni sono sufficienti il *Defusing* ed il *Debriefing*, mentre per chi accusa reazioni traumatiche da stress più gravi, si renderà necessario un intervento più specifico offerto da specialisti competenti. A termine di ciò un *follow – up* adeguato sarà in grado di monitorare i sopravvissuti.

La sindrome di *stress* post- traumatico, spesso si accompagna a sindromi psichiatriche come depressione, panico o abuso di sostanze. I superstiti possono aumentare l'utilizzo di droghe, farmaci o alcool. Tali sostanze possono essere un modo per evitare brutti ricordi, rilassarsi, allentare la tensione, socializzare nonostante i sentimenti di insensibilità, dormire senza incubi.

Per evitare l'insorgenza di tali problematiche, si possono insegnare tecniche di rilassamento per aumentare la prontezza, l'energia e la chiarezza nel prendere decisioni. Inoltre si può contribuire alla creazione di gruppi di auto-aiuto, che possono nascere spontaneamente, ma che necessitano di consulenza e nozioni specialistiche.

Ricordiamo che esistono due tipologie di persone ad elevato rischio e verso le quali dovrebbe essere riposta la maggior cura ed attenzione: *i bambini e gli anziani*.

*I bambini*, di fronte ad un trauma, reagiscono come gli adulti attraverso ripetizione dell'esperienza dell'evento, ottundimento emozionale, aumento dell'attivazione fisiologica. Ma, a differenza degli adulti, hanno capacità di fronte a situazioni meno sviluppate, e devono essere considerati come soggetti ad alto rischio. In questo caso l'intervento psicologico dovrebbe mirare al ricongiungimento con i familiari, all'esternazione dei loro sentimenti ed alla ricostruzione di un ambiente dove possano

trovare protezione. *Gli anziani* possono presentare reazioni particolari al trauma, che dipendono molto anche dall'età, dalla presenza di malattie, da un aumentato senso di impotenza, poiché non sanno se vivranno abbastanza a lungo per poter ricostruire la propria vita. Solitamente, gli anziani hanno bisogno di provare un senso di controllo su se stessi: pertanto la ripresa della *routine* ed il possesso di un luogo fisso in cui vivere contribuiscono ad aumentare il senso di controllo e di sicurezza: inoltre è molto importante riaffermare gli attaccamenti e le relazioni, ma più di tutto è importante che sentano di appartenere alla comunità

#### 4.4 IL COUNSELLING DELL'EMERGENZA

Viene chiamato *counselling* ogni intervento infermieristico mirato a migliorare lo stile di vita, incentrato sul rapporto interumano, con caratteristica di interattività, comunicatività, analisi dei bisogni e *problem solving* (risoluzione del problema).

*Principali attività di counselling:*

- Stabilire una relazione terapeutica basata sulla fiducia e sul rispetto.
- Dimostrare empatia, calore e autenticità.
- Stabilire insieme gli obiettivi.
- Garantire privacy e riservatezza.
- Dare informazioni concrete e precise.
- Incoraggiare l'espressione dei sentimenti.
- Aiutare a identificare la situazione problematica usando anche le tecniche della riflessione e della chiarificazione.
- Chiedere all'altro cosa può o non può fare nei confronti di tale situazione.
- Aiutarlo ad elencare le possibili soluzioni del problema e a disporle in ordine di priorità
- Identificare eventuali differenze tra la visione della situazione che ha il paziente e quella che hanno gli operatori
- Determinare quanto i comportamenti dei familiari incidono sul paziente.
- Aiutare il paziente ad identificare le proprie risorse e a potenziarle
- Quando è il caso, stimolare lo sviluppo di nuove capacità.
- Stimolare la sostituzione delle abitudini indesiderabili con altre desiderabili.
- Rinforzare le nuove capacità acquisite.

- Se possibile, scoraggiare la presa di decisioni quando il paziente è in condizioni di grave stress.

### *Il counseling dell'emergenza*

Il *counselling* dell'emergenza si occupa delle persone vittime o esposte a traumi emotivi. L'obiettivo è prevenire la spiacevole sensazione che quell'evento traumatico venga rivissuto quotidianamente con le stesse emozioni di quando è stato subito. Rientrano tra le persone coinvolte anche i sanitari, i soccorritori, i vigili del fuoco, le forze dell'ordine che quotidianamente sono in contatto con il disagio, la sofferenza e il rischio della vita.

Inoltre il *counselling* dell'emergenza si occupa delle persone vittime o esposte a traumi emotivi; 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.

L'attenzione all'uomo travolto da disastri, catastrofi, terremoti, genocidi ed altro, probabilmente è sempre esistita. Si è sempre prestato soccorso all'uomo colpito da una grave emergenza. Nella tradizione, però, dobbiamo rilevare un'attenzione quasi esclusiva per il corpo, per le ferite fisiche dell'uomo travolto da un'emergenza.

Proprio qui si inserisce il passo avanti che la nostra società contemporanea deve fare: superare l'attenzione esclusiva al corpo e alle ferite fisiche, occuparsi anche delle ferite psichiche, altrettanto gravi e profonde, che possono colpire l'adulto come il bambino, il giovane come l'anziano, il più forte come il più debole.

Sia i soccorritori professionali sia quelli volontari necessitano di conoscenze e preparazione, devono sapere cosa cercare nelle persone e come intervenire; devono sapere con quale tipo di atteggiamento empatico possono accostarsi alla sofferenza della vittima senza traumatizzarsi a loro volta, assorbendo il dolore di chi li circonda.

E' importante precisare anche che oltre alle situazioni in cui l'emergenza è generale (terremoto, alluvioni, eventi bellici), nelle quali ad essere traumatizzata è la collettività e ad essere in crisi è il sistema sociale, ci sono anche emergenze individuali (stupro, aggressioni, malattie gravi) in cui ad essere traumatizzata è la persona colpita e ad essere in crisi è l'individuo.

Il trauma è il comune denominatore di vittime e di soccorritori, con la differenza che i primi lo subiscono, mentre i secondi ne sono esposti. Considerare il trauma quale elemento

strategico nelle operazioni di soccorso, aiuta gli organizzatori e i coordinatori di gruppi a valutare i limiti delle proprie risorse, l'organizzazione del personale, il limite di tolleranza allo stress dei propri collaboratori e lo stile di organizzazione delle proprie attività. Nello stesso tempo il soccorritore può anch' egli prepararsi ad affrontare meglio l'operazione di soccorso e tutelarsi da eventuali esposizioni a traumi.

## CAPITOLO 5

### INTERVISTE

#### 5.1 PROGETTO DI RICERCA

La Ricerca è nata dal desiderio di valutare le potenzialità dell'infermiere impegnato in modo attivo, e sollecitato fortemente dagli stimoli fisici e psichici durante la sua fase lavorativa, nel contesto dell'emergenza e urgenza.

Vuole anche evidenziare che l'infermiere in questo ambito non è da considerarsi un automa, come spesso vuole credersi o crediamo, ma una persona pensante, e sicuramente vulnerabile se non adeguatamente supportato nei momenti di stress da persone competenti, che lo coinvolgono in strategie di recupero soprattutto a seguito di eventi emozionali.

Gli infermieri che operano in questi contesti devono avere la capacità di capire che oltre una determinata soglia di sopportazione dello stress, c'è il baratro (*burn-out*).

Devono quindi continuamente essere aggiornati e formati, per far emergere, in gruppo o singolarmente, quelle situazioni traumatiche che possono determinare in diversi momenti vere e proprie patologie da stress.

Gli stress emozionali sono elementi che se non vengono manifestati, elaborati, vissuti in modo adeguato, possono portare a sintomi che, a lungo andare, intaccano la sicurezza e l'autostima dell'individuo.

Il progetto di ricerca mira anche a far evidenziare che il gruppo di lavoro deve agire con il supporto della Dirigenza; il vertice Dirigenziale non si deve mai staccare dal gruppo di lavoro, ma insieme devono condividere obiettivi e strategie al fine di elaborare un prodotto assistenziale che favorisca il contesto sociale.

### 5.1.1 DISEGNO DI RICERCA: I QUESITI

Lo scopo di questo progetto di ricerca è quello di indagare quali siano i fattori fonte di stress e le reazioni degli operatori dell'emergenza attraverso l'intervista:

*In particolare, i quesiti hanno lo scopo di:*

- Far emergere i dati motivazionali e professionali dell'operatore;
- Far emergere le condizioni familiari, sociali, economiche, lavorative che possono aver prodotto lo stato emozionale;
- Far emergere gli stati emozionali che hanno determinato l'evento stressante;
- Far emergere lo stato di salute fisica e psichica dell'operatore prima e dopo l'evento stressante;
- Far emergere se c'è stata prevenzione nel contesto lavorativo di fronte allo stress dell'operatore;
- Far emergere l'attuale stato di motivazione e di appartenenza al gruppo di lavoro.

### 5.1.2 INTERVISTE DEGLI INFERMIERI: LA RACCOLTA DATI

- Si veda allegato N° 1 e N° 2

### 5.1.3 ANALISI SUI CONTENUTI DELLE INTERVISTE:

#### *ELABORAZIONE DEI DATI*

Rivedendo i quesiti del progetto e i dati ottenuti dall'intervista, ho potuto individuare i fattori che hanno determinato lo stress reale o potenziale e la risposta che i due intervistati hanno dato al loro evento emozionale.

Il raggruppamento dei dati mi permette di trasformarli anche attraverso un'attenta analisi dell'espressione dei bisogni alterati (fisiologici, di sicurezza, di necessità di affetto di appartenenza, di auto-stima, di auto-realizzazione personale, seconda gerarchia di Maslow) in un'interpretazione dei dati, successivamente in definizione del problema, e pianificazione dello stesso, successive valutazioni.

Quesito	1^ Intervista	2^ Intervista	Interpretazione dati
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Far emergere i dati motivazionali e professionali dell'operatore.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consapevolezza di fare un lavoro importante, "non deve lavorare con pressapochismo".</li> <li>▪ Motivata solo alla sua carriera e al suo successo (solo per me, solo per me).</li> <li>▪ Lavora con soddisfazione, per un lavoro tecnico e poco empatico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si trova a suo agio a prestare servizio alle persone da educare e a quelle malate.</li> <li>▪ Ama sperimentare nuove situazioni.</li> <li>▪ Vuole migliorare in continuazione la sua professionalità.</li> <li>▪ Motivato alla competizione e al superamento delle difficoltà.</li> <li>▪ Non accetta di essere di serie B, o un fallito, o un lava - padelle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bisogno di auto-stima personale, (<i>prima intervista</i>)</li>   <li>▪ Bisogno di auto-stima personale, (<i>seconda intervista</i>)</li> </ul>

Quesito	1^ Intervista	2^ Intervista	Interpretazione dati
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Far emergere le condizioni familiari, sociali, economiche, e lavorative che possano aver prodotto lo stato emozionale.</li> </ul>	<p><i>Familiari:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Morte del fratellino di 18 mesi.</li> <li>▪ Vita familiare sconvolta dopo l'evento.</li> <li>▪ Morte della nonna con reali funzioni di madre.</li> <li>▪ Gravidanza extrauterina con morte del feto.</li> <li>▪ Difficoltà patologiche della seconda gravidanza.</li> </ul> <p><i>Sociali:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sconfitta nel ruolo di donna di famiglia, non riesce a gestire le attività di madre e di casalinga contemporaneamente.</li> </ul> <p><i>Economiche:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ha chiesto di rimanere alla Centrale per pagare la retta del ricovero della madre</li> </ul> <p><i>Lavorative:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ha segnalato che la Centrale del 118, dove attualmente lavora, non è altro che la sede delle vecchie camere mortuarie che avevano ospitato la salma del fratello.</li> <li>▪ Durante il suo lavoro non è riuscita portare a termine un intervento di ricovero opportuno su un parto gemellare.</li> </ul>	<p><i>Familiari:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evento traumatico subito dal padre.</li> </ul> <p><i>Sociali:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ I mass – media hanno reso forte l'immagine sua e quella degli infermieri che coordinava, perchè facevano una nuova attività indispensabile e pertanto ci sentivamo protetti “da una campana di vetro che nessuno poteva scalfire”.</li> <li>▪ “Il nostro mondo era l'elicottero”, non c'era vita sociale.</li> </ul> <p><i>Lavorative:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Esperienze traumatiche con i pazienti ricoverati in Rianimazione, la maggior parte di loro non riuscivano a trovare una stabilizzazione, non accettava più la morte.....entra in <i>Burn-out</i>.</li> <li>▪ Non rifiuta le novità e le difficoltà, ma si trova in certi momenti a non accettare che le decisioni di coordinamento siano solamente di sua competenza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Necessità di affetto.</li> <li>▪ Bisogno di appartenere ad una famiglia che non è più sua, perchè sconvolta da un lutto.</li> <li>▪ Bisogno di sicurezza di fronte alla malattia e alla morte.</li> <li>▪ Non si sente auto-realizzata nel nuovo ruolo di casalinga e di madre.</li> <li>▪ Necessità di appartenere ad un gruppo che garantisca una sicurezza economica.</li> <li>▪ Perdita di sicurezza per il ricordo inconscio di rivivere il trauma della morte del fratello durante il lavoro. (contesto, e negli insuccessi lavorativi). (<i>prima intervista</i>)</li> <li>▪ Paura di perdere un affetto (padre malato).</li> <li>▪ Auto - realizzazione personale e di gruppo.</li> <li>▪ Appartenere solo al suo gruppo del lavoro.</li> <li>▪ Perdita di sicurezza di fronte alla morte.</li> <li>▪ Perdita di sicurezza di fronte alle difficoltà e alle decisioni.</li> <li>▪ Paura di perdere la stima del gruppo, se si agisce in modo inadeguato. (<i>seconda intervista</i>)</li> </ul>

Quesito	1^ Intervista	2^ Intervista	Interpretazione dati
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Far emergere i dati emozionali che hanno determinato l'evento stressante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sconforto per i continui lutti e per la vita travagliata che conduce la sua famiglia originaria.</li> <li>▪ Senso di sconfitta e perdita prestigio per il suo stato di salute: gravidanza extrauterina, sindromi patologiche nella seconda gravidanza che l'hanno indotta ad un parto prima del termine.</li> <li>▪ Gestione inefficace del ruolo di madre – casalinga, “non riusciva a dormire”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensazione che dovesse succedere qualcosa.</li> <li>▪ Stress personale, perché voleva essere sempre presente.</li> <li>▪ All'evento stressante avvenuto si colpevolizza di non essere stato presente.</li> <li>▪ Il tragico incidente lo ha reso vulnerabile verso l'opinione pubblica “ si è rotta la campana di vetro”, ma ancor peggio è stato il funerale, che ha vissuto come una tragedia personale.</li> <li>▪ Dopo il funerale era frastornato, tutti facevano riferimento a lui, il suo stress aumentava di giorno in giorno.</li> <li>▪ Non poteva confidare il suo stress a nessuno; il suo subconscio comincia a cedere, inizia a sognare il suo collega; il sogno si trasforma in un incubo ricorrente, il ricordo dell'incidente limita le sue attività... ad esempio non riusciva più salire sull'elicottero della Centrale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perdita di sicurezza di fronte ai continui lutti.</li> <li>▪ Le difficoltà riscontrate nelle due gravidanze hanno portato ad una perdita di auto-realizzazione personale.</li> <li>▪ Alterato bisogno fisiologico del riposo dovuto ad una perdita di autostima personale. (<i>prima intervista</i>)</li> <li>▪ Paura di perdere sicurezza;</li> <li>▪ Perdita di auto-realizzazione (si rompe la campana di vetro, diventa vulnerabile).</li> <li>▪ Necessità di affetto, (non potava confidare il suo stress a nessuno).</li> <li>▪ Consapevolezza di appartenere ad un gruppo allo sbando.</li> <li>▪ Aumenta lo stato di ansia nei confronti della nuova situazione.</li> <li>▪ Dopo l'evento stressante, perde la sua sicurezza (non riesce a salire in elicottero) e la sua integrità fisiologica “bisogno alterato del sonno e riposo”. (<i>seconda intervista</i>)</li> </ul>

Quesito	1^ Intervista	2^ Intervista	Interpretazione dati
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Far emergere lo stato attuale di salute fisica e psichica dell'operatore</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avverte di essere rimasta sola, deve seguire tutta la sua famiglia, anche per le pratiche burocratiche e per il sostegno economico.</li> <li>▪ Si è chiusa maggiormente in se stessa; ha allontanato tutto e tutti, lei non se ne rende conto, ma gli altri sì.</li> <li>▪ Si sente ancora coinvolta nella fase del lutto.</li> <li>▪ Crisi epilettica, farmaci sospesi volontariamente per i troppi effetti collaterali.</li> <li>▪ Vuole lavorare con serenità e tenere un ritmo di lavoro più basso, ma più efficace.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dopo l'evento avverte di essere solo, di non essere più invincibile, la realtà adesso lo ha reso una persona normale.</li> <li>▪ Non ha più nessun punto di riferimento.</li> <li>▪ Solo gli amici e i familiari gli danno coraggio.</li> <li>▪ Altra situazione di disagio è stata provata, quando ha dovuto cambiare sede e colleghi; si vergognava di quanto era successo e non lo poteva confidare a nessuno.</li> <li>▪ Si sente vecchio.</li> <li>▪ Prendere decisioni gli pesa.</li> <li>▪ Col passare del tempo i nuovi colleghi iniziarono a dargli fiducia e coraggio; dopo un anno ha avuto la sensazione di potercela fare, e con i vecchi colleghi di Parma ha potuto riaprire la nuova Centrale.</li> <li>▪ La situazione psicologica migliora, con gli incontri spirituali presso santuario di Lourdes. Dopo una messa fatta in suffragio dei suoi colleghi, si è liberato dell'incubo ricorrente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perdita del suo senso di appartenenza e di sicurezza.</li> <li>▪ Perdita del senso di auto-realizzazione, per i lutti non elaborati.</li> <li>▪ Alterazione dei bisogni fisiologici, comparsa di malattia.</li> <li>▪ Necessità di appartenere ad un gruppo che capisca le sue difficoltà, (lavorare con serenità e con un ritmo più basso). <i>(prima intervista)</i></li> <li>▪ Perdita di sicurezza, (non avevo più nessun punto di riferimento).</li> <li>▪ Perdita di auto-stima personale, (la realtà lo ha reso una persona normale, si vergogna di quanto è successo, si sente vecchio).</li> <li>▪ E' alla ricerca di una realizzazione personale, e di <i>Leader</i> di gruppo per un riscatto psicologico.</li> <li>▪ L'auto-stima migliora con gli incontri spirituali, di conseguenza, migliora il suo stress fisiologico. <i>(seconda intervista)</i></li> </ul>

Quesito	1^ Intervista	2^ Intervista	Interpretazione dati
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Far emergere se c'è stata prevenzione nel contesto lavorativo di fronte allo stress dell'operatore</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'evento stressante è successo quando ero in post – partum e quindi l'Azienda non è intervenuta.</li> <li>▪ Al mio rientro, i Responsabili dell'Azienda e quelli dell'U.O. mi hanno chiesto se volevo ritornare in Centrale io accettai per motivi economici, nonostante sapevo cosa mi aspettava, dal punto di vista psicologico.</li> <li>▪ Dopo la crisi epilettica la Responsabile dell'Ufficio Infermieristico si è interessata al mio caso offrendomi un lavoro diverso, perché si ipotizzava che i video terminali fossero causa della mia crisi.</li> <li>▪ Non c'è stato un percorso di supporto per il mio evento.</li> <li>▪ Non c'è in Azienda nessun gruppo terapeutico a carattere psicologico che intervenga nelle situazioni di stress e di <i>burn-out</i>.</li> <li>▪ Una figura di supporto psicologico diventerebbe di fondamentale importanza nel nostro gruppo, per allontanare gli eventi stressogeni che si accumulano. Conta solo il rendimento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dopo l'incidente della montagna siamo stati abbandonati a noi stessi, l'amministrazione doveva coprire responsabilità molto gravi e quindi non aveva tempo a pensare a noi.</li> <li>▪ Tra colleghi ci sentivamo carne da macello, nessuno ci dava un supporto adeguato.</li> <li>▪ L'azienda era indifferente, avevamo capito che non aspettava altro per punirci, e forse destinarci ad altri reparti; i miei colleghi non avendo più nessun riferimento facevano conto su di me, e questo non faceva altro che aumentare il mio stress.</li> <li>▪ L'Azienda Sanitaria e l'Ufficio Infermieristico dopo l'evento non hanno utilizzato nessuna prevenzione e nessuna strategia di <i>coping</i> per denaturare lo stress.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vuole appartenere al vecchio gruppo di lavoro, per necessità di sicurezza.</li> <li>▪ Dopo l'evento ha subito una perdita di auto-stima, e di auto-realizzazione personale, perché: le è venuto a mancare il punto di riferimento principale: <ul style="list-style-type: none"> <li>- il suo ruolo di professionista è andato in crisi: non vuole più essere fredda e tecnica ma empatica. (<i>prima intervista</i>)</li> </ul> </li> <li>▪ Sensazione certa di abbandono (perdita di sicurezza e di senso di appartenenza). (<i>seconda intrvista</i>)</li> </ul>

Quesito	1^ Intervista	2^ Intervista	Interpretazione dati
<p>▪Far emergere l'attuale stato di motivazione e di appartenenza al gruppo di lavoro.</p>	<p>▪ Non condivido la superficialità dei miei colleghi.          ▪Il gruppo attualmente non è coeso e sereno.          ▪Attualmente nella Centrale il gruppo e i dirigenti hanno obiettivi di quantità e non di qualità.          ▪ Attualmente non mi sento di lavorare con molta soddisfazione con il mio gruppo, (lavoro così,così).</p>	<p>▪ I miei colleghi nonostante io sentissi le ferite dell'evento stressante dentro di me, mi volevano coinvolto direttamente nella nuova esperienza della Centrale del 118 di Parma.          ▪ Mi volevano come leader, mi volevano come punto di riferimento.          ▪ E la cosa non mi dispiaceva, cercavo di aiutare i miei colleghi e di andare incontro a loro quando erano in difficoltà.          ▪ Lo stesso trattamento che io riservavo ai miei colleghi, l'avrei voluto anche per me, ma non ho mai avuto la fortuna di vedere qualcuno che mi desse una mano. Mi sono costruito tutto da solo e ho fatto tutto da solo.</p>	<p>▪ Perdita di coesione con il gruppo di appartenenza, non si sente realizzata perché gli obiettivi del contesto lavorativo sono di quantità e non di qualità.  <i>(prima intervista)</i></p> <p>▪ Coinvolgimento importante del gruppo per l'auto-realizzazione del proprio <i>leader</i>, questo significava sicurezza.          ▪ L'intervistato perde autostima, si sente frustrato, avrebbe voluto che lo stesso trattamento che lui riservava per il suo gruppo, fosse osservato, anche per la sua persona.  <i>(seconda intervista).</i></p>

#### 5.1.4 RISULTATI DELLE INTERVISTE

Dall'interpretazione dei dati emerge:

*Prima intervista:*

L'intervistata fin dalla tenera età è vissuta in un contesto che non la considerava, perché la famiglia era impegnata nell'elaborazione del lutto per la perdita del fratello. I ruoli di madre e padre, che avrebbero dovuto darle *sicurezza e fiducia*, sono saltati; perde anche il suo unico punto di forza nella famiglia, la nonna. La voglia di riscattarsi e di vincere quel disastroso passato è così tanta... che appena può la mette in atto. *Si realizza* a livello professionale non rimanendo nei reparti di base, perché l'assistenza infermieristica oltre che tecnica deve essere anche empatica (definisce il reparto di malattie infettive dove doveva gestire malati con HIV, umanamente devastante). Preferisce Unità Operative come il pronto soccorso e il 118, dove il contatto con i pazienti è tecnico e con i famigliari può bastare un contatto superficiale, (forse perché lei non ha avuto famiglia). *Si evince anche una forte auto-stima personale*: si crede invincibile, è forte perché vuole scrollarsi di dosso un vissuto di sofferenza (malattia e morte) senza l'aiuto di nessuno. La realtà purtroppo, la mette di fronte ad altri due eventi importanti per la sua vita: le gravidanze. Nonostante la sua non più giovane età, la consapevolezza che la gravidanza e il parto sono momenti fisiologici per la vita di una donna, la portano a non sottrarsi agli sforzi lavorativi, che la vedevano anche impegnata a livello psicologico. Tutto ciò causa una serie di complicanze che si sono trasformate in patologia. Ancora una volta vediamo l'intervistata *perdere sicurezza*: questa volta nei confronti della famiglia attuale, *non trova auto-realizzazione nel nuovo ruolo* di madre e di casalinga, si alterano i bisogni fisiologici (soprattutto il sonno). Non cerca aiuto, il suo compagno la mette in guardia perché non la riconosce più psicologicamente (mette in crisi lui e il figlio). Sono passati pochi mesi dalla nascita del bambino e lo stress dovuto all'accettazione del nuovo ruolo non è ancora passato quando sopraggiunge un nuovo evento drammatico. E' l'epilogo della sofferenza della sua famiglia originaria (se lo aspettava), ma adesso si trova a dover superare altri disagi: sostenere il fratello, la morte del padre, l'assistenza alla madre e il peso di pratiche burocratiche ed impegni economici. Lei è ancora una volta la testa da ariete, vuole andare avanti, vuole far crollare i muri, spinge la sua auto-realizzazione al massimo, non vuole aiuto. Non stima le sue resistenze fisiche di fronte ai continui stimoli stressanti che la realtà le sottopone, e ad un certo punto il suo organismo non accetta di andare oltre: sopraggiunge la crisi epilettica.

Ma anche questo episodio non la ferma, vuole ancora sentirsi realizzata, e decide di sospendere la terapia...ma qualcosa in lei inizia a maturare: comincia a capire che non può farcela da sola. Anche il suo compagno e suo figlio glielo confermano. E' ancora protagonista nella scelta della persona a cui si deve rivolgere: non va bene la psicologa scelta dall'amica, perché la vede troppo distaccata nella dimensione non verbale dei rapporti, mentre accetta di aprirsi con la psicologa responsabile del centro che assiste la madre. Le sono piaciuti i suoi atteggiamenti, il suo tono di voce, i suoi sorrisi...*Forse quello che le è mancato nell'infanzia...!!!*. Trasporta il suo vissuto familiare non elaborato anche nel contesto lavorativo, ha difficoltà dopo il ritorno al lavoro nel gestire il trasporto e la collocazione di due gemellini nati prematuri:... *ritorna il ricordo del fratello*.

Avverte che anche nel lavoro il suo essere professionista si sta evolvendo, non vuole più essere fredda e tecnica ma più empatica, ha capito che la persona che sta male non è sola, ma è fulcro di attenzione e di affetti per i suoi congiunti, e anche questi non vanno messi da parte, ma considerati vittime dell'evento. Avverte che il suo gruppo di lavoro non è motivato per questo percepisce anche che esso non mette in atto strategie di *coping* efficaci per fronteggiare le difficoltà riscontrate nei soccorsi. Capisce che manca qualcosa in lei, e nel suo gruppo, troppo impegnato a gestire la quantità degli eventi ma non la qualità dell'assistenza erogata.

#### *Seconda intervista:*

L'intervistato dimostra tranquillità professionale e familiare, dato che ammette *la sua auto-realizzazione personale* è stata rispettata. Vuole fare l'infermiere per un dichiarato bisogno di essere d'aiuto alle persone che soffrono, e tale motivazione è rafforzata dalla malattia del padre ricoverato. Inizia la sua attività in Rianimazione, contesto lavorativo diverso dagli altri reparti di base, un'isola felice, perché i familiari dei pazienti non potevano partecipare all'attività assistenziale *eravamo protetti da una campana di vetro*. L'assenza del coinvolgimento dei familiari e la frequente perdita dei pazienti anche in giovane età ben presto lo destabilizzano, lo mettono in *burn-out*, nonostante l'aiuto di un'amica-collega che cercava di coinvolgerlo nelle dinamiche psicologiche specifiche del reparto. Nonostante questo lui ritiene questi elementi disumani, e per questo richiede il trasferimento *perde la sua auto-stima*. L'Ufficio Infermieristico lo inserisce in pronto soccorso, e successivamente gli propongono di interessarsi all'organizzazione della Base di

Elisoccorso che più tardi diventerà la nuova centrale 118 di Parma. Le caratteristiche delle attività dell'Elisoccorso non si diversificano da quelle della Rianimazione: l'utenza esterna deve accettare per forza il loro prodotto, cambia in questo caso solo l'opinione sociale, che li vede paladini di soluzioni di eventi importanti come l'emergenza e quindi vivono di protezione e nel rispetto, *la campana di vetro*. Tutto procede adeguatamente, le motivazioni professionali sono alte, quindi *il senso di realizzazione è forte* leggermente in difficoltà la stima personale dell'intervistato perché bersaglio di responsabilità, rispetto alle decisioni e alle difficoltà che si possono creare.

La campana di vetro comincia a incrinarsi, la stampa li accusa di aver ritardato un soccorso. Dopo di che, il vetro si rompe definitivamente con l'evento determinante dell'incidente avvenuto da una *equipe* di quattro componenti della base. L'incidente causa la loro morte. L'intervistato, nel ruolo di coordinatore, in quel momento era in ferie e quindi si sente colpevole per non essere stato presente, *perde la sua sicurezza personale, la sua auto-stima*. Più traumatico dell'evento, ricorda, è stato il funerale, una situazione pubblica il conforto sociale. Il gruppo dei colleghi dell'Elisoccorso e quelli delle altre province hanno dimostrato comprensione e solidarietà, cosa invece che non si è verificata da parte dei Vertici Aziendali e dei colleghi delle altre Unità Operative, *perdita di sicurezza e di stima nel proprio contesto lavorativo*. Questo è stato causa di stress, che si è ripercosso anche sul benessere fisiologico: si alterano i ritmi di riposo, si sente ansioso, impotente, vecchio, il sonno è disturbato da un incubo ricorrente, sogna un suo amico-collega che gli chiede aiuto, ma lui non riesce a darglielo, *segno di impotenza, non si sente più realizzato*. Non ha nessuno a cui confidare le proprie tensioni, riscopre l'amica-collega della rianimazione, che gli fa riscoprire la sua dimensione spirituale, il suo disagio vissuto intimamente, lo mette allo scoperto durante un funzione religiosa tenutasi a Lourdes nel santuario. Dal quel momento si libera dal tormento dell'anima e anche dalle incomprensioni e delle diffidenze dei vertici aziendali perché accetta di rimettersi in gioco e di riassumere tutte quelle responsabilità che gli risultavano pesanti dopo l'incidente.

L'Azienda Sanitaria con i suoi Vertici non gli ha mai proposto di esternare i disagi psicologici a persone competenti e specialiste nel recupero con strategie di *coping*; ha dovuto fare tutto da solo, e lui doveva recuperare la *leader-ship* nel gruppo. Tutto ciò è avvenuto, e per questo, ringrazia la solidarietà dei colleghi delle altre Centrali di provincia e non certamente la sua Azienda. Ha recuperato il suo gruppo, ma non se stesso, infatti, si

sente frustrato, perché avrebbe desiderato che lo stesso trattamento che lui ha dato al suo gruppo, perché potesse raggiungere la propria auto-realizzazione, qualcuno glielo avesse potuto offrire, ma questo non è avvenuto. Forse quest'ultimo elemento ha determinato la maturazione del suo trasferimento alla sede operativa di Brescia, *recupera l'auto-realizzazione del suo gruppo ma non la sua, fino al punto di non riconoscersi più nel suo gruppo di appartenenza.*

In conclusione, da queste due interviste emergono punti che mettono in difficoltà la realizzazione e l'auto-stima di due professionisti impegnati ad assolvere i loro mandati nel mondo dell'emergenza e dell'urgenza. I loro vissuti personali, anche se non vogliono, tradiscono inconsciamente i loro modi di pensare e di agire; i traumi, se non elaborati, ritornano periodicamente e drammaticamente quando la realtà li pone davanti ad esempi simili: allora perdono la loro tranquillità e diventano ansiosi. I bisogni fisiologici vengono alterati, e di nuovo il loro subconscio viene percorso da emozioni primordiali, che influiscono sul loro modo di agire e di pensare. Il gruppo ne viene coinvolto direttamente perché l'elemento interessato non è più quello di prima, i soggetti perdono la loro stima personale, non si sentono più realizzati, mettono in discussione gli obiettivi del gruppo a cui appartengono.

Emerge anche la consapevolezza di non essere stati adeguatamente aiutati nell'elaborazione routinaria dei continui stimoli provenienti da situazioni apertamente dichiarate stressanti: col passare del tempo e con l'accumulo degli agenti *stressogeni*, diventano insopportabili da metabolizzare e quindi il soggetto è talmente saturo che si troverà a disagio, e questi stress saranno somatizzati fisiologicamente.

## ○ CONCLUSIONI

Gli episodi riportati nelle due interviste sono tragici, gli affetti familiari e l'amicizia vengono a mancare in modo traumatico, non c'è nulla di più sconvolgente della morte e di quello che ne consegue.

I soggetti si sono trovati loro malgrado attori di situazioni, simili ad altre che tante volte hanno contribuito a risolvere, sono stati colpiti nel loro intimo e nella loro integrità professionale.

Il loro essere già in precedenza scosso da particolari emozioni, che avevano ridotto il loro livello di stima professionale, si perde in frustrazioni psicologiche, in alterazioni dei ritmi fisiologici.

Non vogliono disperarsi, tentano con tutte le loro forze di resistere, ma nel contempo provano vergogna e disappunto per quanto successo, rifiutano tutto e l'aiuto di tutti, si richiudono a riccio per difendere la loro stima e il loro bisogno di sentirsi realizzati.

Il tempo scorre, i due intervistati devono entrare nei rispettivi contesti di lavoro, ma sono cambiati, vogliono apparire quello che in realtà sono più soli e più deboli, ancora una volta devono ricominciare a ricostruire la loro stima e la loro auto-realizzazione di professionisti.

Gli incontri con queste persone sono stati per me molto formativi: ho visto, interpretato e valutato la comunicazione non verbale, ciò che i loro corpi dimostravano, gesti e flessioni di voce che cambiavano d'intensità a seconda delle emozioni che esprimevano, con cui accompagnavano i loro racconti ricchi di particolari e mi suggestionavo al punto da sentirmi proiettato in quella dimensione di disagio.

In tutte le due interviste, non volendo, si formalizzava una seduta di auto-analisi, mettevano a nudo le loro sensazioni, i loro bisogni fisici e psichici, ed emotivamente si scioglievano e si rapportavano nei miei confronti come se fossi stato, da sempre, per loro un amico e un collega.

Non abbassavo mai il capo, e nemmeno lo sguardo, ma mi accorgevo che i miei occhi diventavano lucidi e che le mie mani sudavano, quando sentivo che le emozioni vissute in situazioni molto diverse erano le stesse che io stesso avevo provato, e che per la mia giovane età non ero riuscito a capire.

Lo *stage* presso il 118 di Mantova mi ha dato la possibilità di osservare e valutare come l'*equipe* di soccorso (autisti, infermieri, medici) gestisce gli interventi; ho potuto riflettere e ancora una volta valutare su quanto raccolto dalle interviste: «Ero stanco di vedere solo

morti» – «Se qualcuno muore per strada o in casa, prima era un cadavere; adesso se qualcuno muore è il congiunto di qualcuno che resta, di qualcuno che sta male».

Nei due infermieri si nota che è cambiato qualcosa nel loro processo di assistenza, aggiungono un nuovo attore, la famiglia.

Nei soccorsi notavo una perfetta lucidità operativa, molto tecnica, efficace per la prima stabilizzazione del paziente, ma notavo anche le mani sui capelli o sulle bocche per trattenere la disperazione, espressioni di paura e di angoscia.

Ho visto i medici e gli infermieri allontanare i parenti dal contesto dell'evento, proteggersi dagli sguardi che interrogavano e che volevano capire, (campana di vetro), al familiare spetta solo il risultato finale, se positivo una gratificazione, se negativo una conseguenza.

Ma ho anche conosciuto il disagio e il senso di sconfitta negli operatori che non sono riusciti a stabilizzare il paziente; questi mi hanno confermato che per la quantità degli interventi a cui devono rispondere e per le necessità organizzative, difficilmente o quasi mai riescono trovare momenti di confronto per rivedere, compensare, e valutare le situazioni deficitarie che si sono verificate negli interventi. (le tecniche che la prevenzione mette in atto in queste situazioni sono: *(debriefing, defusing e il gruppo di aiuto mutuo aiuto)*).

Altri elementi molto importanti che sono riuscito ad acquisire sono stati quelli relativi ai due corsi a cui ho partecipato.

Ho rilevato che la formazione e l'aggiornamento degli operatori di soccorso sono sempre più necessari, perché cambiano i contesti in cui avvengono le situazioni di crisi, sono diverse le vittime, i loro vissuti e le loro culture.

I convegni e i seminari sono occasioni in cui i professionisti si mettono a confronto, si mettono in discussione: ho assistito a momenti di profonda partecipazione, perché l'importanza dei temi trattati metteva in risalto il loro essere professionisti d'aiuto, ma soprattutto li volevano partecipi di nuove strategie di prevenzione, per la salvaguardia del proprio benessere fisico e psichico.

L'emozione, il disagio, l'impatto crudo di fronte alle mutilazioni, alle deturpazioni, e alla morte, mette a dura prova chi soccorre, ma diventa ancor più difficile sorreggere chi rimane ad osservare: il parente, l'amico, l'utenza esterna, la società.

Situazioni difficili e certamente cariche di stress e di ansia sono gli scenari in cui si apprestano a causare i soccorritori, emozioni che iniziano con lo squillo del telefono, che

continuano sull'autoambulanza, e poi sul luogo dell'evento, con la vittima, e con chi gli sta intorno...

Sulla scena della crisi non si sa chi è la vittima: può essere un bimbo, può essere un giovane, può essere una donna, oppure un vecchio, ma per chi soccorre quella vittima può anche essere un figlio, una moglie o un genitore, può essere il ricordo dei propri vissuti e allora la crisi diventa uno stress d'identificazione personale, pertanto si ha fretta di finire, di fare presto; e al ritorno suona ancora il telefono, c'è ancora l'autoambulanza pronta per un nuovo intervento, non c'è il tempo di metabolizzare quello che è successo prima, perché non c'è altro personale, «Si guarda alla quantità ma non alla qualità degli interventi» così si parla in un'intervista».

In questi corsi ho potuto capire che una delle criticità, che certi gruppi mettono in evidenza, è l'incapacità di denaturare i propri stress, attraverso particolari tecniche prima menzionate:

- *Defusing*: procedimento che facilita il verificarsi di opportunità in cui gli operatori di soccorso esprimono i loro pensieri e il loro stato d'animo in relazione ai compiti di soccorso in atto (possono essere di breve durata, dieci - trenta minuti).
- *Debriefing*: procedimento strutturato che serve ad aiutare i superstiti ed i soccorritori a comprendere e a gestire emozioni intense per meglio adottare strategie di fronteggiamento efficaci, e a ricevere sostegno dai pari (procedura più lunga della precedente, dura in media dalle due alle quattro ore).
- *Gruppo di aiuto e di mutuo aiuto*: procedimento grupppale fondato sull'azione partecipata delle persone che hanno un problema e che nel gruppo si attivano e si aiutano portando qualcosa di sé, contribuendo alla costrizione del benessere del singolo e del gruppo (aiutare gli altri è un po' come aiutare se stessi).

Questi procedimenti coadiuvano l'operatore a proiettarsi in maniera consona nel soccorso, perché lo aiutano a capire ed a elaborare gli stress, e quindi saprà senz'altro comportarsi in maniera idonea di fronte a chi resta a guardare durante la scena: anche se avrà poche parole, ma in certe situazioni le parole non servono, avrà certamente atteggiamenti che rassicurano, rafforzano e contribuiranno a manifestare calore ed empatia a quelle persone che adesso si ritrovano, loro malgrado, in una situazione di estremo disagio.

Anche il gruppo di lavoro ha la sua importanza nel contesto della prevenzione degli eventi stressogeni.

Un gruppo coeso, impegnato, ma soprattutto ben determinato da una *leader-ship* gestita da una guida che funge da punto di riferimento, permette al soccorritore di lavorare psicologicamente protetto, e abbassa il suo livello di ansia all'interno del gruppo; ne deriva che il grado di responsabilità assunto dall'operatore faccia da tampone al panico che potrebbe crearsi, promuovendo positivi comportamenti di *problem-solving*, cioè soluzioni efficaci ed immediate alla criticità del problema.

Questa positiva specularità del gruppo/*leader* si esprime con:

- esperienza sul campo;
- consapevolezza delle proprie emozioni;
- capacità di mettere in atto tecniche per approfondire l'evento traumatico.

Il gruppo quindi rappresenta il contenitore in cui è possibile sperimentare un forte senso di appartenenza e solidarietà, ma anche il luogo dove è possibile riprocessare in maniera condivisa gli eventi più critici in cui il gruppo ha trovato difficoltà e sperimentato disagi psicologici.

Questi atteggiamenti si trasmettono attraverso una cultura di gruppo, e quindi devono diventare istintivi e familiari, è indispensabile la socializzazione organizzativa attraverso la quale si produce assimilazione alla squadra: essa è una sicurezza e una garanzia sia per se stessi, per il proprio equilibrio, sia per lo svolgimento del servizio e al reparto.

Il buon funzionamento organizzativo dipende anche da una precisa assegnazione di ruoli; la chiarezza degli obiettivi, la sicurezza della catena di comando e risorse sufficienti e indispensabili perché le emozioni vengano opportunamente incanalate.

Ad una squadra per vincere serve oltre un buon capo, anche un buon allenatore: ho scoperto in uno di questi corsi che nel nord America e nei Paesi di lingua tedesca, sta avendo una notevole diffusione nel settore dell'emergenza il *peer – supporter*, una figura inserita nelle diverse organizzazioni di soccorso che sappia supportare i colleghi nei momenti più difficili.

L'importanza del *peer* è data dall'appartenenza alla stessa organizzazione di soccorso, perché funge da ponte tra i colleghi che soffrono e i professionisti della salute mentale.

Per tali obiettivi i *peer* hanno tre strumenti importanti a loro disposizione: l'ascolto empatico, il confronto e il supporto.

Il *peer* può essere formato su tecniche specifiche, tra cui la mobilitazione delle emozioni il *defusing*, e la partecipazione come conduttore ad incontri di *debriefing* accanto ad un

professionista qualificato: egli agisce nella relazione e con la relazione, creando una situazione di ascolto empatico.

I vantaggi derivanti dall'utilizzo del *peer* potrebbero essere:

- favorire la comprensione reciproca tra i soccorritori;
- Aiutare i colleghi a superare due pericolosi atteggiamenti mentali: quello di sentirsi unici e quello di sentirsi passivi rispetto a quello che sta accadendo.
- Fornire un'assistenza emozionale là dove si è manifestato l'evento stressante nel tempo più breve possibile;
- Rilevare la presenza dei problemi emergenti nella vita quotidiana coi colleghi;
- Provare ai colleghi che l'organizzazione di cui fanno parte ha a cuore il benessere psicologico dei suoi membri.

Concludo affermando che ogni persona può travestirsi, e voler assomigliare a qualche figura eroica, ma in realtà non cambia, rimane sempre la stessa, con i suoi vissuti e le sue difficoltà, e queste ritorneranno quando meno se lo aspetta, e proprio quando sarà stressata andrà in *tilt*.

A queste situazioni c'è rimedio: si devono trovare persone che ti capiscano, che ti coinvolgano che ti facciano partecipe, che ti rassicurino, che ti vogliano membro di un gruppo di amicizia o di lavoro.

Queste persone ci sono sempre: l'amico, il collega, il figlio, il genitore, colui che ti tende la mano quando tu sei con il capo chino e appostato in un angolo.

Sì, servono strategie di prevenzione, servono figure che con la loro preparazione sappiano rafforzare i tuoi atteggiamenti di fiducia, di sicurezza, di stima, elementi essenziali per raggiungere un'auto-realizzazione completa individuale e lavorativa, ma tale affermazione è pura utopia, perché si evince dai contesti lavorativi e sociali che gran parte delle persone per tentare di rafforzarsi sotto il punto di vista fisiologico ricorrono a dei falsi rimedi: abuso di alcool o di sostanze stupefacenti. Quando invece esistono interventi psicoterapeutici o tecniche di rilassamento utile per quanto riguarda lo stress accumulato. Il contesto sanitario e lavorativo dovrebbe intervenire quindi costituendo adeguate linee guida, atte a risolvere situazioni come il *burn-out*, ma esse sono ancor oggi inesistenti

○ BIBLIOGRAFIA

*TESTI*

- Axia V. (2006), *Emergenza e psicologia*; Bologna: il Mulino, p. 201
- Boella L. (2006), *Sentire l'altro Conoscere e praticare l'empatia*, Milano: Raffaello Cortina Editori, p.118
- Bonino S., Lo Coco A. et al (1998), *Empatia i processi di condivisione delle emozioni*, Firenze: Giunti Gruppo Editoriale, p. 228
- Bruce H. Y., Jiulian D.F. et al (2002), *L'assistenza Psicologica nelle emergenze*, Trento: Erikson, p.200
- Brunner S. (2001), *Concetti biofisici e psicologici nella professione infermieristica in Nursing medico – chirurgico* seconda edizione, Milano: Casa Editrice Milano
- Calamandrei C. (1999), *Codice Deontologico dell'infermiere*, Milano: McGraw-Hill, p.333
- Camelot. (2003), *L'Empatia percepire le emozioni altrui*, Milano: Xenia Edizioni, p.126
- Carpenito L. J. – Moyet. (2006), *Diagnosi infermieristiche applicazione alla pratica clinica*, Milano: Casa editrice Ambrosiana, p.1034
- Castelli C., Sbattella F. (2003), *Psicologia dei disastri Interventi relazionali in contesti d'emergenza*, Roma: Carocci Editori Spa, p.198
- Cunico L.(2002), *La comunicazione nell'assistenza al paziente*, Milano: McGraw-Hill, p.143
- Cusano M. Napoli A. (2003), “fondamenti di psicologia dell'emergenza”, in: Giannantonio M. (2005), *Psicotraumatologia e Psicologia dell'Emergenza*, Salerno: Ecomind Srl, pp. 327-343
- De Felice F., Colaninno C.(2003), *Psicologia dell'emergenza*, Milano: FrancoAngeli, p. 125
- De Felice F. (2000), *Psicologia di comunità*, Trieste: Edizioni Goliardiche
- D.P.R. 27 marzo 1992, “Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza”
- D.M. 739/94, *Profilo Professionale dell'Infermiere*
- Farnè M. (1999), *Lo Stress*, Bologna: Il Mulino
- Francescato, D. Ghirelli, G. (1988), *Fondamenti di psicologia di comunità*, Roma: NIS.

- Giannantonio M. (2005), *Psicotraumatologia e Psicologia dell’Emergenza*, Salerno: Ecomind Srl, p.506
- *Guida all’esercizio della professione infermieristica*, Edizione scientifica 2003
- Horowitz M.J. (2004), *Sindromi di risposta allo stress valutazione e trattamento*, Milano: Raffaello Cortina Editori, p.129
- Legge 26 febbraio 1999, n. 42 “*Disposizioni in materia di professioni sanitarie*”
- Jacques S. (1996), *La relazione di aiuto e la formazione al colloquio*, Napoli: Liguori Editore, p.181
- Massei, M.A. Pintus, E. et al (1996), *i fattori strategici delle aziende sanitarie*, Milano: Lauri Edizioni
- Pieron. (1951), *Dizionario di psicologia*
- Potter P. A., Perry A. G. (2005), *Infermieristica generale – clinica*, Napoli: Sorbona, p. 755
- Profilo Professionale Infermiere D.M. 739/94
- Rizzolatti G., Sinigaglia C. (2006), *So quel che fai Il cervello che agisce e i neuroni specchio*, Milano: Raffaello Corina Editori, p. 211
- Solomon R. M. Macy R.D. (2003), “La gestione dello stress da eventi critici”, in: Giannantonio M. (2005), *Psicotraumatologia e Psicologia dell’Emergenza*, Salerno: Ecomind Srl, 365-387
- Troiano M., Lo Iacono A. (2002), *Psicologia dell’emergenza*, Roma: Editori Riuniti, p.124
- Young B.H., Ford J.D., Ruzek J.I., Friedmnan M.J., Gusman F.D. (2002), *l’assistenza psicologica nelle emergenze*, Trento: Erickson

#### ARTICOLI

- Battels ED. (2007), “*An exploraration of post-traumatic stress disordier in emergency nurses following Hurricane Katrina*”, *Journal of Emergency Nursing*, **33** (4):pp. 314-318
- Bledsoe BE. (2003), “*Critical Incident Stress Management (CISM): benefit or risk for emergency services?*”, *Prehosp Emerg Care*, **7** (2): pp. 272-9
- Caplan G. (1964), “*principles of preventive psichyatry*”, New York, Basic Books
- Cotterill-Walker S. (2000), “*Debriefing in the intensive care unit: a personal experience of critical incident stress*”, *Nursing in Critical Care*, **5** (2): pp. 82-86

- Carlons J.G. et al. (1998), “*Eye Movement Desensitization and reprocessing (EDMR) Treatment for combat-Related Posttraumatic Stress Disorder*”, Journal of Traumatic Stress, **11** (1): pp. 3-24
- Everly G.S. Mitchell J.T. (1997), “*Critical Incident Stress Management (CISM): a New Era and standard of Care in Crisis Intervention*”, Ellicott City, MD: Chevron
- Flannery RB. Jr. (2005), “*Critical Incident Stress Management for persons residing in institution*”, Int J Emerg Ment Health, **7** (1): pp. 43-8
- Freudenberger H.G. (1974), “*Staff Burn-out*”, Journal Issues, **30** (1): pp. 159-165
- Lim JJ. et al (2000), “*Critical Incident Stress Management*”, ProQuest Medical Library **48** (10): pp. 487
- Lazarus R. Folkman S. (1984), “*Stress, appraisal and coping*”, Springer: New York.
- Jonsson A. Segesten K. Mattsson B. (2003), “*Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel*”, Emergency Medicine Journal, **20**: pp. 79-84
- Jonsson A. Segesten K. (2003), “*The meaning of traumatic events as described by nurses in ambulance service*”, Accident and Emergency Nursing, **11**: pp.141-152
- O’Connor J. Jeavons S. (2003), “*Nurses’ perceptions of critical incidents*”, Journal of Advanced Nursing, **41** (1): pp. 53-62
- Paige CI. (1993), “*Commentary on comprehensive traumatic stress management in the emergency department*”, [original article by Mitchell. J appears in LEADERSHIP MANAGE EMERG NURSE 1992, **1** (8): pp. 3-14], ENA’S Nursing Scan in Emergency Care, **3** (2): pp. 4
- Regel S. (2007), “*Post-trauma support in the workplace: the current status and practice of critical incident stress management (CISM) and psychological debriefing (PD) within organizations in the UK*”, Occupational Medicine, **57**: pp. 411-416
- Thompson G.D. Stefan A.M. (1994), “*Comparative effects of cognitive Behavioral and brief dynamic therapy for depressed family caregivers*”, Journal of consulting and Clinical Psychology, (62): pp. 543-549

○ SITOGRAFIA

- <http://www.priory.com/ital/docurgenza9.htm>
- <http://www.studiozuliani.net>
- <http://www.ksd-ssc.ch>
- <http://www.psicologiaemergenza.blogspot.com>
- <http://www.sipem.org./http://www.managerzen.it/articoli/articolo62.htm>
- <http://www.counselling-care.it>
- [http://www.counselling-care.it/pdf/pdf\\_psico/Psicotrauma2.pdf](http://www.counselling-care.it/pdf/pdf_psico/Psicotrauma2.pdf)
- [http://www.counselling-care.it/pdf/pdf\\_psico/Psicotrauma16.pdf](http://www.counselling-care.it/pdf/pdf_psico/Psicotrauma16.pdf)
- [http://www.counselling-care.it/pdf/pdf\\_psico/Psicotrauma30.pdf](http://www.counselling-care.it/pdf/pdf_psico/Psicotrauma30.pdf)
- [http://www.counselling-care.it/pdf/pdf\\_psico/Psicotrauma34.pdf](http://www.counselling-care.it/pdf/pdf_psico/Psicotrauma34.pdf)
- [http://www.counselling-care.it/pdf/pdf\\_psico/Psicotrauma41.pdf](http://www.counselling-care.it/pdf/pdf_psico/Psicotrauma41.pdf)
- [http://www.counselling-care.it/pdf/pdf\\_psico/Psicotrauma57.pdf](http://www.counselling-care.it/pdf/pdf_psico/Psicotrauma57.pdf)
- [http://www.counselling-care.it/pdf/pdf\\_psico/Psicotrauma58.pdf](http://www.counselling-care.it/pdf/pdf_psico/Psicotrauma58.pdf)
- [http://www.counselling-care.it/pdf/pdf\\_psico/Psicotrauma68.pdf](http://www.counselling-care.it/pdf/pdf_psico/Psicotrauma68.pdf)
- [http://www.counselling-care.it/pdf/pdf\\_psico/Psicotrauma69.pdf](http://www.counselling-care.it/pdf/pdf_psico/Psicotrauma69.pdf)
- [http://www.counselling-care.it/pdf/pdf\\_psico/Psicotrauma75.pdf](http://www.counselling-care.it/pdf/pdf_psico/Psicotrauma75.pdf)
- [http://www.counselling-care.it/pdf/pdf\\_psico/Psicotrauma76.pdf](http://www.counselling-care.it/pdf/pdf_psico/Psicotrauma76.pdf)
- [http://www.counselling-care.it/pdf/pdf\\_psico/Psicotrauma79.pdf](http://www.counselling-care.it/pdf/pdf_psico/Psicotrauma79.pdf)
- [http://www.counselling-care.it/pdf/pdf\\_psico/Psicotrauma85.pdf](http://www.counselling-care.it/pdf/pdf_psico/Psicotrauma85.pdf)
- [http://www.counselling-care.it/pdf/pdf\\_psico/Psicotrauma88.pdf](http://www.counselling-care.it/pdf/pdf_psico/Psicotrauma88.pdf)

Giunto al termine di questo lavoro desidero ringraziare ed esprimere la mia riconoscenza nei confronti di tutte le persone che, in modi diversi, mi sono state vicine e hanno permesso e incoraggiato sia i miei studi sia la realizzazione e la stesura di questa tesi.

I miei più sentiti ringraziamenti vanno a chi mi ha seguito durante la redazione del lavoro:

- *Il Coordinatore Emanuele Piva*, in veste di relatore, che mi ha fornito con chiarezza durante la stesura della tesi molteplici opinioni e suggerimenti riguardanti i concetti fondamentali e gli aspetti della metodologia proposta.
- *L'infermiere Giuseppe Tremonti*, il mio correlatore; un ringraziamento speciale per la continua disponibilità e prontezza nei chiarimenti e suggerimenti, e per avermi guidato con i suoi consigli in un percorso formativo molto utile ai fini del mio lavoro. Con il suo insegnamento è riuscito a farmi credere nelle mie possibilità e mi ha convinto a perseguire le mie ambizioni.
- *Al coordinatore e all'infermiera del 118 Mantova-Emergenza che hanno lasciato le due interviste:*  
per la loro fiducia, disponibilità, gentilezza, e soprattutto per la professionalità nel raccontarmi i loro vissuti con estrema semplicità e sicurezza, mettendomi in una situazione di massima tranquillità e nello stesso tempo coinvolgendomi nei loro racconti veri e spontanei, che hanno reso vivo e umano questo lavoro.
- *I Vigili del fuoco della centrale operativa di Mantova:*  
grazie a loro sono riuscito ad avere diverse informazioni attraverso dispense e materiale bibliografico, utile per valorizzare il mio progetto di tesi.

Per ultimi, ma di certo non per importanza, ringrazio la mia famiglia e gli amici che mi sono stati molto vicini in tutti questi anni “da studente”, e che oltre ad avermi sempre “supportato” mi hanno più di tutto “sopportato”.

Mi ritengo una persona molto fortunata, perché in questi tre anni le mie esperienze sono state condivise con persone che stimo tantissimo e che hanno sempre le parole giuste al

momento giusto, e i risultati importanti si raggiungono con il sacrificio e la presenza di tutti. Esprimo gratitudine naturalmente ai *Tutor* del corso di laurea in infermieristica di Mantova, compresi ovviamente anche Lucia e Marco.



○ ALLEGATO N°1:

1. Esperienza vissuta da un'infermiera operatrice della Centrale Operativa 118 A. "Carlo Poma" Mantova in merito ad un evento stressante.

#### *DATI ANAGRAFICI*

*Età:* 37 anni

*Sesso:* femmina

*Stato civile:* convivente

*Figli:* uno

*Età:* dodici mesi

*Da chi è accudito:* quando lei lavora dal padre e/o dalla nonna

#### *ESPERIENZE DI LAVORO*

Ha sempre lavorato nell'Azienda Ospedaliera di Mantova, con esperienze nei reparti di S.P.D.C. (Servizio, Psichiatrico, Diagnosi, Cura), chirurgia generale, malattie infettive (reparto definito dal soggetto "umanamente devastante"), pronto soccorso e infine centrale operativa 118.

#### *ISTRUZIONE, FORMAZIONE,*

#### *CAPACITA' E COMPETENZE PROFESSIONALI*

Ha conseguito il diploma di qualifica Assistente per Comunità Infantile, poi ha partecipato al corso d'infermiere presso la C.R.I. sezione di Mantova.

«Il mio impegno nel lavoro prima dell'evento stressante era ottimo, così pure la concentrazione, tanto che riuscivo a fare anche due cose contemporaneamente. Questo era possibile perché il lavoro era il mio impegno principale, dato che non avevo famiglia.

Sono riuscita a diventare formatore degli istruttori, per quanto riguarda la didattica da tenere in aula.

Sono istruttrice di BLS – PBLSD – PHTC di base, sono stata referente della formazione, nel sistema radio e comunicazioni, ho partecipato alla stesura di protocolli per le maxiemergenze, e di altre procedure per gli operatori del 118, ho partecipato a Milano a numerosi tavoli di lavoro sempre sul tema dell'emergenza».

## *ANAMNESI*

Anno di nascita: luglio 1971 lo ricorda facendo riferimento ad un evento di terremoto nella città di Mantova.

E' nata da parto eutocico con crescita e sviluppo nella norma. All'età di 4 anni e mezzo ricorda la perdita di un fratello di 18 mesi: la morte è da riferire ad un arresto cardiaco in sede d'intervento per stenosi dell'uretere.

La morte del fratello è stata per la sua famiglia un evento devastante: la madre, di appena 23 anni, e il padre di 32 non riuscivano ad accettare la disgrazia, che ha segnato indelebilmente la loro vita. L'infermiera rammenta solamente il funerale: il piccolo era stato portato nelle camere mortuarie, ambienti ristrutturati dove attualmente risiede la Centrale Operativa 118 (sede di lavoro della stessa). Ricorda una grande sofferenza emotiva e psicologica in famiglia, nonostante l'arrivo di un altro fratello. La nascita del terzogenito non ha modificato l'esistenza della sua famiglia: la madre viveva sempre con il ricordo del secondogenito, ed entravano in gioco sentimenti di gelosia perché «Mi sentivo abbandonata; ma questi sentimenti si possono solamente capire quando si è genitori e si hanno dei figli, adesso io li posso comprendere perché sono mamma. Preparava anche per lui ed io andavo a portarle via il piatto e la guardavo, e dicevo a mia madre guarda che ci sono ancora io, anche se mio fratello è morto».

Un altro evento che ricorda è la morte della nonna.

«La nonna è stata una figura molto importante per la mia infanzia, perché in certi momenti diventava mia madre: questo succedeva perché mia madre, essendo troppo giovane e in difficoltà per la morte di mio fratello, non mi dava quelle attenzioni che una figlia merita».

Altro evento che ricorda e che considera una sconfitta nel ruolo di donna/madre è un aborto al secondo mese per una gravidanza extrauterina.

«Questa gravidanza extrauterina (1 agosto 2006) non mi ha procurato danni, ma purtroppo ho dovuto abortire. Psicologicamente è stato come un lutto, una perdita, ma soprattutto non accettavo questa situazione, era un'ingiustizia, una sconfitta; ero incattivita con il mondo intero, piangevo tutti i giorni e l'unica persona che mi capiva era il mio compagno che mi stava molto vicino e un giorno ritornò a casa con un regalo: un cane.

Il cane mi ha coinvolto perché dovevo accudirlo e mi ha permesso quindi di rielaborare la mia situazioni di crisi.

Sono migliorata e mi sono rientrata psicologicamente, tanto che agli inizi del mese di dicembre dello stesso anno sono rimasta nuovamente incinta.

La seconda gravidanza all'inizio è stata molto bella, i pensieri cattivi della prima si allontanavano, e man mano che le settimane passavano il ginecologo mi rassicurava sul mio stato; visto che ho sempre considerato la gravidanza come uno stato fisiologico, non ho mai smesso di lavorare: all'epoca sono stata trasferita dal Pronto Soccorso alla Centrale del 118 con mansioni di *console* per evitare complicazioni riguardanti il rischio biologico.

Poi sono stata sorpresa da una leggera colica renale; quindi, vista l'età (35 anni e primipara) e visto il lavoro che conducevo, il ginecologo considerandola una gravidanza a rischio mi costrinse all'interdizione dal lavoro. Mi sono sentita vecchia.

Non ho potuto eseguire la villocentesi per problemi di placenta previa, ma al quarto mese mi sono sottoposta ad una amniocentesi praticata di mattina, alle ore 12.30. Dopo 12 ore ho avuto una complicanza grave con rottura delle membrane e conseguente perdita di liquido amniotico causata dalla mancata chiusura della soluzione di continuo provocato a livello placentare dall'ago per la procedura diagnostica. Fui ricoverata per più di un mese in ginecologia per ridurre al minimo le complicanze al feto per eventuali setticemie. Anche in questo caso mi sono sentita fortemente arrabbiata, frustrata e disperata, e mi sembrava che il mondo ce l'avesse con me. Il ginecologo che mi seguiva è stato molto ottimista e mi rassicurava che se avessi superato la 32<sup>a</sup> settimana il feto non avrebbe corso dei rischi.

Anche in quest'occasione il mio compagno mi è stato molto vicino, e mi ha aiutato ad arrivare sino alla 36<sup>a</sup> settimana dato che non dovevo sforzarmi, sono stata costretta a passare le settimane sdraiata a letto, o comunque a ridurre al minimo gli sforzi fisici.

Alla fine della 36<sup>a</sup> settimana mi è comparso un intenso prurito: era luglio, e all'inizio pensavo fosse un semplice eritema da allergia solare; visto che non passava, ed avendo delle conoscenze infermieristiche di base, mi sono sottoposta a degli esami di laboratorio che evidenziarono un iperdosaggio dei sali biliari. Il ginecologo diagnosticò una collettasi gravidica dovuto all'appoggio sulle vie biliari del feto, che ne ostacolava il debito svuotamento. Quindi pensò di anticipare la data del parto. Venni ricoverata e il parto fu indotto, ho sempre considerato il parto come la gravidanza un evento fisiologico, e mai avrei pensato di far ricorso ad un taglio cesareo per eliminare i dolori, ma nel mio caso sono stati molto intensi anche perché non ero pronta ad accettarli, visto che non avevo mai seguito un corso di preparazione al parto, a causa delle mie condizioni fisiche. Ero ansiosa,

agitata, e non sapevo se avrei potuto portare a termine l'azione; comunque la fase espulsiva è stata del tutto normale, e ho potuto finalmente abbracciare mio figlio.

Dopo il parto non riuscivo a dormire; i primi tre mesi sono stati drammatici, dormivo dalle 3.00 alle 5.00 del mattino e dalle 9.00 alle 11.00; credevo stupidamente che nonostante l'insonnia si potesse badare ugualmente alla famiglia, ma questo è stato l'inizio del mio decadimento: non riuscivo a gestire il ruolo della casalinga, cioè fare i mestieri e accudire allo stesso tempo mio figlio.

Ricordo una notte in cui ero molto stanca, ma non riuscivo a prendere sonno. Lo stress mi ha portato ad un gesto inconsulto: ho preso il mio cuscino e l'ho ridotto in mille brandelli per calmare il mio nervosismo. Sì, ero molto nervosa perché ero molto stanca.

Poi, a dicembre, mio padre si è suicidato; prima di farlo ha massacrato mia madre, senza però riuscire ad ucciderla. E' stato un fulmine al ciel sereno, ma è come se lo avessi sempre saputo che sarebbe successo; è stata come la spada di Damocle che alla fine è caduta, e ho detto "finalmente è successo, così-ho pensato-questa è la cosa peggiore che ad una persona possa capitare, e adesso non mi può più succedere null'altro di peggio" per cui sono rimasta fredda e razionale.

Mio fratello ha visto tutta la scena, io non ho visto nulla ma mi dovevo occupare di mio figlio, di mio marito, di mio fratello, di mia mamma e poi di tutto quello che poteva succedere, tra l'altro dovevo anche interessarmi delle pratiche burocratiche e legali.

Mio fratello ha visto e ha vissuto l'evento in modo traumatico a tal punto che mi sono dovuta occupare di lui dal punto di vista psicologico, perché viveva fasi di terrore vere e proprie, tali da non riuscire ad entrare in una stanza se era chiusa o buia. Voleva tutte le porte aperte e le luci accese, questo perché aveva trovato mio papà aprendo una porta nel buio e quindi riviveva continuamente questa situazione. I giorni seguenti si trovava a casa mia, e quindi mi dovevo occupare di tutti, mentre io sono rimasta da sola, nessuno mi aiutava, nessuno tranne il mio compagno s'interessava della mia incolumità psicologica. Il mio compagno inizialmente mi ha dato un aiuto pratico e forse io ho reagito in modo sbagliato, mi sono chiusa, per cui ho allontanato tutto e tutti. Questo atteggiamento non era corretto, ti rendi conto di questo però dopo..., tendenzialmente all'inizio ho voluto tenere tutto sul pratico, perché mi sono detta "Ci sono solo io, non lo può fare nessuno, per cui non posso mollare" e questa cosa me la sto trascinando ancora addosso.

Da dicembre sono passati pochi mesi e il lutto, il dolore, lo stress se non lo elabori all'inizio lo trascini per lungo tempo, lo devi prima o poi sviscerare, affrontare per cui per forza maggiore ti devi appoggiare a qualcuno, non solo di famiglia, ma anche ad una persona specializzata.

Non mi sono rivolta ad una figura professionale specificatamente riconosciuta come uno psichiatra o un psicologo, però ho aiutato mio fratello in questa situazione, io invece ne parlo quando voglio e quando posso, perché sono una persona estremamente chiusa. Capisco che queste situazioni si risolvono parlando, ma io non lo facevo, perché mi vergognavo molto di questa cosa indossavo il mio abito di vergogna che mi bloccava, e mi faceva sentire diversa.

Anche se trovavo persone che mi offrivano il loro aiuto nel darmi disponibilità all'ascolto io le rifiutavo: per colpa mia mi sono rinchiusa in me stessa della mia reazione: "io vado avanti, butto giù i muri, vado avanti ancora, e poi quando crollo è finita e non mi alzo più". Per cui è stato tutto molto complicato: i numerosi interventi chirurgici a cui mia madre è stata sottoposta, i tanti viaggi a Cremona, (perché mia madre era ricoverata in quella Neurochirurgia), poi la riabilitazione a Bozzolo e poi altre degenze fino ad arrivare a quella attuale nel *hospice* di una Casa di Cura di Mantova.

La Dirigente di questo *hospice* è una psicologa, non mi seguiva professionalmente, ma è stata l'unica, a farmi dire cose che non avevo mai detto nè affrontato con nessuno, tanto meno col mio compagno.

Quando vado a trovare mia madre, la psicologa se mi vede, mi ferma e mi fa parlare: grazie al suo aiuto mi sono resa conto di non essere diversa e di potercela fare.

Se invece rimani nell'ignoranza e ascolti quelli che ti dicono: "no, no, è così, o è così, e tu hai sbagliato a fare questo", la prima cosa che fai è chiudere, abbassi la testa e resti lì nell'angolo ad aspettare che qualcuno ti prenda per mano e ti porti...., in realtà se invece hai gli strumenti dall'angolo ne esci da solo.

Mi ha fatto capire che se prima per me professionalmente erano importanti alcune cose, adesso lo sono diventate delle altre.

Prima quello che mi interessava era la mia carriera professionale, adesso quello che mi interessa risolvere è il problema del paziente, forse perché ho vissuto qualcosa di talmente grave o traumatico, non spiegabile a parole, che ora non considero più alcune cose importanti come prima.

Adesso credo che sia corretto che i miei colleghi stiano bene, e se hanno bisogno di aiuto io farò il possibile per darglielo, ma chi ha più bisogno è il paziente, è il malato.

Questa non è una barriera, ma è un modo per star meglio.

Prima invece era diverso: l'aspetto principale era quello tecnico, professionale, ma di umano c'era poco; adesso il mio modo di comunicare con il paziente è diverso, mi sento più empatica.

Se prima avevo qualche difficoltà nella gestione della morte dei pazienti sieropositivi (mi riferisco al mio lavoro nell'unità operativa di Malattie Infettive), adesso non dico di non aver le difficoltà, però mi metto nei panni di chi sta male, a differenza di prima che ero molto fredda, molto tecnica. Se vedevo morire qualcuno per strada o in casa, era un cadavere; adesso se una persona muore è il congiunto di qualcuno che resta, di qualcuno che sta male. Alcuni eventi possono aprire gli occhi sui sentimenti delle altre persone: prima ero solo preoccupata del mio successo, "solo per me, solo per me", ora faccio molto fatica a sopportare la superficialità di alcuni colleghi su alcune cose che per me hanno più valore. Attualmente quello che conta e che mi fa anche lavorare meglio è la serenità del gruppo di lavoro, e mi rendo conto che adesso non c'è...

Quando ho subito l'evento più critico ero a casa in post-partum, quindi l'Azienda ha potuto fare molto poco, però tutti i colleghi con cui ho lavorato e sto lavorando si sono fatti sentire.

Quando sono rientrata ho parlato con i miei responsabili dell'unità operativa, e Aziendali, e ho motivato la mia richiesta di rientrare in centrale per motivi economici, perché i costi della retta della degenza di mia madre sono molto alti e perché in centrale il lavoro fisico è molto ridotto rispetto agli altri reparti, come ad esempio il Pronto Soccorso, dove l'attività fisica è esponenziale, è un lavoro stancante fisicamente e psicologicamente perché si è in continuo e totale movimento. In centrale il lavoro certamente non è fisico, ma è più stressante dal punto di vista psicologico. Nonostante tutto i miei responsabili mi sono stati ampiamente d'aiuto.

A distanza di poco tempo dall'evento stressante ho sofferto di una crisi epilettica trattata in un primo tempo con farmaci, ma sospesi quasi subito perché a mio avviso gli effetti collaterali erano così gravi da impedirmi di lavorare; comunque, una volta sospesa la terapia non ho più avuto sintomatologia da effetti collaterali e crisi epilettiche.

Secondo la psicologa la crisi epilettica è stata una reazione del mio subinconscio, della mia anima, del mio io interiore a tutto quello che mi è accaduto: la mia infanzia, le gravidanze, il parto, l'evento critico stressante particolare..., è come se la mente e il mio cervello fossero andati in tilt o avessero detto STOP.

Adesso ho fatto crollare tutti muri, adesso mi devo fermare, perché non ce la faccio più, perché non mi ero più fermata dopo la gravidanza e la mia mente ha continuato, a lavorare..., non dormivo, dovevo sempre far qualcosa da portare a termine, era una sollecitazione continua.

Secondo il neurologo la crisi è stata una reazione ad una privazione di sonno, perché dopo l'evento traumatico scatenato dai miei genitori ho sempre avuto degli incubi, mi svegliavo in continuazione, per cui effettivamente non dormivo.

L'evento è successo quando mio figlio aveva quattro mesi e solamente da poco avevo iniziato a dormire sei ore per notte.

Dopo la crisi epilettica, la responsabile dell'Ufficio Infermieristico si è veramente interessata al mio caso, offrendomi diverse opportunità, anche quella di evitare il lavoro continuo alla *console* con i video terminali, ipotizzando tra l'altro che fossero una possibile causa della mia crisi.

La terapia antiepilettica mi ha procurato anche un periodo di febbre continua, per cui sono stata costretta ad inoltrare un certificato medico, cosa inusuale per il mio modo di essere.

Quello che ricordo, prima della crisi epilettica, è stato un grande bombardamento di stimoli.

Ero arrivata a casa da un pomeriggio molto impegnativo, e all'indomani avrei dovuto fare subito il turno di mattina.

Avevo trascorso il pomeriggio coordinando alla *console* un parto gemellare: dovevo collocare i neonati nei reparti idonei, ma trovavo difficoltà nella gestione dei trasporti e del collocamento; è stato un pomeriggio campale: per me di solito non è un problema controllare difficoltà di questo genere, sono abituata, però in quel pomeriggio c'erano troppi stimoli negativi, troppa gente che parlava, troppi suoni, troppi rumori, troppe luci e io mi sentivo andare in *tilt*.

In questo caso ho peccato di presunzione, perché mi sono ostinata a continuare a lavorare, a badare alla famiglia e con tutto quello che ho avuto, questo fardello sulle spalle stava veramente pesando troppo: non era possibile sopportare tutto ciò.

Mi sono accorta che dovevo rinunciare a qualche cosa: se non sei tu che dici “mi devo fermare e devo fare un passo alla volta” e il tuo corpo che ti ferma e/o ti obbliga in qualche modo.

Lo stress non è un solo evento critico, un solo evento si riesce a gestirlo, ma più eventi critici nell’arco di poco tempo non sono tollerabili.

Ho avuto un incontro con una psicologa, tramite un’amica neuropata con cui condivide lo studio; ci sono andata esclusivamente perché il mio compagno mi ha detto che ero cambiata, mi vedeva chiusa e le sue parole sono state: “cambi radicalmente umore, da un momento all’altro, adesso sei solare e subito dopo nei tuoi occhi si vedono i tormenti dell’anima e questa cosa la vive anche tuo figlio”. Questa è stata la molla che ha fatto scatenare la mia decisione, ma non ho avuto il coraggio di continuare gli incontri. e quindi mi sono seduta, ho mollato e ho detto: “ma sì, dai, si sistemerà...,ma sì, dai, andiamo avanti, domani è un altro giorno, la vita è una ruota,” ma queste sono frasi fatte.

Forse, se avessi iniziato un percorso di supporto non dico di gruppo, ma anche da sola, forse avrei elaborato diversamente la situazione... e forse non avrei avuta la crisi epilettica.

La crisi epilettica mi ha insegnato tantissimo, è stato un campanello d’allarme.

La Psicologa mi ha assicurato che ognuno di noi ha qualcosa di più debole rispetto ad un altro; per esempio mi sarei potuta ammalare di LES, malattia auto-immune che si sviluppa su una base stressogena. Invece è sopraggiunta la crisi epilettica per i continui stimoli negativi che ricevevo, e sono convinta che se troverò una serenità lavorativa, professionale e familiare anche nella gestione di tutti gli aspetti burocratici ed economici riguardanti mia madre, se riuscirò a trovare un equilibrio potrò vivere più serenamente.

Ci vorrebbe in ogni struttura aziendale un gruppo terapeutico: con il mio gruppo di lavoro mi trovo abbastanza bene: «così così (ni)», ma succede lo stesso in tutti i reparti ospedalieri.

Gli eventi che ho vissuto mi hanno portata a capire i miei errori: prima ero una macchina, adesso non è più così. E’ indubbio che il mio impegno sul lavoro è rimasto quello di prima, ma il rendimento è cambiato, perché ho capito che devo tenere un ritmo più basso, più normale, altrimenti la mia soglia stressogena aumenta se ritorno a fare quello che facevo prima.

Una figura di supporto psicologico secondo me serve nel gruppo; da noi, nella nostra Centrale, non esistono strategie di annullamento stressogeno e se ne accusa la mancanza.

Qui conta solamente il rendimento, non importa la qualità, ma la quantità del servizio.

Se mi avessero proposto un aiuto psicologico a livello aziendale l'avrei accettato, perché ho la coscienza di dire: "io sto facendo un lavoro importante e non posso correre il rischio di fare del pressapochismo". Sì, ci sarei andata. Però conta molto anche il professionista con cui si ha a che fare.

La Psicologa scelta dall'amica è diversa dalla Psicologa che segue mia mamma in clinica: quest'ultima crea con me un rapporto speciale, mi guarda sempre negli occhi, ha sempre lo stesso tono di voce, mi sorride quando mi deve sorridere, e sta seria quando deve stare seria sento che lei partecipa al mio vissuto in modo empatico, e ciò conta molto.

Avendo fatto corsi di formazione in didattica osservo le sue posture, per un linguaggio non verbale e prossemico.

Avverto quando una persona è interessata al mio disagio o al mio star male e se è veramente motivata a risolvere i miei problemi.

In effetti io non ho assolutamente superato il trauma, e secondo me ho ancora tutto nel mio subconscio, (e con la mano indica il suo cuore), nella testa è già diverso, perché ho quasi 40 anni e riesco ad essere razionale ed obbiettiva, però nel cuore si resta sempre bambini, qui è ancora tutto come prima.

Se prima degli eventi mi avessero chiesto se serve una figura professionale all'interno di una Centrale operativa di 118, avrei certamente risposto di no e avrei anche detto che se un collega ne avesse avuto di bisogno, avrebbe dovuto pensarci da solo; adesso invece mi rendo conto che la cosa è completamente diversa.

Ho capito da questa esperienza che un supporto di competenza psicologica e/o psichiatrica, anche per le persone che non sono pazienti psichiatrici, ma che hanno avuto un evento traumatico devastante che gli modifica completamente la vita, è necessario, e a volte anche la terapia può diventare un supporto, che un serio professionista, deve prendere in considerazione se vuole star meglio. Mentre al giorno d'oggi le malattie di mente sono dei tabù. Hai dei problemi di adattamento e di comportamento; "non sei normale, sei matto!!" e invece non è così, c'è solamente un problema di psiche: è come se un dislessico al giorno d'oggi non venisse aiutato (una volta era uno che non sapeva leggere, oggi invece sa

leggere grazie agli strumenti adatti alla sua malattia). Purtroppo si pensa che tutti siamo uguali e che tutti dobbiamo leggere allo stesso modo, non è così.

*..... però ancora adesso, io rimango protetta nel mio guscio di protezione.....*

○ ALLEGATO N° 2:

2. Esperienza vissuta da un'infermiere Coordinatore della Centrale Operativa 118 di Mantova in merito ad un evento stressante.

*DATI ANAGRAFICI*

*Età:* 52 anni

*Sesso:* maschio

*Stato civile:* celibe

*Figli:* nessuno

*ESPERIENZA DI LAVORO*

Dal 1975 ha lavorato come Educatore: dal 1981 fino all'86 ha fatto esperienza in Rianimazione e in Pronto Soccorso come infermiere: successivamente, nel 1988, ha iniziato l'attività di Elisoccorso nella Base di Parma, fino al 1990. Dopo l'incidente è stato trasferito alla Centrale Operativa di Bologna Soccorso fino al 1991 e, poi di nuovo a Parma, dove ha aperto la Centrale Operativa di Parma Soccorso e la Base di Elisoccorso. Dal 2000 al 2008 ha lavorato presso la Centrale di Brescia e dal 2008 ad oggi presso la Centrale del 118 di Mantova.

*ISTRUZIONE, FORMAZIONE*

*CAPACITA' E COMPETENZE PROFESSIONALI*

Ha conseguito il Diploma di maturità magistrale; in seguito ha partecipato al corso di infermiere professionale presso la "Scuola Infermieri di Parma".

## *ANAMNESI*

Nel luglio del 1975 mi ero diplomato “Maestro” nell’istituto magistrale di Parma, e a settembre sono andato in montagna a Misurina, vicino a Cortina D’Ampezzo, come educatore in un istituto climatico per asmatici, dove i bambini rimanevano per il periodo scolastico e ritornavano a casa solo nei mesi estivi.

Avevo bambini di 5<sup>a</sup> elementare, facevano anche il dopo scuola, al pomeriggio: avevo il mio gruppo di dieci persone e questa è stata la mia prima esperienza di lavoro lontano da casa, interessantissima. Poi ho interrotto, perché sono andato a fare il militare. Sono ritornato l’anno successivo, e mi hanno assegnato una prima elementare, sempre nella stessa sede. In quel periodo facevo il maestro unico.

Nel frattempo nel periodo estivo ho conosciuto delle ragazze che facevano le educatrici in colonia dove sono andato anch’io per tre mesi estivi.

Quando sono ritornato a Misurina era il terzo anno consecutivo che facevo l’educatore, e visto che dovevo fare supplenza e non ero di ruolo, mi sono iscritto alla Scuola per Infermieri a Parma.

A convincermi è stata una mia amica, oltre all’esperienza che avevo fatto durante il servizio militare come aiutante di sanità, perché da giovane avevo frequentato un corso di volontariato per la Croce Rossa. Poi ho avuto un’altra esperienza «Ricordo mio padre ricoverato intorno agli anni ‘70 per un brutto trauma, e quindi ero interessato alla vita che facevano negli ospedali» però la scelta della scuola è stata un po’ casuale perché non mi decidevo, mi sono iscritto oltre il termine, ma quando sono andato a vedere se mi avevano accettato mi hanno subito assegnato ad una classe in aula. Ci sono andato il giorno dopo, e ho continuato a frequentare. Nella pausa estiva ho continuato a fare l’educatore per i bambini perché mi piaceva e m’interessava. Ho superato abbastanza bene il primo anno perché venivo da una realtà formativa diversa: a differenza dei miei colleghi, avendo fatto la maturità non trovavo il corso così difficile.

Mi erano piaciuti i tirocini nei vari reparti: c’era ancora la vecchia impostazione dove il Caposala ti presentava alla Tutor che avrebbe avuto il compito di seguirti durante il primo anno.

La prima esperienza di tirocinio è stata nel Reparto di Medicina, situazione stressante perché non accettavo l’idea di eseguire i vari riordini, di sanificare i comodini, ma non perché volevo essere superiore.

Da infermiere professionale ho fatto domanda di assunzione, e mi hanno destinato nel Reparto di Rianimazione.

In quel periodo stavano riorganizzando il Reparto ed erano carenti di personale, perciò mi hanno assunto senza concorso. Lavorare in questo contesto mi è piaciuto molto, però ho vissuto all'interno di una campana di vetro, nel senso che non avevo contatto con la realtà perché la Rianimazione godeva di un'organizzazione autonoma, quindi era considerata un'isola felice rispetto agli altri Reparti dell'ospedale.

L'esperienza in Rianimazione è stata molto interessante, ma ci sono stati alcuni episodi che mi hanno messo in crisi: non avevamo contatti con i parenti che non potevano entrare, e questo lo ritenevo una cosa disumana; l'alibi era quello di dire che toglievano la sterilità: era falso, era una scusa di noi sanitari, non volevamo che la gente venisse a controllare l'assistenza che erogavamo.

Ho avuto la fortuna d'incontrare colleghi veramente validi che mi hanno saputo dare tanto, sia dal punto di vista tecnico sia da quello umano. Ho vissuto situazioni veramente drammatiche che mi hanno fatto impressione: c'erano moltissimi traumi cranici, all'epoca non c'era l'obbligo del casco e a Parma avevamo iniziato un monitoraggio del paziente con ematoma intracranico, prima realtà del Nord Italia, noi eravamo il centro di riferimento, quello che adesso si chiamerebbe "*trauma center*", perché la neurochirurgia c'era solo a Parma e non c'era a Reggio - Emilia nè a Piacenza, e quindi c'era un numero altissimo di giovani. Il fatto di vedere continuamente traumi mi aveva destabilizzato. Almeno due o tre episodi in particolare mi sono rimasti impressi. Uno di questi è stato il primo trauma vero che ho gestito: l'ho visto arrivare in sala urgenza, anche perché allora il nostro Pronto soccorso non gestiva le Urgenze, ma arrivavano direttamente in reparto.

Era il 1982, nel tardo pomeriggio di una domenica: era stato portato in reparto un ragazzino che, uscito dalla discoteca, aveva subito un poli - trauma a causa di un incidente con il suo motoveicolo. Quando è arrivato era cosciente, e parlava. Abbiamo avuto qualche problema prima di intubarlo a causa delle gravi lesioni che aveva avuto per trauma toracico. Mi ricordo che mi diceva: "Stai qua, dammi una mano, non lasciarmi da solo, sento che sto morendo" ed io gli ho risposto: "No, stai tranquillo, non ti devi preoccupare..." e l'avevo lasciato lì così... che doveva entrare in sala operatoria. Il giorno dopo, quando ho ripreso servizio ho guardato subito nella stanza e mi sono chiesto: "Ma

dov'è?" e gli altri infermieri mi hanno risposto che era morto in sala operatoria. Questa situazione mi aveva creato dei problemi, ero veramente in crisi.

Però non potevo lasciarmi andare, perché se mi facevo vedere così preso dalla situazione, all'interno del reparto sarei stato considerato un debole, anche perché purtroppo non avevano nessuno con cui parlare e quindi non potevo esternare le mie sensazioni, emozioni, sentimenti, che si accumulavano dentro di me, sempre di più, e mi sentivo fragile; però avevo la fortuna di un forte legame di amicizia con una mia collega, quindi potevo confrontarmi con lei.

Un altro episodio che ricordo è quello di un ragazzo che doveva fare un prelievo d'organo: mi ricordo che l'abbiamo portato fuori dalla stanza, e lì ad aspettare c'erano la mamma e la sorella, che fino a quel momento lo avevano visto solamente attraverso un monitor. Era orfano di padre, e mentre lo si stava portando in sala operatoria dove sarebbe iniziato l'espianto, vicino alla porta c'erano i parenti del ragazzo che lo vedevano per l'ultima volta... Ricordo che quando siamo usciti dalla stanza, io e il mio collega che spingevamo il letto con tutti gli apparecchi (pompe d'infusione, respiratore ecc..), senza rendere conto ci siamo trovati la mamma davanti: allora ci siamo fermati un attimo, la mamma è andata vicino al figlio e ha cominciato ad accarezzarlo e a baciarlo dalla testa ai piedi. Il mio collega, vedendo la scena, e non essendo in grado di gestirla, è andato via. Quindi mi sono trovato da solo, ed in quel preciso momento mi sentivo impotente, non riuscivo più a parlare. Da un lato ero arrabbiato con il mio collega perché mi aveva lasciato da solo, e dall'altro non sapevo cosa fare; quando sono riuscito a portare il ragazzo in sala operatoria, sono scappato, sono entrato in reparto e ho trovato in cucina la mia collega che in quel momento era di turno, e sono scoppiato a piangere... non mi era mai capitato di piangere così tanto, ero veramente molto provato, e ho passato poi la giornata e anche quelli successivi molto turbato. Comunque avevo la fortuna di poter sfogare tutta la mia rabbia confrontandomi con la mia collega. Questi due episodi sono rimasti impressi nella mia testa, è come se avessi davanti queste foto, e ricordo con precisione tutti i principali passaggi di quelle scene traumatiche.

Mi ricordo anche che nell'86 ho fatto il corso per Coordinatore perché volevo migliorare la mia carriera professionale, visto che all'epoca non c'erano specializzazioni: poi ho fatto il concorso ed era molto difficile superarlo, eppure ci sono riuscito...forse sono stato

fortunato nel trovarmi davanti una commissione d'esame alla mia portata, anche perché non mi ritengo una cima, ero nella norma.

Durante il corso da Coordinatore mi hanno mandato per due mesi all'ospedale psichiatrico di Colorno (PR): è stata un'esperienza tutto sommato bella, anche se in quel periodo non era quella l'idea, mi ritenevo più operativo, ma l'ho voluto fare per una formazione migliore.

Finito il corso da Coordinatore, ero veramente stanco di stare in Rianimazione, perché alcuni episodi tanto drammatici mi hanno fatto toccare con mano la realtà, nel senso che non riuscivo più a lavorare... ero in *burn-out*!; probabilmente il mio problema era quello di assistere sempre gente che poi moriva, e non riuscivo a vedere il risultato del mio lavoro.

Questa situazione cominciava a disturbarmi, e volevo a tutti i costi andare in un reparto diverso, perché lì vedevo solamente persone morire: quindi ho chiesto il trasferimento: e fui segnato in Pronto Soccorso. Ho scoperto che era una trincea; ci sono stato un anno, e nonostante la fatica ho provato grandi soddisfazioni: i pazienti li vedevo arrivare coscienti, e uscivano con le proprie gambe. Lì mi ero trovato veramente bene, nonostante il duro lavoro fisico e psichico che si doveva dare.

Un giorno il Direttore Sanitario mi chiamò dicendomi: "Il mese prossimo la Regione mette a disposizione un elicottero a Parma, e quindi c'è bisogno d'infermieri che vanno addestrati, ed io pensavo proprio a te e altri due". Detto e fatto, accettammo; siamo andati a Bologna e abbiamo fatto il corso, e siamo stati affiancati nella nuova attività. Abbiamo iniziato a fare qualche turno da soli, sinceramente non ci credevamo, ma ci hanno reso idonei, dicendoci: "Adesso tocca a voi", e quindi insieme ad altri due colleghi sono ritornato a Parma, dove non esisteva niente nell'88, né Centrale Operativa, né Elisoccorso. E' stata un'avventura nel senso vero e proprio della parola, con le difficoltà di tutti i servizi, perché ci consideravamo dei pionieri.

Nell'88, a giugno, venni distaccato insieme ai miei colleghi, perché in luglio avrebbero aperto la base, e in questa struttura dove non c'era niente, ci illustrarono con davanti una cartina geografica il territorio che dovevamo conoscere molto bene. Inoltre c'era il problema delle Associazioni di volontariato che non erano collegate via radio con noi, quindi il 113 chiamava la Croce Rossa e il 112 chiamava gli altri..., una cosa molto variegata e scoordinata.

Fatta l'organizzazione, abbiamo iniziato quest'avventura nel senso che, in effetti, il mio mondo ruotava attorno all'Elisoccorso, c'erano altissimi livelli motivazionali, era un coinvolgimento continuo di emozioni, il tutto perché era una cosa nuova, talmente nuova che anch'io mi chiedevo cosa dovessi fare, e la gente ci guardava come se fossimo e facessimo chissà che cosa.

Mi sono trovato in una situazione dove c'era da tirar fuori tutta la buona volontà, la voglia e la preparazione professionale; mi dicevo: "Va beh, ormai ci sono dentro, a questo punto devo uscirne fuori nei migliori dei modi". E' da quel momento che ho iniziato ad avere una responsabilità che mi pesava molto, perché perfino i miei colleghi erano i primi a delegarmi attività da risolvere.

Alla base dell'Elisoccorso eravamo fissi in tre infermieri, si era creato un clima molto bello, intenso, sia emotivamente che professionalmente, anche con i colleghi e i medici dell'Elisoccorso che erano circa una trentina e che venivano dalle città di Piacenza, e di Reggio – Emilia, perché tutti collaboravano per il servizio. Noi tre infermieri fissi della base dell'Elisoccorso avevamo il compito di addestrare i colleghi e i volontari su come e quando chiamare in situazioni di emergenza. In quei due anni, sicuramente, l'elicottero era la mia vita.

Eravamo conosciuti da tutti, c'è stato un fortissimo impatto con la stampa, perché dovevano illustrare alla collettività il nuovo contesto assistenziale.

Quando uscivo con l'elicottero dovevo affrontare sempre interventi difficili, anche perché non c'era ancora medicalizzazione nel territorio, ci attivavano arrivando per primi sul posto.... mi trovavo di fronte a scene traumatiche da affrontare...anche perché allora non c'era l'obbligo delle cinture e del casco.

Questo ha generato in noi uno spirito di gruppo molto forte, con livelli motivazionali molto alti, quindi con i miei colleghi ho instaurato legami professionali coinvolgenti e chiari a tal punto che ci sentivamo molto uniti.

Anche in questo contesto vivevo come se fossi "in una campana di vetro", nel senso che per me tutto ruotava intorno all'Elicottero.

Quando tutto stava andando per il verso giusto, ci sono stati dei conflitti con un Ente del territorio: hanno usato articoli di giornale per attaccarci sul fatto che l'Elicottero era arrivato tardi sul posto dell'evento o che era inadeguato. Questi episodi sono stati vissuti male alla Base dell'Elisoccorso, mettendo sotto pressione anche i piloti che tra l'altro

erano ex piloti della Marina Militare, gente con moltissime ore di volo alle spalle, quindi tutti bravissimi ed esperti.

Quello stesso anno sono andato in ferie per la prima volta dopo due anni, sono andato in Jugoslavia.

Ero in contatto telefonico tutti i giorni con i miei colleghi, e per fortuna non c'erano i cellulari..., una sera come tutte le altre ho telefonato a casa per sentire se tutto andava bene: era l'ultima settimana. La mattina del 18 agosto, ero stranamente molto agitato: ho telefonato a casa per sapere se c'erano delle novità, (avevo telefonato anche la sera prima, e quindi non c'era nessun motivo per risentirli) ma sentivo qualcosa dentro che mi obbligava a farlo. Mia cognata mi rispose, dicendomi: “ *Mi hanno chiamato, l'elicottero e' scoppiato, cosi mi hanno detto ... si sono ammazzati tutti e quattro...* ”. Io non capivo più niente, vicino a me c'erano i miei amici, fortunatamente: mi hanno guardato, sono diventato pallido, sudavo freddo e balbettavo, non riuscivo più a parlare, ho avuto un attimo in cui non capivo più nulla: poi, passando i minuti, mi sono detto dentro di me...”ma va là, ho capito male”. Ho cercato immediatamente di mettermi in contatto con la Base, ma non riuscivo a prendere la linea: allora ho deciso di rientrare immediatamente. Eravamo in un'isola e abbiamo aspettato il traghetto per tornare: durante il tragitto c'è stato un momento in cui ho cercato di trovare una stazione radiofonica che trasmettesse un giornale radio. Finalmente sono riuscito a trovare una stazione nazionale, dove davano la notizia dell'incidente.

Il viaggio è stato allucinante. Sono arrivato a Parma, poi ho visto i miei colleghi e *quel momento per me è stata una situazione massacrante*, fino alla fine dei due giorni successivi con il funerale.

Il rito si è svolto in forma solenne, le bare sono state portate sulle spalle, in duomo, attraversando tutta la piazza principale della città, con due enormi ali di folla ai lati. Un sacco di gente applaudiva, ricordo che sono passati tutti i colleghi dell'ospedale, per me c'è stato un fortissimo impatto, colleghi di Milano e da tutte le altre Basi che erano appena nate. Noi eravamo proprio storditi, non capivamo più niente, vicini alle bare, sulla scalinata del duomo, eravamo tutti noi della nostra Base, attaccati l'uno all'altro, quasi abbracciati, questo ci dava forza.

Il giorno prima del funerale, quando c'erano già le camere ardenti allestite, è arrivato un nostro collega da Bologna che era il Responsabile della Centrale Operativa, piangendo mi

disse: "Dimmi che cosa volete fare, che cosa vi sentite di fare, che noi lo facciamo", perchè se ve la sentite vi faccio venire a Bologna e vi porto via da qua, se non ve la sentite chiudiamo tutto e lasciamo perdere.

Sull'incidente si erano aperte due indagini e i giorni seguenti mi sono trovato da un lato a dover prendere in mano la situazione, e dall'altro a decidere sulla mia pelle che cosa fare!

L'incidente dell'Elicottero è successo un sabato mattina, per dare soccorso ad un cacciatore ferito che si trovava in mezzo alle montagne, nel reggiano; che poi, tra l'altro, è stato trovato morto. Il soccorso che si doveva effettuare era lontano dalla postazione di Base, non c'era possibilità di contatti per via radio, ed ad un certo punto si sono trovati in mezzo alla nebbia, c'era brutto tempo, e con l'elicottero si andava a vista perché non si poteva fare diversamente. Quando si sono trovati in mezzo alla nebbia, hanno dato potenza al motore per potersi alzare e uscirne, convinti di essere in una determinata direzione; poi si sono perse le comunicazioni: venti metri sotto la vetta del monte Ventasso l'elicottero ha impattato di pancia, scoppiando. I miei colleghi erano tutti a pezzi, carbonizzati.

Sembra un paradosso, ma al tramonto, alla sera, vicino a casa mia, quando sono sull'argine, perché sono proprio in direzione del reggiano, vedo sempre quel monte...

Dopo quest'episodio siamo stati abbandonati a noi stessi. Il TG locale ha trasmesso la mia intervista dove affermavo che la Base, sconvolta dall'incidente, non avrebbe ripreso in modo automatico il servizio, e che comunque io e i miei colleghi non eravamo carne da macello ma esseri pensanti, e che prima di continuare il servizio lo dovevano chiedere. Affermavo inoltre che non ci era neppure stato chiesto come ci sentissimo, o se avessimo avuto bisogno di qualche supporto. Mi sono trovato alla fine ancora una volta a decidere da solo... perfino i miei colleghi mi hanno detto "Noi facciamo quello che decidi tu".

Da un lato ho ricevuto tutta la solidarietà dei miei colleghi, a partire da quelli di Bologna e di Ravenna, con i quali avevo costruito un rapporto meraviglioso, e dall'altra l'indifferenza di chi avrebbe dovuto supportarci, e invece non cercava altro che il momento ideale per rimetterci nei ranghi, forse anche per destinarci ad altri reparti di base.

Il funerale è stato vissuto come una tragedia personale, come la morte di un nostro caro: c'era da supportare l'impatto con i familiari, perché vedevano in noi i loro cari; non andavano a salutare i Dirigenti, ma venivano da noi perché ci conoscevano come amici.

Il peso di tutta la situazione è stato quello di decidere se andare avanti, continuare o fermarsi...e lì mi sono reso conto della mia vulnerabilità, mi sono reso conto che ho

vissuto due anni in una “campana di vetro” con la speranza che non mi potesse mai succedere nulla, cosa impensabile, e che potesse durare per tutta la vita. Mi ero illuso di essere invincibile, e in quel momento improvvisamente è crollato tutto, mi sono mancate tutte le certezze, non avevo nessun supporto se non quello dei miei familiari, che tra l’altro erano disperati, non volevano più che io andassi sull’Elicottero.

Devo dire che se ho avuto la forza di continuare ad andare avanti, è perché avevo vicino i miei amici e i miei genitori, non certo la Dirigenza dell’Ospedale.

Non sapevo cosa fare perché ero frastornato dall’insieme di episodi che si accumulavano ogni giorno che passava, e da tutte le persone che facevano riferimento su di me, mi trovavo quindi in una situazione pesante, ho raggiunto uno stress altissimo.

Dopo il funerale per me c’è stato il baratro, perché mi sono reso conto che quelle persone care non c’erano più, e che non sarebbe più potuto essere come prima: tutte le mie certezze improvvisamente erano sparite, non avevo più nessun punto di riferimento.

Infine il collega di Bologna mi disse: “Ti diamo garanzie: voi starete lì, in Centrale Operativa, in attesa di ricreare le condizioni per un’apertura della nuova Base di Soccorso a Parma”.

La Base di Parma è stata chiusa dopo l’incidente, con un atto dell’Assessore Regionale.

Alla fine di tutto questo ho accettato ... ho deciso di continuare, e mi sono trasferito per nove mesi a Bologna.

Convocati a Bologna, nominata per la prima volta la commissione regionale per l’Elisoccorso, di cui io facevo parte, abbiamo regolamentato le linee guida per poter lavorare in sicurezza nelle Basi.

Non avevo alcuna possibilità di confrontarmi con nessuno, tanto gli altri non potevano capire qual era il mio stato d’animo: ho cominciato a sognare di notte il mio collega, tutto questo poco tempo dopo, a neanche un mese dal funerale, e non era la fase dell’elaborazione del lutto, ne sono sicuro...senz’altro era dovuto allo stress che stavo accumulando per poter continuare a tener aperta una Base.

Il sogno era così: io mi rendevo conto che c’era il mio collega che mi chiedeva aiuto, sentivo proprio la sua voce... «*Aiuto, aiuto, aiutatemi*» e vedevo il suo corpo che non aveva gli arti, e mi rendevo conto che dovevo andare da lui per aiutarlo, ma non aveva le braccia e quindi non potevo aiutarlo... Questo incubo è durato per circa un anno, periodicamente, con una frequenza rara ma ricorrente. Non sognavo il contesto dove

eravamo, solo il mio collega che mi chiedeva aiuto e non riuscivo a dimenticarlo, mentre la montagna l'avevo rimossa completamente.

Nel frattempo io e un infermiere andavano avanti e indietro da Bologna: questo collega mi lasciava l'autonomia nelle decisioni sulle nostre attività anche quando abbiamo fatto la Centrale di Parma.

Il sogno dell'incidente è durato per un anno; questo però non incideva sul mio lavoro, la nuova Centrale di Parma andava avanti, e dopo il primo mese a Bologna io con i e miei colleghi eravamo soddisfatti di come andavano le cose.

I colleghi di Bologna ci davano la massima libertà di agire e di programmare le nostre attività, ma il vero supporto l'abbiamo avuto dai colleghi Infermieri sia dal punto di vista professionale sia da quello umano, è nato un ottimo rapporto di lavoro.

Al 118 di Bologna il mio primo turno in elicottero l'ho fatto dopo un mese: sono salito con il pilota che era nella Base di Parma, che era stato distaccato con me a Bologna soccorso.

Il pilota, tra l'altro, era un mio carissimo amico. Più volte mi sono avvicinato all'elicottero, ma non trovavo il coraggio di salire: poi un giorno il mio amico pilota, con la scusa che lui doveva fare "la prova turbine" e che gli serviva una seconda persona sull'elicottero per gestire l'attività, mi chiese di salire; ed io accettai volentieri.

Ad un certo punto mi ha detto: "Mettiti le cinture"; io ho risposto: "Perché?" "Prova un attimo".... "No,no,no"... "dai", mi ha convinto e ha decollato.

Superata questa fase, ho ripreso l'attività, però nel frattempo ho continuato a sognare il collega. Quando il mezzo è decollato avevo paura, guardavo giù e provavo disgusto: eravamo sopra Bologna, c'era una mezza foschia, sì, provavo disgusto e non vedevo l'ora di tornare alla base.

Superata questa esperienza mi sono messo nella giusta ottica e ho ripreso a fare i turni. Nel frattempo, in attesa di aprire la Centrale di Parma, decisero di aprire un'altra sede provvisoria a Modena e mi hanno chiesto di occuparmene.

Ho iniziato a fare i primi servizi operativi sull'elicottero, poi a settembre abbiamo riportato l'elicottero alla base di Parma, e dopo neanche un anno si è aperta la Centrale.

Il mio collega era tornato a Parma, ed io seguivo contemporaneamente sia la base di Modena sia quella di Parma; dopo tre mesi tutti e due eravamo operativi nella base di Parma.

Successivamente, siamo rientrati direttamente alla base di Elisoccorso nella Centrale Operativa di Parma con tutti gli Infermieri e da lì abbiamo cominciato a fare i turni normalmente in elicottero.

La responsabilità che avevo era molta, ed inoltre non mi permetteva di agire come a Bologna rimanendo fuori dalla turnistica: in questa nuova organizzazione tutti i componenti ruotavano nei vari servizi ma non sentivo quel peso psicologico che mi portavo dietro dopo l'incidente, ero più tranquillo grazie anche all'aiuto di amici e di colleghi.

A Bologna ho partecipato ad interventi molto complessi: ricordo l'incidente aereo di Casalecchio, e un soccorso in un campo nomadi dove la "banda della uno bianca" aveva sparato ai residenti.

L'esperienza fatta a Bologna fu notevole e così i colleghi ci hanno ritenuti idonei a riaprire la Centrale di Parma.

D'estate si lavorava tantissimo, oltre a Parma si seguivano anche le province di Piacenza e di ReggioEmilia.

La fase più devastante della mia vita lavorativa è stata quel funerale, e quel che mi ha segnato maggiormente è stato il sogno continuo del mio collega e ancora adesso non sono in grado di dire con precisione il periodo giusto, che ho smesso di sognare il mio collega. Forse dopo un anno.

Però nella mia mente persiste l'immagine di lui che mi chiede aiuto, e so che lui mi chiedeva aiuto: anche quando andavo al cimitero da solo o con i miei colleghi per visitarlo, per me era come se quella tomba non esistesse, poi tutto si è modificato.

L'Azienda Sanitaria di Parma e l'Ufficio Infermieristico dopo l'evento non hanno utilizzato nessuna prevenzione e nessuna strategia di *coping* per far fronte alla situazione: coloro che avrebbero dovuto supportarci non capivano perché "i bulli", o i "rambo" avessero bisogno di aiuto, anzi, qualcuno pensava che quella disgrazia l'avessimo meritata. Abbiamo capito che la struttura, invece di supportarci, ci ha fatto la guerra, non tanto velatamente, anzi, a volte era proprio guerra dichiarata. Di questa situazione ho sofferto molto, ma in realtà ho pensato che non potevamo permetterci il lusso di fermarci dopo tutto quello che avevamo costruito, anche perché in questo modo davamo ragione a chi ci criticava.

Personalmente ho avuto più supporto da colleghi e amici che non da quelli che avevano il dovere di farlo.

Il mio disagio emotivo da stress me lo portavo dentro, lo vivevo dentro di me, non riuscivo a confidarmi a comunicare con gli altri per affrontarlo, mi vergognavo: mi sfogavo solo in parte con l'amica- collega della Rianimazione, agli altri non ho mai detto che sognavo di notte il mio collega deceduto.

Dato che ero il responsabile, non mi era permesso di lasciarmi andare, ma dovevo sempre mostrare padronanza su tutto e su tutti, anche per dimostrare ai nuovi colleghi che non dovevano avere paura nelle difficoltà.

Responsabilità pesantissima, perché comunque dovevo dimostrare di avere il controllo totale della situazione e di essere in grado di gestirla.

Non sai perché nella vita fai determinate scelte, tante volte io mi chiedo: perché ho fatto l'Infermiere?... non conosco il vero motivo per cui mi sono dedicato a questa professione, l'ho fatto per gradi, perché mi andava di farlo, ci sono arrivato maturando la mia scelta nonostante i miei familiari non la condividessero. All'epoca si pensava che l'Infermiere fosse un fallito, uno che non aveva altri sbocchi, un lavoro di ripiego, un lavapadelle, ma in realtà per me era come fare il maestro.

Non mi sentivo di serie B, non ero diverso dagli altri, ho sempre cercato di fare quello che ritenevo corretto: se una cosa mi piaceva, volevo farla.

Ho insistito sulla nuova attività perché capivo che mi poteva offrire soddisfazioni diverse da quelle del precedente lavoro.

L'episodio dell'incidente mi ha invecchiato, mi sono reso conto che non ero più un ragazzo, che non ero più come prima: improvvisamente mi sono trovato di fronte alla realtà, una realtà che certe volte noi vogliamo evitare in tutti i sensi.

I miei colleghi, nonostante io sentissi le ferite dell'evento stressante, mi volevano coinvolto nella nuova esperienza della Centrale di Parma, mi volevano come *leader*, come punto di riferimento. Ammetto che la cosa non mi dispiaceva, cercavo di aiutare i miei colleghi, di andare incontro a loro nelle difficoltà; lo stesso trattamento l'avrei voluto anche per me, ma non ho avuto la fortuna di trovare qualcuno che mi aiutasse, mi sono costruito tutto da solo: l'Elisoccorso, la Centrale ecc, senza mai avere aiuti. Mi sento un pioniere e anche adesso che sono a Mantova sento che dovrò affrontare una nuova avventura, e forse creare una nuova organizzazione.

Oltre alla mia professione ho degli hobby, come svago mi piace molto leggere, occuparmi di giardinaggio e fare footing sull'argine vicino a casa mia... mi piacciono queste attività perchè mi danno la possibilità di staccare la spina.

Ho sempre cercato di avere delle valvole di sfogo, fino ad arrivare in questi ultimi anni ad avere l'incubo del telefono perché i miei colleghi, visto il mio attaccamento al lavoro e vista la mia alta responsabilità, mi volevano tenere informato anche quando ero a casa.

Ho sempre voluto fare qualcosa di concreto, ho cercato di portare sempre qualcosa di nuovo nel modo di fare assistenza.

Questo mio modo di essere l'ho portato anche a Brescia, dove ho contribuito a riorganizzare l'assistenza in emergenza ed urgenza, anche con le moto.

La morte del mio collega, il suo funerale, sono stati eventi che io ho vissuto come una sconfitta; mi chiedevo "Perché Dio hai fatto questo?... perché hai permesso di fare morire il mio collega?..."

Non ho accettato questa situazione. La mia amica collega incontrata in Rianimazione mi ha sempre seguito nei momenti più difficili, e sempre mi proponeva di andare a Lourdes.

L'ho ascoltata. Ci sono andato per ben diciassette volte, la prima nell'82, appena arrivato in Rianimazione: ho continuato fino all'anno dell'incidente, seguendo gli ammalati che andavano in pellegrinaggio.

A Lourdes avevo conosciuto un prete la cui famiglia viveva in un paesino della montagna dov'era avvenuto l'incidente.

Mi confidò che quando sua mamma gli aveva comunicato la notizia, era convinto che nell'equipaggio dell'elicottero ci fossi anch'io: mi disse che aveva pianto e ripeteva a sua madre: "Guarda cosa è successo, io lo conoscevo...": mi disse ancora che partì per la montagna per cercarmi, anche perché non si sapeva chi facesse parte dell'equipaggio perché non si conoscevano le loro generalità.

Questo prete mi ha consigliato di celebrare una messa per i colleghi morti in quel tragico incidente.

Abbiamo partecipato alla messa in circa una decina di persone, e ho vissuto quel momento intensamente, è stata una messa bellissima; mi ricordo che eravamo nella parte alta della Basilica, in una cappelletta riservata solo per noi: sarà stato tutto l'insieme, sarà stata l'emozione, sarà stato che io mi sentivo partecipe di una liberazione, ma dal quel momento non ho più sognato il mio amico defunto.

Credo che Dio sia un essere perfetto e la perfezione non crea anomalie, che corre in aiuto dell'uomo in difficoltà.

La malattia per me non è una punizione divina, ma un percorso di un determinato periodo della vita, così la morte è un evento che determina la fine della vita, però lo dici quando succede agli altri, ma non lo capisci quando ti vengono tolti gli affetti più cari, e ti chiedi: "Dio, perché hai permesso questo?", la tua mente e il tuo spirito rimangono drasticamente turbati da questi pensieri, ma alla fine accetti le conseguenze e ti abbandoni in te stesso.