

Università Cattolica del Sacro Cuore di Gesù
Facoltà di Medicina e Chirurgia “A.Gemelli”

Sede di Larino (CB)

Corso di Laurea in Infermieristica

**Le emozioni dell’operatore sanitario in
emergenza extraospedaliera
Una proposta di formazione e di supporto**

Relatore
Prof. Giuseppe Iacovino

Correlatore
Prof.ssa Manes Franca

Studente
Primiani Luigi

Matricola 3550432

Anno Accademico 2008/2009

Ai Miei Genitori

INDICE

INTRODUZIONEPag 3

Prima parte

CAPITOLO 1

L'INFERMIERE del soccorso extra ospedaliero Competenze, aspetti psicologici, emozioni

1.1 Competenze, funzioni e caratteristiche dell'infermiere
dell'emergenzaPag 6

1.2 Gli aspetti emozionali del soccorritorePag 16

1.3 Le emozioniPag 20

CAPITOLO 2

STRESS E BURNOUT

2.1 Lo StressPag 29

2.2 L'urgenza e il trauma del soccorritorePag 35

2.2.1 relazione traumatica da stress.....Pag 37

2.3 Strategie di copingPag 41

2.4 il BurnoutPag 51

2.4.1 Fattori individualiPag 54

2.4.2 Fattori relativi ad aspetti lavorativo – organizzativi.....Pag 55

2.4.3 il processo ed i segni psicofisici dell'operatorePag 58

Seconda parte
CAPITOLO 3

PROGETTO DI RICERCA

3.1.1 BACKGROUND	Pag 64
3.1.2 Ipotesi	Pag 65
3.2 Metodo Obiettivi, Partecipanti, Strumento.....	Pag 66
3.3 Procedura	Pag 72
3.4 Risultati	Pag 72

CAPITOLO 4

4.1 L'intervento psicosociale post evento.....	Pag 83
4.2 Il supporto tra pari	Pag 83
Conclusioni	Pag 88
Bibliografia	Pag 90
Allegati 1,2.....	Pag 92

INTRODUZIONE

introduzione

Introduzione

Il campo dell'emergenza-urgenza mi ha sempre affascinato; presto servizio come Volontario del Soccorso presso l'Associazione Croce di San Gerardo nella UOT 118 di Larino da quasi nove anni e in questo lasso di tempo ho avuto modo di apprezzare il lavoro dei sanitari del 118 e di condividere con loro molte esperienze emotivamente "complesse"

Per la mia tesi di laurea ho voluto condurre una ricerca centrata *sugli operatori sanitari dell'emergenza territoriale*, indagandone emozioni, bisogni e difficoltà oggettive incontrate nel prestare la propria opera di lavoro quotidiana, in un settore così delicato e particolare come quello dell'emergenza extraospedaliera.

L'idea di fondo è quella di indagare l'intimo "sentire" degli operatori, cercando di delineare quali situazioni lavorative possano mettere maggiormente in crisi, come queste vengano affrontate e quali strategie gli operatori stessi propongano per affrontarle.

Quando si parla di emergenza si tende sempre a far riferimento a tecniche, iter formativi, corsi di base di primo soccorso, ma la mia attenzione è incentrata non sul saper fare, sicuramente necessario, ma su cosa può accadere dal punto di vista psicologico dell'operatore sanitario, che spesso si trovano ad affrontare emergenze in situazioni e contesti sempre diversi ed eventi particolarmente spiacevoli e talvolta dolorosi.

È importante tener presente quali possono essere le difficoltà emotive e soprattutto come cercare di trattare le ferite psicologiche che se non elaborate portano a situazioni di disagio, stress, burn out .

Tutto ciò siamo certi che se accade influenza in modo importante il lavoro dell'operatore e di conseguenza dell'equipe , non per ultimo del paziente stesso.

Accade infatti che siamo sempre concentrati sull'aspetto tecnico sanitario, sicuramente in quel momento chi ci sta attorno si aspetta una preparazione ottimale, una sicurezza professionale, ma siamo altrettanto certi che solo questa non basta, non può bastare .

Una volta quindi che abbiamo chiaro cosa si deve tecnicamente fare ecco che non si deve smettere mai di preoccuparsi di essere efficienti anche dal punto di vista psicologico, infatti nella confusione che si crea in questi casi : la fretta, la velocità con cui viene svolta l'assistenza non devono farci dimenticare quanto sia importante l'integrità psicologica.

Nonostante la consapevolezza dell'esistenza del problema i programmi di sostegno all'operatore sanitario procedono lentamente poiché culturalmente si è soliti pensare che chi esprime le proprie emozioni sia un elemento debole, non capace di controllarsi.

In realtà investendo sulla crescita personale dell'operatore sanitario si incide qualitativamente su quella professionale.

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

In conclusione questo mio lavoro è rivolto proprio al profilo psicologico e vissuto degli operatori per far sì che non diventino a loro volta vittima, e dare a loro una possibilità di supporto

Capitolo 1

**L'INFERMIERE DEL SOCCORSO EXTRAOSPEDALIERO:
COMPETENZE, ASPETTI PSICOLOGICI, EMOZIONI**

1.1 Competenze, funzioni e caratteristiche dell'infermiere dell'emergenza

La figura dell'infermiere dell'emergenza viene istituita ufficialmente con il D.P.R. 27 marzo 1992¹ e successivamente regolamentata dalle Linee Guida 1/1996² emanate dal Ministero della Sanità. Il decreto in oggetto, dispone che tutte le Regioni italiane debbano organizzare le attività di emergenza/urgenza sanitaria su due livelli: il sistema di allarme sanitario, assicurato dalla centrale operativa cui fa riferimento il numero unico nazionale "118", e il sistema di accettazione e di emergenza sanitaria. Un'altra tappa fondamentale per il mondo infermieristico, è la legge 26 febbraio 1999 n.42³, con la quale si è abolito il sistema tradizionale di abilitazione all'esercizio professionale, stabilito dal cosiddetto "mansionario".⁴

Quest'ultimo conteneva un insieme di compiti e funzioni di carattere rigido ed esaustivo, mantenendo l'infermiere ancorato ad una dimensione strettamente *ausiliaria*; l'abolizione del mansionario ha finalmente consentito all'infermieristica di ottenere lo status di *professione sanitaria*.

L'infermiere diviene quindi un professionista della salute, con un *proprio campo di attività e responsabilità* determinato dal profilo professionale, adottato con il D.M. 739/94, dagli ordinamenti didattici del corso di Laurea, titoli equipollenti e formazione post base, ed infine, dal contenuto del Codice Deontologico elaborato dal Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI nel 1999.

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

⁴ DPR 14 marzo 1974, "Modifiche al R.D. 2 maggio 1940, n. 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici", Gazzetta Ufficiale 18 giugno 1974, n. 157

Questa nuova fase, offre al professionista infermiere più autonomia e una posizione centrale nella presa in carico del malato, permettendogli di giocare costantemente un ruolo determinante e complementare a quello medico per il fine comune, ossia la cura della persona nella sua totalità.

In contrapposizione agli aspetti positivi e valorizzanti appena citati, l'abolizione del mansionario lascia l'infermiere senza un concreto punto di riferimento. Sottraendo molte certezze e amplificando i gradi di libertà, la mancanza del mansionario porta gli infermieri ad interrogarsi sulle proprie competenze (*"Cosa mi compete?"*), piuttosto che sulle proprie posizioni difensive (*"Questo non mi compete"*).⁵

Per quanto concerne specificamente il ruolo infermieristico nell'emergenza sanitaria, l' art. 4 comma 2 del D.P.R. 27 marzo 1992 ("Decreto 118"), così recita: *"La Centrale Operativa è attiva per 24 ore al giorno e si avvale di personale infermieristico adeguatamente addestrato, nonché di competenze mediche di appoggio. (...) La responsabilità operativa è affidata al personale infermieristico professionale della centrale, nell'ambito dei protocolli decisi dal medico responsabile della centrale operativa"*.⁶

L'articolo 10 comma 1 del medesimo Decreto, disciplina le prestazioni del personale infermieristico d'emergenza: *"Il personale infermieristico professionale, nello svolgimento del servizio di emergenza, può essere autorizzato a praticare iniezioni per via endovenosa e fleboclisi, nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a*

⁵ G. Cangiano, R. Paleani, "Dal mansionario all'autonomia. Triage e formazione nel processo di cambiamento della professione infermieristica" *Scenario*, 2003, **20**, pp. 21 – 24

⁶ ¹⁰ DPR 27 marzo 1992, "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza", *Gazzetta Ufficiale* 31 marzo 1992, n. 76

*salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio”.*⁷

Per rispondere all’esigenza di definire aree di competenza in situazioni di emergenza, il D.P.R. istitutivo del 118, ha adottato il modello definito “Standard orders protocol system”, ovvero un modello caratterizzato dalla predisposizione di protocolli di comportamento che permette, generalmente, di ovviare al contatto radio/telefonico con il medico di centrale. Detto sistema si trova a metà strada tra il modello “on line”, che prevede un contatto diretto tra il personale infermieristico ed il medico durante le manovre di soccorso, dal quale si ricevono tutte le disposizioni, e il modello “on scene”, che si basa sulla presenza fisica del medico sul luogo dell’evento. Il modello “Standard orders protocol system”, porta a considerare anche il problema della liceità dell’assistere, per quanto riguarda la natura dei protocolli. Questi protocolli possono essere definiti a valenza “diagnostico – terapeutica”, in cui è demandata all’infermiere l’intera gestione assistenziale del caso. L’infermiere, cioè, deve applicare il protocollo nella sua parte terapeutica, laddove preliminarmente individui le condizioni diagnostiche che ne stanno alla base. In questo caso egli si comporta in realtà come un medico che agisce in base a protocolli, con tutte le responsabilità che ha il medico in queste situazioni, con particolare riferimento all’errore diagnostico.⁸

Uno degli inconvenienti maggiori dei protocolli è la limitazione del campo di autonomia dell’infermiere, che può determinare a lungo andare alienazione. D’altro canto, il protocollo garantisce il raggiungimento degli obiettivi e degli standard prefissati, in quanto assicura un rapido intervento e permette l’integrazione delle

⁸ L. Benci, “Manuale giuridico professionale per l’esercizio del nursing”, Milano, Mc Graw Hill, 2001, pp. 90 - 92

diverse figure presenti (infermieri, autisti-soccorritori e medici). Esso rappresenta un vincolo procedurale, in quanto dopo essere stato condiviso da coloro che lo devono rispettare, viene validato e autorizzato dal Responsabile Sanitario della centrale operativa. Proprio per questo motivo rappresenta anche una tutela ed una garanzia per gli operatori, soprattutto in caso di eventi con esiti infausto, divenendo così uno strumento utile a diminuire insicurezze, disagio e stress. Un patrimonio imprescindibile cui far riferimento è il codice deontologico; non è una legge, bensì una guida per l'attività decisionale dei professionisti. In quest'ottica, a maggior ragione, la qualità decisionale del singolo infermiere dipende anche dalla propria maturità etica, che sarà in grado di indirizzarlo verso una considerazione più o meno importante del codice deontologico stesso. Questo aspetto non è da sottovalutare, infatti è stato rilevato che anche da una discordanza nella valutazione delle implicazioni etiche di un comportamento clinico – assistenziale può derivare crisi di coscienza, fattori altamente stressanti e possibili cause di burnout negli operatori.⁹

Negli Stati Uniti, dal momento che il settore del nursing dell'emergenza ha assunto negli anni una propria definizione, si è sentita la necessità di uno speciale codice deontologico che potesse trattare gli interessi specifici dell'infermiere dell'emergenza. Così, nel 1989, l'E.N.A. (Emergency Nurses Association) ha sviluppato il "Codice deontologico per infermieri di emergenza con interpretazione", nella convinzione che i principi etici sono il legame morale che unisce la professione con i pazienti dei quali essa è al servizio, e con il pubblico in generale.¹⁰ Nel documento viene dato risalto alle caratteristiche della professione, ad affermazioni di

⁹ N. Bartolini, D. Ragazzi, L. Venturini, "Una ricerca infermieristica: Burnout in pronto soccorso, ovvero il fallimento dell'autorealizzazione?", *Emergency Oggi*, 2000, **3**

¹⁰ Emergency Nurses Association, "Standard del Nursing nell'Emergenza", Milano, Masson, 1995, pp. 136 - 143

principi etici e deontologici, ai limiti legali, alla necessità di una formazione continua per garantire standard di qualità, all'importanza di contribuire allo sviluppo della professione, e non da ultimo alla partecipazione dell'infermiere alla promozione della salute. Risulta quindi molto chiaro e condiviso, che la formazione venga ad assumere un ruolo strategico per migliorare il funzionamento organizzativo dei gruppi professionali alle prese con un forte cambiamento, situazione propria del professionista infermiere del giorno d'oggi.

Sono molteplici le competenze e le attitudini richieste all'infermiere dell'emergenza quando questi si trova ad essere il leader dell'evento, a lui spettano le decisioni, dal momento in cui riceve i dati del servizio, al momento in cui affida il malato alle cure dei colleghi del pronto soccorso.

La valutazione della sicurezza della "scena" in primis, per tutelare la propria incolumità, dell'equipe e degli astanti; questa condizione imprescindibile può mettere in seria difficoltà l'operatore, nel caso in cui fosse evidente la necessità di eseguire rapidamente sull'infortunato manovre salvavita.

Messa in sicurezza la scena, l'infermiere deve valutare tempestivamente il grado di bisogno delle persone coinvolte, intervenendo secondo una logica di priorità. Diversamente da quanto accade in un reparto ospedaliero, spesso non si ha il tempo di ragionare con tranquillità su quello che accade, la gravità delle condizioni dell'infortunato richiede all'infermiere una rapida valutazione di segni e sintomi e una pronta risposta, coordinando al contempo la propria equipe. In pochi minuti si devono decidere: destinazione del malato, modalità di trasporto e codice di gravità, in base a una valutazione primaria e secondaria delle condizioni del paziente; tutte

queste attività richiedono celerità e precisione, poiché in emergenza anche i minuti assumono un significato differente.

Risulta quindi particolarmente importante mantenere sempre elevato il livello di attenzione: l'impegno professionale può essere talora notevole, come estrarre da un'auto un traumatizzato o attuare una rianimazione cardiopolmonare; altre volte invece i compiti affidati possono essere ripetitivi e apparentemente banali. È proprio nelle situazioni semplici, soprattutto se successive ad un'attività particolarmente impegnativa, che si nasconde l'insidia della distrazione e dell'errore, errore che in emergenza può essere anche fatale.

Per arginare questo rischio, serve un'adeguata preparazione del personale all'esercizio della consapevolezza dei propri limiti e delle proprie possibilità, e una buona organizzazione del lavoro, che preveda turni di lavoro non troppo lunghi e la possibilità di disporre di protocolli operativi e linee guida di certificata efficacia.

Dato il panorama estremamente variegato di patologie con le quali l'infermiere dell'emergenza si misura, per poter personalizzare gli interventi, deve possedere conoscenze molto approfondite delle manifestazioni dei vari quadri clinici e delle complicanze che si possono verificare.

La capacità di mantenere un buon rapporto con l'utenza è un'altra attitudine fondamentale che egli deve possedere. In situazioni critiche, non è sempre facile mantenere il contatto con tutto ciò che ruota attorno all'evento. Spesso, con la preoccupazione di svolgere al meglio il proprio lavoro e soprattutto in condizioni di particolare gravità, si tende a mantenere il sangue freddo necessario per concentrarsi sulle cure, limitandosi però al mero aspetto tecnico, tralasciando così quello relazionale. L'infermiere dell'emergenza, pur essendo parte integrante delle "nostre

organizzazioni sanitarie intossicate dalla tecnologia”,¹¹ pone un’attenzione particolare all’aspetto comunicativo, giocando a pieno il proprio ruolo nella relazione d’aiuto, il tutto anche in situazioni critiche, dove l’azione assistenziale è sicuramente connotata da un alto tenore tecnologico. Quando un infermiere acquisisce esperienza ed è dotato di una particolare sensibilità, riesce empaticamente a cogliere la preoccupazione della vittima e dei suoi familiari. Praticati gli interventi di primo soccorso, può quindi dedicare uno spazio ai familiari, assicurando che il loro caro sta ricevendo tutte le cure possibili, con gentilezza, ispirando fiducia e tranquillità, ma anche con franchezza, evitando di creare false speranze.

In queste situazioni altamente stressanti, nelle persone spesso emerge l’insoddisfazione per un sistema sanitario inadeguato e l’infermiere in prima linea può divenirne il capro espiatorio; egli non deve lasciarsi coinvolgere in discussioni o rispondere ad eventuali contestazioni, ma dimostrare con i fatti che tutti i professionisti cercano di fare il proprio lavoro al meglio e nel più breve tempo possibile.¹²

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

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

¹¹ N. Ramacciati, G. Dormicchi, “L’impatto relazionale nel primo soccorso: il contenimento del caos emozionale nel Soccorso extraospedaliero” *Supplemento a Scenario*, 2002, **2**, pp. 31 – 34

¹² C. Menon, G. Ruolo, “Pronto Soccorso per infermieri professionali”, Milano, Ambrosiana, 1995, pp. 6 - 7

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

Preparazione specifica

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

- BLS (Basic Life Support) e BLSD (Basic Life Support Defibrillation), ossia sostegno di base delle funzioni vitali, mediante rianimazione cardiopolmonare in associazione alla possibilità di defibrillazione precoce tramite D.A.E. (defibrillatore semiautomatico esterno) nei soggetti adulti;

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

Per metodiche comportamentali si intende:

- Gestione dell'emotività

➤ Relazione d'aiuto in condizioni critiche

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

Esperienza

Questa caratteristica viene intesa come acquisizione diretta, teorico/pratica, di nozioni che permettano all'infermiere che opera nel settore emergenza sia la veloce valutazione dello stato di gravità del malato, sia l'assistenza mirata al problema. L'esperienza chiaramente viene acquisita sul campo; esperienza non intesa come assistenza meccanica ad un numero infinito di pazienti, quanto invece come pianificazione mirata e soggettiva derivante da un importante lavoro sinergico di ricerca nell'equipe professionale.

Professionalità

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

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

Elasticità mentale

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

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

1.2 Gli aspetti emozionali del soccorritore

Come per altre figure professionali, anche per quanto riguarda l'operatore del soccorso, ci si può chiedere quali siano i motivi che lo spingono a svolgere una professione così impegnativa dal punto di vista fisico e psicologico. In letteratura, vengono citate alcune di queste motivazioni, dalle più nobili, come un'innata passione ad aiutare chi si trova in situazioni altamente critiche, al confronto con eventi sempre nuovi ed imprevedibili, a quelle più materiali, come una più alta retribuzione economica. La motivazione più frequentemente riscontrata è la

possibilità di avere un'autonomia lavorativa molto più ampia rispetto al lavoro in reparto.

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

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

Quanto riportato ha lo scopo di puntare l'attenzione su un'altra peculiarità dell'approccio clinico alle situazioni di emergenza/urgenza: il forte impatto psicologico degli eventi su chi presta le cure.

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

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

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

I media non fanno altro che alimentare questa visione distorta del professionista dell'emergenza, con serie televisive improntate ad un modello che la letteratura definisce "*Macho Man Style*".¹³ L'infermiere dell'emergenza viene dipinto in grado di affrontare qualunque situazione lavorativa, di risolvere con estrema disinvoltura ogni problema, senza mai mostrare insicurezza, disagio o malessere. Questo modello potrebbe diventare ancora più pericoloso allorché l'operatore si rispecchiasse completamente in esso, sovrastimando così le proprie abilità e competenze, rischiando sempre qualcosa in più.

Vi è poi un secondo aspetto molto rilevante rispetto a questo tipo di modello: la *disillusione*, che inevitabilmente arriva a seguito di un errore, o di un evento che

¹³ C. Cuzzolaro, L. Frighi, "Reazioni umane alle catastrofi", Roma, Gangemi, 1998, pp. 192

non si è riusciti a metabolizzare tanto in fretta come ci si aspettava. L'operatore viene a trovarsi in una situazione di serio disagio psicologico, con un senso pressante di inadeguatezza, costantemente in ansia per un eventuale caso futuro affine, con l'intima convinzione di non essere nuovamente in grado di affrontarlo adeguatamente. Questa situazione è altamente rischiosa per l'equilibrio psicologico dell'infermiere e parimenti per l'utente, che viene esposto ad un alto rischio d'errore. Questo luogo comune oggi viene rifiutato, per accettare e riconoscere anche la vulnerabilità dell'operatore. Per capire da quali stimoli è bombardato chi lavora in prima linea, basta concentrarsi sulla scena dell'evento. Il professionista sanitario, oltre al fatto di dover lavorare con estrema celerità e rigidità dei protocolli ai quali deve attenersi, deve anche confrontarsi con scene spesso raccapriccianti di corpi martoriati, dilaniati, e dover lavorare su questi corpi, in una lotta contro il tempo e contro il proprio disagio, che una tal vista può provocare.¹⁴

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

Si è passati da una vecchia concezione di soccorso denominata "*Scoop and Run*" (letteralmente: "carica e corri"), ad una detta "*Stay and Play*" (letteralmente: resta e gioca); l'infermiere che lavora sulle ambulanze "*India*" (con a bordo autista-soccorritore e infermiere) si trova a dover stabilizzare il malato sul posto, prima di *correre* verso l'ospedale.¹⁵

¹⁴ M. Monti, "Lo stress acuto negli operatori d'emergenza e sue complicanze. Descrizione e criteri di intervento nel personale". Relazione convegno AISACE, Lugo 11-12 ottobre 2001

¹⁵ A. Guidetti, C. Serantoni, M. Menardi, "Il sistema 118 e la centrale operativa", Milano, Mc Graw Hill, 1999, pp. 54

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

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

In altre parole, non soltanto sapere e saper fare, ma anche fondamentale sapere essere i professionisti dell'emergenza”.¹⁶

1.3 Le emozioni

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

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

¹⁶ M. Chiaranda, “Urgenze ed emergenze, istituzioni”, Padova, Piccin, 2007, pp. 688

Cosa s'intende per emozione?

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

Già Cartesio, nel 1649, sosteneva che: *“Le emozioni hanno la funzione di incitare l'anima a volere le cose a cui esse predispongono il corpo; (...) esistono sei passioni primitive, le altre emozioni sono una mistura di queste”*.¹⁷

Una visione differente è quella proposta dallo studioso Charles Darwin nell'ottocento, il quale sostenne che le emozioni costituiscono la prima risposta all'ambiente, permettendo una pronta ed “efficace” risposta dell'organismo in circostanze critiche e assumendo quindi un importante significato *adattivo* legato alla sopravvivenza.¹⁸ Darwin diede un forte impulso allo studio delle emozioni, avvicinandole fortemente alla biologia. Lo studioso riteneva che molte delle espressioni facciali delle emozioni, avessero un significato adattativo (come si dice in termini evolucionistici), cioè servissero a comunicare qualcosa dello stato interno di una persona che, senza bisogno di parole, dice agli altri come si sente in quel momento: triste, gioioso, impaurito, ecc. Tutto ciò ha un significato utile, in quanto la paura, per esempio, è un'emozione che segnala spesso un pericolo, e quindi è utile comunicarla ad altri. Oltre a questo aspetto, Darwin riteneva che quest'espressione delle emozioni fosse legata anche a degli aspetti di tipo fisiologico: emozionarsi vuol dire anche piangere, respirare più profondamente, sudare, ecc. Quindi Darwin ha cercato di capire come questi correlati fisiologici delle emozioni avessero, ugualmente, un significato adattativo: egli sosteneva che molti degli aspetti delle

¹⁷ S. Obinu, “Cartesio, le passioni dell'anima”, Milano, Bompiani, 2003, pp. 478

¹⁸ C. Darwin, “Expression of the emotions in man and animals”, 1872

nostre emozioni, che ritroviamo in qualche misura anche negli animali, sono delle specie di "fossili comportamentali", cioè qualcosa che un tempo, in una lontana preistoria dell'evoluzione, aveva una sua funzione, serviva a qualcosa, e che oggi invece ha un minor significato. Darwin è stato il primo a dare delle basi solide alle emozioni, ad indicarne significato e ad interpretarle in termini di utilità e di comunicazione. Questa posizione è stata poi confermata da numerosi altri autori; lo studio odierno più celebre è quello di Ekman e Friesen che oltre a confermare le posizioni darwiniane, riscontra la tipicità delle espressioni come veicoli non verbali universali.¹⁹

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

Se diamo per assodata *l'impossibilità di non comunicare* (1° assioma della comunicazione, P. Watzlawick, D. Jackson, J.B. Bavelas, 1967),²⁰ ossia accettiamo che non esiste il non-comportamento, diamo atto che tutto è comunicazione, anche il silenzio; ad esempio, il passeggero di un treno che guarda fisso in avanti sta comunicando di non essere interessato ad una comunicazione.

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

Nel 1884, James, facendo riferimento ai processi neurofisiologici, ha definito l'emozione come il "*sentire*" ("*to feel*") i cambiamenti neurovegetativi che hanno

¹⁹ P. Ekman, W.V. Friesen, "A new pan-cultural facial expression. in Motivation and Emotion", New York, Cambridge University Press, 1986

²⁰ P. Watzlawick, D. Jackson, J. B. Bavelas, "Pragmatica della relazione umana", Palo Alto, Astrolabio Ubaldini, 1971

luogo a livello viscerale a seguito dello stimolo eccitante, es. “*Non piangiamo perché siamo tristi, ma siamo tristi perché piangiamo*” elaborando la “Teoria periferica”.²¹

Secondo questa teoria, detta anche teoria del “Feedback”, l’evento emotigeno determinerebbe una serie di reazioni viscerali e neurovegetative che sono avvertite dal soggetto e la percezione di queste modificazioni fisiologiche sarebbe alla base dell’esperienza emotiva. Si passa così dall’evento *semplicemente percepito* all’evento *emotivamente sentito*.²²

Contrapponendosi alla teoria di James, Cannon nel 1927 ha elaborato e proposto una “*Teoria centrale delle emozioni*”.²³ Per Cannon i centri di attivazione, di controllo e di regolazione dei processi emotivi non si trovano in sedi periferiche come i visceri, ma sono localizzati centralmente nella regione talamica, in quanto i segnali nervosi da essa provenienti, sarebbero in grado sia di indurre le manifestazioni espressivo-motorie delle emozioni, sia di determinare le loro componenti soggettive attraverso le connessioni con la corteccia cerebrale.

Cannon, approfondendo lo studio dei processi neurofisiologici, rilevò e definì l’*arousal simpatico*, come una reazione di emergenza attraverso risposte neurofisiologiche che variano simultaneamente alla comparsa dell’emozione e comprendono, fra l’altro, l’aumento della frequenza e della gittata cardiaca, la secchezza fauceale, la contrazione degli sfinteri, la dilatazione pupillare ecc.²⁴

²¹ W. James., “What is an emotion?”, *Mind*, 1884, **9**, pp. 188-205

²² L. Anolli , P. Legrenzi, “*Psicologia generale*”, Bologna, Il Mulino, 2001, pp. 241-242

²³ W. B. Cannon, “The James-Lange theory of emotions: a critical examination and an alternative theory”, *American Journal of Psychology*, 1927, **39**, pp. 106-126

²⁴ L. Anolli , P. Legrenzi, “*Psicologia generale*”, Bologna, Il Mulino, 2001, pp. 244-245

Schachter, con la sua “Teoria cognitivo attivazionale”²⁵ del 1962, introduce una dimensione genuinamente psicologica nello studio sperimentale delle emozioni, andando a colmare la parzialità dei risultati dei lavori di James e Cannon. Secondo Schachter ed i suoi collaboratori, l’emozione è la risultante dell’interazione fra due componenti distinte: una di natura *fisiologica* con l’attivazione diffusa dell’organismo ed un’altra di natura *psicologica*, con la percezione di questo stato di attivazione e con la sua spiegazione in funzione di un evento emotigeno.²⁶

La concezione bifattoriale di Schachter, individua nell’elaborazione cognitiva un aspetto rilevante dell’esperienza emozionale; da tale concezione prendono il via le cosiddette “*Teorie dell’appraisal*” , secondo le quali, le emozioni dipendono dal modo in cui gli individui valutano e interpretano gli stimoli del loro ambiente fisico e sociale. Le teorie dell’appraisal, che si sono affermate negli anni ottanta, hanno posto in evidenza che le emozioni sono profondamente connesse con i processi cognitivi, poiché l’elaborazione cognitiva della situazione è sottesa all’esperienza emotiva stessa del soggetto.²⁷

In contemporanea allo sviluppo delle teorie dell’appraisal, attorno agli anni sessanta assumeva una notevole rilevanza la “*Concezione psicoevuluzionistica*”, delle emozioni. Rifacendosi direttamente alla teoria evoluzionistica di Darwin, le emozioni vengono associate alla realizzazione di scopi universali, connessi con la

²⁵ S. Schachter, J. Singer, “Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state”, *Psychological Review*, 1962, **69**, pp. 379-399

²⁶ L. Anolli, P. Legrenzi, “*Psicologia generale*”, Bologna, Il Mulino, 2001, pp. 247

²⁷ L. Anolli, P. Legrenzi, “*Psicologia generale*”, Bologna, Il Mulino, 2001, pp. 250

sopravvivenza della specie e dell'individuo; posizione sviluppata da Ekman²⁸ e da Izard²⁹ a partire dagli anni '70 fino ad oggi.

Vengono identificate delle *emozioni primarie* (o di base), già individuate nella ricerca cartesiana, come la felicità, la collera, la paura, il disgusto, la sorpresa e la tristezza e *emozioni miste*, secondarie o complesse, intese come una sorta di miscela di diverse emozioni primarie, dando vita alla cosiddetta "*Teoria tavolozza*".

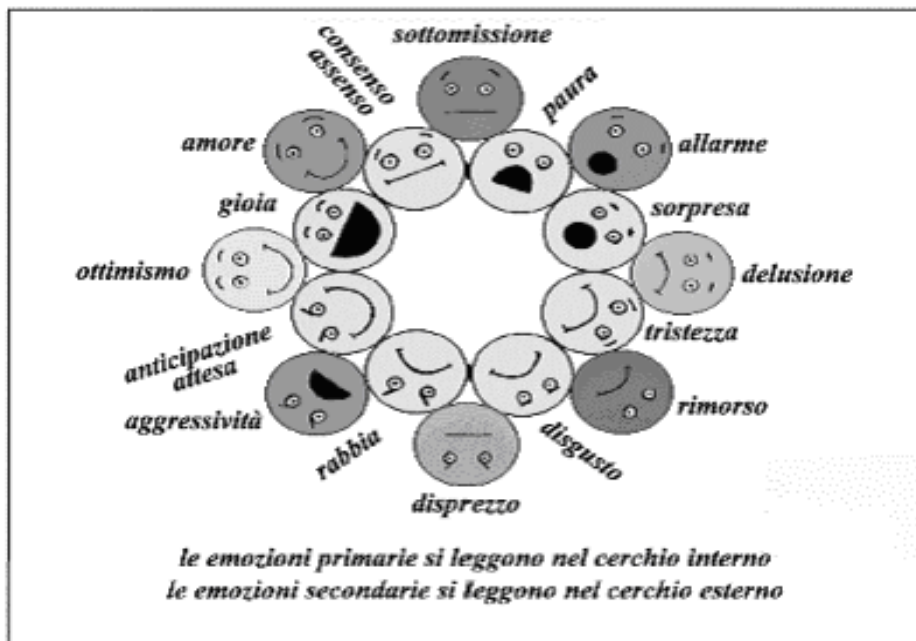
In tale prospettiva evuzionistica, pertanto, le *espressioni facciali* delle emozioni sarebbero universali, esisterebbero configurazioni neurofisiologiche distintive del sistema nervoso autonomo per ogni emozione.³⁰

Fig. 1 "*Emozioni primarie e secondarie*"

²⁸ P. Ekman, W.V. Friesen, "A new pan-cultural facial expression. in Motivation and Emotion", New York, Cambridge University Press, 1986

²⁹ C. E. Izard, "Human emotions", New York, Plenum Press, 1977

³⁰ L. Anolli, P. Legrenzi, "Psicologia generale", Bologna, Il Mulino, 2001, pp. 252-253



Le emozioni hanno tre funzioni principali:

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

Infine, le emozioni: *“Sono sempre caratterizzate dalla presenza di piacere e dolore, i quali non sono considerati emozioni ma semplici sensazioni, segnali che servono a connotare l'insieme delle percezioni e la susseguente emozione (...) tali segnali*

*edonici permettono in molti casi di distinguere tra processi cognitivi e processi emotivi, e tra emozioni positive ed emozioni negative”.*³¹

³¹ P. D'Urso, B. Trentin, “Psicologia delle emozioni”, Bologna, Il Mulino, 1988, p. 43

Capitolo 2

STRESS E BURNOUT

2.1 Lo stress

La parola “*stress*” (dal latino “*districtia*” – *stringere*), è entrata prepotentemente nel gergo odierno divenendo veramente abusata nei dialoghi quotidiani, tanto da poter pensare che non esistano problemi interpretativi del termine stesso. Quando tentiamo, invece, di calarci in una realtà scientifica dandone una definizione univoca e condivisa, le cose diventano un po’ più complicate.

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

Come accade in molti settori della ricerca, gli studiosi partendo dalla definizione del fenomeno che intendono esaminare cercano di tracciarne le caratteristiche fondamentali. Il passo successivo è quello di definire le modalità di osservazione e di rilevazione del fenomeno, i suoi parametri, la pluralità delle sue manifestazioni, ed è proprio in questa fase che le ricerche iniziano ad assumere connotati diversi. Alcuni studiosi hanno cercato di racchiudere le più svariate e comuni interpretazioni in tre prospettive.³²

Lo stress è percepito in stretto contatto con uno stimolo nocivo, o meglio con un ampio spettro di stimoli esterni o interni, che premono sull’individuo in maniera

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

molto intensa o per un tempo prolungato, e agiscono a più livelli: psichico, fisico, sociale. Per questo si parla di “stress sociale”, “stress conflittuale”, “stress da malattia”, “stress fisico”, ... In questo caso non viene considerata la risposta dell’organismo.

Secondo un’altra prospettiva, il termine viene associato ad una condizione di stimolo – risposta. L’attenzione viene puntata alle reazioni psicologiche e fisiologiche che l’organismo mette in atto come resistenza e difesa a forze che vogliono modificare l’omeostasi precedente.

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

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

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

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

Lo stress secondo H. Selye:

Stimoli fisici



Stimoli psicosociali



Organismo



STRESS

Stimoli biologici



“Lo stress è la risposta del corpo ad ogni richiesta operata su di esso”

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 dal punto di vista anatomofunzionale in senso stabilmente difensivo;
- *fase di esaurimento*, per cui crollano le difese ed impera un’incapacità ad adattarsi ulteriormente agli stressor.

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

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

Thompson nel 1994³³, suggerisce che lo stress sia una richiesta effettuata sulla nostra energia fisica o mentale, la maggior parte delle volte in maniera eccessiva. Questa definizione implica che lo stress diventi pericoloso quando esercita una pressione troppo forte; infatti, esso è visto come il primo passo di un processo cronico che può condurre l'individuo a confrontarsi con uno stato di esaurimento emotivo.

Cherniss,³⁴ individua cinque tratti di personalità che influenzano una risposta individuale allo stress:

- L'ansia nevrotica;

- La sindrome di "tipo A";

³³ D. Gallagher-Thompson e A.M. Steffen, "Comparative effects of cognitive-behavioral and brief dynamic therapy for depressed family caregivers" *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1994, **62**, pp. 543-549

³⁴ C. Cherniss, "La sindrome del burnout", Torino, Centro Scientifico Torinese, 1983

- Il “locus of control”;
- La flessibilità;
- L’introversione.

L’ ansia nevrotica riguarda quegli individui che si pongono mete elevate, spesso al di là delle loro risorse e si puniscono se non le raggiungono. Le aspirazioni sono in conflitto con inibizioni morali, per cui la motivazione al successo sarà in conflitto col timore di non realizzarlo, il bisogno di competizione con il desiderio di essere accettati. Questo soggetto agisce impulsivamente, perde la calma, tende ad utilizzare meccanismi di difesa quali: negazione, proiezione e rimozione. L’autostima è a livelli minimi e viene costantemente ricercata l’approvazione altrui. La personalità di “tipo A” è descritta secondo Friedman e Rosenman,³⁵ come una caratteristica di alcuni soggetti portati ad uno stile di vita iperattivo, competitivo, incalzante, aggressivo, impaziente e legato alla sensazione stringente di mancanza di tempo. Questi operatori, sono in costante, cronica, lotta contro se stessi, gli altri, il tempo, le circostanze.

Il “locus of control” è il terzo tratto della personalità indicato da Cherniss. Rotter,³⁶ afferma che gli individui differiscono in base al grado in cui credono di controllare la propria esistenza, dividendosi in “interni”, che pensano di avere

³⁵ M. Friedman, R.H. Rosenman, “Association of a specific overt behavior pattern with increases in blood cholesterol, blood clotting time, incidence of arcus senilis and clinical coronary artery diseases” *Journal of American Medical Association*, 1959, pp. 1286-1296

³⁶ J.B. Rotter, “Some implications of a social learning theory for the prediction of goal directed behavior from testing procedures”, *Psychological Review* Vol. 67, 1960, pp. 301-316

saldamente tra le mani le redini del proprio destino, ed “esterni”, che si sentono in balia di poteri al di fuori del loro controllo. Secondo Seligman,³⁷ gli “esterni” sarebbero più predisposti all'*impotenza acquisita*. Il sentimento di impotenza e la disperazione non dipendono dalla reale drammaticità della situazione quanto da ciò che viene avvertito da colui che la vive, dal fatto di non poter far niente per cambiarla. Al contrario, “gli interni” avrebbero meno probabilità di subire gli effetti negativi dell'impotenza acquisita e quindi meno probabilità di manifestare burnout.

La “flessibilità”, secondo Kahn e collaboratori,³⁸ è un tratto della personalità che negli individui più adattabili e flessibili porta a sperimentare il conflitto di ruolo nelle situazioni lavorative, con reazioni ansiose, tensione ed inquietudine. Gli individui meno adattabili, d'altro canto, sono comunque soggetti allo stress reagendo in modo diverso, irrigidendosi nelle proprie abitudini lavorative, dipendendo dalle figure di autorità e sviluppando un senso di inutilità.

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

Limitarsi a definire questi tratti della personalità per descrivere l'individuo potenzialmente soggetto a *burnout* non basta; lo stesso Cherniss, che li ha individuati e descritti, dice che *“l'influenza di questi tratti di personalità è stata forse sopravvalutata”*.³⁹

³⁷ M. Seligman, S. Maier, “Failure to escape traumatic shock”, *Journal of experimental Psychology*, 1967, **74**

³⁸ R.L. Kahn, D.M. Wolfe, R.P. Quinn, J.D. Snoek, R.A. Rosenthal, “Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity”, Wiley, New York, 1964

³⁹ C. Cherniss, “La sindrome del burnout”, Torino, Centro Scientifico Torinese, 1983

2.2 L'urgenza e il trauma del soccorritore

“E' il mio cuore il paese più straziato”⁴⁰

Il lavoro quotidiano del soccorritore, è rappresentato da condizioni di **emergenza**: *“Qualsiasi condizione patologica, solitamente ad insorgenza improvvisa e con rapida evoluzione, che metta in pericolo la sopravvivenza o la funzione di organi vitali, in assenza di adeguato trattamento entro pochi minuti”* e da situazioni di **urgenza**: *“Qualsiasi condizione patologica, ad insorgenza improvvisa e con evoluzione più o meno rapida, che metta in pericolo la sopravvivenza o la funzione di organi vitali, in assenza di adeguato trattamento, entro alcune ore o giorni”⁴¹*

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

Il DSM IV indica come trauma, un *“evento vissuto al di fuori della norma, estremo, violento, lesivo che minaccia o ferisce l'integrità fisica o psichica di un*

⁴⁰ G. Ungaretti, “San Martino del Carso”, Valloncello dell'albero isolato, 1916

⁴¹ M. Chiaranda, “Urgenze ed emergenze. Istituzioni”, Padova, Piccin, 2007, pp. 688

*singolo o di un gruppo di persone (...) in genere richiede uno sforzo inabituale per essere superato”.*⁴²

L’ ICD-10 definisce l’evento traumatizzante come *“una situazione di natura eccezionalmente minacciosa o catastrofica, in grado di provocare un diffuso malessere in tutte le persone”.*⁴³

A questo proposito Mitchell ed Everly parlano di *Critical Incident* definendolo come *“qualunque situazione affrontata dal personale di emergenza sanitaria, capace di produrre uno stress emotivo insolitamente elevato in grado di interferire sulle abilità dell’operatore di fronte alla scena dell’evento e anche dopo”.*⁴⁴

Si possono distinguere due tipologie di trauma:

- *trauma di tipo I:* è un evento unico, imprevisto, con inizio e fine ben definiti;

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

⁴² DSM IV, “Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali”, Milano, Masson, 1999

⁴³ The ICD-10 “Classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines”, Geneva, World Health Organization, 1992

⁴⁴ J.T. Mitchell, G.S. Everly, “Critical Incident Stress Debriefing: An Operations Manual, 2nd edition”, Ellicott City, Chevron Press, 1996

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

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

2.2.1 Reazione traumatica da stress

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

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

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

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

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

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

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

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

Secondo il DSM IV,⁴⁵ la caratteristica essenziale del disturbo post traumatico da stress (o Post Traumatic Stress Disorder, che chiamerò d'ora in poi PTSD), è "*Lo sviluppo di sintomi tipici che seguono l'esposizione ad un fattore traumatico estremo che implica l'esperienza personale diretta o la presenza indiretta ad un evento che può comportare lesioni gravi o minacce all'integrità fisica di una persona*".

A differenza della reazione traumatica da Stress, il quadro sintomatologico completo deve essere presente per più di un mese e il disturbo deve causare disagio

⁴⁵ DSM IV, "Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali", Milano, Masson, 1999, pp. 468 - 469

cl clinicamente significativo e menomazione della relazionalità sociale, in particolare nell'ambiente di lavoro e nella sfera degli affetti familiari. La risposta della persona all'evento deve comprendere paura intensa, il sentirsi inerme o il provare orrore. I sintomi caratteristici che risultano dall'esposizione a questo trauma estremo includono il continuo rivivere l'evento traumatico, l'esigenza persistente di evitare gli stimoli associati al trauma, l'ottundimento della reattività generale, l'aumento dell'*arousal*⁴⁶ (insonnia, ipervigilanza, esagerate risposte di allarme, irritabilità, scoppi d'ira). Spesso l'individuo comincia ad abusare di alcool, stupefacenti e psicofarmaci nel tentativo di "staccare la spina" dai ricordi dolorosi che lo tormentano, riducendo di fatto l'elaborazione del vissuto e la possibilità di mettere ordine nei propri pensieri. Le conseguenze sociali di questi comportamenti portano ad isolamento e apatia, anche all'interno dello stesso nucleo familiare; il rischio di suicidio aumenta esponenzialmente.

⁴⁶ Attivazione psicofisiologica

2.3 Strategie di coping

Il termine *coping*⁴⁷, racchiude in sé una varietà di significati ed è comparso sulla scena della ricerca psicologica negli anni Sessanta. Nonostante una ricca letteratura che si è accumulata negli anni, non esiste una definizione unanime del termine. La sua traduzione italiana, che considera coping sinonimo di “*affrontare qualcosa*”, “*far fronte a*”, “*reagire a*”, non coglie la specificità e la molteplicità dei processi in cui sono coinvolte le persone quando cercano di gestire gli eventi drammatici o le situazioni quotidiane stressanti.

Lazarus nel 1991 scriveva: “*L’attivazione delle strategie di coping è secondaria a una prima valutazione dello stressor; in questa fase il soggetto decide se la fonte di stress è irrilevante, positiva o dannosa, e secondariamente valuta le proprie abilità e risorse e mette in atto dei tentativi per farvi fronte*”.⁴⁸

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

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

Infatti, oltre all’ambito esclusivamente individuale e personale, il coping interessa anche il gruppo sociale in cui è inserito: i colleghi, la famiglia, gli amici e

⁴⁷ Nella traduzione italiana: “*far fronte a*”, “*reagire a*”, “*affrontare qualcosa*”, N. Zingarelli, “*Dizionario della lingua italiana*”, Milano, Zanichelli, 1995

⁴⁸ R.S. Lazarus, “*Emotion and adaption*”, New York, Oxford University Press, 1991

l'organizzazione stessa che invia i soccorsi, nel caso dei professionisti dell'emergenza. In questa prospettiva, il ruolo degli altri e del contesto sociale e istituzionale allargato, assume valenze specifiche non solo di semplice risorsa o offerta di sostegno, ma come componente fondamentale che interviene a definire il costituirsi stesso del processo di coping.

Molti autori hanno evidenziato una generale capacità di recupero e mantenimento di benessere nella popolazione dei soccorritori. Per esempio, solo il 13% dei vigili del fuoco che lavorarono nelle operazioni di soccorso in seguito all'attentato di Oklahoma City, riportarono disturbi da stress post-traumatico.⁴⁹

A partire dagli anni Ottanta, i ricercatori hanno cominciato ad indagare in modo sistematico le strategie messe in atto dagli operatori dell'emergenza per far fronte agli eventi stressanti. Dunning⁵⁰ e James⁵¹ avevano ipotizzato che gli operatori dell'emergenza possedessero straordinarie abilità di *coping*.

Moran e Britton conclusero, invece, che il campione di soccorritori esaminato non possedeva nessun particolare stile di coping che lo differenziasse in qualche modo dalla popolazione in generale, e che né lo stile di coping né le caratteristiche di personalità erano predittive delle reazioni manifestate.⁵²

Hytten e Hasle suggerirono, infine, che i soccorritori esperti o "anziani" possedevano strategie di coping più efficaci, a livello sia cognitivo che comportamentale.⁵³

⁴⁹ C.S. North, L. Tivis, J.C. McMillen, B. Pfefferbaum, E.L. Spitznagel, J. Cox, S.J. Nixon, E.M. Smith, "Psychiatric disorders in rescue workers of the Oklahoma City bombing", *American Journal of Psychiatry*, 2002, **159**, pp. 857-859

⁵⁰ C. Dunning, "Prevention of stress: Role stressors and supports for emergency workers", National Institute of Mental Health, Washington, 1985

⁵¹ A. James, "The psychological impact of disaster and the nature of critical incident stress for emergency personnel", *Disaster Preventing Management* vol. 1, 1992, pp. 63-69

⁵² C. Moran N.R. Britton, "Emergency work experience and reaction to traumatic incidents", *Journal of Traumatic Stress* Vol.7, 1994, **4**, pp. 575-585

⁵³ K. Hytten e A. Hasle, "Firefighters: A study of stress and coping", *ACTA Psychiatry -Scandinavian Supplement*, 1989, **355**, pp. 50-55

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

Le categorie di stili di coping individuati furono cinque:

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

Le conclusioni più interessanti riguardano la formazione del personale; chi tra i professionisti impiegati aveva preso parte a training di formazione sui temi dell'aiuto agli altri e delle reazioni emotive, ha riportato in seguito maggiori comportamenti di autorinforzo e più ricordi interiorizzati.

Al contrario, i soggetti non precedentemente formati ad affrontare stress sono risultati più segnati dalle emozioni negative, con la tendenza a raccontare l'accaduto come se fosse ancora presente. Tutti i soccorritori, descrivendo il proprio lavoro, ne

hanno sottolineato l'immediatezza e l'urgenza, senza mostrare segni di dissociazione o distanziamento durante la crisi.

In generale indicavano la loro altruistica attitudine ad aiutare gli altri come l'elemento più importante della loro professione.⁵⁴

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

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

Un altro meccanismo di coping molto utilizzato è il contatto con gli altri e il supporto sociale in generale (90%), segue la soppressione delle emozioni (76%), il raccontare di aver vissuto l'evento come irreali (68%), il manifestare evitamento attivo di pensieri legati all'evento (68%) ed, infine, il prepararsi emotivamente all'intervento

⁵⁴ M. Holaday, G. Warren-Miller, A. Smith e T.E. Yost, "A preliminary investigation of on-the-scene coping mechanism used by disaster workers", *Journal of Mental Health Counseling* vol. 17, 1995, pp.347-369

(63%). I risultati dello studio di Dyregrov e Mitchell del 1992,⁵⁵ mostrano che gli operatori dell'emergenza, per regolare le forti emozioni dalle quali sono investiti e per rendere il loro ruolo meno opprimente, utilizzano in prevalenza metodi di distanziamento. Quando queste strategie non sono attivate, il tracollo emotivo è quasi inevitabile e si nutre delle emozioni scaturite dalla profonda identificazione con la vittima o con la sua famiglia.

Nello studio descrittivo – qualitativo di Jonsson e Segesten del 2003,⁵⁶ i 52 partecipanti raccontano che dopo l'evento traumatico è impossibile lasciarsi alle spalle spontaneamente ciò che è successo, ma ricorrono pensieri intrusivi, che riportano a rivivere la criticità dell'evento; se questi non vengono affrontati e superati, creano nell'individuo uno stato di malessere. Affinché lo stress accumulato venga lasciato alle spalle, è necessario ottenere comprensione, avere l'opportunità di poter parlare con qualcuno delle proprie esperienze. Parlando, l'operatore può riuscire a rendersi conto di ciò che è successo, di ciò che questo ha provocato in lui e, in caso di evento negativo, riaffermare che si è agito nella maniera corretta, constatando che non si poteva fare in altro modo; in questo modo si ha la possibilità di superare i sensi di colpa scaturiti dal fallimento della missione.

Secondo Jonsson, Segesten e Mattsson,⁵⁷ 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. Suggestiscono inoltre l'opportunità di organizzare *debriefing* tra gli operatori, per dar loro modo di parlare, per poter

⁵⁵ A. Dyregrov e J.T. Mitchell, "Work with traumatized children: Psychological effect and coping strategies", *Journal of Traumatic Stress* vol. 5, 1992, **1**, pp.5-17

⁵⁶ A. Jonsson, K. Segesten, "The meaning of traumatic events as described by nurses in ambulance service", *Accident and Emergency Nursing*, 2003, **11**, 141-152

⁵⁷ A. Jonsson K. Segesten, B. Mattsson, "Post-traumatic stress among Swedish ambulance Personnel", *Emergency Medicine Journal*, 2003, **20**: 79-84

superare il trauma subito, confrontandosi con i propri pari. La necessità di dare spazio agli operatori per condividere fra di loro i propri sentimenti, assume per questi autori un ruolo di primo piano.

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

Secondo O'Connor e Jeavons,⁵⁸ per poter prevenire le conseguenze derivanti dal vissuto di eventi traumatici, è necessario individuare le varie tipologie di interventi considerati maggiormente critici dagli infermieri, poterle poi catalogare, individuare delle scale di valutazione del rischio per poter agire preventivamente per aiutare il personale (supporto psicologico soprattutto per interventi che portano in sé una grande sofferenza, educazione preventiva, supporto regolare ai gruppi ad alto rischio).

Uno degli strumenti più accreditati per soddisfare le esigenze di intervenire nelle situazioni di grave stress è il *Critical Incident Stress Management*, ideato da Mitchell ed Everly negli anni Ottanta.⁵⁹ All'interno del programma, una parte importante è assunta dal *Critical Incident Stress Debriefing (CISD)*.

Questo sistema di intervento ha come obiettivo principe la prevenzione dello stress lavorativo nei reparti di area critica; in particolare, le ricerche di Lanning⁶⁰ svolte per testare la validità dello strumento hanno evidenziato che il *debriefing*:

⁵⁸ J. O'Connor & S. Jeavons, "Nurses' perceptions of critical incidents", *Journal of Advanced Nursing*, 2003, **41**, pp. 53-62

⁵⁹ M. Monti, "Lo stress acuto negli operatori d'emergenza e sue complicità, descrizione e criteri di intervento nel personale", Relazione convegno AISACE, Lugo 11-12 ottobre 2001

⁶⁰ K.K.S. Lanning, "Post-trauma recovery of public safety workers for the Delta 191 crash: debriefing, personal characteristic and social systems", *Dissertation Abstracts International*, 1987, **48** (10-B), pp. 2922

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

Il *Critical Incident Stress Debriefing*⁶¹ prevede sette differenti tappe:

⁶¹ J.T. Mitchell, G.S. Everly, "Critical Incident Stress Debriefing: An Operations Manual, 2nd edition", Ellicott City, Chevron Press, 1996

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

6. Nella penultima fase vengono dati consigli su come comportarsi per metabolizzare con maggiore celerità il proprio malessere:

- alimentarsi in modo equilibrato;
- limitare il consumo di alcool e evitare droghe;
- evitare se possibile l'utilizzo di ansiolitici, se strettamente necessario, assumere ansiolitici che non interferiscano con la fase REM del sonno;
- eseguire attività fisica in forma non intensa;
- coltivare i propri hobbies e relazioni sociali;
- Evitare, almeno nel primo periodo, di eseguire training autogeno e meditazione che potrebbero facilitare il riaffiorare di ricordi intrusivi.

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

Dagli studi effettuati sui debriefing post-traumatici eseguiti negli anni '90, si rileva che i soggetti che vi si erano sottoposti risultavano significativamente meno depressi e meno nervosi, presentando minori sintomi legati allo stress dei loro colleghi che

non vi avevano preso parte. Inoltre, negli stessi infermieri si era generato un incremento di sentimenti di autocontrollo nei confronti degli eventi critici.⁶²

In Emilia Romagna, anche a seguito dei risultati prodotti da una ricerca esplorativa del 1998, eseguita in 43 reparti di Pronto soccorso, su un campione di 706 infermieri, indirizzata a valutare attraverso un questionario i bisogni del personale che lavora in terapia intensiva, nel 2001 l'associazione *AISACE* ha dato vita a "Corsi di psicoformazione" aperti a medici, infermieri e personale di supporto. L'obiettivo principale era quello di dare la possibilità ai partecipanti di individuare il problema "stress" dal punto di vista scientifico, interiorizzandolo e creando così le basi per una presa in carico più strutturata del problema e delle sue conseguenze. Questa attenzione, era supportata dalla convinzione degli organizzatori e degli istruttori anch'essi operatori del settore, di dover fornire delle armi per fronteggiare e superare l'ostacolo. Creando un clima familiare ed accogliente, si è prodotta un'interazione fra colleghi; il confronto alla pari, su situazioni che potenzialmente possono essere condivise da tutti, ha arricchito i partecipanti, che hanno manifestato la loro soddisfazione anche attraverso un questionario di gradimento.⁶³

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

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

⁶³ L. Venturini, "Non solo psico-formazione", *Emergency Oggi*, 2002, p. 26

2.4 Il burnout

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

Consultando il vocabolario di Galimberti (1999) si può arrivare alla seguente definizione: “*Fallire, logorarsi o essere esauriti a causa di una eccessiva richiesta di energia, resistenza o risorse*”⁶⁴ suggerendo che lo stato di burnout sia l’esaurimento emotivo relativo ad un sovraccarico.

Prima del 1980 l’interesse per il fenomeno *burnout* si è concretizzato in numerosi studi che descrivevano, in modo generico e non analitico, sulla base di singoli *case studies*, il costrutto come caratterizzato da senso di sconfitta, abbattimento, frustrazione, stanchezza, perdita di creatività, riduzione del *commitment* sul lavoro, distacco verso clienti e colleghi a seguito di disagi psico-fisici; spesso imputabili a spinte operate dall’alto verso il raggiungimento di risultati e prestazioni eccellenti.⁶⁵

La psichiatra americana Maslach nel 1976 ha ripreso l’espressione in merito allo stato di esaurimento emotivo, spersonalizzazione, incapacità e disagio comportamentale manifestato dagli operatori delle professioni di aiuto (*helping professions*) o, in ogni caso, ad alta implicazione relazionale (medici, infermieri, psicologi, insegnanti, assistenti sociali,...). Da questi studi il burnout viene definito come una “*Sindrome di esaurimento emozionale, di spersonalizzazione e di*

⁶⁴ U. Galimberti, “Dizionario di psicologia”, Torino, UTET, 1999

⁶⁵ H.J. Freudenberger, “Staff burn-out”, *Journal of Social Issues*, 1974, **30**

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

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

*riduzione delle capacità personali che può presentarsi in soggetti che per professione si occupano della gente. Si tratta di una reazione alla tendenza emozionale cronica creata dal contatto continuo con altri esseri umani, in particolare quando si hanno problemi o motivi di sofferenza.”*⁶⁶

Ganster e Schaubroeck (1991),⁶⁷ definiscono il *burnout* una tipologia di stress, in particolare, uno schema di reazione emotiva cronica a condizioni lavorative stressanti, caratterizzate da elevate frequenze di contatti interpersonali.

McGrath (1976)⁶⁸ e Schuler (1980)⁶⁹ forniscono una delle migliori definizioni di stress che consente di inquadrare al suo interno il concetto di *burnout*: per gli autori, lo stress è la condizione dinamica che si verifica quando il soggetto va incontro all’opportunità, all’obbligo o alla richiesta di essere, avere o fare ciò che desidera, ma allo stesso tempo percepisce l’incertezza su come realizzare questi risultati importanti. Sotto tale prospettiva, il *burnout* costituisce un aspetto distintivo dello stress e, in particolare, uno schema di risposte emotive e comportamentali agli *stressors* lavorativi: “*Esaurimento emotivo, spersonalizzazione e senso di incapacità, specificamente, nascono come effetti di richieste lavorative eccessive, soprattutto, di natura interpersonale*”.⁷⁰

Dunque, le tre caratteristiche che costituiscono il *burnout*, connesse ai contatti interpersonali, attribuiscono al fenomeno connotazioni uniche rispetto alle altre tipologie di stress, a differenza degli attributi di incertezza e importanza degli

⁶⁶ C. Maslach, “Burned-out”, *Human Behaviour* vol. 5, 1976, **9**, pp. 16 - 22.

⁶⁷ D.C. Ganster e J. Schaubroeck, “Work, stress and employee health”, *Journal of Management*, 1991, **17**

⁶⁸ J.E. McGrath, “Stress and behavior in organizations”, *Handbook of industrial and organizational psychology*, Rand-McNally, Chicago, 1976

⁶⁹ R.S. Schuler, “Definition and conceptualization of stress in organizations”, *Organization Behavior and Human Performance*, 1980, **25**

⁷⁰ A. Shirom, “Burnout in work organizations”, Cooper C.L. e Robertson I., *International review of industrial and organizational psychology*, Wiley, New York, 1989

obiettivi che caratterizzano anche altre risposte allo stress indotte da elevati carichi di lavoro.

Dal punto di vista del processo il fenomeno *burnout* si manifesta attraverso una sequenza specifica di passaggi, che portano l'individuo a percepire, nell'ordine, uno stato di esaurimento emotivo, a cui segue il senso di spersonalizzazione e, infine, la diminuzione dell'autoefficacia.⁷¹

Carichi di lavoro costantemente eccessivi nell'arco di un lungo periodo di tempo mettono a dura prova le risorse emotive del soggetto, che reagisce maturando uno stato di esaurimento emotivo.⁷²

⁷¹ M.P. Leiter e C. Maslach, "The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment", *Journal of Organizational Behavior*, 1988, **9**

⁷² S. Toppinen Tanner, R. Kalimo, P. Mutanen, "The process of burnout in white-collar and blue-collar jobs: eight year prospective study of exhaustion", *Journal of Organizational Behavior*, 2002, **23**

2.4.1 Fattori individuali

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

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

Maslach e Jackson, in una ricerca del 1985,⁷³ affermano che le differenze tra i due sessi non riguardano la sindrome intesa in senso globale, ma come ne vengono percepiti gli effetti. Le donne avvertono più intensamente l'esaurimento emotivo, essendo molto coinvolte emozionalmente dal punto di vista relazionale con l'utenza, a differenza degli uomini che reagiscono con comportamenti depersonalizzanti.

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

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

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

⁷³ C. Maslach e S.E. Jackson, “The role of sex and family variables in burnout”, *Sex Roles*, 1985, **12**

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

Risultati più soddisfacenti sono stati ottenuti studiando la personalità.

Freudenberger in uno studio del 1980,⁷⁴ sostiene che siano predisposte al burnout le persone portatrici di grandi ideali: *“Uomini e donne dinamici, carismatici e risoluti (...) che si impegnano fino in fondo in tutto quello che fanno, lasciandosi coinvolgere anche intimamente”*.

Viceversa C. Maslach scrive che *“L'individuo a rischio di burnout manca di fiducia in se stesso, ha scarsa ambizione (...) non ha obiettivi chiaramente definiti, né la dose di decisione necessaria a raggiungerli”*.⁷⁵

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

2.4.2 Fattori relativi ad aspetti lavorativo - organizzativi

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

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

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

⁷⁴ M. Burish, “Burnout”, *Psicologia contemporanea*, 1995, **127**, p. 36

⁷⁵ C. Maslach, “La sindrome del burnout”, Assisi, Cittadella, 1997

Il sovraccarico di ruolo avviene quando le richieste collegate allo stesso, sono superiori al tempo e agli sforzi di chi lo esercita, inoltre contribuisce al burnout perché va a pesare sul meccanismo di difesa che si attiva per stigmatizzare lo stress indotto dalle troppe richieste, cui l'operatore non riesce a rispondere. Altre volte il conflitto non è legato all'abbondanza delle richieste ma alla loro incompatibilità; questo conflitto è interno e le parti in gioco sono l'individuo e il suo ruolo lavorativo. Quando l'operatore non riconosce nel ruolo affidatogli dalla struttura quello che lui aveva scelto di svolgere, entra in crisi, cercando di risolvere la questione tentando di rientrare in quello da lui scelto, e se questo diventa impossibile la persona inizia il processo di burnout.

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

Per varietà ed autonomia disponibile nel ruolo, si intende la possibilità di sfida e stimolazione, il coinvolgimento e la motivazione che devono essere presenti in una posizione lavorativa; se ciò non avviene si rischia di avere delle situazioni di noia.

Anche la possibilità di crescita del personale, attraverso la formazione continua, può essere da stimolo per la posizione lavorativa ed evitare il burnout.

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

Per quanto concerne il sistema di retribuzione, è intuitivo che maggiore è il collegamento delle ricompense ai risultati e delle punizioni a fattori non contingenti, più alta è la probabilità che si verifichi *burnout*. La letteratura continua a sostenere che esistano dei legami imprescindibili fra tipologia delle politiche retributive e stress cronico da lavoro.⁷⁶

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

⁷⁶ S.E. Jackson, R.L. Schwab, R.S. Schuler, "Toward an understanding of the burnout phenomenon", *Journal of Applied Psychology*, 1986, **71**

2.4.3 Il processo ed i segni psicofisici dell'operatore

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

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

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

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

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

una situazione di isolamento e di difficoltà per l'operatore di reperire un contenitore per le proprie emozioni e frustrazioni.

La molteplicità di tipologie di definizioni che caratterizzano il burnout hanno portato Cherniss⁷⁷ a leggerlo come un processo transazionale che si sviluppa in tre fasi.

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

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

⁷⁷ C. Cherniss, "Staff Burnout: job stress in the Human service", Beverly Hills: Sage, 1980

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

segni e sintomi dello stress lavorativo⁷⁸

1. *Alta resistenza a recarsi al lavoro ogni giorno*
2. *sensazione di fallimento*
3. *rabbia e risentimento*
4. *senso di colpa e disistima*

5. *scoraggiamento ed indifferenza*
6. *negativismo*
7. *isolamento e ritiro(disinvestimento)*
8. *senso di stanchezza ed esaurimento tutto il giorno*
9. *guardare frequentemente l'orologio*
10. *notevole affaticamento dopo il lavoro*
11. *perdita di sentimenti positivi verso gli utenti*
12. *rimandare il più possibile i contatti con gli utenti*
13. *avere un modello stereotipato degli utenti*

⁷⁸ C. Cherniss , "Staff Burnout: job stress in the Human service", Beverly Hills: Sage, 1980

14. *incapacità di concentrarsi o di ascoltare ciò che l'utente sta dicendo*
15. *sensazione di immobilismo*
16. *cinismo verso gli utenti; atteggiamento colpevolizzante nei loro confronti*
17. *seguire in modo crescente procedure rigidamente standardizzate*
18. *problemi d'insonnia*
19. *evitare discussioni di lavoro con i colleghi*
20. *preoccupazione per sé*
21. *maggiore approvazione di misure di controllo del comportamento come i tranquillanti*
22. *frequenti raffreddori ed influenze*
23. *frequenti mal di testa e disturbi gastrointestinali*

24. *rigidità di pensiero e resistenza al cambiamento*
25. *sospetto e paranoia*
26. *eccessivo uso di farmaci*
27. *conflitti coniugali e familiari*
28. *alto assenteismo*

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

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

L'esaurimento emozionale spesso viene a prendere la forma di una stanchezza cronica, che porta ad un circolo vizioso passivo che spesso sfocia nella risoluzione

attraverso farmaci o assunzione di alcool per alleviare la tensione divenuta ormai costante ed incontrollabile.

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

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

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

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

CAPITOLO 3
Progetto di ricerca

3.1.1 Background

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

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

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

3.1.2 Ipotesi

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

La formazione può essere la chiave di volta per scongiurare questa gravosa situazione: imparando a conoscere i rischi psicologici che questo tipo di lavoro comporta, apprendendo come attivare le risorse intrinseche e come e quando usufruire di quelle esterne (colleghi, counselor,⁷⁹ psicologo).

⁷⁹ Figura professionale che, avendo seguito un corso di studi almeno triennale, ed in possesso pertanto di un diploma rilasciato da specifiche scuole di formazione di differenti orientamenti teorici, è in grado di favorire la soluzione di disagi esistenziali di origine psichica che non comportino tuttavia una ristrutturazione profonda della personalità

3.2. Metodo

Obiettivi

L'obiettivo del presente lavoro di tesi è quello di investigare lo stress percepito, fattori di stress nel lavoro, le strategie di coping e la qualità della vita in un campione di operatori dell'emergenza sanitaria.

Partecipanti

Alla ricerca hanno partecipato 162 operatori del 118 Molise Soccorso. Considerando che questa struttura comprende 210 operatori tra medici e infermieri, si può affermare che il tasso di risposta alla ricerca è del 77%. Il 50% ($n=81$) del campione coinvolto è di sesso maschile. Il 48,1% ($n=78$) del campione ha un'età che va dai 32 ai 41 anni, il 40,7% ($n=66$) un'età che va dai 42 ai 51 anni e l'11,1% ($n=18$) ha un'età che supera i 51 anni. Il 2,5% ($n=4$) ha meno di tre anni di esperienza lavorativa, il 13,0% ($n=21$) ha dai tre a cinque anni, il 25,9% ($n=42$) ha dai cinque a sette anni, il 37,0% ($n=60$) ha dai sette a nove anni e il 21,0% ha oltre dieci anni di anzianità.

Strumento

Lo strumento impiegato nella presente ricerca è un questionario composto da diverse parti. Nella prima parte si indagano le caratteristiche socio-demografiche e occupazionali del campione: genere, età e anni di lavoro. Una seconda parte è stata dedicata allo studio dello stress percepito e dei fattori di stress nel lavoro.

Una prima domanda si è focalizzata sulle modalità di gestione del lavoro in caso di emergenza: “Attraverso quali modalità vengono gestite nella pratica le situazioni d'emergenza?” Il formato di risposta include le seguenti opzioni:

- 1) seguendo i protocolli operativi definiti dall'azienda
- 2) utilizzando la mia esperienza acquisita nel tempo
- 3) è il leader che decide cosa fare
- 4) esistono i protocolli ma in realtà si segue ciò che arbitrariamente decide il leader
- 5) altro

In seguito si è chiesto ai partecipanti di valutare come percepiscono il loro lavoro su un continuum che va da 10 “molto stressante” a 0 “per nulla stressante”.

A seguire è stata posta la seguente domanda “Il tuo lavoro è stressante perché?” alla quale si doveva rispondere scegliendo una fra le seguenti opzioni:

- 1) il lavoro di emergenza e' di per sé stressante, non c'è nulla da fare
- 2) lo stress maggiore e' dovuto a problemi di tipo organizzativo
- 3) mi stressa moltissimo lavorare con operatori incompetenti, arroganti

4) mi stressano i parenti ed i pazienti per le loro eccessive richieste

5) solo quando osservo scene raccapriccianti

La domanda seguente è volta a indagare l'eventuale presenza di eventi critici di servizio nel corso della carriera professionale: "Hai vissuto durante la tua carriera lavorativa interventi che ti hanno causato un forte malessere psicologico". A questa domanda le risposte sono le seguenti:

1) mai

2) una volta

3) più di una volta

4) mi capita frequentemente

Oltre alla frequenza degli eventi critici di servizio nell'arco della carriera, si è indagato anche la loro frequenza nell'ultimo anno: "quante volte ti è capitato in questo ultimo anno?". A questa domanda i partecipanti dovevano scegliere una fra le seguenti risposte:

1) mai

2) una volta

3) più di una volta

A seguire una domanda su otto sintomi più rappresentativi del disturbo post-traumatico da stress: quale i partecipanti potevano rispondere scegliendo una o più di questi:

1) il ritorno alla mente senza volerlo di immagini, rumori, frasi, odori vissuti durante l'emergenza

2) sogni spiacevoli o incubi riguardanti l'evento

3) flash-back: rivedere vividamente all'improvviso le scene dell'accaduto.

- 4) ho evitato pensieri, sensazioni, conversazioni associate al trauma
- 5) ho evitato attività, luoghi, persone che ricordano il trauma
- 6) sentimento di distacco ed estraneità verso gli altri
- 7) affettività ridotta, esempio l'incapacità' di provare sentimenti di amore
- 8) sentimento di minori prospettive future
- 9) difficoltà ad addormentarsi od a mantenere il sonno
- 10) irritabilità o scoppi di collera
- 11) difficoltà a concentrarsi
- 12) ipervigilanza
- 13) esagerate risposte di allarme

Oltre alla presenza di sintomi si è voluto indagare la loro durata con la seguente domanda “Per quanto tempo hai vissuto questi sintomi”, alla quale i partecipanti potevano scegliere tra queste risposte:

- 1) meno di tre giorni
- 2) meno di due settimane
- 3) meno di un mese
- 4) più di un mese
- 5) più di un mese e ne soffro ancora

La domanda successiva è volta a indagare le strategie di coping messe in atto dall'operatore per affrontare lo stress derivato da un evento critico di servizio: “Dopo aver vissuto un evento psicologicamente traumatico come ti sei comportato?”. A questa domanda i partecipanti potevano scegliere più opzioni tra le seguenti:

- 1) mi sono confidato con chi capitava
- 2) ho parlato a lungo con i miei colleghi dicendo loro ciò che provavo, confidando il mio malessere
- 3) mi sono confidato con il mio partner o con gli amici fidati
- 4) non ne ho parlato con nessuno perché nessuno mi può capire
- 5) non ne ho parlato con nessuno perché mi vergogno ad esprimere i miei sentimenti
- 6) non ne ho parlato con nessuno perché ho paura che mi si dica che io provando questo malessere non sono portato per questo lavoro

Successivamente sono state poste due domande volte a indagare l'atteggiamento degli operatori nei confronti di programmi di supporto "Credi utile un servizio di supporto psicologico a disposizione degli operatori per superare situazioni particolarmente pesanti?" e della presenza di uno psicologo in caso di eventi critici di servizio "Pensi sia necessaria la figura di uno psicologo che intervenga a supporto dei parenti in situazioni particolarmente drammatiche come la morte di un figlio etc". A queste due domande gli operatori potevano rispondere con un si o con un no.

L'ultima parte del questionario consiste in una scala denominata *ProQOL R-IV* (*Professional Quality of Life Scale. Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales - Revision IV*) e validata in lingua italiana da Palestini, Prati, Pietrantonio e Cicognani (2009)⁸⁰. I risultati dello studio hanno confermato la bontà di una versione revisionata dello strumento originario, elaborata tenendo conto dei problemi psicometrici evidenziati in letteratura, di un'analisi approfondita del contenuto degli

• ⁸⁰ Palestini L., Prati G., Pietrantonio L. e Cicognani E. (2009). La qualità della vita professionale nel lavoro di soccorso: Un contributo alla validazione italiana della Professional Quality of Life Scale (ProQOL). *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 15, 205-227.

item e di analisi fattoriali confermative. La versione italiana è composta da 22 item. Il ProQOL è composto da tre scale, *compassion fatigue*, *compassion satisfaction* e *burnout*, rispettivamente di sette, sette e otto item i cui punteggi non possono essere combinati, data la relativa indipendenza tra le variabili in esame. Il costrutto di *compassion fatigue* descrive i sentimenti di profonda partecipazione e comprensione per qualcuno colpito da sofferenza, accompagnati da un forte desiderio di alleviarne la sofferenza o eliminarne la causa. Sebbene ci siano alcune differenze in termini di origine teorica del costrutto, i concetti “traumatizzazione vicaria”, “stress traumatico secondario” e *compassion fatigue* possono essere considerati largamente sovrapponibili: ciascuno di essi si riferisce ad una combinazione di esposizioni alle esperienze traumatiche delle vittime e di meccanismi identificatori verso queste. Tale combinazione può rendere difficoltosa la capacità di fornire un servizio efficace e contemporaneamente di mantenere una relazione professionale con la vittima. *burnout*. Il costrutto di *burnout* rappresenta una sindrome professionale indicata da perdita di entusiasmo e di senso di missione nella propria professione; nell’ambito delle professioni d’aiuto il *burnout* si presenta come una combinazione di esaurimento emotivo, depersonalizzazione e senso di ridotta efficienza nello svolgimento della professione, caratterizzato da cinismo, distress psicologico, insoddisfazione, difficoltà nel funzionamento interpersonale, ottundimento emotivo e conseguenze fisiologiche. Infine il costrutto di *compassion satisfaction* descrive gli effetti positivi che un operatore può derivare dal lavorare con persone traumatizzate o sofferenti, fra cui sensazioni positive rispetto all’aiutare gli altri, al contribuire al bene della società e più in generale il piacere di “fare bene il proprio lavoro”. In base alla prospettiva “saluto-centrica”, la qualità della vita professionale di un soccorritore

non è riconducibile esclusivamente alla mera assenza di conseguenze negative, ma ad uno stato di benessere psicosociale. Tuttavia le componenti positive e negative della qualità della vita professionale non sono da considerare in modo opposto: un individuo può essere ad alto rischio di *compassion fatigue* e contemporaneamente ricavare soddisfazione e riconoscimento dallo svolgimento del proprio lavoro.

3.3 Procedura

La ricerca visto il coinvolgimento di 16 Unità Operative Territoriali del 118 Molise Soccorso; a 14 di queste sono stati spediti i questionari tramite posta prioritaria mentre alle altre 4 sono stati consegnati a mano. Ogni plico spedito era composto da 12 questionari (6 per ogni medico e 6 per ogni infermiere), dentro al plico era presente una busta già affrancata per il rientro dei questionari.

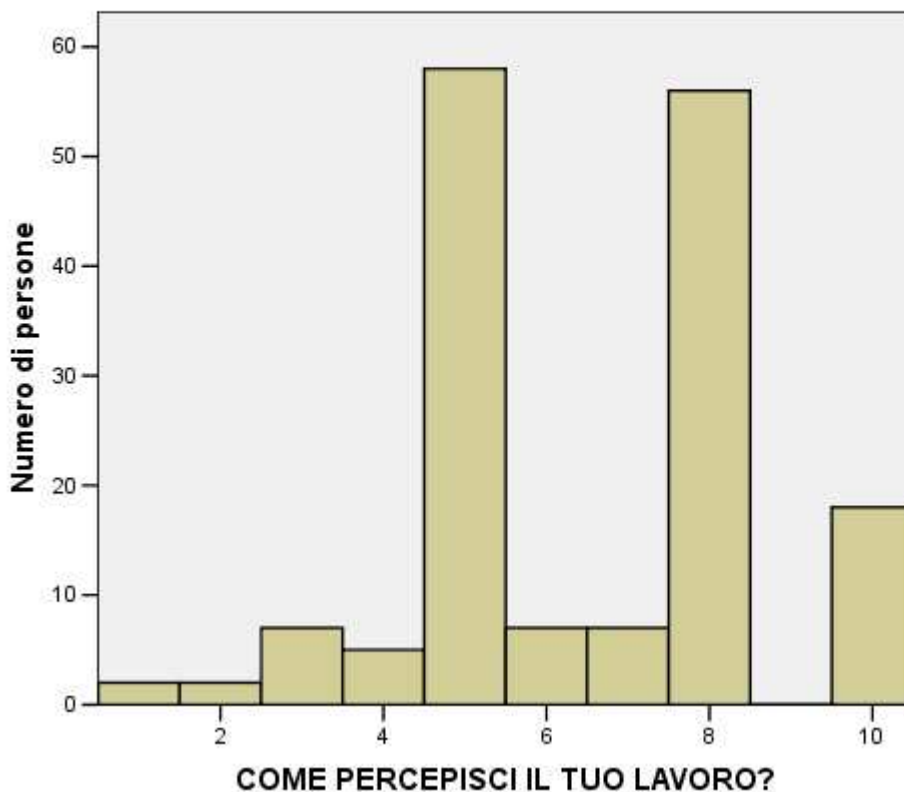
La spedizione è stata fatta dal 20 marzo alla fine di aprile e i questionari sono rientrati tra aprile e luglio. Un totale di quattro persone hanno compilato il questionario online utilizzando un sito web creato ad hoc per l'occasione (<http://www.luigiprimiani.netsons.org>).

3.4. Risultati

Alla domanda “Attraverso quali modalità vengono gestite nella pratica le situazioni d'emergenza?”, il 69,8% ($n=113$) ha risposto “seguendo i protocolli operativi definiti dall'azienda”, il 7,4% ($n=12$) ha risposto “utilizzando la mia esperienza acquisita nel tempo”, lo 0,6% ($n=1$) ha risposto che “é il leader che decide cosa fare”, e il 22,2%

($n=36$) ha risposto che “esistono i protocolli ma in realtà si segue ciò che arbitrariamente decide il leader”. Nessun partecipante ha scelto l’opzione “altro”.

Il figura 1 sono rappresentate su un istogramma le risposte date alla domanda “Come percepisci il tuo lavoro?” la cui risposta va da 10 “molto stressante” a 0 “per nulla stressante”. La media è 6,52 con una deviazione standard di 2,08. Come si può capire dalla media e dal grafico le risposte dei partecipanti si collocano maggiormente sul versante dello stress percepito, mentre sono pochi quelli che danno una risposta minore o uguale a quattro. Non vi è una differenza fra uomini ($M = 6,4 DS = 2,00$) e



donne ($M = 6,7 DS = 2,68$) nell’esperienza di stress [$t(160) = -0,98, p > .05$].

Figura 1. Livelli di stress attribuiti al lavoro da 10 “molto stressante” a 0 “per nulla stressante”

Alla domanda “Il tuo lavoro è stressante perché?” i partecipanti hanno fornito le seguenti risposte: il 47,5% ($n=77$) ha riferito che “il lavoro di emergenza è di per sé stressante, non c’è nulla da fare” 8,0% ($n=13$) ha riferito che “lo stress maggiore è dovuto a problemi di tipo organizzativo”, il 9,3% ($n=15$) ha riferito che “mi stressa moltissimo lavorare con operatori incompetenti, arroganti”, il 3,1% ($n=5$) ha riferito che “mi stressano i parenti ed i pazienti per le loro eccessive richieste” e il 30,2% ($n=49$) ha riferito “solo quando osservo scene raccapriccianti”.

La domanda successiva era volta a indagare la frequenza nell’arco della vita lavorativa degli eventi critici di servizio: “Hai vissuto durante la tua carriera lavorativa interventi che ti hanno causato un forte malessere psicologico”. A questa domanda le risposte sono le seguenti: l’11,7% ($n=19$) ha riportato “mai”, il 39,5% ($n=64$) una volta, il 45,1% ($n=73$) più di una volta e il 3,7% ($n=6$) ha riportato che “mi capita frequentemente”. Si registra una correlazione significativa fra l’anzianità lavorativa e una maggiore probabilità di riportare eventi critici di servizio nell’arco della propria carriera ($\tau = .16$, $n=162$, $p < .05$). Tale relazione, sebbene significativa dal punto di vista statistico, non è di grandezza elevata e ciò sta a significare che altri fattori, oltre all’anzianità, incidono sull’esperienza di interventi in grado di causare un

ne ha riportato quattro. L’anzianità lavorativa non correla con il numero di sintomi riportati ($\tau = .07$, $n=162$ forte malessere psicologico. Non si registra una differenza fra uomini ($M = 2,5$ $DS = 0,73$) e donne ($M = 2,4$ $DS = 0,76$) nella frequenza nell’arco della vita lavorativa degli eventi critici di servizio [$t(160) = 1,06$, $p > .05$].

La domanda sulla frequenza degli eventi critici di servizio nell'ultimo anno "quante volte ti é capitato in questo ultimo anno?" ha ricevuto le seguenti risposte: il 24,7% ($n=40$) mai, il 56,2% ($n=91$) una volta e il 19,1% ($n=31$) più di una volta. Ancora una volta uomini ($M = 1,9$ $DS = 0,66$) e donne ($M = 2,0$ $DS = 0,67$) nella frequenza degli eventi critici di servizio nell'ultimo anno [$t(160) = -0,59$, $p > .05$].

In tabella 1 sono riportate le frequenze e le percentuali dei sintomi di disturbo post-traumatico da stress riportati dai partecipanti. Come si può vedere i sintomi più riportati sono quelli relativi all'ipervigilanza e al rivivere l'evento tramite immagini, sensazioni, pensieri o flashback. In secondo ordine di frequenza sintomi come l'evitamento, basse aspettative per il futuro, esagerate risposte di allarme, irritabilità e difficoltà nel sonno. Infine più rari sono sintomi come distacco emotivo, problemi di concentrazione, affettività ridotta e incubi. In figura 2 è possibile vedere il numero di sintomi riportati dai partecipanti. Sono pochi gli operatori che hanno riportato solo due sintomi, mentre la maggioranza, $p > .05$). Maschi e femmine non differiscono in base al numero di sintomi riportati ($U = 3207,5$, $p > .05$).

Tabella 1. Frequenza e percentuali dei sintomi riportati

Sintomo	Frequenza	Percentuale
Ipervigilanza	125	77,2
Il ritorno alla mente senza volerlo di immagini, rumori, frasi, odori vissuti durante l'emergenza	123	75,9
Ho evitato pensieri, sensazioni, conversazioni associate al trauma	93	57,4
Flash-back: rivedere vividamente all'improvviso le scene dell'accaduto	74	45,7
Ho evitato attività, luoghi, persone che ricordano il trauma	41	25,3
Sentimento di minori prospettive future	41	25,3
Irritabilità o scoppi di collera	41	25,3
Difficoltà ad addormentarsi od a mantenere il sonno	35	21,6
Esagerate risposte di allarme	34	21,0
Difficoltà a concentrarsi	17	10,5
Sentimento di distacco ed estraneità verso gli altri	13	8
Affettività ridotta, esempio l'incapacità di provare sentimenti di amore	8	4,9
Sogni spiacevoli o incubi riguardanti l'evento	6	3,7

Percentuale dei sintomi riportati di stress traumatico

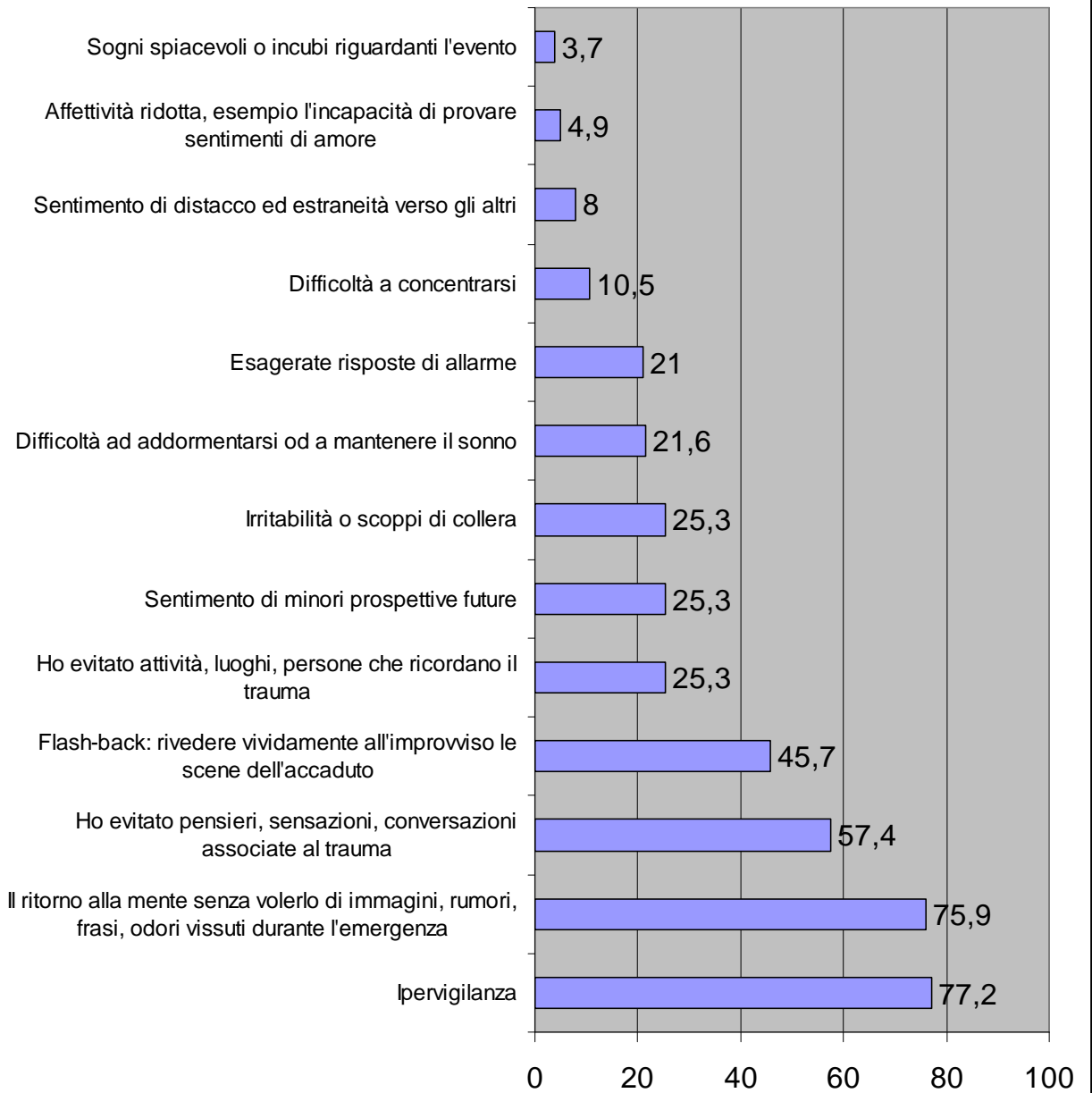
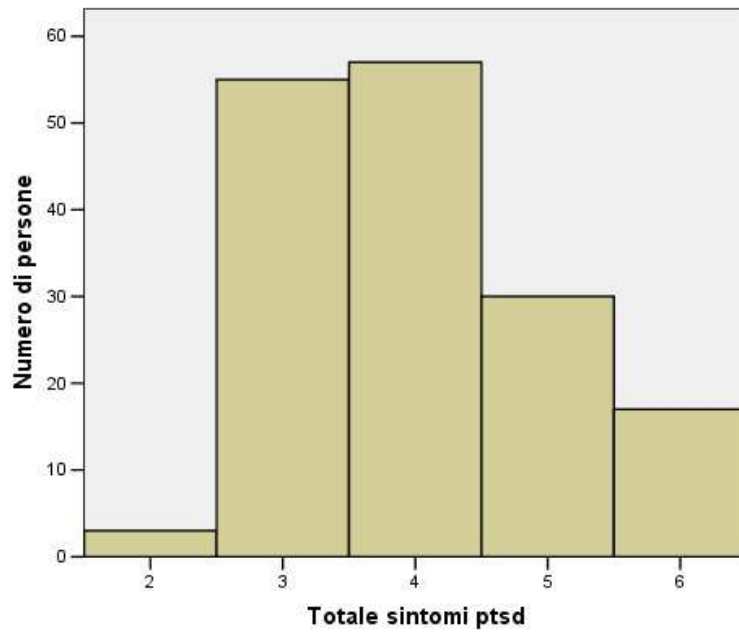


Grafico tabella 1

Figura 2. Numero di sintomi riportati



Alla domanda volta a indagare la durata di tali sintomi, si sono ottenute le seguenti risposte: il 34% ($n=55$) ha riferito meno di tre giorni, il 25,9% ($n=42$) meno di due settimane, il 17,9% ($n=29$) meno di un mese, il 13,0% ($n=21$) più di un mese e il 9,3% ($n=15$) più di un mese e ne soffro ancora. Si è in seguito accorpato le ultime due risposte per ottenere così un continuum della durata dei sintomi da meno di tre giorni a più di un mese. Non si registra una relazione fra l'anzianità lavorativa e la durata dei sintomi ($\tau = .02$, $n=162$, $p > ,05$). Allo stesso modo il genere non influisce sulla durata ($U = 3073,0$, $p > ,05$).

Alla domanda sulle strategie di coping messe in atto dall'operatore per affrontare lo stress derivato da un evento critico di servizio si sono ottenute le seguenti risposte: il 3,7% ($n=6$) ha risposto "mi sono confidato con chi capitava", il 51,2% ($n=83$) "ho parlato a lungo con i miei colleghi dicendo loro ciò che provavo, confidando il mio malessere", il 24,1% ($n=39$) "mi sono confidato con il mio partner o con gli amici fidati", il 3,7% ($n=6$) "non ne ho parlato con nessuno perché nessuno mi può capire", il 3,7% ($n=6$) "non ne ho parlato con nessuno perché mi vergogno ad esprimere i miei sentimenti", il 3,1% ($n=5$) "non ne ho parlato con nessuno perché ho paura che mi si dica che io provando questo malessere non sono portato per questo lavoro". Il 4,3% ($n=7$) ha risposto sia "ho parlato a lungo con i miei colleghi dicendo loro ciò che provavo, confidando il mio malessere" che "mi sono confidato con il mio partner o con gli amici fidati".

Alla domanda "Credi utile un servizio di supporto psicologico a disposizione degli operatori per superare situazioni particolarmente pesanti?" il 90,1% ($n=146$) ha

risposto affermativamente. Alla domanda “Pensi sia necessaria la figura di uno psicologo che intervenga a supporto dei parenti in situazioni particolarmente drammatiche come la morte di un figlio etc” il 97,5% ($n=158$) ha risposto affermativamente.

Passando ad analizzare la qualità della vita professionale dei soccorritori, l'alpha di Cronbach per le tre dimensioni misurate nel Proqol risultano adeguate: compassion satisfaction $\alpha = .88$, burnout $\alpha = .78$, compassion fatigue $\alpha = .85$. Il burnout correla con la compassion fatigue ($r = .29, p < .001$), e con la compassion satisfaction ($r = -.39, p < .001$). La compassion satisfaction a sua volta correla con la compassion fatigue ($r = -.27, p < .001$).

La media ottenuta nella scala della compassion satisfaction è di 30,73 ($DS = 4,81$) con un minimo di 20 e un massimo di 39. Tale punteggio corrisponde circa al cinquantesimo percentile ottenuto nello studio di validazione originale. La media della scala del burnout è 16,81 ($DS = 4,06$) con un minimo di 8 e un massimo di 32. Tale punteggio corrisponde circa all'ottantesimo percentile ottenuto nello studio di validazione originale. La media della scala della compassion fatigue è 16,93 ($DS = 4,84$) con un minimo di 7 e un massimo di 28. Tale punteggio corrisponde circa all'ottantacinquesimo percentile ottenuto nello studio di validazione originale. Da questi dati emerge pertanto un punteggio nella media per quanto riguarda la compassion satisfaction, mentre un punteggio sopra la media per quanto riguarda le scale compassion fatigue e burnout.

Non si registra una relazione fra l'anzianità lavorativa e la compassion satisfaction ($\tau = .08, n=162, p > .05$) e il burnout ($\tau = .00, n=162, p > .05$). Vi è, invece, una correlazione negativa fra compassion fatigue e anzianità lavorativa ($\tau = -.19, n=162,$

$p < ,01$), in altre parole i meno anziani riportano punteggi più alti in questa scala.

Allo stesso modo il genere non influisce sulla durata ($U = 3073,0$, $p > ,05$).

Non si rileva una differenza fra uomini ($M = 30,41$ $DS = 4,54$) e donne ($M = 31,06$ $DS = 5,07$) nella scala compassion satisfaction [$t(160) = 0,87$, $p > .05$]. Allo stesso modo non si registra una differenza fra uomini ($M = 16,72$ $DS = 4,72$) e donne ($M = 17,21$ $DS = 4,99$) nella scala compassion fatigue [$t(160) = 0,65$, $p > .05$]. Si rileva, invece, una differenza fra uomini ($M = 18,13$ $DS = 3,45$) e donne ($M = 15,49$ $DS = 4,21$) nella scala burnout [$t(160) = 4,34$, $p > .001$], in altre parole gli uomini soffrono maggiormente di questa sindrome.

CAPITOLO 4

4.1. L'intervento psicosociale post evento

L'intervento di aiuto psicosociale rivolto ai superstiti, famigliari delle vittime o agli operatori dopo un'emergenza, un disastro o un evento avverso può articolarsi nell'immediato, nel medio o lungo termine.

Le tecniche ideate negli ultimi decenni hanno guadagnato ampia popolarità ma sono state anche al centro di dibattiti a volte feroci circa la loro efficacia nel prevenire

4.2 IL SUPPORTO TRA PARI

Il concetto di sostegno tra pari è relativamente nuovo e presenta alcuni punti di forza legati alle caratteristiche dello stressor (evento critico) e all'ambiente organizzativo di riferimento. Prima di tutto, l'impiego dei pari comporta vantaggi fra cui l'accettabilità, la vicinanza in termini di appartenenza al corpo e la condivisione di esperienze lavorative simili. La premessa fondamentale del peer support, infatti, è che chi condivide la medesima situazione lavorativa può comprendere meglio gli aspetti problematici che questa genera o esserci già trovato ad affrontarli in prima persona e in virtù di questa comprensione facilitata può essere d'aiuto a chi ne fa richiesta. Secondo, i pari hanno una conoscenza privilegiata della situazione organizzativa e delle reti di sostegno e delle risorse ivi esistenti.

Terzo si evita, anche in modo parziale, il rischio di stigma connesso alla richiesta di intervento di un professionista della salute mentale e di gettare luce "patologica" su situazioni sicuramente critiche ma che potrebbero essere affrontate e gestite in modo

diverso. Quarto il vantaggio è in termini di accessibilità e fruibilità : i pari possono intervenire, infatti, con costi contenuti per l'organizzazione e in modo tempestivo. Infine , un ultimo aspetto positivo dei programmi di *peer support* è *da ricercarsi nella possibilità* di utilizzare il pari non solo come strumento di sostegno psicologico, ma anche come una sorta di rilevatore(*gatekeeper*), poiché si occupa di monitorare la situazione e rilevare con tempismo le problematiche emergenti sulla base della frequentazione quotidiana con i colleghi, valuta la situazione in atto e se necessario segnala all'individuo la possibilità di rivolgersi a un professionista.

Robison e Murdoch (1991) hanno identificato quattro tipologie di servizi di PEER SUPPORT :

- 1) Servizio di valutazione e invio sul modello chiamato “ascolta e invia”, in questo caso i pari contattano i colleghi in situazioni critiche, valutano la situazione ed eventualmente fungono da ponte con i professionisti della salute mentale effettuando un invio in caso di bisogno.
- 2) Servizio di sostegno sulla crisi tramite l'utilizzo di abilità di aiuto: i pari offrono una relazione di aiuto con il collega o con i colleghi coinvolti in una situazione critica. Il riferimento principale per il loro intervento è il Counselling sulla crisi. Un esempio di tale servizio è il Cerchio Blu presso la polizia Municipale di Firenze.
- 3) Gruppi di auto aiuto. I gruppi comprendono colleghi che hanno vissuto situazioni critiche (per esempio, coinvolgimento in una sparatoria) e che si forniscono un supporto reciproco.
- 4) Squadre di “ Critical Incident e de briefing” (cisd). In questo caso i pari forniscono defusing e debriefing psicologico dopo un incidente critico di servizio.

Due esempi di tali servizi sono l'esperienza nella polizia di stato italiana e quella della polizia del Cantone Ticino (Caldara ,Prati 2008)

In tutti e quattro i casi , un programma di supporto tra pari generalmente prevede una fase di selezione, una seconda fase di formazione e infine una terza di avvio e supervisione delle attività svolte dal pari-

Un servizio di primo intervento psicologico svolto da figure non professionali come il supporto tra pari deve essere valutato con particolare attenzione.

Alcune criticità sono legate al rispetto dei limiti imposti dal ruolo di *peer* . la formazione dovrebbe porsi come obiettivo in prima istanza di evitare che il ruolo di pari sia assimilabile a quello di uno “pseudo psicoterapeuta” e tanto meno che il *peer* atteggiamenti più vicini alla figura di un sindacalista, appoggiandosi al disagio dei colleghi per avanzare richieste nei confronti della struttura organizzativa. La definizione precisa del suo ruolo risulta un elemento cruciale sia nell'ideazione del servizio che nella sua implementazione.

Se da una parte i pari non sostituiscono il ruolo dei professionisti della salute mentale, dall'altra non risolvono del tutto le questioni circa lo stigma sociale che si accompagna a questi interventi. Una recente ricerca sul programma di *peer support* della Vermont State police ha evidenziato che gli operatori di polizia che percepiscono uno stigma associato a tale servizio tendono a non utilizzarlo.

Infine uno degli aspetti più critici di un'interazione tra pari ai fini di un sostegno psicologico risiede nell'ambito dell'etica e della deontologia : più specificamente, la non sovrapposibilità del *peer* con un professionista della salute mentale implica che il supporto debba presumere la confidenzialità e riservatezza delle informazioni scambiate, ma parallelamente che queste non siano coperte da una forma di segreto

professionale. Se da una parte l'intervento di uno psicologo è regolamentato da un codice deontologico preciso e indipendente dal contesto organizzativo in cui si opera, dall'altra non si può dire lo stesso per un peer supporter. Il programma di peer supporter si deve integrare con le norme dell'organizzazione in cui si inserisce, per cui non è possibile stabilire a priori un protocollo uniforme. Per esempio nelle forze di polizia vi sono norme che impongono di riferire qualsiasi fatto che costituisca reato o violazione del regolamento interno. Si può quindi comprendere come l'aspetto di gestione della riservatezza sia un elemento particolarmente delicato e richieda una negoziazione con la struttura organizzativa in cui il servizio viene erogato.

Nella loro rassegna sui programmi di sostegno tra pari Levelson e Dwyer hanno evidenziato come tali programmi siano stati implementati nelle organizzazioni di polizia, di vigili del fuoco e in ambito sanitario ospedaliero ed extraospedaliero. L'efficacia di tali programmi è stata evidenziata in termini di invio ai servizi di salute mentale, di incremento della prestazione lavorativa e di diminuzione di giorni di malattia e tasso di suicidi. Tuttavia l'efficacia di tali interventi è di natura aneddotica o qualitativa per cui ci sono necessarie anche altre modalità di valutazione contraddistinte da un maggiore rigore e controllo.

Concludendo i programmi di peer support si configurano come opportunità ulteriore fornita dalle organizzazioni di soccorso per sostenere la salute mentale, sociale ed emotiva degli operatori che la costituiscono. Non possono e non devono prendere il posto dei interventi psicologici professionali e la loro gestione e implementazione non è scevra da rischi né da costi per l'organizzazione. tuttavia si tratta di uno

strumento preso sempre maggiormente in considerazione sia a livello nazionale che internazionale e che può affacciarsi con successo ai servizi esistenti sul territorio.

Conclusioni

Lo scopo di questa tesi è quello di attribuire un'adeguata importanza al sostegno psicologico utile all'Operatore che lavora in emergenza territoriale.

Si è visto infatti quali sono le sue competenze, le complesse dinamiche in cui si prestano gli interventi di soccorso e il come gli operatori possono riscontrarsi con eventi particolarmente traumatici da un punto di vista psicologico.

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

Più queste sensazioni vengono soffocate, più si eleva il rischio che ritornino alla coscienza con flash back e che compromettano la finalità dell'intervento.

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

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

Nonostante la consapevolezza dell'esistenza del problema i programmi di sostegno all'operatore sanitario procedono lentamente poiché culturalmente si è soliti pensare che chi esprime le proprie emozioni sia un elemento debole, non capace di controllarsi.

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

Il risultato del lavoro di ricerca svela innanzitutto quanto il tema proposto sia sentito dagli operatori impegnati quotidianamente nell'emergenza extraospedaliera; lo dimostra l'alta adesione al questionario (77% del campione).

Dalla triangolazione dei dati con le informazioni ottenute tramite la ricerca qualitativa, ci si rende ancora meglio conto di quanto l'aspetto formativo sia essenziale. La formazione viene fortemente indicata dagli stessi operatori come elemento cardine in merito alle strategie personali di coping ed è altrettanto vigorosamente proposta come soluzione preventiva. Inoltre, gli operatori sentono la necessità di condividere con la proprie equipe le emozioni provate durante gli eventi, tramite semplici colloqui.(nella domanda numero 12 il 59,5% del campione condivide le proprie emozioni con i colleghi)

Da non sottovalutare, ancora, la richiesta di diversi operatori di avere la possibilità di accedere ad una figura professionale di supporto psicologico,(domanda numero 15 il 90,2% crede utile una figura di supporto)

In conclusione è evidente come la maggior parte degli operatori , richiedano un supporto di sostegno psicologico.

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

Bibliografia

- Anolli L., Legrenzi P., *Psicologia generale*, Bologna, Il Mulino, 2001
- Benci L., *Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing*, Milano, Mc Graw Hill, 2001
- Cherniss C., *Staff Burnout: job stress in the Human service*, Beverly Hills, Sage, 1980
- Cherniss C., *La sindrome del burnout*, Torino, Centro Scientifico Torinese, 1983
- Chiaranda M., *Urgenze ed emergenze, istituzioni*, Padova, Piccin, 2007
- Cusano M., Napoli A., *Fondamenti di psicologia dell'emergenza*, (a cura di) M. Giannantonio, Salerno, Ecomind, 2003
- Cuzzolaro C., Frighi L., *Reazioni umane alle catastrofi*, Roma, Gangemi, 1998
- *Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza*, Milano, Ecomind, 2003
- Guidetti A., Serantoni C., Menardi M., *Il sistema 118 e la centrale operativa, sindrome del burnout*, Assisi, Cittadella, 1997
- Menon C., Ruolo G., *Pronto Soccorso per infermieri professionali*, Milano, Ambrosiana, 1995

- , Washington, 1985
- Dyregrow A. e Mitchell J.T., *Work with traumatized children: Psychological effect and coping strategies*, Journal of Traumatic Stress vol. 5, 1992, **1**, pp.5-17
- Ekman P., Friesen W.V, *A new pan-cultural facial expression. in Motivation and Emotion*, New York, Cambridge University Press, 1986
- Freudenberger H.J. , *Staff burn-out*, Journal of Social Issues, 1974, **30** 197
- Freudenberger H.J., *Burn-out: Occupational hazard of the child care worker*, Child Care Quarterly, 1977, **6**
- Freudenberger H.J., *Speaking from experience. Burn-out: The organizational menace*, Training and Development Journal, 1977b, **31**

- Friedman M., Rosenman R.H., *Association of a specific overt behavior pattern with increases in blood cholesterol, blood clotting time, incidence of arcus senilis and clinical coronary artery diseases*, *Journal of American Medical Association*, 1959, pp. 1286-1296
- Gallagher-Thompson D. e A.M. Steffen, *Comparative effects of cognitive-behavioral and brief dynamic therapy for depressed family caregivers*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1994, **62**, pp. 543-549
- Ganster D.C., Schaubroeck J., *Work, stress and employee health*, *Journal of Management*, 1991, **17**
- Grotberg E.H., *A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit; Early childhood development: Practice and reflections*, Netherlands: Bernard van
- , n.114
- Legge 26 febbraio 1999, n. 42, *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*, **Gazzetta Ufficiale 2 marzo 1999, n. 50**

Atti congressuali:

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

SITOGRAFIA

www.counselling-care.it/

ALLEGATO 1

Questionario N° 1

QUESTIONARIO **“L’IMPATTO DELLO STRESS ACUTO** **NEGLI OPERATORI D’EMERGENZA SANITARIA”**

1) SESSO:

- 1) M 81 **50%**
- 2) F 81 **50%**

2) ETA’:

- 1) 21 ANNI 0 **0%**
- 2) TRA 22 E 31 ANNI 0 **0%**
- 3) **TRA 32 E 41 ANNI 78 48,14%**
- 4) TRA 42 E 51 ANNI 66 **40,75%**
- 5) OLTRE 51 ANNI 18 **11,11%**

3) DA QUANTI ANNI SVOLGE QUESTO LAVORO?:

- 1) MENO DI 1 ANNO 0 **0%**
- 2) TRA 1 E 3 ANNI 4 **2,46%**
- 3) TRA 3 E 5 ANNI 21 **12,96%**
- 4) TRA 5 E 7 ANNI 42 **25,92%**
- 5) **TRA 7 E 9 ANNI 60 37,03%**
- 6) OLTRE I 10 ANNI 35 **21,63 %**

4) ATTRAVERSO QUALI MODALITA’ VENGONO GESTITE NELLA PRATICA LE SITUAZIONI D’ EMERGENZA?:

- 1) SEGUENDO I PROTOCOLLI OPERATIVI DEFINITI DALL’ AZIENDA **67,28%**
- 2) UTILIZZANDO LA MIA ESPERIENZA ACQUISITA NEL TEMPO **7,40%**
- 3)E’ IL LEADER CHE DECIDE COSA FARE **3.08%**
- 4) ESISTONO DEI PROTOCOLLI MA IN REALTA’ SI SEGUE CIO’ CHE ARBITRARIAMENTE DECIDE IL LEADER **21%**

5) ALTRO _____

5) COME PERCEPISCI IL TUO LAVORO?:

Molto stressante 10 _____ 5 _____ 0 per nulla stressante **Media 6,52%**

6) IL TUO LAVORO E' STRESSANTE PERCHE'? (solo una risposta):

- 1) IL LAVORO DI EMERGENZA E' DI PER SE' STRESSANTE, NON C'E' NULLA DA FARE **47,5%**
- 2) LO STRESS MAGGIORE E' DOVUTO A PROBLEMI DI TIPO ORGANIZZATIVO **9,2%**
- 3) MI STRESSA MOLTISSIMO LAVORARE CON OPERATORI INCOMPETENTI, ARROGANTI **9,8%**
- 4) MI STRESSANO I PARENTI ED I PAZIENTI PER LE LORO ECCESSIVE RICHIESTE **1,85%**
- 5) SOLO QUANDO OSSERVO SCENE RACCAPRICCIANTI **30,00%**

7) HAI VISSUTO DURANTE LA TUA CARRIERA LAVORATIVA INTERVENTI CHE TI HANNO CAUSATO UN FORTE MALESSERE PSICOLOGICO?

- 1) MAI **11,72%**
- 2) UNA VOLTA **39,5%**
- 3) PIU' DI UNA VOLTA **45,06%**
- 4) MI CAPITA FREQUENTEMENTE **3,70%**

8) QUANTE VOLTE TI E' CAPITATO IN QUESTO ULTIMO ANNO?

- 1) MAI **24,70%**
- 2) UNA VOLTA **56,17%**
- 3) PIU' DI UNA VOLTA **19,13%**

9) QUALI SONO I SINTOMI CHE HAI MANIFESTATO DOPO AVER VISSUTO QUESTO FORTE DISAGIO PSICOLOGICO? (segnare anche più crocette)

- 1) IL RITORNO ALLA MENTE SENZA VOLERLO DI IMMAGINI, RUMORI, FRASI ODORI VISSUTI DURANTE L'EMERGENZA **76,54%**
- 2) SOGNI SPIACEVOLI O INCUBI RIGUARDANTI L'EVENTO **3,7 %**
- 3) FLASH-BACK: RIVEDERE VIVIDAMENTE ALL'IMPROVVISO LE SCENE

DELL' ACCADUTO **47,53%**

10) PER QUANTO TEMPO HAI VISSUTO QUESTI SINTOMI (vedi domanda n. 10) ?

- 1) MENO DI TRE GIORNI **33,94%**
- 2) MENO DI DUE SETTIMANE **25,9%**
- 3) MENO DI UN MESE **17,9%**
- 4) PIU' DI UN MESE **12,9%**
- 5) PIU' DI UN MESE E NE SOFFRO ANCORA **9,2%**

11) DOPO AVER VISSUTO UN EVENTO PSICOLOGICAMENTE TRAUMATICO

COME TI SEI SENTITO? (si possono sbarrare più crocette)

- 1) HO EVITATO PENSIERI, SENSAZIONI, CONVERSAZIONI ASSOCIATE AL TRAUMA **57,4%**
- 2) HO EVITATO ATTIVITA'. LUOGHI, PERSONE CHE RICORDANO IL TRAUMA **22,85**
- 3) SENTIMENTO DI DISTACCO ED ESTRANEITA' VERSO GLI ALTRI **8,0%**
- 4) AFFETTIVITA' RIDOTTA, ESEMPIO L'INCAPACITA' DI PROVARE SENTIMENTI DI AMORE **4,9%**
- 5) SENTIMENTO DI MINORI PROSPETTIVE FUTURE **25,30%**

12) DOPO AVER VISSUTO UN EVENTO PSICOLOGICAMENTE TRAUMATICO

COME TI SEI COMPORATATO? (si possono sbarrare più crocette)

- 1) MI SONO CONFIDATO CON CHI CAPITAVA **3,7%**
- 2) HO PARLATO A LUNGO CON I MIEI COLLEGHI DICENDO LORO CIO' CHE PROVAVO, CONFIDANDO IL MIO MALESSERE **59,5%**
- 3) MI SONO CONFIDATO CON IL MIO PARTNER O CON GLI AMICI FIDATI **28,39%**
- 4) NON NE HO PARLATO CON NESSUNO PERCHE' NESSUNO MI PUO' CAPIRE **3,7%**
- 5) NON NE HO PARLATO CON NESSUNO PERCHE' MI VERGOGNO AD ESPRIMERE I MIEI SENTIMENTI **3,7%**
- 6) NON NE HO PARLATO CON NESSUNO PERCHE' HO PAURA CHE MI SI DICA CHE IO PROVANDO QUESTO MALESSERE NON SONO PORTATO PER QUESTO LAVORO **3,0%**

13) HAI NOTATO DOPO AVERE VISSUTO L'EVENTO TRAUMATICO QUESTI

CAMBIAMENTI SU DI TE? (si possono sbarrare più crocette)

- 1) DIFFICOLTA' AD ADDORMENTARSI OD A MANTENERE IL SONNO **19,7%**
- 2) IRRITABILITA' O SCOPPI DI COLLERA **25,3%**
- 3) DIFFICOLTA' A CONCENTRARSI **6,7%**
- 4) IPERVIGILANZA **81%**
- 5) ESAGERATE RISPOSTE DI ALLARME **24,69%**

14) PER QUANTO TEMPO HAI VISSUTO QUESTI SINTOMI (vedi domanda n. 13)?

- 1) MENO DI TRE GIORNI **34,5%**
- 2) MENO DI DUE SETTIMANE **30,8%**
- 3) MENO DI UN MESE **17,9%**
- 4) PIU' DI UN MESE **10,49**
- 5) PIU' DI UN MESE E NE SOFFRO ANCORA **6,17%**

15) CREDI UTILE UN SERVIZIO DI SUPPORTO PSICOLOGICO A DISPOSIZIONE DEGLI OPERATORI PER SUPERARE SITUAZIONI PARTICOLARMENTE PESANTI?

- 1) NO **9,8%**
- 2) SI **90,2%**

16) PENSI SIA NECESSARIA LA FIGURA DI UNO PSICOLOGO CHE INTERVENGA A SUPPORTO DEI PARENTI IN SITUAZIONI PARTICOLARMENTE DRAMMATICHE COME LA MORTE DI UN FIGLIO ETC.?

- 1) NO **2,5%**
- 2) SI **97,5%**

Questionario per Tesi

Questionario 2

Compassion satisfaction

1) Ho avuto soddisfazioni nel sentirmi capace di soccorrere le persone

mai	raramente	qualche volta	spesso	molto spesso
0	1	33	79	49

2) Mi sono sentito/a rafforzato/a dopo aver lavorato

mai	raramente	qualche volta	spesso	molto spesso
0	5	45	76	36

3) Mi è piaciuto il mio lavoro

mai	raramente	qualche volta	spesso	molto spesso
0	9	44	68	41

4) Mi sono sentito/a soddisfatto/a delle mie capacità di cavarmela con le procedure e le tecniche di soccorso

mai	raramente	qualche volta	spesso	molto spesso
0	0	52	86	24

5) Sono giunto/ alla conclusione che il mio lavoro mi ha reso soddisfatto/a

mai	raramente	qualche volta	spesso	molto spesso
0	3	43	82	34

6) Mi sono sentito/a felice quando ho pensato alle persone soccorse ed alle mie capacità di aiutarle

mai	raramente	qualche volta	spesso	molto spesso
-----	-----------	---------------	--------	--------------

0 6 37 96 23

7) Mi sono sentito/a di poter fare la differenza sul lavoro

mai	raramente	qualche volta	spesso	molto spesso
4	20	55	73	10

8) Mi sono sentito/a fiero di quello che riesco a fare nel mio lavoro

mai	raramente	qualche volta	spesso	molto spesso
8	3	55	49	47

Burnout

9) Ho trovato difficile separare la vita privata dal lavoro di emergenza

mai	raramente	qualche volta	spesso	molto spesso
20	46	73	22	1

10) Mi sono sentito/a come intrappolato/a nel mio lavoro di emergenza

mai	raramente	qualche volta	spesso	molto spesso
42	59	46	14	1

11) Mi sono sentito/a nervoso per motivi legati la mio lavoro di emergenza

mai	raramente	qualche volta	spesso	molto spesso
18	54	76	11	3

12) Il mio lavoro mi ha fatto sentire depresso/a

mai	raramente	qualche volta	spesso	molto spesso
42	57	56	7	0

13) A causa del mio lavoro mi sono sentito/a come esaurito/a

mai	raramente	qualche volta	spesso	molto spesso
51	67	40	3	1

14) Mi sono sentito/a sovraccaricato/a dalla quantità di lavoro e dalla varietà di casi da affrontare

mai	raramente	qualche volta	spesso	molto spesso
21	67	62	12	0

15) Mi sono sentito/a limitato/a nel mio lavoro

mai	raramente	qualche volta	spesso	molto spesso
11	36	91	20	4

Compassion fatigue

16) Ho sussultato o mi sono agitato quando ho sentito rumori improvvisi

mai	raramente	qualche volta	spesso	molto spesso
29	49	47	35	2

17) Ho avuto dei problemi di sonno a causa delle esperienze forti vissute durante i soccorsi

mai	raramente	qualche volta	spesso	molto spesso
29	55	52	26	0

18) Ho pensato di essere stato/a scosso/a dai traumi delle persone che ho soccorso

mai	raramente	qualche volta	spesso	molto spesso
18	47	87	10	0

19) Ho sentito di provare gli stessi traumi di qualcuno che ho soccorso

mai	raramente	qualche volta	spesso	molto spesso
45	60	50	7	0

20) Ho evitato certe attività o situazioni perché mi ricordavano le esperienze terribili delle persone che ho soccorso

mai	raramente	qualche volta	spesso	molto spesso
54	36	57	13	2

21) A causa del mio lavoro di soccorso mi sono venuti in mente ricordi terribili

mai	raramente	qualche volta	spesso	molto spesso
32	45	66	19	0

22) Non sono riuscito a ricordare alcuni momenti di un intervento con persone traumatizzate

mai	raramente	qualche volta	spesso	molto spesso
30	26	80	26	0

*“Non dar retta ai tuoi occhi, e non credere a quello che vedi.
Gli occhi vedono solo ciò che è limitato. Guarda col tuo intelletto, e scopri quello che conosci già,
allora imparerai come si vola”
(Il Gabbiano Jonathan Livingston R. Bach)*

Ai miei genitori che mi hanno dato la possibilità di seguire e terminare questo percorso
senza farmi mancare nulla.....

Ai miei Nonni

Ringrazio le persone che hanno condiviso con me, la meravigliosa esperienza
dell'emergenza territoriale. L'associazione Croce di San Gerardo, tutto il personale
della UOT di Larino.

Il Relatore ed la correlatrice Prof. Iacovino e prof.ssa Manes per la loro disponibilità
non solo per la realizzazione della Tesi ma anche per gli insegnamenti nei tre anni di
corso

Il personale medico e infermieristico dell'ospedale "G.Vietri" di Larino per l'aiuto e gli
insegnamenti durante il tirocinio pratico

In modo particolare il reparto della diabetologia e medicina

A mio cugino Antonio per la creazione del sito internet e database per l'elaborazione dei
questionari

Inoltre vorrei esprimere la mia gratitudine ai miei compagni di corso in modo
particolare a Caterina per gli innumerevoli passaggi e Floriana per la sua disponibilità e
gli appunti

Il prof. Prati Gabriele dell'università di Bologna facoltà di Psicologia per
l'interpretazione dei dati

A Pasquale Gioia per i suoi insegnamenti ed aiuto nelle varie pratiche amministrative
Il Dott. Fedele Clemente per la sua disponibilità, tutte le OUT 118 Molise soccorso che

hanno partecipato alla compilazione dei questionari.-

*A Giuseppe Tremonte Infermiere della C.O. di Reggio Emilia, per la sua
disponibilità e per gli spunti nella realizzazione della tesi , per il materiale che mi ha
reperito per la sua disponibilità e nell'accoglienza nella C.O. a Reggio Emilia—*

GRAZIE GIUSEPPE