

**“LO STRESS ACUTO NEGLI OPERATORI  
D’EMERGENZA E SUE COMPLICANZE. DESCRIZIONE  
E CRITERI DI INTERVENTO NEL PERSONALE.”**

**Massimo Monti**

- Cesena Soccorso 118
- Dipartimento di Elisoccorso  
Regione Emilia Romagna base Ravenna
- Laureato in Psicologia del lavoro e delle organizzazioni  
Presso l’Università di Bologna.

**1 Peculiarità professionali dell’operatore d’emergenza**

Coloro che lavorano nell'emergenza sanitaria (autisti soccorritori, infermieri, medici del 118, dell'elisoccorso, ma anche vigili del fuoco, forze dell'ordine, operatori di protezione civile, volontari del soccorso) devono compiere durante lo svolgimento della loro professione determinate azioni. Devono eseguire le loro mansioni con assoluta **celerità**. Sappiamo benissimo quanto sia prezioso ogni minuto per salvare una vita umana: bastano una decina di minuti di anossia cerebrale per rendere un cervello inutilizzabile, senza considerare l'importanza di agire velocemente su persone che hanno subito un trauma (vedi concetto della Golden Hour). Altro aspetto rilevante riscontrabile è la tassativa esigenza di utilizzare **protocolli operativi** di certificata efficacia. Risulta importante in situazioni concitate dove il tempo è tiranno e non ci si può permettere di eseguire manovre inappropriate utilizzare uno "spartito musicale" conosciuto da tutti che indichi quale skill risulta necessario eseguire in quel esplicito frangente (vedi protocolli BLS, BLS-D, ACLS, ATLS...). Ma queste due caratteristiche non sono una prerogativa esclusiva del lavoro di emergenza sanitaria. Anche in altre professioni infatti è necessario eseguire determinati compiti con celerità e utilizzando protocolli operativi, un esempio per tutti: il controllore di volo. Ma esiste allora una peculiarità che contraddistingue il nostro operato da qualunque altra professione? Probabilmente sì: dover osservare durante lo svolgimento della propria carriera lavorativa scene a volte raccapriccianti, di adulti, bambini, ustionati, gravemente feriti, dilaniati. Non solo può capitare di osservare queste scene ma è compito caratteristico di coloro che operano nell'emergenza di **dover mettere le mani** e lavorare su questi corpi martoriati. Secondo il senso comune (rappresentazione ingenua) chi esercita questa professione si può permettere di svolgere queste mansioni perché protetto da una **corazza psicologica** che gli permette di agire senza riportare sequele psicologiche di nessun tipo. Gli stessi operatori in modo più o meno velato, più o meno conscio, sono convinti della validità di questo concetto. Infatti come paradigma di riferimento si pensa ad un operatore capace di affrontare qualunque situazione lavorativa, anche la più difficile, complessa e drammatica risolvendo con disinvoltura qualunque problema, senza mai mostrare disagio, malessere, insicurezza. Noi che svolgiamo questa professione vorremmo nel profondo possedere le stesse caratteristiche. Questo modello chiamato da Frighi & Cuzzolaro Macho Man Style, può serbare nell'operatore devastanti conseguenze. In primis volendo l'operatore imitare questa figura di riferimento e date le numerose missioni eseguite con buona professionalità, si è portati a sovrastimare le proprie capacità, pretendendo da sé sempre qualcosa di più, disposti anche con maggiore disinvoltura a rischiare oltremodo (es. iniziare a prestare soccorso quando la scena dell'evento non è ancora sicura). Questo comportamento può mettere a repentaglio la nostra vita e quella della nostra équipes. In secundis rischia di alimentare sentimenti di inadeguatezza e di tradimento del modello eroico soprattutto di fronte a eventi imprevisti e di straordinaria drammaticità mettendo a repentaglio la sicurezza sulla propria competenza professionale. Il mancato riconoscimento delle proprie reazioni psicologiche a eventi drammatici e la difficoltà di integrare tali reazioni nel sistema di risposta professionale potrà essere vissuto e interpretato come un limite insormontabile, come un segnale che conferma che non si è tagliati per questo lavoro perché si è manifestata una dissonanza tra noi e il modello di riferimento. Non solo: lavorare continuando a vivere una situazione di disagio psicologico facilita la probabilità che si commettano errori durante lo svolgimento della propria professione pericolosi per colleghi ed utenti. Seppure non siano disponibili dati empirici sul fenomeno e sui suoi effetti personali e organizzativi vale la pena tuttavia esplorarlo sulla base della letteratura disponibile anche per avviare una riflessione sulle contromisure da adottare per attenuare questo nuovo rischio lavorativo per gli operatori d'emergenza.

## 2 Critical Incident: definizioni di base

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

Il **Critical Incident** è stato definito da Mitchell e Everly [1996] come:

*“ qualunque situazione capace esercitare nell'individuo un impatto fortemente stressante, tale da annientare i meccanismi di coping solitamente utilizzati “.* Considerando il contesto sanitario è particolarmente interessante richiamare quanto sostenuto da Mitchell (1983):

*“ .....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 “*

In breve il *Critical Incident* tende a produrre nell'individuo una forte reazione emotiva, capace di interferire negativamente nell'utilizzo dei propri schemi cognitivi e skills. Negli operatori di emergenza sanitaria questa condizione può generare, nel tempo, diversi effetti da forte disagio ad uno stato di conclamata patologia. Può, altresì, produrre una forte diminuzione delle proprie capacità professionali, che si esprime anche attraverso un senso di disagio, un disorientamento nella scena dell'evento fino ad un vero e proprio malessere, che non permette di ottenere l'indispensabile sintonia con gli altri operatori con i quali si trova ad operare (componenti della propria equipage: autisti soccorritori, infermieri, medici; altre equipage: forze dell'ordine ; vigili del fuoco); non permette di utilizzare in modo corretto i protocolli operativi o linee guida; non permette di valutare con la necessaria lucidità le esigenze del paziente o dei pazienti (Triage) e le appropriate modalità terapeutiche da utilizzare. Inoltre, si può riscontrare una insufficiente valutazione dei pericoli presenti sulla scena dell'evento. Va da sé che colui che si trova in uno stato di Disturbo Acuto da Stress, potrebbe risultare anche fortemente pericoloso nei confronti di se stesso, ma anche degli utenti che andrà a soccorrere e dei propri colleghi.

### **3 Critical Incident Stress Sindrome & le sue complicanze (ASD; PTSD)**

La *Critical Incident Stress Syndrome* colpisce coloro che si trovano a far fronte ad uno stress acuto di notevole intensità. Per quanto concerne gli operatori di emergenza sanitaria, è presente in letteratura un numero di ricerche non trascurabile che conferma la consistente presenza negli operatori di questa sindrome e di come attraverso un intervento appropriato (*Critical incident stress management*) e specifico per gli operatori, risulti possibile diminuire sensibilmente le conseguenze dello stress acuto. Possiamo brevemente richiamare alcuni studi internazionali che hanno permesso di identificare i principali elementi caratteristici della Critical Incident Stress Sindrome che hanno rilievo anche per gli operatori dell'emergenza:

- **Colen** (1978) studiò 42 operatori d'emergenza sanitaria (*emergency workers*) un anno dopo il loro intervento in un disastro aereo avvenuto a S. Diego nel 1978. Prima dell'impatto solo cinque di

loro si stavano sottoponendo a psicoterapie ; dopo un anno dal disastro aereo, tredici operatori (pari al 31%) si sottopose a psicoterapia.

- **Corneill** (1993) riuscì ad evidenziare come il livello di Disturbo Post Traumatico da Stress sia direttamente correlato all'esposizione del trauma. Egli evidenziò come fra 641 Vigili del Fuoco di Toronto il tasso di operatori affetti da P.T.S.D. fosse del 16.2%. questi valori risultavano essere molto simile al tasso riscontrato fra i soldati veterani della guerra del Vietnam e come si discostava enormemente da quello evidenziato fra normali cittadini, pari a 1,97% .[Helzer 1987].

- **Ravencroft** (1994) studiando il personale del servizio di Ambulanze di Londra (L.A.S. London Ambulance Service) rese palese come lo stress lavorativo acuto fosse la principale causa di malattia . Il 97% del personale intervistato sentiva lo stress come il loro problema principale. Ravencroft dichiarava “ non meno del 15% del personale in servizio presso il London Ambulance Service ha evidenziato nel questionario auto somministrato di superare la soglia del P.T.S.D. acuto”. Per ulteriore conferma fu utilizzato il questionario G.H.Q. (General Health Questionnaire), dimostrando che non meno del 52% del personale L.A.S. aveva sofferto recentemente di lievi disturbi mentali.

Altri studi eseguiti sempre su personale di L.A.S. (London Ambulance Service) sottolineano come il 51% del personale non riesca a “staccarsi” dai pensieri , problemi legati al lavoro, e come questi pensieri li seguano anche a casa. Il 34% del personale dichiara di sentirsi spesso ansiosi o depressi al lavoro. Il 25% dichiara di avere il sonno disturbato dovuto alle pressioni lavorative (il 26% pensa di aver dato il massimo di sé).

- **Genest** (1990) e allievi notarono come operatori di emergenza, che affermavano di aver lottato contro la morte di utenti, praticando la rianimazione cardiopolmonare con esito infausto, riportavano pensieri maggiormente intrusivi riguardo l'accaduto e affermavano di “ avere difficoltà nel mettere a disparte questi pensieri “. Questi operatori utilizzavano prevalentemente un coping di evitamento.

- Il 29% di lavoratori del settore dell'emergenza soffre di ipertensione arteriosa e cefalea, sintomi tipici di un alto livello di stress. [Nube Driefing 1991 p.3]

- Altri autori hanno studiato lo stress presente nel personale delle ambulanze evidenziando come lo stress risulti elevato. A 40 operatori E.M.S.(Emergency Medical Service) fu somministrato il G.H.Q. (General Health Questionnaire) rivelando che il 60% del campione mostrava segni di distress; con il 17% del campione classificabile nella categoria dei soggetti con gravi patologie [Thompson , Suzuki 1991]

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

**Acute Stress Disorder ( Disturbo Acuto da stress ):** I sintomi del Disturbo Acuto da Stress, furono ufficialmente elencati, e categorizzati sul testo *D.S.M. IV* ° edito dall'American Psychiatry Association nel 1994. Il Disturbo Acuto da Stress, si sviluppa *entro un mese dall'esposizione*

*dell'evento traumatico* con comparsa di ansia, sintomi dissociativi e di altro tipo. Gli eventi traumatici che possono dare origine a un Disturbo Acuto da Stress sono sovrapponibili a quelli che producono il Disturbo Post Traumatico da stress. L'individuo durante e dopo l'evento traumatico presenta almeno tre dei seguenti sintomi dissociativi : sensazione soggettiva di insensibilità; distacco o assenza di reattività emozionale; riduzione di consapevolezza dell'ambiente; derealizzazione; depersonalizzazione e amnesia dissociativa. Dopo il trauma, l'evento traumatico viene rivissuto persistentemente e l'individuo evita gli stimoli che possono evocare il ricordo, ha sintomi marcati di ansia e di aumentato arousal. Per diagnosticare un disturbo acuto da stress i sintomi devono causare disagio clinicamente significativo, compromettere o interferire con la capacità dell'individuo di eseguire compiti fondamentali. Il disturbo ha una durata di almeno due giorni e non persiste oltre le quattro settimane dall'evento traumatico. Alcune persone in risposta all'evento traumatico sviluppano sintomo dissociativi; hanno una riduzione della reattività emozionale, spesso trovano difficile o impossibile provare piacere per attività precedentemente ritenute divertenti. Si può riscontrare difficoltà di concentrazione, sensazione di sentirsi distaccati dal proprio corpo, sentire il mondo come un sogno, come irreali, oppure presentare una crescente difficoltà a ricordare dettagli specifici dell'evento traumatico (amnesia dissociativa). È presente, inoltre, almeno uno dei sintomi richiesti per il Disturbo Post Traumatico da Stress. L'evento traumatico viene persistentemente rivissuto (per esempio, ricordi, immagini, pensieri, sogni, illusioni, flashback ricorrenti, sensazione di rivivere l'evento, o disagio all'esposizione a ciò che può ricordare l'evento). Viene evitato tutto ciò che può ricordare il trauma (per esempio, luoghi, persone, attività). Infine, aumento dell'arousal in risposta agli stimoli che richiamano il trauma (ad esempio difficoltà a dormire, irritabilità, scarsa capacità di concentrazione, ipervigilanza, risposte di allarme esagerate e irrequietezza motoria). Nel Disturbo Acuto da Stress possono essere presenti sintomi di infelicità e di disperazione, e possono essere talmente gravi e persistenti da soddisfare i criteri per un Episodio Depressivo Maggiore, in questo caso può essere giustificata la diagnosi aggiuntiva di Disturbo Depressivo Maggiore. Se il trauma ha determinato a qualcuno la morte o gravi lesioni, i sopravvissuti possono sentirsi in colpa per essere rimasti indenni o per non aver sufficientemente aiutato gli altri. Alcuni individui con questa patologia, si sentono responsabili per le conseguenze del trauma in modo ingiustificato. Evitano a volte ciò che risulta terapeutico dopo il trauma, andando in questo modo incontro a un Disturbo Post Traumatico da Stress. Possono utilizzare dopo il trauma comportamenti impulsivi e rischiosi. Come già accennato, i sintomi si riscontrano solitamente subito dopo il trauma e durano almeno due giorni per risolversi entro le quattro settimane dall'insorgenza dei sintomi. Nell'eventualità che dopo le quattro settimane i sintomi persistano, non si parlerà più di Disturbo Acuto da Stress bensì di Disturbo Post Traumatico da Stress.[D.S.M. IV°, A.P.A. 1994].

**Disturbo Post Traumatico da Stress (Post Traumatic Stress Disorder):** La nuova edizione del D.S.M. (IV°) pubblicata nel 1994, evidenzia come il P.T.S.D. si manifesti nel soggetto con sintomi tipici che seguono l'esposizione ad uno o più eventi estremamente traumatici. Gli eventi vissuti in qualità di testimoni riguardano: l'osservare il ferimento grave o la morte innaturale di un'altra persona dovuti ad assalto violento, incidente, guerra o disastro, o il trovarsi di fronte

inaspettatamente a un cadavere o a parti di un corpo. Gli eventi vissuti da altri, ma di cui si è venuti a conoscenza, includono: aggressione personale violenta, grave incidente, gravi lesioni subite da un membro della famiglia o di un amico stretto ; il venire a conoscenza di una malattia minacciosa per la vita di un proprio bambino. Il disturbo può diventare particolarmente grave quando l'evento traumatico è ideato dall'uomo, ad esempio una tortura o rapimento.

Il disturbo sviluppato dal soggetto solitamente è direttamente proporzionale all'intensità e alla vicinanza al fattore stressante. Si ha come risposta dell'individuo all'evento traumatico paura intensa, il sentirsi inerme, provare orrore. I sintomi che si riscontrano frequentemente sono: rivivere continuamente l'evento traumatico, l'evitamento degli stimoli associati al trauma, drastica diminuzione della reattività generale, sintomi costanti dell'aumento dell'arousal (che può essere misurato attraverso studi del funzionamento del sistema neuro-vegetativo: frequenza cardiaca, elettromiografia, attività delle ghiandole sudoripare). ***I sintomi devono essere presenti per almeno 4 settimane e il disturbo deve causare un disagio clinicamente significativo, una menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.*** Il Disturbo Post Traumatico da Stress non si sovrappone all'Acute Stress Disorder, sebbene la diagnosi non risulti possibile fino a quando i sintomi non saranno presenti per almeno un mese. ***La peculiarità del P.T.S.D. consiste in un differimento dei sintomi riscontrabili nei soggetti di almeno sei mesi dall'evento traumatico.*** Si parla di Disturbo Post Traumatico da Stress Acuto se la durata dei sintomi è inferiore a tre mesi; si definisce Cronico se i sintomi durano tre mesi o più; Tardivo se i sintomi si manifestano dopo sei mesi dall'evento traumatico.

#### 4 Una prospettiva di intervento: il CISD e sua efficacia

In questo momento uno degli strumenti più accreditati per soddisfare le esigenze di intervenire nelle situazioni di grave stress è il Critical Incident Stress Management. È stato ideato da Jeffrey T. Mitchell e George S. Everly Jr. All'interno di questo programma troviamo il Critical Incident Stress Debriefing, utilizzato frequentemente dopo un intervento d'emergenza psicologicamente pesante. Il Critical Incident Stress Debriefing è solo un componente, uno strumento presente all'interno del Critical Incident Stress Management. In diverse situazioni, data la complessità del metodo C.I.S.M. si utilizza prevalentemente il C.I.S. Debriefing per far fronte ad eventi critici. Come citato nel sito internet del "Critical Stress Management and Peer Support", le ricerche svolte per testare la validità di questo metodo e in particolare lo studio eseguito da Lanning hanno evidenziato come:

- a) il Debriefing permetta di **preparare i partecipanti a far fronte in futuro ai sintomi conseguenti l'elevato stress.**
- b) Il Debriefing aiuta i partecipanti ad **accettare i loro sentimenti, ed eventuali sintomi frutto di un evento traumatico, senza per questo "reputarsi pazzi".**
- c) I partecipanti al Debriefing **si supportano a vicenda.**
- d) **Parte dei problemi considerati vengono risolti.** Ad esempio una persona durante lo svolgimento del suo lavoro, in situazioni estreme si sente comunque in colpa per non aver salvato più persone. Attraverso una analisi dettagliata da parte di altri operatori ci si può rendere conto che sarebbe stato molto difficile se non impossibile in quella determinata circostanza fare di più di quello che è stato fatto.

- e) **I partecipanti si sentono rassicurati nell'esprimere i propri stati d'animo e scoprono che non sono dissimili da ciò che provano i loro colleghi. Si rendono conto che non ha senso recitare la parte del "macho", viene chiesto loro di essere professionalmente capaci e non dei super uomini.**
- f) **Ognuno è libero di esprimere ciò che sente, oppure può decidere di stare solo ad ascoltare il racconto di altri. [Lanning,1987].**

Nel 1988 Nancy Bohl ha studiato il processo di debriefing secondo il "metodo Mitchell ". La sua ricerca (l'effetto di un intervento psicologico dopo un evento traumatico su ansia, rabbia, e depressione nei confronti di vigili del fuoco e polizia) evidenziò come: " settanta fra poliziotti e vigili del fuoco che avevano vissuto un evento traumatico, eseguirono entro 24 ore dall'evento un debriefing della durata di circa novanta minuti (gruppo sperimentale) . Un altro gruppo di controllo composto da sessantasei persone, che aveva vissuto assieme ai colleghi del gruppo sperimentale un evento traumatico, non furono sottoposti a debriefing. Dopo tre mesi, i soggetti del gruppo sperimentale, rispetto ai colleghi del gruppo di ricerca, risultarono significativamente meno depressi, meno nervosi, e lo stress aveva prodotto in loro minori sintomi. Inoltre i vigili del fuoco sottoposti a debriefing riportarono un livello d'ansia inferiore rispetto ai loro colleghi non trattati. I risultati dimostrarono che anche una singola sessione di debriefing della durata di novanta minuti, poteva essere sufficiente per ridurre dopo tre mesi le conseguenze di un evento critico negli operatori [Bohl 1988, p.130].

Ogden Rogers, nella sua ricerca intitolata " Examination of critical incident stress debriefing for Emergency services providers: a quasi-experimental field study", ha valutato anche il modello "Mitchell debriefing". I risultati della sua ricerca evidenziano come il processo di Critical Incident Stress Debriefing risulti utile nel ridurre lo stress, generando negli operatori un incremento di sentimenti di controllo nei confronti degli eventi critici. In particolare, gli operatori si sentivano più sicuri di sé. I risultati, inoltre, mostrano come il 72 % di coloro che si erano sottoposti a Debriefing riportarono minori sintomi rispetto il gruppo di controllo. Inoltre, coloro che nonostante il Critical Incident Stress Debriefing accusarono una situazione psicologica sfociata nel patologico, impiegarono un periodo minore rispetto coloro che non avevano eseguito il C.I.S.M. per ritornare ad uno stato di benessere.[ Rogers, 1993, p. 71-77 ].

Dopo i tumulti di Los Angeles del 1992, i ricercatori hanno studiato le reazioni da stress nei confronti di operatori di emergenza sanitaria testando l'efficacia del C.I.S.D. Utilizzando il *Frederick Reactions Index*, i ricercatori eseguirono una comparazione tra un gruppo sperimentale di individui che furono sottoposti a Critical Incident Stress debriefing e un gruppo di controllo non sottoposto a tale procedura. Sia il gruppo sperimentale, che il gruppo di controllo, avevano vissuto la stessa identica esperienza, avendo vissuto insieme, fianco a fianco la stessa situazione di rivolta. I risultati sottolineano come coloro che si erano sottoposti a C.I.S.D. riportarono un punteggio significativamente inferiore nel questionario Frederick Reaction Index rispetto il gruppo di controllo. Queste differenze risultano statisticamente significative. [Wee, Mills & Koehler 1993; Wee, 1996 ].

Il recente studio condotto da Hanneman, ha permesso di ipotizzare otto motivi che giustificano l'utilizzo del C.I.S.D.:

- 1) **l'impatto positivo del C.I.S.D. sul miglior funzionamento del dipartimento che ne fa uso;**
- 2) **l'impatto positivo del C.I.S.D. a livello del singolo operatore;**

- 3) È considerato un metodo **efficace nel permettere di esprimere le proprie emozioni all'interno di un "setting" appropriato;**
- 4) permette di eseguire in **modo utile il confronto fra operatori su determinanti scottanti problemi, eventi;**
- 5) **permette al singolo individuo di vedere i suoi problemi in una prospettiva più ampia,** completa, definendo i problemi nella loro reale dimensione;
- 6) il metodo C.I.S.D. ha permesso a vigili del fuoco di **rendersi conto di aver dato del proprio meglio nella particolare urgenza considerata, eliminando il loro senso di colpa,** il loro malessere;
- 7) i singoli operatori **si rendono conto come i loro sentimenti non siano una loro "esclusiva" ma siano condivisi da molti altri colleghi, convincendosi di non essere pazzi;**
- 8) il C.I.S.D. produce un cambiamento della rete di relazioni interpersonali degli operatori; da rapporti freddi e impersonali, si passa alla costruzione di legami affettivi più intensi, alla nascita di reali amicizie.[Hanneman, 1994, pp.48-49].

Hanneman così conclude la sua indagine: “ questa ricerca è in grado di confermare la validità del modello Mitchell. Il debriefing psicologico permette effettivamente di ridurre i segni e i sintomi causati da distress...e il *supporto dei pari* si è rivelato molto prezioso” [Hanneman, 1994 ].

Altre ricerche hanno evidenziato l'efficacia del C.I.S.M. ad esempio, 823 operatori di ambulanze furono intervistati e nel 64 % risposero di essere a conoscenza dell'esistenza del servizio C.I.S.M. che era a disposizione di coloro che stavano lottando contro le conseguenze psicologiche di un evento traumatico. Il 97 % di questi sentiva questo servizio come particolarmente importante per loro. Solo il 3 % degli operatori definì il C.I.S.M. non importante o non utile. Il personale che faceva uso del C.I.S.D. lo definì 82 volte su cento particolarmente utile per loro. [Robinson R. C., 1994.].

Simili positivi risultati sono stati rilevati anche in altri contesti. Nella ricerca di Burns e Harm (1993) 193 infermieri su 219, dichiararono che il C.I.S.D. era stato per loro un processo utile.

Potter, eseguendo una ricerca in diversi ospedali, ha messo in risalto come il C.I.S.D. sia percepito dai dipendenti efficace nel ridurre lo stress, migliorare le coping skills e aumentare fra l'altro il morale del personale. [Potter, 1992 ].

Flannery e collaboratori, hanno verificato la validità del C.I.S.M. in casi di violenza sul luogo di lavoro, in tre ospedali psichiatrici. Ogni ospedale creò al suo interno un gruppo di supporto che utilizzava i principi del Critical Incident Stress Management includendo il Debriefing. Questa ricerca condotta in differenti nosocomi, rese chiaro come il C.I.S.M. fosse in grado di ridurre gli effetti dannosi sugli operatori provocati da violenze subite durante lo svolgimento del proprio lavoro; si riscontrò inoltre una riduzione di giorni di malattia, di richieste di risarcimento, e soprattutto una forte diminuzione del turnover del personale.[ Flannery R. B. Jr., e Co, 1995 ].

Il Critical Incident Stress Management è un approccio multi-componente per mitigare lo stress acuto. I componenti del C.I.S.M. sono: *corso di prevenzione, un supporto psicologico individuale, smobilitazione, Critical Incident Stress Debriefing, dissinnesco, supporto familiare, punto di riferimento*. [Mitchell & Everly, 1996]. Il Critical Incident Stress Debriefing è uno dei componenti più importanti del C.I.S.M. Esso non è, come alcuni erroneamente hanno affermato una seduta psicoterapeutica, ma un **gruppo strutturato di discussione** da eseguirsi dopo un evento particolarmente critico.

## 5 Caratteristiche generali del CISD

Il Critical Incident Stress Debriefing prevede 7 differenti tappe:

l'**introduzione** nella quale inizia l'interazione tra il Debriefeer e colui o coloro che chiedono un supporto psicologico. Il Debriefeer deve presentarsi e spiegare cosa verrà fatto.

Successivamente (**fase cognitiva**) l'utente illustrerà i fatti descrivendo con precisione cosa si è visto, sentito, fatto, tutto questo mantenendo una "dimensione" cognitiva. È compito del Debriefeer in questa fase non far emergere le emozioni.

Nella terza fase vanno ricercati i **pensieri** avuti durante l'evento traumatico. Ci si porta di conseguenza da una dimensione esclusivamente cognitiva a un livello emozionale cercando di unire i fatti con gli stati d'animo.

Nella quarta fase si focalizza l'attenzione sulla **cosa più terribile** provata all'interno dell'episodio raccontato descrivendo dettagliatamente il sentimento e le sensazioni corporee provate in quel frangente.

Nella quinta fase il Debriefeer informerà l'utente di come il forte disagio provato dopo quel specifico evento traumatico sia una **naturale reazione** di una persona sana ad uno stressor eccessivamente forte e come i sintomi avuti sono la normale reazione dell'organismo. Si descrivono inoltre i sintomi che normalmente vengono vissuti dopo un evento critico.

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 ma non intensa
- coltivare i propri hobby e amicizie.
- Evitare almeno nel primo periodo di eseguire training autogeno e meditazione che potrebbero facilitare il riaffiorare di ricordi intrusivi.

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.

## 6 Possibilità di utilizzo del CISD

Nel complesso ci si trova di fronte ad un modello di intervento che risulta privilegiare lo sviluppo di fattori protettivi (di tipo cognitivo e affettivo) in un percorso razionale di riflessione individuale collettiva svolto tra pari e sostenuto da un esperto. Tale schema operativo si presta ad un utilizzo sia per le persone coinvolte direttamente in eventi traumatici sia per gli operatori che professionalmente affrontano tali situazioni. Per questi ultimi ritratta di una proposta sia di carattere preventivo sia per la gestione delle difficoltà iniziali, che può avere il significato di potenziamento delle abilità professionali e di arricchimento del repertorio di strategie di risposta agli eventi critici.

Il Critical Incident Stress Management è stato ideato negli Stati Uniti, dove disastri naturali e causati dall'uomo sono relativamente frequenti e devastanti. Era necessario non solo far fronte alle

richieste di tipo sanitario e logistico ma anche psicologiche provenienti dalle vittime e dal personale esposto al disastro.

Anche in ambito europeo vi sono esperienze in questo settore. Ad esempio, in Svizzera dopo l'introduzione della normativa LAVI nel 1996, legge per l'aiuto alle vittime nella Confederazione Elvetica, è stata fatta una prima campagna di informazione nel 1997 che coinvolse soccorritori ospedalieri, forze dell'ordine, uomini della protezione civile. Lo scopo fu quello di rendere chiaro il concetto di psicotrauma, spiegarne le conseguenze e le modalità d'intervento della rete di sostegno in Ticino. Sono stati poi eseguiti corsi della durata di due giorni per apprendere la tecnica del debriefing. Ora gli operatori sanitari e la cittadinanza sa di poter contare, se richiesto, del supporto di debriefer che possono essere allertati in qualsiasi momento.

In Italia solo da poco tempo si è presa coscienza dell'importanza di un supporto psicologico. Nelle stesse riviste specializzate in Emergenza sanitaria infatti fino a qualche anno fa non sono mai stati pubblicati articoli riguardanti queste tematiche, mentre attualmente non solo si parla con una certa frequenza di supporto psicologico, ma si organizzano convegni specifici su questo argomento. Questo *cambiamento* può avere ragioni diverse:

- a) Cominciano ad essere considerati con maggiore attenzione gli effetti specifici dello stress lavorativo e del burn-out nell'ambito delle professioni sanitarie;
- b) In particolare, gli eventi catastrofici e la sequela di effetti comuni con gli incidenti (soprattutto stradali, ma non solo) destano un'ampia preoccupazione sociale che innalza il livello di sensibilità degli stessi operatori e professionisti;
- c) Certe immagini, il ricordo delle vittime sono a volte "ferite aperte" che si macerano se non si curano con la dovuta attenzione e forse un giorno causeranno ulteriori complicanze nelle persone interessate sul piano professionale. L'operatore sanitario è ora considerato una risorsa importante che costa molto e che può dare il meglio di sé solo in certe condizioni operative. Non valutare una situazione di disagio psicologico si può produrre una prestazione qualitativamente inappropriata fino a condurre il dipendente in uno stato di malattia con conseguente aumento dei costi per il personale. A questo riguardo andrebbe segnalata la necessità di procedere ad una quantificazione degli effetti organizzativi legati alle sindromi qui considerate (tasso di turnover, assenze, malattie, ecc).

È importante quindi:

- a livello nazionale monitorare **la condizione** di coloro che lavorano nell'emergenza per comprendere esattamente quale sia il livello di disagio psicologico che si determina in relazione al lavoro effettuato.
- **informare gli operatori** sanitari d'emergenza della possibilità di usufruire di in supporto psicologico in grado di lenire eventuali condizioni di disagio psicologico dopo un "Critical Incident".
- **controllare l'efficacia** di questi interventi nei confronti di operatori e utenti quantificando anche i vantaggi sociali e organizzativi e il risparmio economico ottenuto.
- **creare un collegamento** tra le varie esperienze in ambito nazionale in grado di facilitare lo sviluppo di questo tipo di interventi atti a comprendere e soddisfare le esigenze di tipo psicologico degli operatori sanitari e degli utenti in relazione ai disturbi acuti considerati.

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

ACUTE STRESS DISORDER: Disturbo Acuto da Stress	
1)	la persona è stata esposta ad un evento traumatico in cui erano presenti entrambi i seguenti elementi: a) la persona ha vissuto, ha assistito o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno comportato la morte, o una minaccia all'integrità fisica, propria o di altri. <b>b)</b> La risposta della persona comprende paura intensa, sentimenti di impotenza, o di orrore.
2)	durante o dopo l'esperienza dell'evento stressante, l'individuo presenta 3 o più dei seguenti sintomi dissociativi: a) sensazione soggettiva di insensibilità, distacco, o assenza di reattività emozionale b) riduzione della consapevolezza dell'ambiente circostante (per es. rimanere storditi) c) derealizzazione d) depersonalizzazione <b>e)</b> amnesia dissociativa (cioè incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma)
3)	Marcato evitamento degli stimoli che evocano ricordi del trauma (per es. pensieri, sensazioni, conversazioni, attività, luoghi, persone)
4)	Sintomi marcati d'ansia o di aumento dell'arousal (per es. difficoltà a dormire, irritabilità, scarsa capacità di concentrazione, ipervigilanza, risposte di allarme esagerate, irrequietezza motoria)
5)	Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti, oppure compromette la capacità dell'individuo di eseguire compiti fondamentali, come ottenere l'assistenza necessaria o mobilitare le risorse personali riferendo ai familiari l'esperienza traumatica.
6)	Il disturbo dura al <b>minimo 2 giorni</b> e al <b>massimo 4 settimane</b> , e si manifesta <b>entro 4 settimane</b> dall'evento traumatico
7)	Il disturbo non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es. una droga di abuso, un farmaco) o di una condizione medica generale, non è meglio giustificato da un Disturbo Psicotico Breve, e non rappresenta semplicemente l'esacerbazione di un disturbo preesistente di asse I o asse II.

## Post Traumatic Stress Disorder come descritto dal DSM-IV :

### *POST TRAUMATIC STRESS DISORDER (P.T.S.D.)*

#### ***DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS***

- 1) La persona è stata esposta ad un evento traumatico nel quale erano presenti entrambe le caratteristiche seguenti:
  - a) la persona ha vissuto, ha assistito, o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno implicato morte, o minaccia di morte, o gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri
  - b) la risposta della persona comprendeva paura intensa, sentimenti di impotenza, o di orrore. **Nota** Nei bambini questo può essere espresso con comportamento disorganizzato o agitato.
- 2) L'evento traumatico viene rivissuto persistentemente in uno ( o più) dei seguenti modi:
  - a) ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi dell'evento, che comprendono immagini, pensieri, o percezioni. **Nota.** Nei bambini piccoli si possono manifestare giochi ripetitivi in cui vengono espressi temi o aspetti riguardanti il trauma
  - b) sogni spiacevoli ricorrenti dell'evento. **Nota.** Nei bambini possono essere presenti sogni spaventosi senza un contenuto riconoscibile
  - c) agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando (ciò include sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni, ed episodi dissociativi di flashback, compresi quelli che si manifestano al risveglio o in stato di intossicazione). **Nota** Nei bambini piccoli possono manifestarsi rappresentazioni ripetitive specifiche del trauma
  - d) reattività fisiologica o esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.
- 3) Evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma e attenuazione della reattività generale (non presenti prima del trauma), come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi:
  - a) sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate con il trauma
  - b) sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma
  - c) incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma.
  - d) riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative
  - e) sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri
  - f) affettività ridotta ( per es. incapacità di provare sentimenti di amore).

## BIBLIOGRAFIA:

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth ed.* Washington, D.C. : A.P.A. Press. Edizione italiana: *DSM IV° manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali.* ( 1995 ) Masson Milano.
- Bohl N. (1988). *Effect of psychological interventions after critical incident on anger, anxiety and depression. A dissertation presented to the faculty of the California Graduate Institute, Los Angeles, California.*
- Boldrini M. (2001) La casa di vetro.  
“Emergency Oggi anno VII n°2 marzo/aprile 2001 pp. 38-39.”
- Colen B.D. (1978). *Aircrash rescue workers also victims, psychiatrist say.* “Washington Post”, July 9.
- Cornell D.W. (1993). *Prevalence of post-traumatic stress disorder in a metropolitan fire department. Dissertation submitted School of Higiene & Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland.*
- Flannery R.B., Hanson M., Penk W., Flannery G., & Gallagher C., (1995). *The Assaulted Staff Action Program: An approach to coping with the aftermath of violences in the workplaces.* In L. Murrphy , J. Hurrell, S. Sauter & G. Keita (Eds). *Job Stress Interventions* (pp.199-212) Washington, D.C.: A.P.A. Press.
- Flannery R.B., Hanson M., Penk W., ( 1995 ), *The Assaulted Staff Action Program (A.S.A.P. ): A statewide replication.* Paper presentede to the A.P.A./ N.I.O.S.H. conferences, Work, Stress and Health, 95, Washington, DC.
- Frigli L.,Cuzzolaro M., (1991), *Reazioni umane alle catastrofi.* Gangemi editore.
- Genest M., Levine J., Ramsden V., Swanson R. (1990). *The impact of providing help: Emergency workers and cardiopulmonary resuscitation attemps.* “Journal of Traumatic Stress” 3; pp.305-315.
- Hanneman M.F., (1994), *Evaluation of Critical Incident Stress Debriefing as perceived by voluntary firefighters in Nova Scotia.* Ann Arbor, MI:UMI “Dissertation Services”.
- Lanning J.K.S. (1987 ). *Posttrauma recovery of public safety workers for the Delta 191 crash: debriefing, personal characteristic and social systems.* “Dissertation Abstracts International “48 (10-B), p.2922.
- Mitchell Jeffrey t :When Disaster Strikes.... The Critical Incident Stress Debriefing; “JEMS”, January,1983; pp.36-39.
- Mitchell J.T. e Everly,G.(1996) *Critical Incident Stress Debriefing: An Operations Manual for the Prevention of Traumatic Stress among Emergency services and Disaster Workers.* Ellicott City, MD: chevron Publishing Corporation.

- Mitchell J.T. and Everly G.S. (1997) *Critical Incident Stress Management: a new era and standard of care in crisis intervention*. ed. Chevron Publishing Corporation, Ellicott City, MD.
- Monti M., (1999) Lo stress acuto e cronico negli operatori di emergenza sanitaria. Tesi di laurea.
- Potter, D. and LaBerteaux, P. (1996). Debriefing debriefers. *Life Net*, 7
- Potter, D. and LaBerteaux, P. (1998). Debriefing the debriefers: operational guidelines. *Life Net*.
- Robinson R. C., 1994, Developing psychological support programs in emergency services agencies., in R. Watts and D. De La Horne (Eds). *Coping with trauma: the Victim and the Helpe*, Brisbane QLD, Australian Accademic Press.
- Ravenscroft, T. (1994). *Going Critical: GMB / Apex and T&G Unions 1994 survey of occupational stress factors in accident and emergency staff in the London Ambulance Service*. London: GMB /Apex/ and T&G Unions.
- Rogers O.W. (1993), *An examination of critical incident stress debriefing for emergency service providers: a quasi-experimental field study*. Ann Arbor, MI : UMI Dissertation Services.
- Sarchielli G., Monti M. (2000) Chi aiuta chi aiuta? "Emergency Oggi anno VI n°2 marzo/aprile 2000 pp. 4-8."
- Sarchielli G., Monti M. (2000) Il Disturbo Post Traumatico da Stress negli operatori d'emergenza e tecniche per prevenirlo. "IV Congresso Italiano di Psicologia della Salute: Dalla Lotta Alla Malattia Alla Costruzione Della Salute" Orvieto, 21-23 Ottobre 2000.
- Wee D. (1996). *Research in Critical Incident Stress Management*, Part 3, *Did they changes?* "Life Net", 7 (1)
- Wee D. (1996). *Research in Critical Incident Stress Management*, Part 3, *How effective is this?* "Life Net", 7 (2), pp. 4-5.
- Wee D.F., Mills D.M., & Koelher G. (1993), *Stress response of emergency medical services personnel following the Los Angeles civil disturbances*. In G. Koelher et al. *Medical Care for the injured: The emergency medical response to the April 1992 Los Angeles civil disturbances*. ( EMSA # 393-01). Sacramento, Emergency Medical Authority.
- Yule W. (1999) *Post Traumatic Stress Disorders. Concepts and Therapy*.  
Ed. Jhon Wiley & Sons Ltd. West Sussex England  
Edizione italiana (2000) *Il Disturbo Post Traumatico da Stress*. Mc Graw-Hill.