

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

LAUREA IN INFERMIERISTICA
POLO DIDATTICO DI TRENTO

TESI DI LAUREA

LO STRESS E LE STRATEGIE DI COPING
DEGLI INFERMIERI DEL SOCCORSO EXTRAOSPEDALIERO
UNA RICERCA QUALITATIVA

Relatore Inf. Alessandra Magotti
Correlatore Inf. Rosanna Clementi

Laureanda
Claudia Zanlucchi

ANNO ACCADEMICO 2003 – 2004

INDICE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUZIONE | 4 |
| | |
| CAPITOLO 1 | |
| LO STRESS E LE STRATEGIE DI COPING DEGLI INFERMIERI DEL SOCCORSO EXTRAOSPEDALIERO | 6 |
| | |
| 1.1 L'infermiere dell'emergenza | 6 |
| 1.2 Competenze e funzioni dell'infermiere dell'emergenza | 9 |
| 1.3 Lo Stress | 11 |
| 1.4 Disturbo Post Traumatico da Stress | 14 |
| 1.5 Fattori fonte di stress per l'operatore di emergenza | 17 |
| 1.6 Strategie di coping | 25 |
| | |
| CAPITOLO 2 | |
| RICERCA SULLO STRESS E SULLE STRATEGIE DI COPING DEGLI INFERMIERI DEL SOCCORSO EXTRAOSPEDALIERO | 31 |
| | |
| 2.1 Progetto di ricerca | 31 |
| 2.1.1 Disegno di ricerca: obiettivo e quesiti | 31 |
| 2.1.2 Materiali e metodi | 31 |
| 2.1.3 Definizione delle categorie di analisi | 32 |
| 2.2 Risultati | 33 |
| 2.3 Discussione e conclusioni | 46 |
| | |
| BIBLIOGRAFIA | 52 |
| | |
| ALLEGATO 1: INTERVISTA | |

Ai miei genitori,

perché nella mia vita e in questi tre anni di duro lavoro, hanno sempre creduto in me e non mi hanno mai fatto mancare il loro insostituibile sostegno morale e materiale

Un GRAZIE sincero...

... a Dudu perché con il suo amore, la sua disponibilità e generosità mi è stato sempre vicino nei momenti più importanti

...ad Alessandra e Rosanna, perché con me hanno creduto e lavorato con passione per la realizzazione di questo progetto

... a Daniela e Damiano, al Dott. Monti e a Luca Venturini, ad Annamaria, Carmelo, Cristina e Monica del 118 – Trentino Emergenza, agli Infermieri del 118 – Ravenna Soccorso perché con i Loro racconti veri e spontanei hanno reso vivo e umano questo lavoro

...a tutti coloro che mi hanno sostenuta, ognuno con il proprio singolare contributo

INTRODUZIONE

Questo progetto di ricerca è nato da un'idea di guardare l'operatore dell'emergenza da un altro punto di vista, diverso da quello puramente tecnico – assistenziale. Dall'esperienza di tirocinio nel Servizio di Ravenna, 118 Ravenna Soccorso, ho potuto cogliere quanto all'infermiere che lavora in questo ambito è richiesta la capacità di rispondere con competenza e tempestività a situazioni spesso drammatiche e/o imprevedibili. Parlando con gli infermieri, emergeva quanto molte situazioni sono vissute come emotivamente stressanti e richiedono all'operatore un notevole sforzo per fronteggiarle. Questo aspetto trova conferma anche in letteratura. Le reazioni di stress alle situazioni traumatiche sono da considerarsi un normale comportamento dell'individuo e derivano dal fatto che l'operatore si trova a dover aiutare o cercare di aiutare chi è traumatizzato, chi ha subito un attacco psicologico dal trauma, oltre che un danno fisico. 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, si può arrivare anche a sviluppare una vera sindrome denominata “Disturbo acuto da stress” o “Disturbo post traumatico da stress”, a seconda della durata dei sintomi. È stato dimostrato che questi disturbi si manifestano in contesti di emergenza e alcuni studi ne hanno misurato la comparsa negli infermieri del soccorso extraospedaliero^{1 2 3}. Altri studi hanno indagato quali sono le situazioni più stressanti per gli operatori. Questi studi sono stati effettuati per lo più all'estero. Si è pensato, quindi, di realizzare una ricerca qualitativa descrittiva in una realtà di soccorso extraospedaliero italiana, per indagare quali siano i fattori fonte di stress, le reazioni emotive e le strategie di coping degli operatori dell'emergenza extraospedaliera.

Questo lavoro di tesi è diviso in due parti. Nella prima parte, è stata analizzata la figura dell'infermiere del soccorso extraospedaliero ed è stata fatta una revisione bibliografica sui fattori di stress a cui si trova sottoposto e le strategie di coping

¹ Cudmore J. (1996) Preventing Post traumatic stress disorder in accident and emergency nursing (a review of the literature). *Nursing in Critical Care*; **1** (3)

² Jonsson A., Segesten K., Mattsson B., (2003) Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*; **20**: 79-84

³ Laposa J M, Alden LE, Fullerton LM (2003) Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel (CE). *Journal of Emergency Nursing*; **29** (1): 23 – 28, 87 - 92

messe in atto dall'operatore per fronteggiare lo stress. Gli articoli principali che sono stati presi come riferimento, si riferiscono a studi condotti in Svezia, tra il personale operante nel settore dell'emergenza extraospedaliera^{4 5}.

Nella seconda parte viene descritta la ricerca effettuata tra gli infermieri nella realtà italiana del 118 Ravenna Soccorso.

⁴ Jonsson A., Segensen K., (2003) The meaning of traumatic events as described by nurses in ambulance service. *Accident and Emergency Nursing*; **11**: 141-152

⁵ Jonsson A., Segesten K., Mattsson B., (2003) Post – traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*; **20**: 79 - 84

CAPITOLO 1: LO STRESS E LE STRATEGIE DI COPING DEGLI INFERMIERI DEL SOCCORSO EXTRAOSPEDALIERO

1.1 L'infermiere dell'emergenza

La figura dell'infermiere dell'emergenza viene istituita ufficialmente dalla legge DPR 27 marzo 1992⁶, e viene regolamentata anche dalle Linee Guida 1/1996 emanate dal Ministero della Sanità⁷. Con tale decreto si dispone che le Regioni debbano organizzare le attività di urgenza e di emergenza sanitaria articolate 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 n 42 del 1999⁸, con la quale si è abolito il mansionario, quindi l'infermieristica è passata da una professione sanitaria ausiliaria, ad una *professione sanitaria*. Questa modifica, ha portato al riconoscimento dell'infermiere come un professionista della salute, e quindi, come si può leggere all'articolo 1, con un *campo proprio di attività e responsabilità*, campo determinato dal profilo professionale D.M. 739/94, dagli ordinamenti didattici del corso di Laurea, titoli equipollenti e formazione post base, e dal contenuto del Codice Deontologico elaborato dal comitato centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI nel 1999. Si è passati, quindi, da una fase in cui l'infermiere era legittimato a fare solo quello che era previsto da un documento ben preciso e dettagliato, ad una nuova fase che offre al professionista più autonomia, assumendo un ruolo centrale nella presa in carico dell'assistenza e promozione della salute. L'abolizione del mansionario, se da un lato ha portato ad una valorizzazione della figura dell'infermiere, dall'altro punto di vista, lo ha lasciato 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

⁶ DPR 27 marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza"

⁷ Benci L. Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing. Mc Graw Hill, Milano 2001, p. 90 - 92

⁸ Legge 26 febbraio 1999, n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie"

proprie competenze (“*Cosa mi compete?*”), piuttosto che sulle proprie posizioni difensive (“*Questo non mi compete?*”)⁹.

Per venire incontro all’esigenza di definire aree di competenza in situazioni di emergenza, il DPR istitutivo del 118 ha adottato il modello definito “Standard orders protocol system”, ovvero un modello caratterizzato dalla predisposizione di protocolli di comportamento senza generalmente essere in contatto via radio con il medico di centrale. È un modello che si trova a metà strada tra il modello “on line”, che prevede che il personale infermieristico sia in diretto contatto con il medico via radio durante le manovre di soccorso, dal quale riceve tutte le disposizioni, e il modello “on scene”, che si basa sulla presenza fisica del medico sulla scena dell’evento.

Questo 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 diagnostico¹⁰. Uno degli inconvenienti dei protocolli può essere la limitazione del campo di autonomia dell’infermiere, che a lungo andare può portare ad alienazione.

Analizzandolo da un altro punto di vista, il protocollo è utile, garantisce il raggiungimento degli obiettivi e degli standard prefissati in quanto assicura un rapido intervento e permette l’integrazione delle diverse figure presenti (infermieri, autisti soccorritori e medici). Esso rappresenta un vincolo procedurale, in quanto dopo essere stato condiviso da coloro che lo devono seguire, viene validato e autorizzato dal Responsabile Sanitario della centrale operativa, ma proprio per questo rappresenta anche una tutela ed una garanzia per gli operatori, soprattutto in caso di

⁹ Cangiano G., Paleani R. (2003) Dal mansionario all’autonomia. Triage e formazione nel processo di cambiamento della professione infermieristica. *Scenario*; **20** (3): 21 – 24

¹⁰ Benci L. Manuale giuridico professionale per l’esercizio del nursing. Mc Graw Hill, Milano 2001, p. 90 - 92

eventi con esiti negativi, diventando così uno strumento utile a diminuire insicurezze, disagio e stress.

Un altro importante strumento che appartiene alla professione infermieristica è il codice deontologico. Il codice deontologico non è una legge, ma una guida per le proprie decisioni. Vuole essere una scelta per l'adeguatezza professionale e la trasparenza nelle relazioni, contro l'eccessiva minuziosità dei dettagli normativi. In quest'ottica, a maggior ragione, la qualità delle decisioni del singolo infermiere dipendono anche dalla propria maturità etica, che lo indirizzerà verso una considerazione più o meno importante del codice deontologico. Questo è un aspetto da non sottovalutare, infatti è stato visto che anche da una discordanza nella valutazione delle implicazioni etiche di un comportamento clinico – assistenziale possono derivare crisi di coscienza, che sono fattori stressanti e possibili cause di burnout negli operatori¹¹.

In America, 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'ENA, 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 generale¹². Nel documento viene dato risalto alle caratteristiche della professione, ad affermazioni di 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.

Indipendentemente da leggi e protocolli, è molto chiaro e condiviso, il concetto che la formazione è un fattore strategico per migliorare il funzionamento organizzativo dei gruppi professionali alle prese con un cambiamento.

¹¹ Bartolini N., Regazzi D., Venturini L., (2000) Una ricerca infermieristica: Burnout in pronto soccorso, ovvero il fallimento dell'autorealizzazione? *Emergency Oggi*; **3**

¹² Emergency Nurses Association, Standard del Nursing nell'Emergenza. Masson, Milano 1995, p. 136 - 143

1.2 Competenze e funzioni dell'infermiere dell'emergenza

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 da solo non lo può fare in situazioni altamente critiche, il confronto con situazioni sempre nuove ed imprevedibili, a quelle più materiali, come una più alta retribuzione economica. La motivazione più ricorrente, è la possibilità di avere un'autonomia lavorativa molto più ampia rispetto al lavoro in reparto.

Vi sono delle competenze e delle attitudini che sono richieste all'infermiere dell'emergenza; quando si trova ad essere il leader della situazione, gli spettano tutte le decisioni, dal momento in cui riceve i dati dell'evento, al momento in cui affida il paziente alle cure dell'ospedale. Appena arriva sul luogo, è necessaria una sua attenta e rapida valutazione della scena: se lo scenario non offre sicurezza, l'operatore non deve avvicinarsi alle vittime, in quanto la prima regola fondamentale che deve mettere in pratica è la sua sicurezza personale, quella dell'equipe e dei presenti. Anche se questa situazione può mettere in crisi l'operatore, soprattutto in casi di estrema necessità in cui verrebbero richieste manovre salvavita, egli è responsabile dell'equipe, e deve salvaguardare prima di tutto la propria e altrui incolumità. Una volta messa in sicurezza la scena, egli deve valutare quante persone sono coinvolte e il grado di bisogno, in modo da intervenire in base ad una logica di priorità. Spesso non si ha il tempo di ragionare con tranquillità su quello che sta succedendo, ma la gravità delle condizioni richiede all'infermiere una rapida valutazione di segni e sintomi e una messa in atto di interventi di primo soccorso, coordinando anche gli altri membri dell'equipe. In pochi minuti deve considerare la possibilità di centralizzare il paziente o di affidarlo alle cure negli ospedali di zona, la modalità di trasporto e il codice di gravità, in base ad una sua valutazione secondaria delle condizioni in cui verte il malato. Tutte queste attività richiedono celerità e precisione, poiché in emergenza anche i minuti assumono un valore diverso.

Di particolare importanza è mantenere sempre elevato il livello di attenzione: l'impegno professionale può essere talora notevole, come estrarre da un'auto un grave traumatizzato o attuare una rianimazione cardio – polmonare, altre volte i compiti affidati possono essere ripetitivi e apparentemente banali. È proprio nelle cose ritenute 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 di errore, particolare importanza è assunta da un'adeguata preparazione del personale all'esercizio della consapevolezza dei propri limiti e proprie possibilità, e dall'organizzazione del lavoro, che non dovrebbe mai essere suddiviso in turni troppo lunghi, per non creare troppa stanchezza; inoltre sono a disposizione dell'operatore dei protocolli operativi molto rigidi, di certificata efficacia, che permettono di erogare un'assistenza precisa e standardizzata.

Anche se non è compito dell'infermiere dell'emergenza extraospedaliera curare la patologia, ma concentrarsi e limitarsi sulla sintomatologia, comunque egli si confronta con individui che possono presentare le più svariate patologie; per personalizzare gli interventi, quindi, deve possedere conoscenze molto approfondite delle manifestazioni dei vari quadri clinici e delle complicanze che si possono verificare.

Un'altra attitudine fondamentale, è quella di sapersi rapportare con l'utenza. In situazioni di emergenza, non è sempre facile mantenere il contatto con tutto ciò che ruota attorno all'evento. Spesso, nella preoccupazione di svolgere al meglio il proprio lavoro, soprattutto in condizioni di particolare gravità, si tende a mantenere il sangue freddo necessario per concentrarsi sulle cure, vedendo però solo il proprio spazio pratico, tralasciando l'aspetto relazionale. L'infermiere non può e non deve mai, nemmeno in situazioni di emergenza dove l'azione assistenziale è sicuramente connotata da un alto tenore tecnologico, rinunciare al momento relazionale del proprio agire professionale, anche *nelle nostre organizzazioni sanitarie intossicate dalla tecnologia*¹³. Quando un infermiere ha molta esperienza ed è dotato di una particolare sensibilità, è più facile che riesca a cogliere la preoccupazione della

¹³ Ramacciati N., Doricchi G. (2002) L'impatto relazionale nel primo soccorso: il contenimento del caos emozionale nel Soccorso extraospedaliero. *Supplemento a Scenario*; **2**: 31 – 34

vittima e dei familiari; così, una volta praticati gli interventi di primo soccorso, può dedicare uno spazio per comunicare ai familiari che il loro caro sta ricevendo tutte le cure possibili, con gentilezza, in modo da ispirare fiducia e tranquillità, per quanto più è possibile, ma anche con franchezza, per non creare false speranze. In queste situazioni altamente stressanti, nella gente spesso emerge l'insoddisfazione per un sistema sanitario inadeguato e l'infermiere in prima linea può divenire il capro espiatorio; egli non deve lasciarsi coinvolgere in discussioni o rispondere ad eventuali contestazioni, ma dimostrare con i fatti che si cerca di fare il proprio lavoro al meglio e nel breve tempo possibile¹⁴.

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.

1.3 Lo Stress

Parlando di stress, sembra di discutere di un concetto familiare, per lo meno se si considerano le volte che se ne sente parlare nel corso della giornata, e ciò può portare a credere che non esistano problemi di comprensione o definizione. Le cose diventano più complicate quando si passa da un contesto generale, di vita quotidiana, a cercare una definizione scientifica univoca e condivisa.

Lo stress è un termine che nel tempo è stato usato in diversi modi. 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. Vari autori si sono preoccupati di chiarire il concetto, lo hanno studiato e hanno proposto delle concezioni, spesso anche molto diverse tra loro. Viene spontaneo chiedersi il perché di questa diversità. Come accade in molti settori della ricerca, gli studiosi partono dalla definizione del fenomeno che intendono esaminare e ne tracciano le caratteristiche fondamentali. Il passo successivo è quello di definire

¹⁴ Menon C., Rupolo G. Pronto Soccorso per infermieri professionali. Casa Editrice Ambrosiana, Milano 1995, p. 6 - 7

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 prospettive¹⁵. 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 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.

Questa estrema diffusione del termine, e in tal caso anche il suo abuso, comunque è una testimonianza della necessità di trovare un concetto univoco che esprima la reazione e la resistenza dell'organismo nei confronti di agenti che esercitano una pressione o una richiesta su di esso.

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

Egli definisce lo stress come "Risposta non specifica dell'organismo ad ogni richiesta effettuata su di esso". Esso può essere prodotto da una gamma estremamente ampia di stimoli, denominati "stressor", che producono essenzialmente

¹⁵ Pancheri P. Stress, emozioni, malattia. Introduzione alla medicina psicosomatica. Edizioni Scientifiche e Tecniche Mondadori, Milano 1979, p. 29 - 32

la medesima risposta biologica.

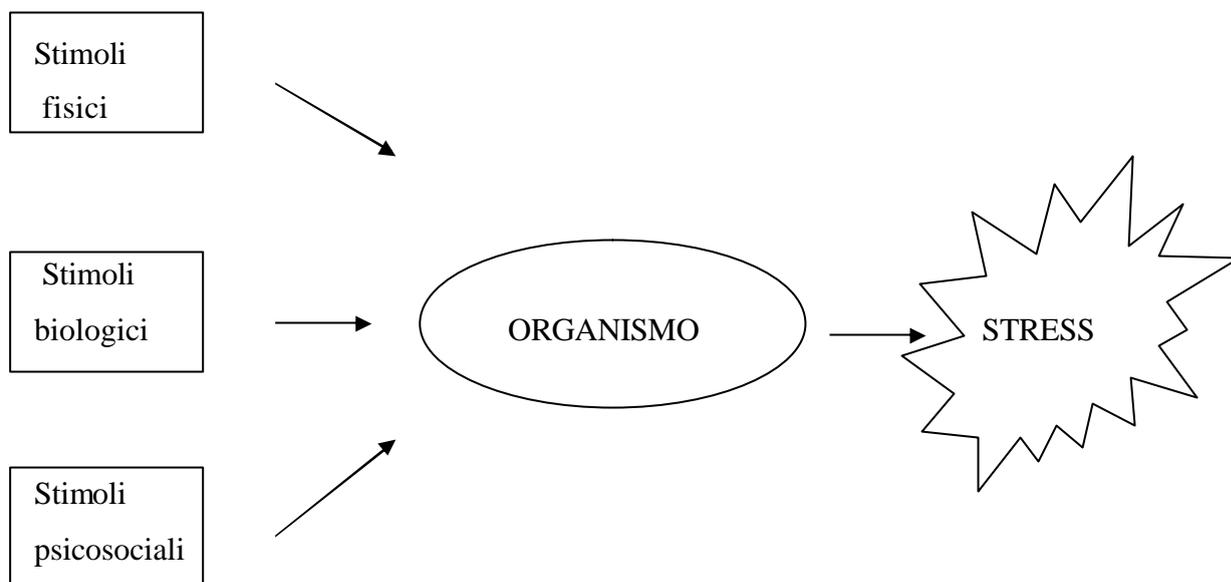


Fig. 1 Lo stress secondo Selye

“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 anatomofunzionalmente in senso stabilmente difensivo; fase di esaurimento, per cui crollano le difese ed impera un’incapacità ad adattarsi ulteriormente agli stressor.

Come si vede, quindi, lo stress è di per se stesso una reazione fisiologica, adattiva, caratteristica della vita, che può tuttavia assumere un significato patogenetico quando è prodotta in modo troppo intenso per lunghi periodi di tempo o quando è ostacolata nel suo regolare svolgimento.

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

Secondo Lazarus, un altro studioso che si è occupato dell'argomento, lo sviluppo di un'emozione è favorito dal processo di valutazione^{16 17}. La valutazione cognitiva, che comprende una valutazione primaria e una valutazione secondaria, è un processo attraverso cui viene valutato un evento rispetto a cosa è stato promesso e cosa può essere fatto. Al termine di una prima considerazione, la situazione viene definita stressante, cioè negativa, oppure non stressante, quindi positiva. Nella valutazione secondaria, si riflette su ciò che può essere fatto, per cui l'assegnazione di una colpa, di una responsabilità, ma anche la determinazione di prospettive future e le possibili strategie di coping personali, ovvero una valutazione di tipo economico, in base ai rischi – benefici che una certa situazione può determinare. Nel concreto, quindi, si può osservare che gli stimoli che raggiungono l'organismo vengono valutati cognitivamente dal punto di vista del loro significato prima di produrre una reazione emozionale. Il grado di stress che ne deriva è determinato proprio dal confronto fra cosa è stato promesso e cosa può essere fatto relativamente alla situazione.

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

1.4 Disturbo Post Traumatico da Stress

Secondo il DSM IV¹⁸, la caratteristica essenziale del disturbo post traumatico da stress (o Post Traumatic Stress Disorder, 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

¹⁶ Brunner Suddarth Concetti biofisici e psicologici nella professione infermieristica in Nursing medico – chirurgico vol. I, II edizione. Casa Editrice Milano, Milano 2001, p. 84 - 85

¹⁷ Pancheri P. Stress, emozioni, malattia. Introduzione alla medicina psicosomatica. Edizioni Scientifiche e Tecniche Mondadori, Milano 1979, p. 28 - 32

¹⁸ DSM IV. DSM IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Masson, Milano 1999, p. 468 - 469

comportare lesioni gravi o minacce all'integrità fisica di una persona. 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'evitamento persistente degli stimoli associati al trauma, l'ottundimento della reattività generale, aumento dell'arousal (insonnia, ipervigilanza, esagerate risposte di allarme, irritabilità, scoppi d'ira). A differenza del Disturbo Acuto da Stress, il quadro sintomatologico completo deve essere presente per più di un mese e il disturbo deve causare disagio clinicamente significativo e menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree lavorative.

Inizialmente, il PTSD era associato a persone che avevano vissuto un trauma in maniera diretta, come veterani di guerra e vittime di torture. Recentemente, i ricercatori hanno dimostrato che questa sindrome può svilupparsi in persone che sono testimoni di eventi drammatici nell'ambiente lavorativo, come personale che lavora in ambulanza e vigili del fuoco¹⁹.

Molto spesso, secondo la visione comune, l'operatore dell'emergenza viene visto come un super uomo. Si è convinti che dovendo sopportare quotidianamente la visione di corpi straziati e persone sofferenti, egli sia dotato di particolari caratteristiche. È proprio attingendo da questa visione che Frighi e Cuzzolaro (1991) parlano di Macho Man Style, ovvero l'idea che l'operatore del soccorso extraospedaliero possa svolgere la propria missione perché coperto da una corazza psicologica, che gli permette di andare avanti senza conseguenze. Anche negli stessi operatori si crea una sorta di autoconvincimento di essere degli eroi. Questo può portare ad una prima sovrastima delle proprie capacità professionali, intervenendo senza aspettare che la scena sia in sicurezza, perciò aumentando il rischio di infortuni. Lo stesso modello può essere deleterio anche dal punto di vista psicologico, soprattutto in situazioni con esito negativo, poiché il rischio è quello di far scaturire sentimenti di inutilità, inadeguatezza, tradimento del modello eroico²⁰. Anche Alexander e Wells (1991) sottolineano la convinzione comune dello stereotipo del soccorritore

¹⁹ Laposo J. M., Alden L.E., Fullerton L.M. (2003) Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel (CE). *Journal of Emergency Nursing*; **29** (1): 23 – 28, 87 - 92

²⁰ Monti M. 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

come qualcuno dalle infinite risorse, immune dall'impatto del trauma²¹. 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, in questo caso, 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 provocare²².

Di fronte a queste situazioni traumatiche, le reazioni di stress sono da considerarsi un normale comportamento dell'individuo, e derivano dal fatto che l'operatore si trova a dover aiutare o cercare di aiutare chi è traumatizzato, chi ha subito un attacco psicologico dal trauma, oltre che un danno fisico. 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.

In uno studio condotto tra il personale del soccorso extraospedaliero svedese²³, si è cercato di capire la prevalenza dello stress post traumatico all'interno del gruppo di operatori. La ricerca è stata condotta su un campione di 500 infermieri di ambulanza attraverso l'utilizzo di due differenti strumenti, l'Impact of Event Scale (IES – 15) e il Post Traumatic Symptom Scale (PTSS – 10). Dalla ricerca è emerso che 223 infermieri dei 362 che hanno risposto al questionario, hanno sviluppato sintomi di PTSD.

²¹ Moran C., Massam M. (1997) An evaluation of humor in emergency work. *Australian Journal of Disaster and Trauma Studies*; **3**

²² Monti M. 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

²³ Jonsson A., Segesten K., Mattsson B., (2003) Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*; **20**: 79-84

Anche Laposa, Alden e Fullerton (2003) in uno studio recente²⁴, hanno sottoposto 51 infermieri del servizio dell'emergenza di un ospedale di una metropoli canadese, ad un questionario volto a misurare la prevalenza di Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) e a dimostrare la relazione tra stress lavorativo e severità dei sintomi del disturbo. L'implicazione pratica del seguente lavoro è quella di aiutare a cambiare un clima lavorativo non sempre ottimale, incluso il miglioramento della partecipazione dell'amministrazione ospedaliera, e di dare un significativo contributo nel diminuire l'incidenza di PTSD.

Dallo studio di Laposa et al. emerge che il 67% dei partecipanti hanno sviluppato sintomi di PTSD. Gli stessi sono convinti di non aver ricevuto un supporto dall'amministrazione ospedaliera nel seguire gli eventi traumatici e il 20% dichiara di prendere in seria considerazione il cambio di professione, poiché lo considera l'unica soluzione al problema. Il 18% dei partecipanti dichiara di aver seguito gli incontri di debriefing e di non aver cercato altro aiuto esterno per superare le proprie angosce; nonostante ciò, chiedono all'amministrazione più sostegno per quanto riguarda i conflitti sorti nell'ambiente lavorativo e con l'organizzazione.

Da questi studi si può dedurre che il PTSD è un problema molto rilevante, da prendere in seria considerazione.

1.5 Fattori fonte di stress per l'operatore di emergenza

Il personale infermieristico che lavora nel settore dell'emergenza, o in reparti di terapia intensiva, vive un'intensa relazione con persone che stanno vivendo una situazione di criticità comparsa improvvisamente e spesso drammatica. I pazienti e i familiari possono portare in sé molti problemi, pensieri, ansie, che inevitabilmente riversano sul personale, proprio per un'esigenza di trovare ascolto, amplificata dalla rottura di una precedente omeostasi che la situazione di emergenza ha creato. Il contatto continuo con questo tipo di richieste, può generare nell'operatore uno stato di stress cronico, che può condurre anche ad esaurimento emozionale²⁵.

²⁴ Laposa J. M., Alden L.E., Fullerton L.M. (2003) Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel (CE). *Journal of Emergency Nursing*; **29** (1): 23 – 28, 87 - 92

²⁵ Gillespie M., Melby V. (2003) Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study. *Journal of Clinical Nursing*; **12** (6): 842 - 851

Vi sono studi che hanno indagato l'influenza di alcune variabili nel generare stress nell'operatore, infatti le stesse situazioni, vissute nello stesso momento da persone diverse, vengono percepite in modi differenti.

Innanzitutto è stata presa in considerazione la personalità. Una particolare branca della psicologia, la "psicologia della sciagura", si occupa del comportamento dell'individuo coinvolto nella sciagura²⁶. Il comportamento dell'uomo non è guidato solo dal pensiero cosciente e dalla volontà, ma è influenzato anche da forze psichiche inconscie. In un momento particolare, quale può essere quello di un incidente o di un malore, nel quale influiscono sull'individuo molteplici stimoli negativi, queste forze si manifestano con maggior intensità, assumendo un ruolo determinante sul comportamento. Non di rado si possono verificare reazioni riflesse spesso del tutto contrarie alle necessità del momento con perdita del controllo, attacchi di panico o, al contrario, con assenza di reazione e assoluta immobilizzazione. Da ciò si può dedurre che chiunque partecipi ad un avvenimento sconvolgente, subisce in misura maggiore o minore una forte scossa psichica. La reazione a questo tipo di insulto, dipende molto dalla predisposizione emotiva del momento, dall'educazione e dalle condizioni psicofisiche, per cui una persona vive l'accaduto secondo una prospettiva del tutto personale. Questi aspetti possono essere calati anche nel contesto dell'emergenza. Anche per un infermiere esperto e qualificato, è molto difficile entrare immediatamente nella situazione con lucidità e chiarezza, impegnando subito pensieri e azioni negli atti richiesti dall'intervento. Perciò, giunto sulla scena dell'evento, subirà un certo grado di shock, che può essere più o meno intenso a seconda dell'esperienza e della capacità personale di autocontrollo e sangue freddo.

Un tipo di personalità aggressiva, competitiva, che vive la vita con un senso di urgenza sempre pressante, ha più facilmente delle reazioni di forte ansia e insicurezza sociale, rispetto a chi è per natura calmo, sereno e paziente^{27 28}. Altre personalità a rischio sono quelle dipendenti e insicure, che hanno sempre bisogno di avere il consiglio di un altro collega, perché si sentiranno sempre inadeguate alla

²⁶ Ehler J.B. Manuale dell'emergenza per il personale paramedico. Piccin, Padova 1984, p. 261 - 263

²⁷ Fravetto G. Lo stress nelle organizzazioni. Il Mulino, Bologna 1994, p. 192 - 193

²⁸ Heyworth J., Whitley T.W., Allison E.H., Revicki D.A. (1993) Correlates of work – related stress among consultants and Senior Registrars in Accident and Emergency Medicine. *Arch Emerg Med*; **10** (4)

situazione e qualora l'evento fosse pesante psicologicamente, il senso di colpa impedirebbe di analizzare razionalmente la realtà.

Un'altra variabile considerata è l'anzianità di servizio. Rispetto a questa variabile dalla revisione della letteratura emergono dei risultati contrastanti. Secondo alcuni autori^{29 30 31 32 33}, l'esperienza lavorativa sembra essere un fattore protettivo per lo sviluppo di disturbi legati allo stress. Infatti, l'esperienza accumulata negli anni, rende gli operatori più preparati ad affrontare le più svariate situazioni, più abituati a fare i conti con i propri sentimenti; il livello di ansia è più basso, così come il rischio di commettere errori legati all'inesperienza. Al contrario, meno anni di servizio sembrano portare ad essere più vulnerabili, meno preparati a controllare le emozioni, quindi più soggetti a stress occupazionale.

Questi risultati non concordano con quelli di altri studi^{34 35}. La ricerca di Jonsson et al. (2003) evidenzia, infatti, come la responsabilità principale dei disturbi sia da attribuirsi all'esposizione continua a situazioni di sofferenza e alla morte, perciò l'anzianità di servizio rappresenta un fattore predittivo per lo sviluppo dei sintomi. Questo aspetto è confermato anche nello studio di O'Connor e Jeavons (2003), condotto recentemente in Australia, con l'obiettivo di determinare i tipi di eventi clinici percepiti come critici dagli infermieri e se queste percezioni, queste esperienze fossero associate con alcune variabili. La ricerca è stata condotta su un campione di 574 infermieri di un ospedale di Melbourne in Australia, fra cui erano stati inclusi sia i professionisti impiegati a tempo pieno presso l'ospedale considerato, sia docenti infermieri e dirigenti infermieristici. Da questo studio emerge inoltre che la variabile sesso può influenzare la percezione e reazione all'evento stressante. Gli autori hanno messo in evidenza che le infermiere

²⁹ Zani B., Cicognani E. *Psicologia della salute*. Il Mulino, Bologna 2000, p. 159 - 169

³⁰ Marmar C.R., Weiss D.S., Metzler T. J., Delucchi K. (1996) Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *American Journal of Psychiatry*; **153** (7): 94 - 102

³¹ Heyworth J., Whitley T.W., Allison E.H., Revicki D.A. (1993) Correlates of work – related stress among consultants and Senior Registrars in Accident and Emergency Medicine. *Arch Emerg Med*; **10** (4)

³² Fain R.M., Schreier R.A. (1989) Disaster, Stress and Doctor. *Medical Education*; **23**: 91 - 96

³³ ibidem

³⁴ Jonsson A., Segesten K., Mattsson B. (2003) Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*; **20**: 79-84

³⁵ O'Connor J. & Jeavons S. (2003) Nurses' perceptions of critical incidents. *Journal of Advanced Nursing*; **41** (1): 53-62

percepiscono maggiormente la criticità degli eventi, rispetto ai loro colleghi maschi, che invece riescono a mantenere un certo distacco. Uno dei motivi di questa differenza, è stato ricercato nel modo diverso che ha la collettività di dare spazio all'espressione dei sentimenti di uomini e donne; infatti, nella società, il maschio non è aiutato ad esprimere ciò che prova, per un discorso culturale che affonda le radici nel modello del padre-padrone del passato. Questo aspetto non trova, invece, conferma nello studio di Burns e Harm (1993).

Dalla revisione della letteratura emerge notevole coincidenza negli studi che hanno indagato quali siano i fattori fonte di stress per gli operatori dell'emergenza. Fattori citati in diversi studi è l'imprevedibilità^{36 37 38}. L'operatore non sa preventivamente quando verrà chiamato per l'intervento, quante uscite dovrà fare in un giorno, dove dovrà andare, quante persone possono essere coinvolte, la gravità del soccorso, l'esito delle sue cure. Una volta arrivato sul luogo dell'evento, l'infermiere in possesso solamente delle informazioni date dall'operatore della centrale operativa, spesso frammentarie e sintetiche, deve capire com'è in realtà la situazione. Considerando il fatto che deve agire con tempestività e precisione, i protocolli clinici di gestione sono effettivamente necessari, per ridurre il margine di errore che nella fretta può essere decisivo, anche se possono togliere spazio alla capacità personale. Jonsson e Segesten (2003) hanno condotto, sempre in Svezia, uno studio fenomenologico allo scopo di studiare l'essenza delle esperienze traumatiche tra gli infermieri del soccorso extraospedaliero. Intervistando più di duecento tra infermieri e soccorritori, sono state indagate le emozioni provate nella gestione degli eventi traumatici. Al termine della compilazione del questionario, era richiesto ai partecipanti di descrivere un particolare evento, che era stato vissuto come traumatico. Il filo conduttore delle rivelazioni è stata anche l'impossibilità di essere preparati preventivamente a subire dei traumi così imprevisi ed intensi. Le emozioni più forti sono quelle che si presentano proprio sulla scena dell'incidente, cioè nel momento dell'impatto diretto con l'imprevisto e con l'incognito. Infatti, gli operatori

³⁶ Helps S. (1997) Experiences of stress in Accident and Emergency nurses. *Accident and Emergency Nursing*; **5**

³⁷ James A. (1988) Perceptions of stress in British ambulance personnel. *Work e Stress*; **2** (4)

³⁸ Jonsson A., Segesten K., (2003) The meaning of traumatic events as described by nurses in ambulance service. *Accident and Emergency Nursing*; **11**: 141-152

devono rispondere alla chiamata di soccorso senza la possibilità di prepararsi a questo. Nel momento dell'arrivo sul posto, l'infermiere ha poco tempo per rendersi conto della situazione, della sicurezza della scena, della sofferenza che trova, fare triage tra le persone coinvolte, accertarsi delle loro condizioni, dei deceduti, delle vittime che muoiono durante le misure rianimatorie. Nel frattempo deve coordinare anche il lavoro dell'equipe, gestire gli astanti, comunicare con la centrale operativa; in tutta questa frenesia, i sentimenti lavorano ad un livello sottile, inconscio.

Questa incertezza che fa da filo conduttore, se da una parte può essere lo stimolo che tiene sempre alta la passione per il lavoro, la spinta che fa sentire vivi, dall'altra parte, a lungo andare, può creare disagio e alienazione.

Un altro elemento indagato è la tipologia di utenza che il personale si trova a soccorrere. Il soccorso a vittime giovani, a maggior ragione coetanei e bambini sono in assoluto le situazioni maggiormente emerse dagli studi ^{39 40 41}. Quando si lavora per salvare un giovane, c'è un maggior desiderio che tutto vada a buon fine, si vede il lungo percorso di vita che c'è ancora davanti, si "respira" la speranza; per questo motivo, qualsiasi fallimento viene vissuto in un modo ancora più negativo.

Nello studio di O'Connor e Jeavons, i primi due incidenti considerati più critici in assoluto dagli infermieri, riguardano in particolare la morte e gli abusi sessuali sui bambini. Anche Burns e Harm (1993)⁴², avevano identificato la morte dei bambini e quella dei colleghi infermieri, come fattori più stressanti per gli infermieri, su una lista di 18 eventi clinici, e con conseguenze psicologiche importanti.

Altra situazione in cui l'impatto relazionale rappresenta un momento estremamente stressante è quello del soccorso ai pazienti psichiatrici⁴³. L'approccio e la tensione sono diversi a seconda che il paziente sia collaborante o non collaborante. Nel primo caso, il paziente si rende conto del proprio stato in quanto non ha perso totalmente il contatto con la realtà, e spesso le manifestazioni psichiche e psicosomatiche sono

³⁹ Cudmore J. (1996) Preventing Post traumatic stress disorder in accident and emergency nursing (a review of the literature). *Nursing in Critical Care*; **1** (3)

⁴⁰ O'Connor J. & Jeavons S. (2003) Nurses' perceptions of critical incidents. *Journal of Advanced Nursing*; **41** (1): 53-62

⁴¹ Jonsson A., Segesten K., Mattsson B. (2003) Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*; **20**: 79-84

⁴² O'Connor J. & Jeavons S. (2003) Nurses' perceptions of critical incidents. *Journal of Advanced Nursing*; **41** (1): 53-62

⁴³ Ramacciati N., Doricchi G. (2002) L'impatto relazionale nel primo soccorso: il contenimento del caos emozionale nel Soccorso extraospedaliero. *Supplemento a Scenario*; **2**: 31 - 34

l'espressione di una richiesta di aiuto non strutturata; la persona esprime in un modo non convenzionale il suo stato di malessere. In questo caso proporre semplici atti diagnostici, quali misurare la pressione arteriosa o la temperatura corporea, può essere un tipo di approccio che dovrebbe riuscire a moderare lo stato di agitazione del paziente; sentendosi considerato un "malato normale", percepisce che gli viene data risposta alla sua richiesta di aiuto. In questo modo anche l'operatore, trovandosi di fronte ad una persona tranquilla, può gestire serenamente l'assistenza, senza commettere l'errore di rispondere violentemente, alimentando l'aggressività del paziente. Diverso è il caso in cui il paziente non sia collaborante. In questo caso egli si sente minacciato da tutto ciò che lo circonda, operatore compreso, tanto che la sua reazione violenta rappresenta proprio un meccanismo di difesa. La difficoltà nella gestione della situazione sta nel fatto di dover sdrammatizzare per distogliere l'aggressività del paziente, in modo da trovare un canale di comunicazione per offrire aiuto senza scatenare reazioni violente. Il controllo emotivo, la calma e la sicurezza dell'operatore in questo caso sono determinanti, ma non sempre facili da mettere in pratica, poiché la tensione che si respira è veramente forte e la possibilità di commettere errori nella comunicazione, compromettendo la buona riuscita dell'intervento, è decisamente alta.

Alcuni autori hanno parlato di stress correlato al ruolo^{44 45 46 47}. Dopo l'abolizione del mansionario, la figura dell'infermiere non è stata ben definita, ma è stata lasciata un po' in autogestione. Il desiderio di autonomia, la gratificazione di essere solo con l'utente a scegliere il codice di accesso al pronto soccorso, si accompagna al timore della responsabilità della scelta, finora delegata al medico. Altrettanto, una frequente sensazione riportata da alcuni infermieri⁴⁸, è quella di far parte di una catena di montaggio in cui si fa tutto a tutti. Questo, se per certi versi risulta rassicurante, in quanto si sa già in che modo agire, per alcuni è avvertito come

⁴⁴ Veronesi I. (1999) Burnout in pronto soccorso: la realtà di Imola. *Emergency Oggi*; **5** (28)

⁴⁵ DPR 27 marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza"

⁴⁶ Paton D. (1989) Disaster and helpers: psychological dynamics and implications for counselling. *Counselling Psychology Quarterly*; **2** (3): 303 - 321

⁴⁷ Cangiano G., Paleani R. (2003) Dal mansionario all'autonomia. Triage e formazione nel processo di cambiamento della professione infermieristica. *Scenario*; **20** (3): 21 - 24

⁴⁸ ibidem

rischio di essere relegati ad un ruolo meramente esecutivo e subordinato, in cui viene perso il senso del lavoro e del processo organizzativo.

Un altro fattore di stress riportato in letteratura, riguarda gli aspetti organizzativi. Nello studio di O'Connor e Jeavons (2003), infatti, è emerso che situazioni che creano ansia nel personale dell'emergenza possono essere l'insufficiente numero di risorse umane e il sovraccarico di lavoro a cui sono sottoposti gli infermieri soprattutto negli ultimi anni e, non da ultima, l'incapacità di poter provvedere alle cure secondo gli standard previsti, sempre a causa di mancanza di risorse, tempo e personale. Il forte senso di stanchezza che il gruppo infermieristico avverte e che attribuisce proprio al sovraccarico di lavoro, a causa della discrepanza tra richieste e mancanza di personale, e alla mancanza di tempo, può essere anche indice di un insoddisfatto rapporto con il proprio oggetto di lavoro. Alle prese con i ritmi incalzanti, l'infermiere sente di perdere di vista sia la relazione con l'utente, sia la cura degli aspetti tecnici della professione che spesso motivano la scelta di lavorare in emergenza, sopraffatti dalle procedure e dalla mole di lavoro burocratico da svolgere.

Questo aspetto è emerso anche nello studio di Cantelli sullo stress psicologico degli operatori del soccorso della provincia di Ferrara. La prima indagine è stata condotta su un campione di 50 operatori del 118; la seconda su un campione di 44 professionisti del Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera. Con alcune minime differenze derivanti dal diverso ambito lavorativo, è arrivato a concludere che i fattori di stress sono molto simili negli operatori del soccorso. In particolare sono emersi la non differibilità delle prestazioni sanitarie, in quanto costringe l'infermiere a prendere delle decisioni assistenziali in breve tempo, con un alto rischio di errore; la variabilità e rapidità del quadro clinico, caratteristica peculiare del paziente critico; la necessità di alti livelli di performance derivante proprio dall'imprevedibilità del momento. Tutto ciò crea nell'operatore uno stato di tensione costante, che può essere definita come ansia da prestazione, a maggior ragione nell'infermiere del soccorso extraospedaliero, dove le risorse sono limitate e dove spesso si trova da solo ad affrontare il ragionamento diagnostico necessario, senza avere la possibilità di potersi

confrontare con un collega.

Questa situazione spesso è alimentata o può essa stessa alimentare conflitti di gruppo già presenti all'interno dell'equipe. I conflitti che possono nascere all'interno del gruppo di lavoro derivano dalla difficoltà comunicativa tra i membri dell'equipe, dai conflitti di ruolo che sono stati discussi in precedenza, dalle relazioni con le varie figure professionali presenti. Anche l'assenza di feedback riguardo al lavoro che si svolge, può portare a disorientamento: non si sa come si sta procedendo, e da ciò può derivare una perdita di motivazione al lavoro. Ricevere dei feedback sia da parte dei colleghi, sia da parte degli utenti stessi sul proprio modo di lavorare e di rapportarsi, sarebbe importante per alimentare la passione al lavoro e per migliorare aspetti della propria professionalità che devono essere rivisti. Inoltre, il confronto fra i diversi professionisti assume un ruolo importante nel risolvere i conflitti che potrebbero nascere fra colleghi.

Il rischio lavorativo è un problema che, rispetto ad un infermiere di reparto, chi opera nel soccorso extraospedaliero sente maggiormente. Le misure di sicurezza rivestono, in questo caso, un ruolo ancora più importante; risultano essere un modo per ridurre al limite il margine di errore. Infatti, il "rischio zero" non esiste, esiste un pericolo più o meno grande, più o meno imminente, con conseguenze che possono essere lievi o fatali, ma le innumerevoli situazioni che si possono incontrare sul territorio, portano ad uno stato di continua incertezza⁴⁹.

Le reazioni dell'operatore al momento dell'arrivo sulla scena dell'intervento, sono state descritte in alcuni degli studi considerati. L'aspetto comune, condiviso da tutti gli autori è una forte identificazione sia con la vittima, soprattutto in caso si tratti di coetanei, ma anche con i parenti ed i genitori, nel caso si tratti di pazienti pediatrici. O'Connor e Jeavons (2003) hanno evidenziato che l'identificazione degli operatori con le piccole vittime dipende dalla percezione che gli infermieri hanno della loro vulnerabilità e fragilità; inoltre non possono fare a meno di preoccuparsi degli effetti a lungo tempo che le violenze hanno su di loro. Se questo fenomeno, in parte, può essere anche un meccanismo cognitivo positivo per ridurre preoccupazione e ansia, paragonabile alla naturale identificazione dei piccoli con i

⁴⁹ Guidetti A., Serantoni C., Menarini M. Il sistema 118 e la Centrale Operativa. Mac Graw Hill, Milano 1999, p. 45 - 48

genitori, può rappresentare anche un rischio. Il problema sta proprio nel fatto di non sapere poi come ricreare quella distanza tra sé e il malato, come capire che si tratta di un “come se” e non di un “sta succedendo proprio a me”; infatti, l’empatia è la condizione necessaria per stare vicino a chi soffre, ma se non si impara ad educarla, può essere devastante⁵⁰.

Altri sentimenti che emergono dallo studio di Jonsson et al. (2003) sono quelli di forte compassione, di inadeguatezza e impotenza di fronte alla gravità delle condizioni e quando l’esito del soccorso è infausto. In questo caso è difficile mantenere una distanza emotiva, professionale.

Sempre nello studio di Jonsson et al. (2003) si accenna anche al ruolo della folla. Anche se gli astanti sembrano giocare per molti un ruolo importante nel creare ansia durante gli interventi, quando lavorano sulla scena dell’evento, gli operatori raccontano di essere così concentrati sull’aiuto che stanno fornendo alle vittime, che perdono di vista ciò che esiste esternamente alla loro missione; il coinvolgimento emozionale è forte a tal punto che si restringe anche il campo visivo. È anche per questo motivo che un certo impegno emotivo aiuta a non lasciarsi distrarre da fattori esterni.

1.6 Strategie di coping

I comportamenti e gli interventi intesi a prevenire conseguenze patologiche legate allo stress costituiscono un gruppo di strategie molto ampio individuato con il termine inglese di “coping”, ovvero “strategie di fronteggiamento”, proposta da Lazarus negli anni Sessanta⁵¹.

Secondo Lazarus, l’adattamento è dato dagli sforzi cognitivi e comportamentali messi in atto dagli individui per soddisfare le specifiche richieste, interne ed esterne, che provano le risorse del loro organismo. Si può agire in due modi, ovvero concentrarsi sull’emozione o sul problema. Le strategie di adattamento incentrate sull’emozione cercano di migliorare lo stato d’animo della persona diminuendo lo stress emotivo da essa provato; le strategie di adattamento incentrate sul problema

⁵⁰ Jonsson A., Segesten K., Mattsson B. (2003) Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*; **20**: 79-84

⁵¹ Novara F., Sarchielli G. *Fondamenti di psicologia del lavoro*. Il Mulino, Bologna, p. 303 - 304

mirano invece a gestire il problema che è causa di afflizione. Generalmente, in una situazione stressante vengono attivate entrambe le strategie. La situazione si complica nel caso in cui la reazione emozionale scatenata dall'evento venga gestita e controllata da meccanismi di difesa particolarmente intensi. In questo caso l'intensa stimolazione emozionale non affiora, e può verificarsi una reazione psicosomatica⁵². In una realtà operativa, come quella dell'emergenza extraospedaliera o del pronto soccorso, sospendere la propria azione e dedicare un tempo alla riflessione su ciò che si sta facendo, può apparire insolito e minaccioso. Proprio per questo, si avverte forse più che in altri reparti la necessità di avere anche un luogo fisico, che possa costituire una sosta dall'emergenza, uno spazio per il solo pensiero, dal quale riprendere poi l'azione, in maniera forse anche più consapevole.

Nello studio descrittivo – qualitativo di Jonsson A., Segesten K., (2003)⁵³, 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.

Vari autori si sono occupati di strategie di coping per l'operatore dell'emergenza. Secondo Jonsson, Segesten e Mattsson (2003)⁵⁴, per smaltire la tensione accumulata e non metabolizzata, sarebbe utile agli operatori un periodo di allontanamento dal lavoro o di trasferimento in un reparto non di emergenza. Inoltre suggeriscono l'opportunità di organizzare debriefing tra gli operatori, per dar loro modo di parlare, per poter superare il trauma subito, confrontandosi con i propri pari.

⁵² Pancheri P. Stress, emozioni, malattia. Introduzione alla medicina psicosomatica. Edizioni Scientifiche e Tecniche Mondadori, Milano 1979, p. 274 - 275

⁵³ Jonsson A., Segesten K. (2003) The meaning of traumatic events as described by nurses in ambulance service. *Accident and Emergency Nursing*; **11**: 141-152

⁵⁴ Jonsson A., Segesten K., Mattsson B. (2003) Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*; **20**: 79-84

La necessità di dare spazio agli operatori per condividere fra di loro i propri sentimenti, è sottolineata dagli stessi autori anche in altri studi⁵⁵, e in quest'occasione parlano anche del ruolo importante che spetta all'organizzazione sanitaria nel saper controllare il più possibile le fonti di stress degli infermieri, o per lo meno dare l'opportunità di incontri frequenti per evitarne le conseguenze.

Secondo O'Connor e Jeavons (2003)⁵⁶, 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).

Un aspetto largamente condiviso dagli autori, è la necessità di dare spazio agli infermieri per poter parlare delle loro difficoltà. Questo spazio non deve essere lasciato in autogestione, ma deve essere ben strutturato. Uno degli strumenti più accreditati per soddisfare le esigenze di intervenire nelle situazioni di grave stress è il *Critical Incident Stress Management*, ideato da Mitchell ed Everly negli anni Ottanta⁵⁷. All'interno del programma, una parte importante è assunta dal *Critical Incident Stress Debriefing (CISD)*. Questo metodo di intervento ha lo scopo di prevenire lo stress lavorativo nei reparti di emergenza. In particolare, le ricerche svolte per testare la validità dello strumento hanno evidenziato che:

- Il Debriefing permette di preparare i partecipanti a far fronte in futuro ai sintomi conseguenti l'elevato stress;
- Il Debriefing aiuta i partecipanti ad accettare i loro sentimenti ed eventuali sintomi manifesti;
- I partecipanti al Debriefing si supportano a vicenda;
- Parte dei problemi considerati vengono risolti (es. sensi di colpa);

⁵⁵ Jonsson A., Segesten K., (2003) The meaning of traumatic events as described by nurses in ambulance service. *Accident and Emergency Nursing*; **11**: 141-152

⁵⁶ O'Connor J. & Jeavons S. (2003) Nurses' perceptions of critical incidents. *Journal of Advanced Nursing*; **41** (1): 53-62

⁵⁷ Monti M. 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

- I partecipanti si sentono rassicurati nell'esprimere i propri stati d'animo e scoprono che non sono dissimili da ciò che provano i colleghi;
- Ognuno è libero di esprimere ciò che sente, oppure può decidere di stare solo ad ascoltare. (Lanning, 1987)⁵⁸

Il CISD prevede 7 differenti fasi:

1. Introduzione. Il Debriefing si presenta ai partecipanti e spiega cosa verrà fatto.
2. Fase cognitiva. Senza far emergere le emozioni, compito questo del Debriefing, il partecipante illustra l'evento, ciò che ha visto, sentito e fatto, mantenendo il racconto su un piano assolutamente cognitivo.
3. Ricerca dei pensieri. Da una dimensione esclusivamente cognitiva, si passa ad un livello emozionale, cercando di unire i fatti con gli stati d'animo.
4. La cosa più terribile. L'attenzione viene concentrata sul momento più brutto dell'intervento, in particolare vengono descritti dettagliatamente sentimenti e sensazioni corporee provate in quel momento.
5. Naturale reazione. Il Debriefing informa il partecipante che la sua reazione di fronte all'evento che ha vissuto è quella di una persona sana di fronte ad uno stressor molto forte. Dopodiché si descrivono i sintomi che vengono vissuti normalmente dopo un evento critico.
6. Consigli su come comportarsi. Vengono dati dei consigli pratici per metabolizzare con maggiore velocità il proprio malessere (es. alimentazione equilibrata, evitare alcool, droga e farmaci ansiolitici, ...).
7. Chiusura. Nell'ultima fase, si cerca di capire e dare un senso all'evento vissuto. Spesso viene accompagnato anche da un gesto rituale.

L'effettivo beneficio prodotto dall'utilizzo del CISD è stato studiato da vari autori⁵⁹. Ad esempio, dallo studio di Nancy Bohl nel 1988 è emerso che i soggetti che si erano sottoposti al debriefing, risultarono significativamente meno depressi, meno nervosi e presentavano minori sintomi legati allo stress. Ogden Rogers, in uno studio del 1993, ha riscontrato che il 70% di coloro che si erano sottoposti al Debriefing riportavano sintomi minori di PTSD rispetto ai loro colleghi che non

⁵⁸ ibidem

⁵⁹ ibidem

facevano parte del gruppo sperimentale. Inoltre, negli stessi infermieri si era generato un incremento di sentimenti di autocontrollo nei confronti degli eventi critici. Altri studi simili sono arrivati alla medesima conclusione che il debriefing psicologico permette effettivamente di ridurre i segni e sintomi causati da distress.

Anche nelle nostre realtà italiane si sono mossi i primi passi.

In Trentino, all'interno di una tesi di laurea, è stata condotta un'indagine su un gruppo di infermieri del 118 Trentino Emergenza, per conoscere la rilevanza del bisogno di esprimere le proprie sensazioni emotive riguardo agli eventi critici e per rilevare il grado di consapevolezza degli infermieri sull'utilità del debriefing. Dall'indagine emerge il problema di uno spazio dedicato, del contesto adatto e di un gruppo che supporti il personale affinché lo stesso lavori per un obiettivo comune. Esiste la consapevolezza degli infermieri sull'utilità del debriefing, sebbene non sia stata fatta una richiesta ufficiale di un supporto psicologico, mancanza imputabile ad una possibile mancata presa di coscienza concreta da parte degli infermieri e dell'amministrazione dei danni in cui potrebbero incorrere.

In Emilia Romagna⁶⁰, 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, per interiorizzarlo, per creare le basi per una presa in carico più strutturata del problema e delle sue conseguenze. Questa attenzione era motivata e largamente 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 potrebbero essere condivise da tutti, ha arricchito i partecipanti, che hanno manifestato la loro soddisfazione anche attraverso un questionario di

⁶⁰ Venturini L. (2002) Non solo psico-formazione. *Emergency Oggi*: **nov**

gradimento. Questa iniziativa ha acceso nel nostro paese i riflettori su aspetti della professione sanitaria dell'emergenza, che in altre parti del mondo sono largamente trattati.

CAPITOLO 2: RICERCA SULLO STRESS E SULLE STRATEGIE DI COPING DEGLI INFERMIERI DEL SOCCORSO EXTRAOSPEDALIERO

2.1 Progetto di ricerca

2.1.1 Disegno di ricerca: obiettivo e quesiti

Lo scopo di questo progetto di ricerca di tipo qualitativo descrittivo, è quello di indagare quali siano i fattori fonte di stress e le reazioni degli operatori dell'emergenza extraospedaliera. In particolare, i quesiti di tesi sono:

- ✍ Quali situazioni sono percepite come maggiormente stressanti dagli infermieri che operano nei servizi di emergenza extraospedaliera?
- ✍ Quali sono le reazioni scatenate prevalentemente da queste situazioni?
- ✍ C'è stata una modifica nelle reazioni nel corso dell'esperienza lavorativa?
- ✍ Quali strategie hanno aiutato l'operatore a far fronte a tali situazioni?
- ✍ Ci sono altre strategie che l'operatore individua come utili per gestire queste situazioni individuate?

2.1.2 Materiali e metodi

STRUMENTO DI RACCOLTA DATI

Come strumento di raccolta dati, è stata preparata un'intervista a domande aperte, che ripropongono i quesiti di tesi (Allegato 1), creata prendendo come riferimento quella utilizzata nello studio citato di Jonsson A. e Segensen K., del 2003⁶¹. In questo studio alcuni infermieri dell'emergenza extraospedaliera descrivevano come avevano vissuto un particolare evento traumatico. Prima di iniziare la raccolta dati, lo strumento è stato testato su due operatori del servizio dell'emergenza extraospedaliera di Trento. A seguito di questo studio pilota, lo strumento non è stato modificato, poiché le domande sono risultate comprensibili e mirate.

⁶¹ Jonsson A., Segesten K., (2003) The meaning of traumatic events as described by nurses in ambulance service. *Accident and Emergency Nursing*; **11**: 141-152

CAMPIONE DI INDAGINE

Il campione è formato da 10 infermieri della realtà italiana dell'Emilia Romagna, che lavorano presso l'Unità Operativa - 118 Ravenna soccorso. Il campione è casuale, ed è rappresentato dagli infermieri di ambulanza, sono stati esclusi dall'indagine gli operatori di centrale addetti alla ricezione delle chiamate e alla gestione dei mezzi di soccorso; se un infermiere è impiegato in entrambe le attività veniva incluso nel campione.

PROCEDURA

Allo scopo di garantire la riservatezza, le interviste sono state condotte in forma anonima, con partecipazione volontaria dei partecipanti contattati personalmente dal ricercatore. Gli operatori non sono stati preventivamente informati sul tipo di indagine che sarebbe stata svolta. Le interviste, con durata media di 20 minuti, sono state condotte personalmente dal ricercatore, audioregistrate dopo aver recepito il consenso dei partecipanti e successivamente trascritte in maniera integrale.

2.1.3 Definizione delle categorie di analisi

La revisione della letteratura e lo studio pilota hanno permesso di individuare e costruire la griglia con le categorie di analisi per la decodifica delle interviste. Le variabili utilizzate sono suddivise in sei categorie:

1. Fattori fonte di stress
2. Reazioni emotive e sentimenti dell'operatore durante il soccorso
3. Reazioni dell'operatore dopo il soccorso
4. Strategie utilizzate per far fronte alla situazione che genera stress
5. Cambiamento negli anni nel modo di reagire di fronte all'evento
6. Strategie proposte dagli operatori

2.2 Risultati

Sono stati intervistati in totale sei maschi e quattro femmine di età media pari a 38 anni. Gli anni di servizio presso il 118 vanno da pochi mesi, anche se con più di 10 anni di esperienza lavorativa in reparto (due operatori) fino a 14 anni di soccorso (1 solo caso); la maggior parte degli operatori sono impiegati al 118 da un periodo compreso tra 2 e 7 anni.

Tutti gli infermieri hanno avuto precedenti esperienze lavorative in reparti prevalentemente chirurgici, per una media professionale di circa 16 anni; tutti hanno svolto un periodo lavorativo per più di un anno al Pronto Soccorso. In un solo caso, l'operatore ha iniziato subito la carriera in emergenza extraterritoriale come libero professionista.

Di seguito vengono presentati i risultati dell'indagine seguendo la griglia interpretativa precedentemente descritta.

a) Fattori fonte di stress

Le situazioni considerate fonte di stress dagli infermieri intervistati possono essere raggruppate in due categorie: variabili di stress legate all'utente e alla situazione di emergenza, e variabili legate ad aspetti organizzativi e al ruolo professionale.

Il gruppo di variabili più rappresentativo è costituito da quelle legate alla tipologia di utente e alle situazioni, in quanto vengono riportati nella maggior parte delle storie.

VARIABILI LEGATE ALL'UTENTE E ALLA SITUAZIONE DI EMERGENZA

Fra le variabili legate all'utente, maggior rilievo viene dato al soccorso al paziente pediatrico. In cinque interviste emerge la difficoltà emotiva legata alla vista del bambino in situazioni critiche e alla difficoltà di trovare un canale di comunicazione, per poter capire quale sia il problema reale senza aumentare il disagio o terrorizzarlo. Anche il soccorso in situazioni in cui sono coinvolti pazienti

giovani viene considerato come un fattore che crea tensione, a maggior ragione se si tratta di un coetaneo. Le situazioni più stressanti sono quelle che si verificano in incidenti scenici, con situazioni raccapriccianti, quali ustioni o maxi emergenze.

In alcune interviste emergono come stressanti le problematiche di carattere psicologico/sociale. In un'intervista viene considerato come forte fattore di stress il disagio sociale legato alle violenze, al danno fisico e psicologico alla persona, con specifico riferimento a donne e bambini, non solo per strada, ma anche in ambito domestico. Il disagio viene provocato dall'impossibilità di risolvere la situazione che ne sta alla base, dovendosi limitare a risolvere solamente il danno fisico. In un'altra intervista, invece, la tensione è legata al soccorso del paziente psichiatrico, in particolare all'attesa durante un trattamento sanitario obbligatorio (TSO). Lo stress è legato alla convinzione che non sia compito dell'infermiere dell'emergenza occuparsi di questi interventi, ma dei servizi sociali; quindi, il tempo impiegato ad occuparsi dell'aspetto burocratico della questione, è visto come tempo "rubato" ad altre situazioni più urgenti. In alcune interviste si fa chiaro riferimento allo stress emotivo che deriva dall'entrare molto in contatto con la sofferenza degli utenti, soprattutto quando la vittima sfoga tutte le proprie angosce con l'operatore.

In alcune interviste emerge il ruolo degli astanti. La folla crea disagio quando diventa invadente, quando non permette il normale svolgimento delle manovre di soccorso; in questo caso aumenta la tensione nell'operatore, che spesso si sente costretto ad allontanarla per procedere con il proprio operato.

In quasi la totalità dei racconti, il fattore di stress che li accomuna è l'incognita e l'imprevedibilità. Si fa riferimento sia all'attesa della chiamata, sia dal momento della chiamata, in cui con i pochi dati disponibili si inizia a ragionare su ciò che ci si può aspettare, fino all'arrivo sul posto, quando ci si trova davanti all'evento. L'ansia di chiamata viene riconosciuta come un fattore molto rilevante soprattutto all'inizio dell'esperienza lavorativa nel soccorso extraospedaliero, quando non si è ancora ambientati e non si ha sicurezza del proprio ruolo e competenza, come viene descritta da un operatore:

“Le prime esperienze in assoluto, delle diverse situazioni, sono in assoluto le più difficili: il primo arresto cardiaco, il primo impiccato ... C’è la componente emotiva che ti ammazza...te la porti sempre dietro” (intervista n 3)

VARIABILI LEGATE ALL’ORGANIZZAZIONE E AL RUOLO PROFESSIONALE

Nella quasi totalità delle interviste emerge il peso di una grande responsabilità, derivante dall’aver il potere e il dovere di gestire talvolta in prima persona l’organizzazione dei soccorsi. In quanto leader della situazione, oltre ad occuparsi dell’aspetto assistenziale, l’operatore si trova a dover gestire la sicurezza della scena, integrare le diverse figure che intervengono, quali Vigili del Fuoco e Forze dell’ordine, e non da ultimo dare delle risposte soddisfacenti e professionali ai parenti delle vittime. Sullo sfondo di tutto ciò si avverte anche la responsabilità penale legata alla maggiore autonomia riferita dagli operatori rispetto alle precedenti esperienze lavorative in contesti intraospedalieri.

Per quanto riguarda i fattori di stress legati all’organizzazione, in pochi racconti vengono espressi disagi derivanti da turni di 12 ore consecutive, spezzate solamente da una breve pausa pranzo. Solo una persona annovera tra i fattori stressanti i conflitti esistenti con i superiori, per quanto riguarda la conquista dell’autonomia lavorativa a seguito dell’abolizione del mansionario. Sempre a questo riguardo, da un’altra intervista emerge il disappunto verso la rigidità dei protocolli presenti.

b) Reazioni emotive e sentimenti dell’operatore durante il soccorso

Analizzando tutte le interviste, emergono alcune reazioni ed emozioni comuni, riferite dagli operatori nelle varie situazioni, quali la razionalizzazione, l’identificazione, la forte compassione, l’impotenza e il senso di inadeguatezza.

RAZIONALIZZAZIONE

Durante l’intervento da parte dell’operatore è chiara la consapevolezza di essere percorso da una forte tensione, in alcuni casi da una vera e propria ansia;

tuttavia, in quasi tutte le interviste viene dichiarato di riuscire a mantenere il sangue freddo necessario per svolgere al meglio il proprio lavoro, senza farsi prendere dal panico e senza far trapelare il proprio stato emotivo, per non mettere in crisi le persone coinvolte e i propri colleghi. In due di queste interviste viene ulteriormente specificata la capacità, raggiunta con l'esperienza, di focalizzare l'attenzione solamente sul paziente, addirittura anche solo sulla parte anatomica, cancellando tutto il resto del contesto, in casi più raccapriccianti. L'impatto emotivo è talmente forte che una spersonalizzazione si rende necessaria, come viene raccontato da alcuni operatori:

“Per superare l'impatto, ho cercato di concentrarmi solo sulla parte anatomica, cerco di focalizzare la parte su cui dovevo lavorare senza cercare di guardare il bimbo in tutto il suo insieme” (intervista n 1)

“ Con l'esperienza riesci a concentrarti sull'ammalato, senti il vociferare intorno, ma non ci fai caso, ti crei una tua cupola ed escludi il resto” (intervista n 2)

IDENTIFICAZIONE

L'aspetto dell'identificazione emerge chiaramente quando i feriti sono bambini o persone coetanee. Nel caso in cui siano coinvolti i bambini, c'è una sorta di identificazione con i genitori; se sono coinvolte persone giovani, ci si identifica con la vittima:

“I bambini ti mettono in difficoltà da un punto di vista emotivo, soprattutto se uno ha anche famiglia, perché ti vivi nel ruolo di madre” (intervista n 1)

“...cioè lo stress può essere un ragazzo giovane, come te, che ti va in arresto, ti muore e tu non riesci a salvarlo, o comunque un brutto trauma che ti muore lì, un ragazzo giovane, incidente in moto e tu ci lavori come un matto e ti muore...” (intervista n 4)

COMPASSIONE

La compassione è un sentimento che non viene espresso esplicitamente, ma emerge chiaramente dalle storie, in particolare nel racconto di un suicidio e di un intervento particolarmente difficile, con esito negativo.

“...nel caso di un impiccato, la situazione non è sempre uguale, lo puoi trovare appeso ad un albero, ad una gru sul posto di lavoro, al termosifone di casa [...], ognuno è diverso dall'altro come età, come motivazione, perché ha scelto lì, ...e finché tu sei lì, rimugini, finché non te ne vai ti chiedi il perché...” (intervista n 3)

“... ma quando valuti ed entri nell'aspetto umano, quando il paziente ti butta addosso le sue angosce dicendoti che non vuole morire ed implorandoti di salvarlo...bè, son fagotti che poi ti rimangono...” (intervista n 1)

IMPOTENZA

L'impotenza è il sentimento predominante, emerso come molto forte in quattro racconti. È un sentimento che non viene sempre descritto apertamente, ma è intuibile dai racconti degli operatori.

“Ad esempio mi è capitato di lavorare su un camionista incastrato, aveva la cabina incartocciata su se stesso; abbiamo parlato con lui per 1 ora e mezzo intanto che i vigili del fuoco lavoravano per liberarlo, e poi dopo, ovviamente aveva tutta la cabina che lo comprimeva e manteneva la sua emostasi...nel momento in cui hanno tolto tutto noi lo sapevamo...stavamo lavorando, cercavamo di mettergli due vie per infonderlo perché probabilmente si sarebbe svuotato nel giro di pochissimo, però non c'è stato niente da fare...” (intervista n 1)

“In certe situazioni la difficoltà nasceva anche dal fatto che in alcune occasioni non sapevi proprio cosa fare, perché parlarne è una cosa, ma quando ti ci trovi di fronte...” (intervista n 3)

“A me il disagio sociale dà un fastidio...nel senso che quando ti trovi in situazioni in cui ci sono violenze su minori o violenze sulle donne, comunque su qualcuno, sono situazioni che non si possono risolvere...io posso anche risolvere la lesione, se ci sono lesioni, ma in realtà il problema persiste, il problema di fondo. Ecco quelle sono le situazioni che mi danno fastidio, che gestisci peggio, per le quali non c'è niente da fare, sono quelle che mi mettono in difficoltà perché non hai i mezzi per risolverle. Sì, tu chiami gli assistenti sociali, ma il problema di fondo rimane...per me sono situazioni peggiori” (intervista n 8)

INADEGUATEZZA

L'inadeguatezza è un sentimento che emerge soprattutto in riferimento alla gestione del paziente pediatrico e alla situazione in cui l'operatore non si sente professionalmente sicuro e competente.

In alcune interviste gli operatori riferiscono di provare paura. In alcuni casi è vista come reazione naturale di fronte all'incognita; in altri racconti emerge una paura legata all'inesperienza, al non sapere, perciò paura di non riuscire a fronteggiare la situazione.

“Mi ricordo una volta di un neonato, era nato a termine, ma con problemi, intubato...difficile la gestione c'era questo esserino qui, non sapevi come prenderlo, ti sembrava di romperlo...” (intervista n 4)

c) Reazioni dell'operatore dopo il soccorso

RIPENSARE FREQUENTEMENTE ALL'EVENTO

La reazione più comune, descritta nella maggior parte delle storie, è quella di pensare e ripensare alla situazione che è stata vissuta; l'intervento non si chiude con la consegna del paziente alle cure del pronto soccorso, ma emerge la tendenza a rivedere l'evento su due livelli. Un livello è legato all'analisi del proprio operato in termini di competenza; un secondo livello è rivivere l'evento da un punto di vista

emotivo, come si può capire dalle seguenti descrizioni:

“Mi viene in mente la storia di quei due ragazzi bruciati...Quando siamo arrivati noi, avevano preso fuoco da poco [...] quindi, non posso dire che fossero ancora vivi, magari erano morti per il frontale, ma io ho vissuto una situazione mah...guarda...ancora adesso...mi si alza il pelo nelle gambe...uno schifo...per tre giorni mi è rimasto l'odore addosso di carne bruciata, che poi non era nemmeno quell'odore, perché ne ho sentito altra ed era diversa, ma proprio la situazione in sé[...] una cosa allucinante...bo...che se io mi ritrovo...non lo so... son situazioni così...Per fortuna di bruciati non ne ho visti tantissimi; ma quelli ero lì, magari se li avessi visti dopo, come mi è successo altre volte, è un impatto diverso. Ma questo è stato difficile... come un'esplosione... una cosa incredibile[...]
Il brutto è il dopo, pensi alla possibilità che ti possa ricapitare e spero che ciò non succeda” (intervista n 3)

“Lì per lì mi relaziono abbastanza bene, non mi sono mai scompensata, però mi trascino la cosa, ci penso...mi dà la voglia di andare oltre, di seguire il caso, se i servizi sociali se ne sono effettivamente interessati, se è solo o se qualcuno se lo è preso in carico...” (intervista n 8)

Nella metà dei racconti viene dichiarato un accumulo di tensione che si verifica dopo gli interventi. In due delle storie emerge anche una visione positiva della tensione, qualora non sia talmente forte da sfociare in ansia, poiché è la spinta che tiene vivo l'amore per il lavoro e rappresenta uno stimolo all'apprendimento. Tuttavia, una situazione particolarmente pesante, lascia dietro di sé un nodo di stanchezza e spossatezza.

La reazione alle varie situazioni dipende anche dallo stato emotivo in cui si trova l'operatore, cioè dalla sua situazione personale. Per affrontare le difficoltà che il lavoro presenta quotidianamente, è ritenuto necessario dagli infermieri che l'operatore sia sereno, che non si trovi a vivere degli altri conflitti al di fuori del lavoro.

“La reazione dipende molto da come una persona si sente in quel momento, che situazione hai tu in quel momento come persona: se sei felice, se sei equilibrata. Se invece stai già passando un momento di stress, ci sono delle cose che possono destabilizzarti. Per esempio, c’è stata una settimana che mi sono capitati tre impiccati e un precipitato...cose già difficili, poi per me quello era già un brutto momento dal punto di vista personale e ho fatto fatica a metabolizzare questi fatti, me li sono portati dietro, mi hanno dato angoscia, mi hanno fatto riflettere: Ma questo lavoro lo devo proprio fare, magari questo non è il mio posto, magari forse ormai sono arrivata ad un punto di svolta” (intervista n 1)

“...finché sei sereno a casa, con i tuoi, ecc, riesci anche a gestirti situazioni impegnative, se invece è un momento in cui hai già dei conflitti tuoi, poi è difficile riuscire a gestire tutto” (intervista n 8)

Solamente in un racconto emerge un senso di estremo sollievo al momento del termine dell’intervento; viene avvertito un immediato calo della tensione accumulata una volta allontanatosi dalla situazione che creava disagio.

d) Cambiamento negli anni

La maggiorparte degli intervistati ritiene che l’esperienza professionale produca un cambiamento nel vivere e nel gestire le situazioni di stress. Il cambiamento avviene, secondo i partecipanti, in due aspetti: aumenta la capacità di gestire le emozioni derivate dall’esperienza e aumenta la consapevolezza del proprio ruolo reale con una riduzione del senso di onnipotenza che caratterizza i primi anni di lavoro in quest’area.

La sicurezza acquisita con l’esperienza nella manualità e nella gestione dei quadri clinici, ha portato gli operatori ad una tranquillità anche emotiva. Si è imparato a

valutare la calma, a non far mai trasparire l'ansia, nemmeno nei momenti di grande paura, cercando di concentrarsi sempre di più sul paziente, lasciando fuori gli elementi di disturbo, quali potrebbero essere astanti curiosi o invadenti. Oltre a far fronte alla propria emotività, hanno acquisito sicurezza nel gestire anche l'emotività dei parenti delle vittime.

“All’inizio vedevo dei colleghi che riuscivano a gestire subito una situazione di lutto: parlavano con la mamma che aveva perso il bimbo, parlavano col padre che aveva visto i figli bruciati...riuscivano a parlarci, cosa che io invece facevo una grande fatica, al massimo riuscivo a dire “condoglianze”, ma proprio quando scappava fuori la voce...Questo all’inizio, invece adesso sono più io che vado incontro alla situazione di freddezza dei colleghi che tendono a svincolare, io invece cerco di stare lì...anche perché dal punto di vista assistenziale non è che ci sia da fare molto verso colui che in quel momento ha fatto il gesto o si è trovato nella situazione...” (intervista n 3)

Con il tempo viene acquisita più coscienza del lavoro, si imparano quali possano essere le dinamiche del paziente, a valutare i margini temporali nei quali potersi muovere, a gestire i tempi reali di un intervento. Inoltre, ci si confronta anche con la morte, si riesce a vederla sotto un altro aspetto, si prende consapevolezza della morte, si impara che fa parte del lavoro e non è un segno di fallimento professionale.

“Poi impari che hai dei margini, in cui ti puoi muovere, devi essere tranquillo con te stesso. Poi capisci anche che la gente può morire, che non puoi fare tutto per tutti; capisci che se una persona muore, non è detto che tu debba salvare tutti perché sei un professionista. Se ti rendi conto che hai fatto tutto quello che dovevi fare e potevi fare, e nel migliore dei modi, poi sei tranquillo” (intervista n 1)

Emerge in un intervistato con esperienza anche in Paesi in via di sviluppo, che con il tempo si acquisisce una grande consapevolezza del proprio ruolo, delle proprie

responsabilità e dell'aspettativa sociale, che prevede che l'operatore sia professionale e sia in grado di fornire sempre delle risposte adeguate alla professione.

“... ho dovuto prendere decisioni difficili, come decidere di non procedere in manovre rianimatorie salvavita [...] e poi ne devi sopportare il peso... [...], son scelte sempre difficili...però in quel momento sei chiamato a fare anche quello, come tante altre cose...” (intervista n 9)

Una storia si differenzia nettamente da tutte le altre; infatti, il vissuto di disagio provocato da alcune situazioni, non ha subito una modificazione nel corso degli anni di lavoro, ma all'operatore coinvolto crea la stessa reazione emozionale che creava all'inizio della carriera.

In un'intervista viene descritta anche la stanchezza psicologica derivante dal vivere in continuazione situazioni di sofferenza e morte, e viene espressa la necessità di occuparsi di altri aspetti della professione, quali diventare operatore di centrale oppure istruttore, per non focalizzare la professione solamente nel soccorso extraospedaliero. Questo soprattutto dopo molti anni di lavoro e di stress.

“Dopo tanti anni, si è un po' troppo carichi di stress, di vedere morti, di assistere a situazioni pesanti, e per questo motivo si tende a fare altro...Uno dei motivi che mi hanno spinto a diventare operatore di centrale penso sia proprio questo...dopo tanti anni c'è il bisogno di fare altre cose...sei carico...Infatti all'inizio sei spronato, poi man mano che passa il tempo speri di non esserci, poi fai di tutto per non esserci...e la tua esperienza tende poi a disperdersi in altre attività” (intervista n 3)

e) Strategie utilizzate per far fronte alla situazione che genera stress

Da tutti gli operatori è condivisa la necessità di smaltire la tensione accumulata durante le situazioni stressanti e ognuno ha dichiarato le proprie strategie per farne

fronte. Dalla quasi totalità dei racconti emerge la necessità di poter parlare con qualcuno di quanto vissuto. Questo bisogno viene espresso su due livelli.

Un primo livello è quello di parlare nell'immediato di quanto accaduto con chi ti sta vicino. Un secondo livello è espresso con l'esigenza di riparlare fra colleghi per vedere come si è gestito l'evento e condividere quali reazioni ha provocato. In questo caso prevale la ricerca di un confronto fra colleghi, infatti nella maggior parte dei racconti gli operatori dichiarano di sentirsi meglio dopo aver parlato con i colleghi e solo con colleghi. In pochi racconti è indifferente la persona con cui esprimersi, sia essa amica, collega o compagna/o. Il confronto fra pari è vissuto in maniera molto positiva e considerato una strategia che permette di tranquillizzarsi sul proprio operato e un importante momento di crescita professionale. Solamente in una storia il parlare con i colleghi non è assolutamente preso in considerazione, a meno che non si tratti di colleghi con i quali viene già coltivata una profonda amicizia al di là del lavoro, poiché c'è la paura di non essere capiti, anzi, di venire giudicati per le proprie debolezze.

Un'altra strategia proposta in tre dei racconti è la formazione, l'aggiornamento continuo sia in termini di tecnica, sia di formazione psicologica. La crescita professionale è vista come strumento fondamentale per far fronte alle proprie insicurezze e per dare risposte sempre più aggiornate e professionali alla società. La formazione psicologica è utile soprattutto in situazioni particolari, quali può essere il sostegno ai parenti della vittima in una situazione di lutto.

Un altro aspetto che emerge dalle interviste, è la necessità di riuscire a raggiungere e mantenere un equilibrio psicologico personale, aspetto che deve essere considerato in larga misura al di fuori dell'organizzazione lavorativa.

In una sola storia vengono espresse le caratteristiche personali come strategie per affrontare lo stress. In particolare viene descritto il ruolo del carattere della persona, che deve essere forte e predisposto al lavoro in emergenza; inoltre, viene suggerita la necessità di riuscire a mantenere e coltivare una grande passione e curiosità per la professione scelta, una determinatezza e una forte convinzione in ciò che si fa.

f) Strategie proposte dagli operatori per far fronte allo stress

La strategia proposta dalla quasi totalità degli infermieri intervistati (solo in due storie non viene citata) è collegata al bisogno di parlare per sfogare la tensione. Questa si concretizza, secondo gli infermieri intervistati, con la possibilità di avere sul luogo di lavoro la presenza di uno psicologo che possa comprenderli e aiutarli a superare le difficoltà emotive.

“Lo stress...bè, quando sono qui, ti dico la verità, io non mi sento stressata, [...] ma mi chiedo: A volte possono capitare delle situazioni brutte, tipo ustionati, bambini massacrati, cose abbastanza angoscianti ... e non c'è un sostegno da nessuna parte ...questo è un problema, cioè se tu stai male sono affari tuoi, non mi risulta che ci sia un sostegno psicologico se subisci uno stress.” (intervista n 4)

L'audit⁶² che viene fatto tra colleghi è nominato solamente da un infermiere, e viene considerato un'ottima opportunità per confrontarsi sulla gestione del caso, ma solamente da un punto di vista tecnico; non è una strategia per far fronte allo stress accumulato. Quindi si sente la mancanza di un supporto più strutturato, della partecipazione agli incontri di una figura professionale che possa andare più a fondo. L'aspetto importante sottolineato, è la necessità che lo psicologo abbia chiaro quale sia il ruolo e il vissuto che un infermiere di emergenza può portare in sé; la totale comprensione non viene raggiunta consultando il professionista al di fuori della realtà lavorativa, ma deve essere parte integrante di essa.

Anche la formazione continua viene considerata una strategia per il controllo dei fattori di stress, con particolare riguardo alla formazione in campo psicologico e pediatrico; secondo gli infermieri intervistati, acquistando più conoscenza, si acquista anche più sicurezza, soprattutto in interventi che non si verificano spesso.

Gli operatori che hanno identificato come stressanti le 12 ore lavorative, propongono una riduzione della metà dell'orario di lavoro.

⁶² Con il termine “audit”, gli infermieri intervistati intendono un debriefing che gli operatori fanno fra colleghi a seguito di incidenti particolarmente difficili, quali possono essere le maxi emergenze. All'interno dell'incontro il caso viene ripercorso mettendo in luce aspetti positivi e negativi della gestione tecnica.

Nella tabella 1 vengono sintetizzati i risultati principali dello studio.

| | |
|---|--|
| <p>Fattori di stress</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✍ Soccorso a bambini e coetanei ✍ Situazioni raccapriccianti ✍ Incognita e imprevedibilità ✍ Responsabilità e autonomia professionale |
| <p>Reazioni emotive</p> <p>Durante il soccorso</p> <p>Dopo il soccorso</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✍ Razionalizzazione: <ul style="list-style-type: none"> - “Sangue freddo”, controllo delle emozioni - Astrazione dal contesto e focalizzazione sulla vittima ✍ Identificazione ✍ Compassione e Impotenza ✍ Pensare e ripensare: analisi tecnica ed emotiva ✍ Le reazioni sono influenzate dalla personalità e dallo stato emotivo legato a situazioni personali |
| <p>Cambiamento negli anni nelle reazioni</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✍ Gestione delle emozioni ✍ Sicurezza e manualità ✍ Consapevolezza del proprio ruolo reale ✍ Riduzione del senso di onnipotenza |
| <p>Strategie attivate</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✍ Parlare fra colleghi <ul style="list-style-type: none"> - Immediatamente - A distanza dall’evento |
| <p>Strategie proposte</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✍ Debriefing con uno psicologo ✍ Formazione continua |

Tabella 1 Elementi più significativi emersi dallo studio

2.3 Discussione e conclusioni

Analizzando i risultati dello studio, per molti aspetti emerge una buona corrispondenza con i dati della letteratura.

Rispetto alle situazioni considerate maggiormente stressanti, una netta correlazione riguarda il soccorso ai pazienti pediatrici e giovani. Sia dagli studi di O'Connor e Jeavons (2003) e di Cudmore (1996), che da questo studio, emerge che questa tipologia di utenza mette maggiormente in difficoltà l'operatore poiché è inevitabile una sorta di identificazione con le vittime o con i genitori. L'identificazione è un processo cognitivo di partecipazione emozionale nella quale si tende a vedere gli altri come simili a se stessi, perciò il coinvolgimento diretto negli eventi in cui le caratteristiche della situazione sono molto simili al proprio vissuto, diventa una reazione naturale. Inoltre, per quanto riguarda i bambini, forte è anche la sensazione di inadeguatezza, la paura di sbagliare, derivante dal fatto che gli interventi di questo tipo non sono molti, perciò la manualità e la sicurezza operativa sono meno consolidate. Altrettanta corrispondenza con gli studi di Helps (1997) e James (1997)⁶³, riguarda l'incognita e l'imprevedibilità, così come l'ansia di chiamata, che viene correlata all'inesperienza dell'operatore, ai primi interventi di soccorso. Come tirocinante per un breve periodo di tempo presso il 118, ho provato personalmente cosa significhi vivere l'imprevisto. Se da un lato rappresenta proprio una delle motivazioni al lavoro, dall'altra non ti dà la possibilità di prepararti a ciò che puoi andare incontro e può far accumulare nell'operatore una notevole tensione emotiva. Con il tempo, gli operatori riferiscono che questa tensione diminuisce. La sicurezza acquisita nella manualità, offre all'infermiere anche la possibilità di essere più tranquillo e di gestire al meglio la propria emotività. Comunque l'incontro con l'imprevisto rimane sempre un elemento fonte di stress anche con il passare degli anni. Un altro aspetto percepito dagli operatori come cambiamento negli anni è la maggiore consapevolezza rispetto al proprio ruolo. Diminuisce il senso di onnipotenza che è tipico dei primi periodi. La gente può morire, e questo deve essere interiorizzato dall'operatore, per evitare sensi di colpa che potrebbero scaturire dal

⁶³ James A. (1988) Perceptions of stress in British ambulance personnel. *Work e Stress*; 2 (4)

sentirsi in grado e in dovere di salvare sempre tutti. L'operatore si trova quotidianamente, come emerge dai racconti, a convivere con sentimenti di impotenza e forte compassione di fronte a molte situazioni. L'incontro con la sofferenza e la paura della vittima e dei parenti porta con sé un'intensità emotiva che inevitabilmente ricade sul piano personale. Se da un lato la compassione può far crescere e maturare la sensibilità di chi ha scelto di lavorare a servizio della persona malata, dall'altro lato può generare con gli anni nell'operatore uno stato di stress cronico, che può condurre anche ad esaurimento emozionale⁶⁴. A riguardo, un infermiere intervistato dichiara di aver avuto bisogno di dedicarsi ad altre attività, quali istruttore ed operatore di centrale, perché "stanco" di vivere esclusivamente queste situazioni. Da un'analisi più approfondita, risulta che questo operatore è colui che fra tutti gli intervistati ha il maggior numero di anni di esperienza nel 118. Un quesito che viene da porsi, quindi, è se l'esperienza aiuti effettivamente l'operatore ad affrontare meglio le situazioni e le proprie reazioni, oppure se sia fonte ulteriore di stress. Questo aspetto viene riportato anche in letteratura con risultati contrastanti. Nello studio di Jonsson et al. e di O'Connor e Jeavons⁶⁵, infatti, l'anzianità lavorativa viene annoverata fra i fattori che conducono a stress, mentre in altre ricerche è emerso che si tratta di un fattore protettivo verso lo sviluppo di sintomi di PTSD^{66 67 68 69 70}. Indubbiamente gli anni di servizio che sono stati svolti prima di arrivare nel soccorso extraospedaliero hanno aiutato ad acquisire occhio clinico e manualità, ma c'è forse da chiedersi se l'esperienza maturata negli anni da sola non basti ad aiutare l'operatore a fronteggiare lo stress nato dal servizio, ma siano necessarie anche la capacità e la possibilità di rielaborare l'evento, affinché l'esperienza non lasci solo il peso dello stress.

⁶⁴ Jonsson A., Segesten K., Mattsson B., (2003) Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*; **20**: 79-84

⁶⁵ O'Connor J. & Jeavons S. (2003) Nurses' perceptions of critical incidents. *Journal of Advanced Nursing*; **41** (1): 53-62

⁶⁶ Zani B., Cicognani E. Psicologia della salute. Il Mulino, Bologna 2000, p. 159 - 169

⁶⁷ Marmar C.R., Weiss D.S., Metzler T. J., Delucchi K. (1996) Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *American Journal Psychiatry*; **153** (7): 94 - 102

⁶⁸ Heyworth J., Whitley T.W., Allison E.H., Revicki D.A. (1993) Correlates of work - related stress among consultants and Senior Registrars in Accident and Emergency Medicine. *Arch Emerg Med*; **10** (4)

⁶⁹ Fain R.M., Schreier R.A. (1989) Disaster, Stress and Doctor. *Medical Education*; **23**: 91 - 96

⁷⁰ ibidem

Oltre all'anzianità di servizio, un altro fattore individuato come elemento che influenza la reazione allo stress è la personalità dell'operatore e la situazione personale che sta vivendo in quel momento.

Come viene studiato dalla psicologia della sciagura, e come emerge dai risultati, chiunque partecipi ad un avvenimento sconvolgente, subisce in misura maggiore o minore una forte scossa psichica. La reazione a questo tipo di insulto, dipende molto dalla predisposizione emotiva del momento, dall'educazione e dalle condizioni psicofisiche, per cui una persona vive l'accaduto secondo una prospettiva del tutto personale. Dagli studi di Heyworth et al. (1993)⁷¹ e di Fravetto (1994) emerge che la personalità è importante nella rielaborazione degli eventi. Anche gli infermieri che hanno partecipato allo studio, ritengono importante coltivare un proprio equilibrio personale, in modo da riuscire a vivere anche le situazioni più pesanti senza farsi travolgere psicologicamente.

Un'altra grande categoria di fattori di stress che sono emersi riguarda il senso di responsabilità che l'infermiere vive in quanto leader della situazione, soprattutto dopo l'abolizione del mansionario. In letteratura lo stress correlato al ruolo è stato considerato da numerosi autori^{72 73 74 75}. L'operatore rappresenta un'intera organizzazione, e le aspettative sociali sono molto elevate, perciò è da ritenersi normale anche la paura di non saperle soddisfare.

La reazione immediata maggiormente emersa dallo studio è la razionalizzazione. La capacità di mantenere sangue freddo sembra sia una reazione del tutto necessaria e naturale, sulla scena, per dare risposte ai soccorsi e per non creare difficoltà al gruppo di lavoro. L'operatore riesce ad astrarsi dal resto del contesto e focalizzare l'attenzione solo sulla persona che ha bisogno delle sue cure, addirittura sulla parte anatomica, in casi estremamente raccapriccianti. Questa decontestualizzazione è un

⁷¹ Heyworth J., Whitley T.W., Allison E.H., Revicki D.A. (1993) Correlates of work – related stress among consultants and Senior Registrars in Accident and Emergency Medicine. *Arch Emerg Med*; **10** (4)

⁷² Veronesi I. (1999) Burnout in pronto soccorso: la realtà di Imola. *Emergency Oggi*; **5** (28)

⁷³ DPR 27 marzo 1992 “Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza”

⁷⁴ Paton D. (1989) Disaster and helpers: psychological dynamics and implications for counselling. *Counselling Psychology Quarterly*; **2** (3): 303 - 321

⁷⁵ Cangiano G., Paleani R. (2003) Dal mansionario all'autonomia. Triage e formazione nel processo di cambiamento della professione infermieristica. *Scenario*; **20** (3): 21 – 24

meccanismo di difesa che l'operatore deve mettere in atto per non lasciarsi travolgere da sensazioni negative che una tal vista può generare.

Come si è visto, il lavoro in emergenza porta ad un accumulo di tensione che deriva dall'essere quotidianamente in contatto con la sofferenza. Questa situazione personale diventa ancora più pesante, in quanto si tende a non sfogare i propri sentimenti con i propri familiari, per cercare di non sovraccaricare la famiglia con tristi pensieri. Tuttavia, sono difficoltà emotive che in qualche modo devono essere superate. Per evitare questo accumulo di tensione, sia in letteratura che fra gli operatori è emerso prima di tutto il grande bisogno di parlare, di rivivere l'evento, di sfogare le sensazioni e le difficoltà che sono emerse, sia nell'immediato che a distanza di tempo. Il poter parlare di ciò che si è vissuto, delle sensazioni provate, di essere ascoltati mentre si rivive l'accaduto è un'esigenza molto forte. La letteratura e i racconti parlano dell'importanza del confronto con i colleghi, come strategia utilizzata per fronteggiare l'ansia accumulata durante gli interventi, tuttavia pochi riconoscono all'interno dell'organizzazione uno spazio per poter rielaborare i propri sentimenti e dichiarano di sentire la mancanza di un supporto più strutturato. Da tutti emerge la necessità di strutturare degli incontri con la presenza di uno psicologo, come parte integrante dell'organizzazione. A questo riguardo il Critical Incident Stress Debriefing, strategia prevalente in letteratura, potrebbe essere uno strumento auspicabile per provare a migliorare la gestione dello stress.

Un'altra proposta suggerita dagli infermieri intervistati per superare le difficoltà è la formazione continua. L'aggiornamento, infatti, rende gli operatori più sicuri del proprio lavoro, perciò più tranquilli nel gestire anche interventi meno frequenti. Una formazione non solo su aspetti tecnici, ma anche rispetto alla competenza relazionale può aiutare a rendere gli infermieri consapevoli dei possibili agenti stressogeni e trasmette loro una metodologia che permetta di attivare strategie di coping.

Alcuni aspetti analizzati dalla letteratura, non sono invece emersi nello studio. Questi riguardano il rischio lavorativo, sia esso personale, ambientale o biologico; lo scarso riconoscimento sociale e il ruolo dei mass media. I conflitti sorti all'interno del gruppo, dato emerso dalla letteratura, non è stato riscontrato dalla ricerca. Un'ipotesi

a riguardo può essere fatta considerando la forte coesione ed intesa che esistono all'interno del campione preso come riferimento; viene da considerare che un ambiente lavorativo favorevole e stimolante sia importante per tenere lontani conflitti interpersonali.

In conclusione, dalla ricerca è emerso che l'intervento di soccorso pone spesso l'operatore davanti a situazioni che possono essere fonte di sentimenti e reazioni importanti: compassione, impotenza, paura, senso di inadeguatezza, senso di responsabilità. Tali sentimenti possono essere influenzati dall'esperienza, dalle aspettative e dalla personalità del soggetto.

Trattandosi di uno studio descrittivo qualitativo, i risultati non possono essere generalizzabili. Tuttavia, la ricerca ha permesso di mettere in luce aspetti dell'operatore dell'emergenza che vanno al di là delle necessità e competenze tecniche. Superando il tecnicismo, si è cercato di analizzare ciò che può essere fonte di stress all'interno di un operatore del soccorso e ciò che può essere fatto per aiutarlo concretamente a superare i disagi emotivi.

La possibilità di rielaborare l'evento in gruppo, non solo da un punto di vista tecnico, ma con un debriefing strutturato e guidato che permetta loro di confrontarsi anche sulle proprie sensazioni, sembra essere la strategia che, insieme all'esperienza professionale, aiuta l'operatore a fronteggiare il disagio.

Questa ricerca offre, inoltre, degli spunti per ulteriori ricerche. Interessante potrebbe essere quantificare anche nella realtà italiana quanto sia rilevante e problematico lo stress percepito dagli operatori e quali fattori lo influenzano. Aspetto dibattuto in letteratura è quanto l'anzianità di servizio sia un elemento che riduce lo stress oppure un fattore che nel corso degli anni porta allo sviluppo di un disturbo post-traumatico da stress legato all'accumulo di tensione. Da questo si può cogliere che sono necessarie ulteriori ricerche che vedano approfondire il vissuto dell'operatore dell'emergenza e i fattori che possono influire sulla sua competenza e integrazione nell'organizzazione.

BIBLIOGRAFIA

Angilletta M. (1999) Chi è l'infermiere oggi? *Emergency Oggi*; **gen / feb**: 32 – 37

Angilletta M. (1999) Nursing in emergenza e accreditamento. *Emergency Oggi*; **mar / apr** 32 – 33

Appleton L., (1994) Wath's a critical incident? *The Canadian Nurse*; **Sept**: 23- 26

Bartolini N., Regazzi D., Venturini L. (2000) Una ricerca infermieristica: Burnout in pronto soccorso, ovvero il fallimento dell'autorealizzazione? *Emergency Oggi*; **3**

Benci L. Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing. Mc Graw Hill, Milano 2001

Brunner Suddarth Concetti biofisici e psicologici nella professione infermieristica in Nursing medico – chirurgico II edizione. Casa Editrice Milano, Milano 2001

Cangiano G., Paleani R. (2003) Dal mansionario all'autonomia. Triage e formazione nel processo di cambiamento della professione infermieristica. *Scenario*; **20** (3): 21 – 24

Cantelli G. (1998) Lo stress nell'operatore dell'emergenza. *Emergency oggi*; **nov/dic**: 9 - 10

Cudmore J. (1996) Preventing Post traumatic stress disorder in accident and emergency nursing (a review of the literature). *Nursing in Critical Care*; **1** (3)

DPR 27 marzo 1992 “Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza”

DSM IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Masson, Milano 1999

Ehler J.B. Manuale dell'emergenza per il personale paramedico. Piccin, Padova 1984

Emergency Nurses Association, Standard del Nursing nell'Emergenza. Masson, Milano 1995

Fain R.M., Schreier R.A. (1989) Disaster, Stress and Doctor. *Medical Education*; **23**: 91 – 96

Fassio O. (2004) Quando ad aiutarci sono le emozioni. *Emergency Oggi*; **apr**: 26

Germany J.D., Ketron M., Hall J., Wilhoit K., King M. (1998) Implementation of critical incident stress debriefing at the Johnson City Medical Center Emergency Department. *Tennessee Nurse*; **61** (4)

Gillespie M., Melby V. (2003) Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study. *Journal of Clinical Nursing*; **12** (6): 842 - 851

Grant H.D., Murray R.H.Jr, Bergeron D.J. Pronto Soccorso e Interventi d'Emergenza. Mc Graw Hill, Milano 1992

Guidetti A., Serantoni C., Menarini M. Il sistema 118 e la Centrale Operativa. Mac Graw Hill, Milano 1999

Helps S. (1997) Experiences of stress in Accident and Emergency nurses. *Accident and Emergency Nursing*; **5**

Heyworth J., Whitley T.W., Allison E.H., Revicki D.A. (1993) Correlates of work – related stress among consultants and Senior Registrars in Accident and Emergency Medicine. *Arch Emerg Med*; **10** (4)

James A. (1988) Perceptions of stress in British ambulance personnel. *Work e Stress*; **2** (4)

Jonsson A., Segesten K., Mattsson B. (2003) Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*; **20**: 79-84

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

Laposa J.M., Alden L.E., Fullerton L.M. (2003) Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel (CE). *Journal of Emergency Nursing*; **29** (1): 23 – 28, 87 - 92

Legge 26 febbraio 1999, n. 42 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”

Magazzù S., Piazza C. (2000) Ruolo e funzioni dell’infermiere, alla luce della legge 26 febbraio 1999, n 42. *Scenario*; **17** (3): 14 – 17

Mainardi Peron E., Saporiti S. Stress ambientale. Un approccio psicologico. La Nuova Italia Scientifica, Roma 1995

Marmar C.R., Weiss D.S., Metzler T.J., Delucchi K. (1996) Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *American Journal Psychiatry*; **153** (7): 94 – 102

Menghini A., Vacca D (2001) L’infermiere nell’emergenza extra e intraospedaliera. *Emergency Oggi*; **mar /apr**: 32 – 34

Menon C., Rupolo G. Pronto Soccorso per infermieri professionali. Casa Editrice Ambrosiana, Milano 1995

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

Moran C., Massam M. (1997) An evaluation of humor in emergency work. *Australian Journal of Disaster and Trauma studies*; **3**

Novara F., Sarchielli G. Fondamenti di psicologia del lavoro. Il Mulino, Bologna

O'Connor J. & Jeavons S. (2003) Nurses' perceptions of critical incidents. *Journal of Advanced Nursing*; **41** (1) : 53-62

Pacini A. (2001) La prevenzione del Burnout nelle professioni d'aiuto. *Emergency Oggi*; **mar / apr**: 14 – 16

Pancheri P. Stress, emozioni, malattia. Introduzione alla medicina psicosomatica. Edizioni Scientifiche e Tecniche Mondadori, Milano 1979

Paton D. (1989) Disaster and helpers: psychological dynamics and implications for counselling. *Counselling Psychology Quarterly*; **2** (3): 303 – 321

Pisaneschi S., Giuffreda G. (2003) Stress ed intensività assistenziale. *Scenario*; **20** (3): 16 – 20

Ramacciati N., Doricchi G. (2002) L'impatto relazionale nel primo soccorso: il contenimento del caos emozionale nel Soccorso extraospedaliero. *Supplemento a Scenario*; **2**: 31 – 34

Serantoni C., Guidetti A., Desiderio G., Faccioli R. Emergenze extraospedaliere. Tecniche, procedure e materiali per operatori di ambulanza. UTET, Torino 1999

Venturini L. (2002) Non solo psico-formazione. *Emergency Oggi*: **nov**

Veronesi I. (1999) Burnout in Pronto Soccorso: la realtà di Imola. *Emergency Oggi*; **sett / ott**: 28 – 31

Zani B., Cicognani E. Psicologia della salute. Il Mulino, Bologna 2000