

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FERRARA**

---



**FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA**

*CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA*

**Sede distaccata di Faenza**

***LA RELAZIONE INFERMIERISTICA IN SITUAZIONI  
CRITICHE***

***Progetto formativo di supporto per gli operatori***

Relatore:

Dott. Monica Fabbri

Tesi di Laurea di:

Maria Elena Poddie

***Anno Accademico 2002 – 2003***

*A mio nonno Francesco*

# INDICE

INTRODUZIONE	5
CAPITOLO PRIMO	8
CONSIDERAZIONI SUI VARI TIPI DI MORTE	8
1.1: Morte nei pazienti giovani	8
1.2: Morte traumatica	9
1.3: Morte improvvisa in pronto soccorso	9
1.4: Morte nel paziente anziano o terminale	10
CAPITOLO SECONDO	11
IL LUTTO	11
2.1: Evoluzione dell'atteggiamento dell'uomo nei confronti della morte	12
2.2: Elaborazione del lutto	15
2.3: Comportamenti da assumere verso i familiari	18
2.3.1: La relazione con chi rimane	19
2.4: Preparazione per la comunicazione	20
2.4.1: Come avviene la comunicazione	23
2.4.2: Contenuto della comunicazione	23
2.5: Reazioni alla comunicazione	24
2.5.1: Cosa avviene dopo la comunicazione	26
2.6: Uno strumento in aiuto all'infermiere: il codice deontologico	26
CAPITOLO TERZO	30
L'AUTO-MUTUO-AIUTO	30
3.1: Storia dell'Auto-Mutuo-Aiuto	30
3.2: Di che cosa si occupa l'auto-mutuo-aiuto?	32
3.3: Perché si può aver bisogno dell' auto-mutuo-aiuto?	34
3.4: Caratteristiche dei gruppi di auto-mutuo-aiuto	34
3.5: I processi attivati dai gruppi di auto-mutuo-aiuto	36
3.6: Il facilitatore all'interno dei gruppi AMA	40
3.7: Due modelli a confronto:Supporto Psicologico Tradizionale e Auto-Mutuo-Aiuto	41
CAPITOLO QUARTO	44
IL CRITICAL INCIDENT	44
4.1: Criteri diagnostici per il Disturbo Acuto da Stress	47
4.2: Disturbo post-traumatico da stress	49
CAPITOLO QUINTO	51
PRESENTAZIONE DELLA RICERCA: METODOLOGIA UTILIZZATA	51
5.1: Identificazione del problema	51
5.2: Identificazione del campione per lo studio	52
5.3: Ideazione e presentazione del questionario	52
5.4: Interpretazione dei risultati	54
5.5: La realtà di Ravenna	55
5.6: La realtà di Faenza	55
5.7: La realtà di Lugo"	55
5.8: La realtà globale della provincia di Ravenna	56
5.9: Considerazioni sui dati raccolti	56
CAPITOLO SESTO	61
ASSISTENZA SPIRITUALE D'EMERGENZA	61
6.1: Servizi della Croce Bianca	61
6.2: Assistenza Spirituale d'Emergenza	62
6.2.1: Storia e prospettive	63
6.2.2: Connotazione e organizzazione del gruppo	64
6.3: Aree operative del servizio	66
6.4: Alcune regole	68

6.5:Obiettivi del sostegno psicologico	69
6.6: Sostegno psicologico per le persone che hanno subito un lutto	71
6.7: Sostegno agli infermieri	76
<b>CAPITOLO SETTIMO</b>	<b>80</b>
<b>PROGETTO FORMATIVO DI SUPPORTO</b>	<b>80</b>
7.1: Caratteristiche del progetto di supporto	80
7.1.1: Definire la struttura organizzativa	81
7.1.2: Assicurarsi il sostegno di un esperto	84
7.1.3: Presentazione del programma di intervento al pubblico e alle autorità	85
<b>CONCLUSIONI</b>	<b>86</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>87</b>
<b>ALLEGATI</b>	<b>91</b>
ALLEGATO N° 1	92
ALLEGATO N° 2	95
ALLEGATO N°3	105
ALLEGATO N°5	125
ALLEGATO N° 6	136
ALLEGATO N° 7	137
<b>RINGRAZIAMENTI</b>	<b>138</b>

## INTRODUZIONE

Questa introduzione è una dichiarazione di intenti ed un racconto di vita.

Già dal secondo anno di corso, avevo deciso di scrivere una tesi che avesse per oggetto i bisogni dell'operatore sanitario.

Questa idea è nata perché, da una parte sentivo una certa carenza nel mio percorso di studi a proposito delle ripercussioni psicologiche del lavoro sull'infermiere, e dall'altra perché mi sono trovata più volte a vivere particolari situazioni di lavoro che mi hanno creato momenti di sconforto e difficoltà, tanto da mettere in dubbio la mia adeguatezza sulla scelta professionale fatta.

Quando ho scelto di iscrivermi al corso di Laurea in Infermieristica non avevo ben chiaro il percorso di studio che avrei dovuto affrontare né quale sarebbe stato il tempo da dedicare e le rinunce ad esso collegate.

Le esperienze di questi tre anni di lavoro mi hanno portato a considerare l'infermiere una figura essenziale della organizzazione sanitaria e mi hanno convinto che la professione infermieristica possa svilupparsi in tanti e diversi modi. Mi sono accorta, però, che l'infermiere non è a conoscenza di queste molteplici modalità e che spesso si rinchiude in un ruolo marginale, il che comporta, come conseguenza, l'esercizio non ottimale della professione.

Lo studente infermiere, nella mia rilevazione, denota una spiccata sensibilità di captazione e di osservazione che sviluppa durante il tirocinio nelle Unità Operative.

Egli ha nuovi strumenti per capire, da un punto di osservazione privilegiato, gli "errori" e le "omissioni" che si compiono sul campo, l'interazione tra i diversi ruoli, i vari comportamenti dei professionisti.

È stato proprio attraverso questo tipo di osservazione che ho capito quanto sia importante la comunicazione e quanto l'infermiere non sappia sfruttare

pienamente questo strumento, fondamentale per l'esercizio della professione.

Ho imparato con l'esperienza che il "saper comunicare" è un'arte complessa, e che non è il semplice frutto di spontaneità personale, ma richiede una preparazione specifica. E' auspicabile che in futuro le tecniche di comunicazione vengano trattate in modo più approfondito, sia nell'ambito della preparazione universitaria, sia durante l'esercizio dell'attività con aggiornamenti ed approfondimenti.

Ho anche imparato che l'infermiere, per poter curare gli altri, deve avere un buon concetto di sé e una preparazione in ambito relazionale, questi aspetti possono condizionare anche la sua vita privata al di fuori del lavoro.

Tra queste variegate problematiche ho scelto di affrontare il tema della morte perché nel lavoro infermieristico si entra frequentemente in contatto con questa temuta realtà che ci impaurisce e che spesso, ci trova impreparati sia nell'affrontarla che nel superarne l'impatto emozionale.

Molto spesso mi sono trovata in situazioni imbarazzanti, perché "non si sa cosa dire né come comportarsi".

Nella tesi ho voluto trattare due aspetti relativi alla morte: l'impatto che questa ha sull'operatore, e la relazione che si crea con i parenti di un paziente deceduto.

La prima parte della tesi è prettamente teorica, parte da considerazioni generali sulla morte e sulle problematiche vissute dagli infermieri nell'area dell'emergenza, ed in particolare in Pronto Soccorso. Ho preso in esame i gruppi di auto-mutuo-aiuto come supporto per gli operatori in difficoltà e presento l'esperienza della Croce Bianca di Bressanone che, unico esempio in Italia, si occupa dell'assistenza spirituale e psicologica sia agli operatori sanitari che ai parenti delle vittime.

La seconda parte è l'esplicitazione di un'indagine di ricerca diretta a verificare l'esistenza o meno di uno stato di stress acuto rivolta agli

operatori di emergenza, nei Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri di Ravenna, Faenza e Lugo, dell'Azienda U.S.L di Ravenna.

La tesi si conclude con la proposta di attivazione di un servizio di supporto spirituale e psicologico sia per gli operatori sanitari che frequentemente si trovano a convivere con un lutto e non si sentono preparati, sia per chi si trova a vivere con forte disagio la situazione luttuosa e sente il bisogno di avere comunque un supporto.

Sono fermamente convinta che molti operatori sentano il bisogno di essere formati su questo argomento, credo anche che molti parenti che hanno subito un lutto avrebbero preferito avere accanto, come supporto al loro immediato ed imprevisto dolore, un infermiere preparato ed attento e in grado di fornire loro un aiuto concreto.

# CAPITOLO PRIMO

## CONSIDERAZIONI SUI VARI TIPI DI MORTE

Sono diverse le situazioni assistenziali in cui si trovano a vivere gli infermieri di un pronto soccorso; tra queste la morte, che nella normativa italiana viene definita come: “Cessazione totale e irreversibile di tutte le funzioni dell’encefalo...<sup>1</sup>”. È opportuno sfatare un luogo comune: i soccorritori non sono immuni agli eventi, alle situazioni critiche in cui si trovano ad agire, né dalle reazioni psicologiche che scaturiscono da queste esperienze solo per il fatto di aver scelto di fare quel lavoro.

Ogni morte è differente, e ognuno ha modi diversi per affrontarla. Prima di considerare il ruolo che la morte ha sull’individuo e quali strategie utilizza per affrontarla, è opportuno elencare i tipi di morte che più spesso ci si trova di fronte.

Vari studi effettuati<sup>2</sup>, dimostrano che ci sono differenti livelli di disagio psicologico nell’operatore sanitario dovuti alla morte di un paziente: prima di tutto quella di un bambino, poi di un ragazzo e, di seguito, quella di un paziente terminale, di un anziano e di un tossicodipendente.

### ***1.1: MORTE NEI PAZIENTI GIOVANI***

La morte si associa spesso all’età avanzata perché nell’immaginario la morte dovrebbe giungere dopo aver vissuto gran parte della vita, come naturale conclusione di questa. È per questo che la morte allorché si verifica nei giovani non passa mai “ inosservata”, ma comporta un notevole carico emotivo che per alcuni soggetti può risultare eccessivo

---

<sup>1</sup> L. M 578 “Norme per l’accertamento e la certificazione di morte”. Anno 1993

<sup>2</sup> “ Burnout in pronto soccorso, ovvero il fallimento dell’ autodeterminazione?” Pubblicata in “Collana Argomenti n° 43” dell’ A.U.S.L di Ravenna. Anno 1999

nell'immediato e di difficile elaborazione dell'esperienza. La morte in un bambino o in giovane dà la sensazione che siano stati ingiustamente privati del diritto di vivere. Il dolore per "chi rimane" aumenta quando ci si rende conto che la persona morta aveva ancora molto da fare e da vivere. La morte di un bambino piomba come un fulmine che distrugge speranze, fiducia ed ha effetti incancellabili sulla famiglia colpita<sup>3</sup>.

### ***1.2: MORTE TRAUMATICA***

La vista dei morti, il loro particolare odore o l'aspetto devastato che a volte assumono, possono influenzare molto la reattività e l'impatto emotivo dell'infermiere. Questo perché spesso, si tende a vivere una sorta di identificazione con la vittima del tipo "quello avrei potuto essere io". Un corpo maciullato, decapitato o ustionato risulta sempre di grande impatto emozionale, e questo può far insorgere nell'operatore dei comportamenti come lavarsi spesso o un'avversione a nutrirsi di cibi a base di carne che sono indicativi del turbamento accusato dall'operatore. Questi sintomi, la maggior parte, delle volte sono passeggeri (da poche settimane a pochi mesi), ma in alcuni casi richiedono, interventi specialistici.

### ***1.3: MORTE IMPROVVISA IN PRONTO SOCCORSO***

Questo tipo di morte crea difficoltà nell'infermiere poiché, in questi casi si tende a mettere in discussione il proprio operato. "Si è fatto tutto ciò che si poteva fare?" Quando un paziente arriva in pronto soccorso, in base alla patologia che ha o al decorso che ha seguito fino a quel momento, ci si "aspettano" determinate complicanze. La morte nella medicina è sempre vista come un fallimento, ed è anche per questo che spesso non ci si riesce a rassegnare. Soprattutto quando si è colti impreparati e può ingenerarsi il dubbio di aver sottovalutato la situazione o di non aver fatto abbastanza,

dubbi che possono coabitare con l'operatore e renderlo meno capace di affrontare i futuri interventi con le dovute sicurezze. Anche la morte successiva ad una rianimazione cardiopolmonare può indurre nel soccorritore uno stato d'animo di rassegnazione e impotenza. Tutte le volte che ci si trova a "lottare" contro la morte, e a perdere perché, nonostante tutti gli sforzi fatti, essa ha seguito il suo corso naturale, nasce in noi una sorta d'impotenza che non è accettata da chi decide di fare un lavoro che cerca di "contrastare" la morte stessa. Non sempre, purtroppo, nonostante tutto ciò che si è fatto, si riesce a contrastare l'effetto di un arresto cardiopolmonare. Si può solo accettare impotenti questa situazione, cosa non facile soprattutto se la persona trattata è un giovane.

#### ***1.4: MORTE NEL PAZIENTE ANZIANO O TERMINALE***

La morte del paziente anziano è quella che probabilmente ha meno implicazioni, proprio perché è cultura comune pensare alla morte legata ad un soggetto anziano.

Ma se un soccorritore vive già in modo problematico o angosciato la morte di un qualsiasi paziente, affronterà anche in modo negativo la morte dell'anziano indipendentemente dall'accostamento del concetto d'età avanzata a quello di morte.

Per quanto riguarda il malato terminale, la morte è una conseguenza che ci si aspetta, ma non per questo è accettata con superficialità. La morte è un evento che in nessun caso dovrebbe passare inosservato e, anche se si sa che sicuramente arriverà, nessuno può prevedere quando; e quest'attesa può tradursi in un logorio.

---

<sup>3</sup> N. Roper, W. W. Logan, A. J. Tierney "Elementi di nursing". Il Pensiero Scientifico editore. Anno

## CAPITOLO SECONDO

### IL LUTTO

Il vocabolario della lingua italiana Devoto-Oli così definisce il lutto: “Dolore per la scomparsa di persone care e sue manifestazioni individuali e collettive nell’ambito degli usi e costumi delle singole comunità. Motivo di angoscioso tormento.”, mentre il Lynda Juall Carpenito “Diagnosi infermieristiche” definisce il lutto in modo più ampio: “Stato in cui la persona o la famiglia presenta una normale risposta umana, comprendente reazioni fisiche e psicosociali, a una perdita reale o percepita (che può riguardare una persona, un oggetto, una funzione, uno status, una relazione).” Come tutti i comportamenti umani, influenzati dalla cultura e dalla società, anche l’atteggiamento nei confronti della morte è in parte rappresentativo della nostra individualità e in parte delle dinamiche culturali proprie della nostra civiltà. Il problema della morte e del lutto ha sempre accompagnato l’uomo sin dai tempi più antichi, e per molti rappresenta fonte d’angoscia e disagio. Questo perché la morte è una delle fasi della vita che inevitabilmente ogni essere umano dovrà percorrere, ma è anche quella che raramente accettiamo e che può ingenerare meccanismi di negazione o rimozione che sono alla base dell’insorgenza di molteplici problemi comportamentali.

## ***2.1: EVOLUZIONE DELL'ATTEGGIAMENTO DELL'UOMO NEI CONFRONTI DELLA MORTE***

Gli atteggiamenti dell'uomo nei confronti della morte, nel mondo occidentale, è mutato nel corso dei secoli<sup>4</sup>. Partendo dal medioevo e arrivando ai giorni nostri ci sono state notevoli mutazioni anche se molto lente. Ad esempio nel medioevo la morte non era accompagnata da un sentimento di angoscia o paura per la morte in sé, ma più che altro per il fatto che questa potesse giungere in modo improvviso. Quando il morente avvertiva l'incombenza della morte aveva il tempo di prepararsi per affrontare quest'ultimo passaggio. La camera del moribondo si trovava in un luogo pubblico in cui chiunque (parenti, amici, conoscenti e soprattutto bambini) poteva entrare. La morte rappresentava pertanto un evento naturale e pubblico. Intorno al XI- XII secolo si iniziano ad osservare le prime modificazioni nel "vivere" la morte. Se prima i morti venivano affidati alla chiesa in attesa del "risveglio" in Paradiso, ora compare il tema del giudizio; nasce cioè il concetto di responsabilità personale e del bilancio delle buone e cattive azioni. Questo concetto si accrescerà nel tempo e l'uomo verrà sempre più giudicato in base alle azioni della propria vita. Il concetto di morte assume così una connotazione di angoscia e di paura che non perderà più. Il "giudizio" non avviene nel giorno stesso della morte, ma coincide con l'ultimo giorno di esistenza del mondo; il concetto di Aldilà pertanto non si identifica con l'eternità, ma con il periodo che intercorre tra la morte e la fine del mondo. Nel XV secolo, cambia il momento del giudizio che avviene al capezzale del morente. Dio perde così il suo significato di Giudice per assumere quello di Testimone in quanto al

---

<sup>4</sup> G. Di Mola: "La morte nella cultura occidentale: aspetti culturali e storico antropologici". Tratto da "Informazione psicologica, psicoterapia, psichiatria" n°37-38 1999 Roma.

moribondo viene imposta una prova che determinerà il suo destino: verrà sottoposto a varie tentazioni, rivivrà tutte le sue azioni come: la disperazione dei suoi errori, la gioia dei suoi successi, i beni materiali e le persone care; se respingerà le tentazioni, i suoi peccati verranno cancellati, se cederà, verranno cancellate le sue buone azioni. Compare così alla fine del Medioevo la paura della morte, l'inquietudine legata all'incertezza del destino dell'individuo dopo la morte e la paura del giudizio finale, cosicché il rito funebre si carica di un'intensa drammaticità che è caratteristica ancora dei giorni nostri. Una svolta si verifica nella seconda metà dell'Ottocento. Con i progressi in campo medico (la scoperta di nuovi farmaci, dell'anestesia e dei "microbi"), si ha una riduzione delle morti per malattie, e della sofferenza fisica. Muta anche il ruolo del sacerdote che non è più visto come unico intermediario con Dio prima della morte, e muta anche la figura del medico, personaggio che accompagna alla "buona" morte. A queste variazioni della società si accompagna un significativo cambiamento dell'approccio nei confronti della morte. Alla veglia partecipano un minor numero di persone, va scomparendo il banchetto funebre, si tende ad usare molto più frequentemente la bara. Il passaggio dalla vita alla morte assume una connotazione più intimista. Anche la toletta funebre si modifica, infatti non viene più utilizzata la camicia funebre, ma viene scelto un vestito da cerimonia. Con il fenomeno dell'urbanizzazione, varia anche l'organizzazione dei funerali mentre nei piccoli centri la comunicazione di morte veniva fatta dai vicini di casa, nei grandi centri urbani nasce la figura del "nunzio di morte" che si occupa di portare la notizia di morte di casa in casa. Sempre nel XIX secolo variano anche le manifestazioni di dolore da parte di coloro che sono rimasti in vita. La morte subisce un'interiorizzazione, viene vissuta in modo molto doloroso come un definitivo e terribile distacco da coloro che si amano; con più difficoltà viene accettato questo allontanamento, a differenza di un

tempo. Anche per la fiducia riposta nella medicina e nella ricerca medica, si accetta sempre meno il morire e nascono degli atteggiamenti di anomala reattività nei confronti dell'atto finale della vita che, invece, è evento naturale. Quando si parla di lutto si pensa in genere al dolore che si prova per la perdita di una persona cara; in realtà, come si esprime il vocabolario della lingua italiana quando si parla di lutto ci si riferisce ad un “evento che scatena un angoscioso tormento”, quindi ad uno stato d'animo che si può provare indipendentemente dal rapporto personale che si aveva con il morto. Nell'ambito sanitario, gli operatori (soprattutto di rianimazione, pronto soccorso, 118, UTIC), si trovano a vivere frequentemente il “problema della morte” sia per quel che riguarda l'impatto diretto con la persona deceduta (specie se si tratta di bambini, di corpi devastati, di giovani e di morti improvvise), sia per quel che riguarda la gestione delle relazioni con i parenti. Studi recenti<sup>5</sup>, mettono in luce la difficoltà dell'operatore nell'affrontare i parenti di un paziente deceduto, si delinea forse per la prima volta in modo esplicito, l'interesse di poter disporre di una figura di supporto per superare i momenti di maggior tensione. Molte volte ci si trova impreparati ad affrontare questo argomento, che obiettivamente può far nascere negli operatori sanitari un forte disagio sia per la morte in sé, che per le relazioni con i parenti. Il disagio può derivare sia perché la morte rievoca un ricordo o perché fa nascere in noi considerazioni generali sulla vita, sia con i parenti per una difficoltà comunicativa esistente che impedisce di comunicare con loro nel migliore dei modi, senza aumentarne la sofferenza. A ciò è da aggiungere che: se è vero che la comunicazione del decesso viene fatta dal medico, tuttavia il sostegno successivo che a volte trasforma il parente in “paziente”, è di appannaggio dell'infermiere. È quindi importante che l'operatore conosca

---

<sup>5</sup> “Burnout in pronto soccorso, ovvero il fallimento dell'autorealizzazione?”. Pubblicato in “Collana ARGOMENTI N°43” dell' A.U.S.L di Ravenna

il lutto e che sia competente nell'affrontarlo, affinché possa mettere in atto strategie difensive per se stesso, e possa gestire in modo corretto e umano le relazioni con i parenti allo scopo di essere di aiuto.

## ***2.2: ELABORAZIONE DEL LUTTO***

Con questo termine si indica il processo psichico conseguente alla perdita di una persona cara. Tale processo è caratterizzato da una condizione psicologica di sofferenza che perdura finché non avviene una sorta di rinuncia all'oggetto d'amore, prima della quale l'individuo sperimenta una profonda e prolungata tristezza. Si tratta di un progressivo e lento percorso attuato dalla nostra psiche per il recupero di ciò che sopravvive alla separazione<sup>6</sup>. Quando si parla di lutto bisogna far riferimento anche al cordoglio, perché mentre il **lutto** è dato da quella serie di comportamenti rituali accompagnati da uno stato psicologico che caratterizza il periodo successivo la morte della persona cara, il **cordoglio** si riferisce alla reazione emozionale, comportamentale ed al travaglio psicologico dei superstiti. Vivere correttamente le fasi del lutto permette a chi lo sperimenta di rendere più tollerabile questo evento e di non sviluppare comportamenti che potrebbero assumere connotati patologici. Numerosi studi<sup>7</sup> hanno dimostrato che c'è meno possibilità di sviluppare problemi psicologici nei decessi attesi ( ad esempio pazienti terminali) sia per i parenti che per gli operatori, rispetto alle morti improvvise. È l'evento inaspettato a cui l'individuo è impreparato che crea i maggiori problemi, in quanto ci si trova a vivere un radicale cambiamento a cui non si aveva assolutamente pensato. In tutti i casi l'evento luttuoso provoca un'ansia acuta, il rischio di una crisi d'identità, il senso di inutilità, e di insicurezza, la disperazione.

---

<sup>6</sup> V. Ferri: "Forme e tecniche di attenzione rivolte alla morte." Tratto da "Informazione psicologica, psicoterapia, psichiatria" n°32-33 1999 Roma.

Si possono distinguere delle fasi del lutto legate ai vari stati d'animo<sup>8</sup>:

- 1) **Lo shock:** è la fase iniziale, inconscia, attraverso la quale il soggetto viene protetto dal contesto e dagli stimoli che si metabolizzano difficilmente. Il soggetto vive il mondo esterno in modo attutito e meno recettivo. Non è sempre presente questa fase, ma si riscontra assiduamente nei casi in cui si ha a che fare con una morte violenta ed improvvisa. In questo momento è difficile instaurare un dialogo efficace con la persona che vive il lutto.
- 2) **Il rifiuto:** questa fase è sempre presente, in certi casi è anche la prima che si vive. Il soggetto rifiuta la realtà in cui si è trovato e non accetta neanche il pensiero che il proprio parente sia morto. Ha una durata variabile ma non eccessivamente lunga.
- 3) **Il dolore:** questa fase è molto variabile a seconda delle caratteristiche psicologiche del soggetto che la vive. Il dolore è un'emozione soggettiva, la cui durata, intensità e grado di espressione dipendono dalla cultura e dalla personalità del soggetto che lo vive. È in questa fase che il lutto si può complicare e si può avere necessità di ricorrere all'aiuto di un professionista. Studi a riguardo dimostrano che le persone che maggiormente reprimono le proprie emozioni o il proprio dolore, sono più a rischio di vivere disturbi successivi rispetto a coloro che invece riescono ad esprimerle.
- 4) **La rabbia:** normalmente le persone che subiscono un lutto si ritrovano a vivere un intenso e irrazionale sentimento di ira. Rabbia verso il parente che li ha lasciati, verso gli operatori che non sono

---

<sup>7</sup> V. Ferri: Op. Cit.

<sup>8</sup>B. Novelli, M. Monti "La relazione operatore paziente". Corso di psicofornazione per gli operatori sanitari in area critica. AISACE. Anno 2002

riusciti a salvarlo, verso Dio che non è riuscito ad impedire la cosa. Questo sentimento perdura finché non viene espresso ed ascoltato per poi sostituirsi ad un sentimento di profonda tristezza.

**5) Il senso di colpa:** Spesso nascono sensi di colpa, questo dipende dal tipo di rapporto che avevano con il deceduto. Se il rapporto era caratterizzato da una scarsa comunicazione, da situazioni rimaste in sospeso, da affermazioni fatte, da problemi non chiariti, anche lo stesso non aver detto “Ti voglio bene”, può creare sensi di colpa e/o sintomi depressivi. Spesso i sensi di colpa si provano nei confronti del decesso dei pazienti terminali. Sono molti i parenti che provano una sensazione di sollievo dopo il decesso del proprio parente, cosa che in realtà è normale e che invece denota che durante il periodo della malattia avevano anteposto i problemi del proprio caro davanti ai propri. A volte i sensi di colpa nascono molto tempo dopo la morte della persona cara quando si iniziano a provare sentimenti di gioia e tranquillità. Anche quest’ultimo stato d’animo è normale, in quanto, comunque dopo un lutto prevale la continuità della vita.

**6) La paura:** Questa è l’ultima fase del lutto in cui nascono diversi tipi di paure in quanto, una volta superato il dolore della perdita, si palesa l’idea della propria mortalità. Ci si rende conto di essere dei soggetti mortali e di non riuscire a convivere con il pensiero della propria morte, o meglio che questa possa accadere anche a sé. Da qui possono nascere reazioni negative, (depressione, ansia generalizzata, attacchi di panico), o anche positive (migliorare i rapporti umani, dare maggiore significato alla vita, concretizzare di più la propria vita). È opportuno aprire una piccola parentesi per quel che riguarda i bambini: non è consigliabile escluderli dalla situazione luttuosa, anzi bisogna far capire al bambino cosa sta succedendo, soprattutto se la morte riguarda il proprio genitore, aiutarlo a prendere coscienza del

dolore e a fargli vivere la propria sofferenza, cosa che percepirebbe comunque. Non bisogna mai pensare che in quanto bambino non possa capire.

### ***2.3: COMPORTAMENTI DA ASSUMERE VERSO I FAMILIARI***

Si è visto che le difficoltà maggiori che riscontra l'infermiere nei confronti della morte, oltre alla visione di scene particolarmente "impressionanti", sono rappresentate dall'accettare la morte e nell'instaurare relazioni con i parenti. La domanda che ci dobbiamo porre è : "come si può essere d'aiuto a sé stessi per poter essere d'appoggio a chi ha subito un lutto?". Non ci sono comportamenti standard da seguire alla lettera ed applicabili in generale a tutto, ma se venissero insegnate delle accortezze questo momento potrebbe essere vissuto in modo più professionale e meno traumatizzante. Il primo importante passo è accettare la morte.

Nel corso della storia dell'uomo la paura della morte ha assunto diversi significati, fino a divenire un argomento tabù: occorre far di tutto per non arrivare alla fase finale della vita. Di fatto, meno si conosce più si ha paura, e il cercare di non affrontare e tenere lontano questo " problema" non fa altro che aumentarne il timore. Si accetta meglio la malattia della morte, anche se quest'ultima è parte integrante della vita dell'uomo. Se l'infermiere è così terrorizzato dal pensiero della morte da non riuscire a parlare, o se la sua angoscia è evidente e difficilmente controllabile, di certo non si relazionerà bene né con i parenti né con la vittima stessa. La prima persona su cui si può fare qualcosa è proprio sé stessi, capire cosa ci terrorizzi così tanto della morte serve per affrontare le proprie angosce. Chiaramente più si riesce a "gestire" la morte e non associare nel paziente deceduto la morte di un proprio caro o addirittura la propria, più si riuscirà a vivere in modo meno traumatico la morte di un paziente. Si sono già trattati i "tipi" di morte con cui ci si può scontrare, ma ci sono

caratteristiche fisse che possono creare dei “disagi” indipendentemente da come si percepisce la morte. Prima fra tutte l’età del paziente: più è giovane più è difficile accettarlo e rimanerne indifferenti. L’infermiere si trova a vivere un’ambivalenza rilevante: da una parte è il professionista, colui che soccorre e che aiuta; tutto ciò gli impone di mantenere un determinato comportamento e l’autocontrollo; non può quindi correre il rischio di diventare colui che deve essere aiutato, dall’altra c’è tutto ciò che prova interiormente. Il problema maggiore pertanto è riuscire a “cancellare” gli stati d’animo nel momento in cui si presta soccorso. Infatti in quel momento non c’è tempo di occuparsi di se stessi, perché c’è qualcosa di “più importante”; così, poi, ci si trova a vivere tutto in una volta quelle emozioni che diversamente si sarebbero diluite nel tempo. Appena il soccorritore ha risposto al “bisogno” per cui era stato chiamato, si ritrova a fare i conti con la propria interiorità e non sempre è cosa facile. L’infermiere deve pertanto essere preparato per la gestione della morte e del lutto.

### ***2.3.1: La relazione con chi rimane***

L’infermiere è direttamente coinvolto non tanto per la comunicazione di morte in sé ma per il supporto immediatamente successivo ai parenti. Questo è un dato di esperienza, per cui sia la scuola che successivamente il luogo in cui ci si svolge l’attività di lavoro, devono intervenire per preparare l’infermiere ad affrontare questo argomento. È fondamentale ricordare che alla comunicazione di morte bisogna dedicare il tempo necessario. Non si può comunicare a un parente il decesso del proprio caro in ambienti poco idonei, alla presenza di altri soggetti. In quel momento si lavora per chi rimane, antepoendo i loro bisogni ai propri; e se per l’infermiere non è facile sostenere il parente dopo la comunicazione; per

quest'ultimo è altrettanto difficile sentire e recepire le parole dell'infermiere che in quel momento sta distruggendo ogni sua speranza.

#### ***2.4: PREPARAZIONE PER LA COMUNICAZIONE***

Il contatto con la morte di una persona è un'esperienza forte sia a livello personale che professionale. Ritorna quindi l'importanza di selezionare personale adatto a questo tipo di comunicazione; questo sia per il bene dell'infermiere che potrebbe non sopportare questo tipo di stress, sia per i familiari che stanno già affrontando un periodo particolarmente difficile. Chi decide di esporsi a questo tipo di esperienza anche se in modo volontario, deve considerare alcuni possibili sentimenti come sentirsi inesperto o impreparato al compito, aver paura di essere a contatto con la morte, temere di essere aggredito dai familiari, (anche fisicamente), sentirsi responsabile della morte del soggetto tanto più se ha partecipato alle manovre di emergenza, legarsi troppo alla famiglia della persona deceduta. Non esiste un profilo ideale che possa permettere l'identificazione della persona più adatta, e per l'intenso carico emotivo che questa comporta non è opportuno lasciare questo compito sempre alla stessa persona<sup>9</sup>. Per orientarsi è però opportuno che:

- Il personale abbia seguito un corso di formazione sugli aspetti della comunicazione del decesso;
- La persona scelta sia sensibile, affidabile e matura e, se possibile, disponibile ad essere coinvolta;
- La persona abbia conoscenza concreta di quello che è accaduto prima, durante e dopo la morte;

---

<sup>9</sup> A. Zuliani, L. De Antoni "Il problema della comunicazione ai familiari del decesso improvviso di un congiunto". Tratto da "Emergency Oggi". Anno 2002

- La persona abbia il tempo per comunicare il decesso, e rimanere con gli interessati il tempo necessario per aiutarli a superare le prime difficoltà emotive.

Al di là di tutte queste indicazioni, è di fondamentale importanza supportare i soccorritori che si occuperanno di questa attività, permettendo loro di esprimere tutti i vissuti legati a questi incontri. Il soccorritore non deve essere lasciato solo nella gestione di queste emozioni e deve essere aiutato soprattutto a ritrovare il giusto distacco dalle relazioni relativamente importanti che si instaurano con i familiari dei defunti. È particolarmente utile prevedere momenti di formazione ed incontri periodici.

La formazione permanente per gli operatori che si trovano a lavorare in situazioni in cui è frequente dover comunicare decessi improvvisi è tenuta ad istituire procedure attraverso cui l'operatore può ricevere informazioni per comunicare in modo corretto ai familiari il decesso del loro congiunto. Prima di affrontare i parenti, chi si prende carico di questa comunicazione dovrebbe avere la possibilità di discutere con gli altri membri del proprio gruppo le sue reazioni personali. Questo debriefing avrebbe lo scopo sia di preparare colui che comunicherà l'accaduto, sia di ricostruire la storia completa dell'accaduto, per ritrovare il filo conduttore degli eventi in modo da non trovarsi nella situazione di dover dire "non le so rispondere" o ancor peggio dare informazioni approssimative o poco veritiere. La comunicazione deve essere semplice e chiara, bisogna porre minuziosa attenzione agli aspetti verbali e non verbali, anche al luogo in cui avviene tale comunicazione. L'operatore deve essere in grado di avere un atteggiamento che sia un giusto punto di equilibrio tra distacco professionale e partecipazione umana. Un atteggiamento troppo tecnicistico rischia di rendere il rapporto troppo freddo tanto da poter sembrare indifferenti o cinici; un atteggiamento troppo emotivo può non essere

concretamente di aiuto, anzi può rischiare di trasmettere ai parenti anche le proprie frustrazioni e paure. Spesso l'operatore decide di dare informazioni scaglionate, pensando che sia molto più sofferente per il parente affrontare la realtà "tutta in una volta". Ma un parente può pienamente rendersi conto di quello che è successo solo una volta che è stato esplicitamente comunicato il decesso; a volte il prolungare troppo i tempi porta solo ulteriore sofferenza. Bisogna anche ricordare che la vera elaborazione del lutto inizia solo dopo che è stato comunicato il decesso. Per comunicare un decesso è necessario conoscerlo nei suoi dettagli principali, per questo se chi deve comunicare la notizia non era sul luogo dell'evento, occorre che raccolga più informazioni possibili prima di approcciarsi ai parenti (massima comunicazione con il personale del 118e con le altre figure che hanno partecipato al soccorso).

Informazioni essenziali sono:

- Che cosa è accaduto;
- Quando è accaduto;
- Come è accaduto (non è necessario entrare troppo nei dettagli, soprattutto se cruenti);
- Raccogliere informazioni sui famigliari (quanti sono?, ci sono problemi di salute tra di loro?, che relazioni c'erano tra il deceduto e la famiglia ecc...).

Queste informazioni sono utili sia per capire qual è il parente più adatto a ricevere la comunicazione dell'evento morte, sia per prevenire reazioni abnormi da parte dei parenti. È ovviamente fondamentale essere certi dell'identità della vittima prima di comunicarla ai parenti. Identificare il paziente e informarsi sull'accaduto impongono che passi un certo tempo tra l'evento luttuoso e il momento della comunicazione, occorre tenere presente che il tempo accresce la preoccupazione e l'angoscia dei parenti, soprattutto se l'evento è conosciuto come grave incidente o catastrofe. In

quest'ultimo caso la spinta a dare informazioni non adatte o scorrette a un parente in preda all'ansia che continua a chiedere notizie può recare notevoli danni. L'annuncio deve essere dato prima che i media o qualcuno di estraneo o inadatto lo faccia, potrebbe anche essere utile affiancarsi a qualcuno di conosciuto dai parenti (vicino di casa, amico), affinché possa giungere da ulteriore appoggio per la famiglia.

#### ***2.4.1: Come avviene la comunicazione***

Come prima cosa bisogna presentarsi, è meglio se la comunicazione viene data da un'unica persona, facilmente ricontattabile. Essere già informati sul parente di riferimento è sempre positivo per evitare frasi del tipo “siete fratelli di...?” o “lei è la moglie di...?”. Non utilizzare mai i bambini come messaggeri, né fare la comunicazione ad un bambino; è altrettanto non appropriato informare i media senza prima aver chiesto il consenso ai parenti, occorre astenersi comunque dall'espone dettagli superflui. La comunicazione deve avvenire in un luogo tranquillo e poco rumoroso; è meglio far sedere l'interessato e sedersi accanto a lui, evitando i corridoi o le sale d'attesa per comunicare questa notizia.

#### ***2.4.2: Contenuto della comunicazione***

Bisogna essere semplici e diretti parlando con calore, usando sempre il nome della vittima, mai ricorrere a parole quali: “defunto”, “corpo”, “morto”, “spirato”, “trapassato”. È un modo per far sentire di essere più vicino alla famiglia e che ci si sta occupando di loro. Utilizzare il nome della vittima è anche un modo per far affrontare la realtà all'interlocutore. Comunicazione verbale e non verbale devono essere coerenti: non si comunica solo una notizia ma si entra anche in contatto con l'interessato, una relazione di qualità non dipende solo da ciò che si dice ma dai gesti che

si compiono e dagli atteggiamenti che si assumono. Se c'è discrepanza tra gli aspetti della comunicazione l'interlocutore potrà essere confuso e non capirà bene la comunicazione stessa. Probabilmente verranno fatte domande su come è avvenuto il decesso, in tal caso bisogna attenersi agli avvenimenti accertati, senza aggiungere o interpretare fatti che possono rivelarsi errati. È meglio ammettere di non sapere ed andare ad informarsi, più che inventarsi qualcosa. Bisogna anche considerare che in base a quello che gli viene detto, il familiare inizia un suo processo di elaborazione, e ciò condiziona l'insorgenza dei suoi stati d'animo. Meglio evitare di dare alla vittima la colpa di quello che gli è successo, anche se potrebbe essere vero, in quel momento i parenti tendono ed hanno bisogno di proteggere l'immagine del deceduto. Chiedere durante l'informazione se è tutto chiaro, per evitare che dietro ad una parola non percepita o distorta possano nascere delle incomprensioni o fraintendimenti spiacevoli. I parenti possono anche chiedere dove si trova il loro caro in quel momento. Anche qui evitare frasi tipo: "il corpo è..." o "la salma giungerà...", meglio continuare a chiamare la vittima per nome specificando "... ora è...". A volte queste informazioni possono tardare ed allora è meglio giustificare la situazione facendo riferimento alla necessità di accertare i fatti, o di essere sicuri del luogo e del momento.

Dopo aver comunicato la notizia è importante porgere le condoglianze, è un modo per far capire ai parenti che le informazioni da noi possedute sono state date, è anche consigliabile non aggiungere niente a meno che non venga richiesto.

## ***2.5: REAZIONI ALLA COMUNICAZIONE***

Chi si assume il compito di dare questa comunicazione deve anche tenere in considerazione le diverse reazioni in cui potrà trovarsi. Non sono rare esternazioni eclatanti, regressioni comportamentali, incredulità, ira, sensi di

colpa, svenimenti, mancanza di respiro, scene di disperazione che possono anche trasformarsi in situazioni di emergenza. È importante ricordare che, anche se i parenti non hanno nessuna responsabilità per l'accaduto, frasi come "Se gli avessi telefonato..." o "se gli avessi detto di non andare..." sono abbastanza frequenti.

Le reazioni emotive per quanto esasperate fanno parte del modo di affrontare la situazione per quella persona; cercare di sedarle o reprimerle non serve. Dopo questa comunicazione i famigliari tenderanno a concentrarsi su questa, e nessuno dovrebbe distoglierli dal loro dolore, è importante quindi non parlare di altro e per dare ulteriori informazioni è utile aspettare che l'interlocutore sia di nuovo disponibile.

Tra le frasi che sarebbe opportuno non citare mai si ricorda che bisogna comunque tenere sempre presente il contesto in cui ci si trova e la relazione che si è instaurata con il parente, per esempio:

" Il tempo cura le ferite", "la vita continua"

( l'interessato non può certo pensarlo in quel momento);

" Dovete ricordarlo com'era prima"

( Questo sarà possibile solo successivamente);

" Forse era giunto il suo tempo"

( I parenti possono non concordare con questa frase);

" Deve essere forte verso..." – di solito si citano bambini-

( una persona ha diritto ad avere momenti di debolezza e disperazione);

" E' uno dei rischi del lavoro che svolgeva, ora stia tranquillo"

( le emozioni non si possono comandare);

" Si è addormentato per sempre"

( Chi mi garantisce che domani non si sveglierà?);

" L'abbiamo perduto";

" E' andato";

e così via.

### ***2.5.1: Cosa avviene dopo la comunicazione***

Spesso la famiglia ha bisogno di aiuti anche molto concreti come telefonare a qualcuno, trovare qualcuno che bada i bambini, chiamare ministri del culto, parenti, datori di lavoro, in questo può anche aiutare la stessa persona che ha dato la comunicazione. A volte bisogna riconoscere la salma. È bene accompagnare i parenti sia quando vanno che quando tornano dall'obitorio, descrivendo la stanza, le procedure che saranno adottate, e nei casi più particolari (bambino, o un corpo in brutte condizioni) bisognerà prepararli a ciò che vedranno. Nella maggior parte dei casi dopo la comunicazione del decesso si passa alla consegna degli oggetti personali. Bisogna precedentemente informare i parenti di questa consegna, che dovrà comunque rispettare i loro desideri. Sarebbe meglio non consegnare abiti sporchi di sangue e gli effetti personali dentro sacchi di plastica che usualmente si usano per i rifiuti. Se c'è qualcosa di positivo da dire a proposito degli ultimi momenti di vita del defunto è importante comunicarlo, com'è importante rassicurare i parenti sul fatto che il loro caro non ha sofferto senza però dare l'impressione che non se ne sia neanche accorto.

### ***2.6: UNO STRUMENTO IN AIUTO ALL'INFERMIERE: IL CODICE DEONTOLOGICO***

Il codice deontologico degli infermieri del febbraio 1999, rappresenta una linea di comportamento morale a cui ogni professionista deve tendere, sia perché iscritto all'albo professionale e questo comporta "l'appartenenza a un gruppo professionale che accetta i valori contenuti nel codice deontologico", sia perché "il codice deontologico guida l'infermiere nello sviluppo dell'identità professionale e nell'assunzione di un comportamento etico responsabile". Per questo motivo si faranno di seguito delle considerazioni su quegli articoli che, anche se non danno un esplicito

riferimento al lutto, spiegano l'importanza che assume la capacità di sapersi relazionare in questo caso, con l'altro. "Il codice deontologico pertanto è lo strumento che informa il cittadino sui comportamenti che può attendersi dall'infermiere"; la capacità di sapersi relazionale con il cittadino (raramente viene usato il termine assistito, mentre frequentemente si parla di individuo) è la prima abilità che bisogna sviluppare.

### **1 Premessa:**

**1.2: " L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica, relazionale ed educativa".**

Attraverso il percorso di studi e poi con la pratica assistenziale l'infermiere acquisisce quelle capacità tali affinché possa poi svolgere il suo lavoro in modo autonomo e specifico. Le capacità dell'infermiere non devono riguardare solo la parte tecnica del lavoro (cosa che tuttora viene prediletta), ma deve essere incentivata l'educazione e l'approfondimento della parte relazionale. Prima di tutto questo lavoro è "relazione".

**1.3: " la responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo".**

A volte l'infermiere si trova ad agire senza valutare il contesto del nostro assistito. Andiamo da un paziente che ha suonato il campanello, o arriviamo in ambulanza sul luogo di un incidente, e ci concentriamo solo sulla "vittima" tutto quello che c'è intorno la eludiamo. L'infermiere presta assistenza al cittadino, a qualunque cittadino bisognoso: non ha forse bisogno di aiuto colui che ha appena perso una persona cara?

### **2 Principi della professione:**

**2.2: “L’infermiere riconosce la salute come bene fondamentale dell’individuo e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura e riabilitazione”.**

Sono molti gli studi e le campagne di sensibilizzazione che sono stati fatti, da parte di psicologi che denunciano i disturbi psicologici che possono nascere in una persona dopo un evento luttuoso. Il nostro compito è anche quello di prevenire che il parente di una vittima diventi poi un paziente. Soprattutto quando la nostra attività è incentrata sulla tutela della salute.

#### **4 Rapporti con la persona assistita:**

**4.9: “L’infermiere promuove in ogni contesto assistenziale le migliori condizioni possibili di sicurezza psicofisica dell’assistito e dei familiari.”**

Questo articolo sottolinea come l’infermiere si prende cura anche del contesto familiare, in particolare non solo della persona nella sua componente psicofisica, ma anche dopo il decesso del congiunto.

**4.15: “L’infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita, riconoscendo l’importanza del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale...”**

Quest’articolo sottolinea l’importanza della competenza relazionale indispensabile al professionista infermiere. Questa abilità in parte viene appresa durante il percorso di studi, ma è un aspetto che va approfondito durante tutta l’attività operativa.

**4.16: “L’infermiere sostiene i familiari dell’assistito, in particolare nel momento della perdita e nell’elaborazione del lutto”.**

Questo punto è molto esplicito. Ma come si fa? Come si può sostenere la famiglia nel momento della perdita? Cosa si può dire o fare per non causare

più sofferenza attraverso una frase infelice o un comportamento inopportuno? Nel percorso di studio sono stati forniti alcuni elementi teorici senza avere la possibilità di sperimentarsi nella pratica clinica, il che è una grande perdita sia per chi, come infermiere, si troverà in simili situazioni senza averne la preparazione, sia per le persone a cui succederà di non essere trattate in modo adeguato. Appare in questo caso abbastanza evidente la discrepanza che c'è tra la preparazione infermieristica e il codice deontologico. Si ricorda anche che il primo approccio che si ha con un soggetto è di tipo relazionale, e ogni infermiere ha il diritto-dovere che gli vengano date tutte le possibilità per svolgere il suo lavoro in modo corretto e con la tutela opportuna.

## **CAPITOLO TERZO**

### **L'AUTO-MUTUO-AIUTO**

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce l'auto-mutuo-aiuto (A.M.A) come “l'insieme di tutte le misure adottate da figure non professioniste per promuovere, mantenere o recuperare la salute, intesa come completo benessere fisico, psicologico e sociale di una determinata comunità”.

I protagonisti dell' auto-mutuo-aiuto sono soggetti che vivono il medesimo problema e si trovano tra loro per condividere la loro storia e l' esperienza pratica, cercando di superare un problema comune<sup>10</sup>.

Ogni persona trae beneficio nell'aiutarne un'altra in difficoltà e poiché il mutuo aiuto si muove sulla base di questo principio, ciascuno beneficia del procedimento aumentando il senso di auto stima e di efficacia delle proprie capacità.

Il processo di mutuo aiuto comincia con l'acquisizione della consapevolezza di avere un disagio o un problema, e con l'attivazione della ricerca di un aiuto.

Il mutuo aiuto si realizza nel momento in cui chi aiuta e chi viene aiutato condividono fatti, vissuti, emozioni di un medesimo problema.

#### ***3.1: STORIA DELL'AUTO-MUTUO-AIUTO***

Il primo storico dell' auto-mutuo-aiuto, P. Kropotkin (1901), ha individuato forme di mutuo aiuto e di cooperazione già nelle società preistoriche all'interno di clan e tribù con la finalità di difendersi e attaccare un'altra tribù, ed ha attribuito allo sviluppo di queste forme di cooperazione sociale

---

<sup>10</sup> F. Oliva “Il movimento di autoaiuto”. Tratto da “Animazione sociale”. Dicembre 1995

la sopravvivenza dell'uomo e il successivo passaggio dell'organizzazione sociale alle unità familiari.

Anche negli Stati Uniti d'America i primi coloni crearono simili forme di auto-mutuo-aiuto, col duplice scopo di difendersi dalle avversità naturali e dagli indiani e di produrre beni di prima necessità per la collettività.

I primi veri movimenti organizzati di auto-mutuo-aiuto nascono tuttavia in seguito alla rivoluzione industriale e alla crescente necessità di far fronte ai problemi sociali, economici e sanitari ad essi collegati. Ad esempio, in Inghilterra le Friendly Societies sorsero nella seconda metà dell'ottocento in modo spontaneo come gruppi locali di lavoratori in cerca di un sostegno comunitario per fronteggiare i problemi di vita quotidiana come l'alloggio e la salute, le assicurazioni ed i prestiti, le indennità per i lavoratori. Il loro sviluppo fu esponenziale tanto che il fondatore del Welfare State (Lord Beveridge) le descrisse come: "strutture per l'aiuto fraterno nella situazioni di disgrazia, mezzi per incanalare lo spirito dei servizi di volontariato, agenzie per la mutua assicurazione e la sicurezza personale".

Anche negli Stati Uniti d'America, in seguito agli squilibri sociali ed economici indotti dalla rivoluzione industriale si ebbe l'impulso alla nascita delle Trade Unions. Queste ultime funzionavano, tra l'altro, anche come organizzazioni di mutuo aiuto essendo strutture locali indirizzate alla risoluzione non solo dei problemi lavorativi delle persone, ma anche di quelli personali e familiari.

Sono gli anni '30 che segnano formalmente la nascita dei veri gruppi di auto-mutuo-aiuto, che si occupano non solo di assistenza sociale, ma anche di problemi sanitari e che pongono l'accento sull'importanza della responsabilità individuale rispetto alla scelta del proprio stile di vita.

Così, ad esempio, nel 1935 vengono fondati gli Alcolisti Anonimi con lo scopo di aiutare le persone dipendenti dall'alcol a disassuefarsi.

In conclusione, l' auto-mutuo-aiuto nasce in primo luogo per far fronte a necessità materiali di sopravvivenza economica e sociale, e solo in un secondo tempo risponde ad esigenze anche di cambiamento individuale, di autosviluppo, di superamento di condizioni di mancanza di potere sia individuale che collettivo.

### ***3.2: DI CHE COSA SI OCCUPA L'AUTO-MUTUO-AIUTO?***

La definizione classica di “gruppo di auto-mutuo-aiuto”<sup>11</sup> è di seguito riportata:

“ I gruppi di auto aiuto sono piccole strutture gruppali volontarie, per il mutuo aiuto e il raggiungimento di obiettivi particolari. Sono di solito formati da pari, che si sono uniti per assistersi reciprocamente e soddisfare un bisogno comune, superando comuni handicaps o problemi inabilitanti; essi perseguono il raggiungimento del cambiamento personale e/o sociale desiderato. I membri di tali gruppi percepiscono che i loro bisogni non sono riconosciuti e risolti attraverso le istituzioni sociali esistenti. Accentuano la relazione faccia a faccia e promuovono l'assunzione di responsabilità da parte dei membri. Spesso offrono sia assistenza materiale, sia supporto emotivo. Sono frequentemente orientati sulla “causa”, promulgano una ideologia e sostengono valori attraverso cui i membri possano conseguire un aumentato senso di identità personale”.

L' auto-mutuo-aiuto si occupa fundamentalmente di Empowerment<sup>12</sup> che consiste in:

“ Un processo di ampliamento; attraverso il miglior uso delle proprie risorse attuali e potenziali acquisibili, delle possibilità che il soggetto può praticare e rendere operative e tra le quali può quindi scegliere”.

---

<sup>11</sup> F. Oliva “Il movimento di autoaiuto”. Tratto da “Animazione sociale”. Dicembre 1995.

<sup>12</sup> F. Oliva. Op. Cit

È quindi un processo attraverso il quale i membri di un'organizzazione, identificano le cause alla base del loro disagio o problema cercando di eliminarle.

L'azione dei gruppi di auto-mutuo-aiuto si sviluppa all'interno di due livelli principali di empowerment: uno di tipo individuale, l'altro di tipo sociale e di comunità, con una serie di focalizzazioni:

- ≈ Focalizzazione sull'autorealizzazione e la crescita personale:  
aumento dell'efficienza nella gestione della vita quotidiana e dei rapporti interpersonali (ad esempio gruppi di ex pazienti psichiatrici);
- ≈ Focalizzazione sulla sopravvivenza con malattie croniche:  
(ad esempio gruppi di pazienti oncologici) o condizioni/crisi esistenziali che implicano un certo livello di disagio e stress (ad esempio gruppi di persone che hanno subito un lutto);
- ≈ Focalizzazione sulla riorganizzazione della condotta o sul controllo comportamentale:  
(ad esempio gruppi di pazienti alcolisti o di genitori che maltrattano i figli);
- ≈ Focalizzazione sul miglioramento del "destino sociale":  
(ad esempio gruppi composti da persone etichettate come devianti o discriminate a causa dei loro stili di vita, valori, razza, classe socioeconomica come gay, minoranze etniche, gruppi di donne);
- ≈ Focalizzazione sulla difesa sociale intesa come forma di azione sociale:  
sia a vantaggio della creazione di nuove leggi, nuovi servizi; sia a favore direttamente di individui, famiglie o gruppi.

I gruppi di auto aiuto (self-help) tendono ad essere autonomi, si autogestiscono seguendo un sistema condiviso di obiettivi, regole e valori, rivolgendo una particolare attenzione alle origini sociali dei problemi, senza però trascurare i valori individuali.

### ***3.3: PERCHÉ SI PUÒ AVER BISOGNO DELL' AUTO-MUTUO-AIUTO?***

I gruppi di auto-mutuo-aiuto possono essere lo strumento, fra i più validi, per realizzare dei programmi efficaci rivolti alla promozione del benessere in una comunità.

Il fatto di poter accrescere la capacità delle persone di far fronte alle difficoltà legate alle situazioni di cambiamento mediante i gruppi di auto-mutuo-aiuto, è un modo di prevenire l'insorgenza di stress e problemi emozionali.

Durante periodi di transizione e cambiamento drammatici, le persone che non possiedono le abilità necessarie per gestire queste situazioni nuove sono particolarmente vulnerabili ed esposte allo sviluppo di problemi emozionali. All'interno dei gruppi di auto-mutuo-aiuto, si favorisce la capacità di apprendimento ad accettare con calma il cambiamento ed a vivere le transizioni con tranquillità, così da ridurre la possibilità di sviluppare problemi più gravi e duraturi.

L'interesse dell'operatore sanitario per i gruppi di mutuo aiuto è giustificato dal fatto che, tramite essi, può rafforzare la sua efficacia come professionista ed allentare la pressione sul Servizio e sulle risorse disponibili.

### ***3.4: CARATTERISTICHE DEI GRUPPI DI AUTO-MUTUO-AIUTO***

I gruppi di auto-mutuo-aiuto si distinguono dalle altre tipologie di gruppo utilizzate in ambito psicologico, medico o sociale, perché condividono peculiari caratteristiche:

1. Condividono le proprietà dei piccoli gruppi:

l'esistenza del gruppo e delle relazioni che intercorrono tra i membri è necessaria perché vengano soddisfatti certi bisogni individuali; si

appartiene al gruppo perché solo in questo modo è possibile soddisfare questi bisogni.

2. Sono centrati sul problema e organizzati in relazione a specifici problemi:

l' aiuto allude alle attività intraprese dai membri a vantaggio delle problematiche e dei bisogni comuni.

3. I membri del gruppo tendono ad essere dei pari:

è il fatto di condividere determinati disagi e difficoltà che definisce lo status di appartenenza al gruppo, malgrado le diverse età, sesso, estrazione sociale, posizione socio economica; la mutualità tra i membri è determinata dalla problematica esistente attorno alla quale si aggregano i partecipanti, sia che siano direttamente o meno coinvolti.

4. Condivisione di obiettivi comuni:

i membri sono orientati verso il raggiungimento di alcune mete, consone rispetto a ciò che viene percepito come problema centrale comune; è la condivisione di questi obiettivi che rende un gruppo effettivamente di auto-mutuo-aiuto.

5. L' azione è azione di gruppo:

l'azione individuale dei membri è vista come parte del tutto che ha relazione ed effetto su di esso; il gruppo è un gruppo dinamico, maggiore della somma delle sue parti e qualunque cosa incida sul sistema incide anche su ogni parte.

6. Aiutare gli altri è una norma espressa dal gruppo:

questo è un punto chiave dell'auto-mutuo-aiuto: chi maggiormente beneficia del sostegno può essere proprio colui che aiuta gli altri membri; l'attività personale è a vantaggio dell'altro singolo e/o del gruppo intero ovvero si riverbera sulla cooperazione e sulla mutualità tra i membri.

7. Potere e leadership su base paritaria :

sono ruoli che variano a seconda dello stadio di sviluppo del gruppo, e che tendono a ruotare sulla base di meriti e capacità che si acquisiscono anche in relazione ai cambiamenti raggiunti da ciascun membro.

8. La comunicazione è orizzontale :

è uno scambio reciproco di racconti, informazioni, emozioni a cui tutti possono e devono partecipare, anche se in maniera differenziata a seconda del proprio bagaglio e delle proprie caratteristiche personali.

9. Coinvolgimento personale :

è un requisito fondamentale per tutte le attività dei gruppi di aiuto; l'appartenenza al gruppo esclude la presenza di "utenti" come destinatari passivi di determinate prestazioni.

10. Responsabilità personale per le proprie azioni e decisioni:

ogni membro deve agire al meglio delle sue capacità, in accordo con ciò che il gruppo ha stabilito come accettabile o non accettabile.

11. Orientamento all' azione:

la filosofia che anima i gruppi è "imparare facendo" e "cambiare facendo"; lo scopo dei gruppi è quello di sperimentare nuove modalità di azione e di comportamento, nuovi modi di sentire, trasmettere i propri vissuti; l'esperienza diventa una forma di conoscenza.

### ***3.5: I PROCESSI ATTIVATI DAI GRUPPI DI AUTO-MUTUO-AIUTO***

Gli obiettivi comuni ai gruppi di auto-mutuo-aiuto sono:

- Aiutare i partecipanti ad esprimere i propri sentimenti;
- Sviluppare la capacità di riflettere sul proprio comportamento;
- Aumentare le capacità individuali nell'affrontare i problemi;
- Aumentare la stima di sé, delle proprie abilità e risorse, lavorando su una maggiore consapevolezza personale;

- Facilitare la nascita di nuove amicizie.

L'azione dei gruppi di auto-mutuo-aiuto coinvolge contemporaneamente il livello cognitivo, conoscitivo, comportamentale della persona e quello emotivo, affettivo, relazionale. Le particolari caratteristiche dei gruppi ingenerano particolari dinamiche quali:

1. Identificazione con i pari e con i gruppi primari di riferimento:

la condivisione dello stesso status tra i partecipanti facilita lo scambio di racconti o informazioni, cosa che in modo più difficoltoso si verifica alla presenza di un professionista o un operatore professionale, soprattutto se conduttori dell'incontro in quanto recepiti come "altro" rispetto ai partecipanti.

2. Apprendimento come relazione esplicita e diretta con l'esperienza:

l'apprendimento nasce dall'esperienza e dalla sperimentazione attiva di nuove modalità di comportamento, sia all'interno che all'esterno del gruppo; l'interazione all'interno del gruppo permette di acquisire nuovi strumenti conoscitivi che abilitano a leggere e interpretare i problemi in modo nuovo; inoltre il gruppo favorisce una maggiore sensibilità nei confronti di ciò che accade in se stessi e nelle relazioni con gli altri, facilitando la rivalutazione dei propri schemi comportamentali e di pensiero di fronte alla percezione di modalità diverse di atteggiamento assunte dagli altri membri.

3. Occasione e offerta di un livello/status ai membri:

Il gruppo può essere un luogo di riduzione della stigmatizzazione dell'etichettamento a cui ciascun membro è soggetto nella realtà; perciò l'appartenenza al gruppo aiuta a ridurre lo stigma sociale e aumenta l'accettazione del soggetto, riabilitando contemporaneamente la sua collocazione sociale.

#### 4. Principio dell' Helper<sup>13</sup>:

parte dal principio per cui aiutare gli altri ha una maggior valenza rispetto all'aiutare se stessi. Poiché tutti si attivano contemporaneamente sulla base di questo principio, ne deriva che tutti possono beneficiare, anche se in tempi differenti, di questo processo; chi ne è coinvolto percepisce un senso di uguaglianza nel dare e nel ricevere, sviluppa un apprendimento attraverso il lavoro offerto agli altri, percepisce un aumentato livello di competenza nel sostenere relazioni interpersonali, riceve spesso approvazione e riconoscimento da parte di coloro che ha aiutato.

Le persone che danno aiuto ad altri ottengono particolari benefici dalla loro attività assumendo il ruolo di "Helper" il che permette di sperimentare nuove modalità di comportamento e di acquisire abilità e atteggiamenti più efficaci nei confronti del problema.

Inoltre chi dà aiuto è meno dipendente, nell'affrontare il problema di un'altra persona che si trova a gestire una situazione di vita simile alla sua, ha l'opportunità di osservare le proprie problematiche con una certa distanza e sotto angolature diverse e ottiene un senso di utilità sociale e di capacità che incrementano l'immagine positiva della propria identità.

#### 4. Consumatore come produttore:

nell'auto-mutuo-aiuto non c'è più la differenza tra chi usufruisce del servizio - "l'utente" - e chi invece è preposto alla creazione/erogazione di questo aiuto - "il professionista"-; il ruolo del singolo diventa così centrale, e aumenta il potere che ciascuno può esercitare circa la scelta di stili di vita più o meno salutari; si cerca di rendere i membri del gruppo consapevoli mettendo l'accento più sugli aspetti di salute che su quelli di malattia.

---

<sup>13</sup> F. Oliva Op. Cit

## 5. Condivisione dell'esperienza:

l'esposizione al gruppo della propria esperienza permette di trasformare la percezione confusa della propria esperienza in un racconto chiaro per sé e per gli altri e di conseguenza condivisibile; questa condivisione attiva un duplice processo di destrutturazione e di ricostruzione<sup>14</sup>.

La destrutturazione avviene in tre fasi successive:

- riconoscimento del problema attraverso la definizione del problema reale (“sono un alcolista” ecc...);
- condivisione di informazioni e di strategie di soluzione del problema e delle difficoltà ad esso connesse;
- destigmatizzazione, cioè il tentativo di eliminare l'etichettamento sociale percepito dai membri nei loro confronti e nei confronti del loro problema; si cerca così di modificare sia la percezione negativa che hanno i partecipanti di loro stessi, sia il comportamento che hanno gli estranei nei confronti di tali problematiche.

La ristrutturazione riguarda tutti i processi e le attività finalizzate al raggiungimento di una nuova definizione di sé e di nuovi stili di vita soddisfacenti, è l'insieme dei progetti e delle attività cooperative ideati e condivisi dai membri del gruppo. In questo progetto le persone “imparano facendo”; i progetti stabiliti dal gruppo sono impegni che ogni membro si assume nei confronti degli altri, e che permettono di dimostrare a se stesso di poter efficacemente affrontare i suoi problemi e di essere una persona che ha qualcosa da offrire.

---

<sup>14</sup> F. Olivia. Op. Cit

### **3.6: IL FACILITATORE ALL'INTERNO DEI GRUPPI AMA**

Il termine “facilitatore” indica la persona che nel gruppo si mette a disposizione e contribuisce, attraverso capacità personali e operazioni metodologiche, a facilitare un buon funzionamento del gruppo.

Non esistono linee-guida che indichino le caratteristiche che un buon facilitatore deve avere, ma esistono alcune capacità che, chi aspiri a quel ruolo, deve avere per espletare efficacemente i suoi compiti:

- capacità di facilitare la comunicazione;
- capacità di saper tutelare le dinamiche del gruppo;
- capacità di saper inserire i nuovi partecipanti all'interno del gruppo;
- capacità di essere di aiuto nei momenti critici del gruppo.

E deve possedere anche alcune caratteristiche personali da esercitare all'interno del gruppo:

- deve avere fiducia nelle capacità intrinseche del gruppo di crescere;
- deve avere fiducia nei singoli partecipanti e nelle loro potenzialità;
- deve saper ascoltare e far sì che le persone ascoltino;
- deve essere empatico e saper promuovere l'empatia tra i partecipanti;
- non deve assumere atteggiamenti giudicanti e saper promuovere nei partecipanti atteggiamenti, comportamenti, linguaggio anch'essi non giudicanti;
- deve aver raggiunto un certo grado di adattamento rispetto al problema specifico;
- deve sapere parlare apertamente delle sue esperienze personali;
- deve prediligere il ruolo di testimone e rinunciare a quello di maestro.

Il facilitatore, in quanto partecipante ad un gruppo AMA, viene ad essere coinvolto nel processo di cambiamento del gruppo stesso, maturando assieme agli altri un percorso di valorizzazione di sé e delle proprie capacità.

Il ruolo del facilitatore dovrebbe essere sempre attivo ma indiretto, un ruolo cioè “dietro le quinte”, sviluppando così autonomia e non dipendenza dalla sua figura all’interno del gruppo.

Per questo motivo è opportuno che non sia un professionista in quanto, in tal caso, sarebbe molto più difficile mantenersi in disparte lasciando più possibilità di azione e di scelta ai singoli.

### ***3.7: DUE MODELLI A CONFRONTO: SUPPORTO PSICOLOGICO TRADIZIONALE E AUTO-MUTUO-AIUTO***

Uno dei presupposti principali per i gruppi AMA è che non dovrebbero esistere al loro interno le figure dei professionisti. E’ allora da chiedersi come due entità apparentemente in opposizione – professionista e non professionista - possano collaborare al meglio tra loro per il gruppo e quali problemi possano insorgere da questa collaborazione.

In considerazione degli iter formativi delle due figure è ragionevole ipotizzare che possano nascere tensioni per tutta una serie di situazioni<sup>15</sup>:

a) Conoscenza professionale/esperienziale:

quando diverse impostazioni culturali portano a conclusioni ed atteggiamenti diversi, la tensione diviene alta e può essere attenuata solo se c’è stima reciproca e reale accettazione della diversità del ruolo;

b) Controllo/autonomia:

è una delle questioni più delicate; se la collaborazione si risolve in una azione di controllo da parte del professionista sui processi del gruppo, le caratteristiche tipiche del mutuo aiuto vengono fortemente alterate; bisognerebbe allora che fosse intesa sullo scopo e sulle modalità delle collaborazione;

---

<sup>15</sup> D. Francescano, L. Leone, M. Traversi “Oltre la psicoterapia: percorsi innovativi di comunità”. Tratto da “NIS”. Anno 1993

c) Coinvolgimento personale/obiettività:

da parte del professionista obiettività e non coinvolgimento sono regole sacre e l'alto grado di coinvolgimento dei professionisti nei gruppi AMA viene considerato nocivo; in realtà è l'indice della forza di questa esperienza;

d) Cambiamento superficiale/reale:

il professionista deve astenersi dal pensare che il sostegno dei gruppi AMA sia di tipo superficiale solo perché non si occupa di una profonda ristrutturazione della personalità; in molte condizioni problematiche non è la necessità più urgente.

Un professionista positivamente disposto verso l'auto-mutuo-aiuto dovrebbe essere convinto, in buona sostanza, che la propria competenza e le proprie capacità siano trasmissibili e delegabili ai membri del gruppo. Solo in questo modo potrà migrare dal ruolo di catalizzatore a quello di membro/risorsa o di consulente. Nel ruolo di consulente il professionista interverrà solo su esplicita richiesta, offrendo sostegno al gruppo sotto forma di suggerimenti o incoraggiamenti.

Il ruolo dei professionisti nei gruppi di auto-mutuo-aiuto dovrebbe quindi essere attivo ma indiretto; egli dovrà adoperarsi per far emergere ed esplicitare i processi, per favorire il più possibile l'autonomia e l'indipendenza dei membri del gruppo.

Certamente il professionista nel gruppo può avere diverse funzioni a seconda del ruolo che intende assumere:

- ricercatore e teorico: per approfondire la ricerca sui gruppi di auto-mutuo-aiuto (la loro efficacia sul tipo più adatto di popolazione a questo genere di esperienza, ecc...);
- promotore della creazione di centri di coordinamento e di informazioni sul modello dei gruppi di auto-mutuo-aiuto (se coinvolto in strutture gestionali o decisonali);

- offerente di supporti materiali (locali, fondi ecc...) anche come elemento di collegamento tra il gruppo o i singoli individui con l'istituzione e i servizi;
- professionista coinvolto direttamente come catalizzatore, facilitatore della comunicazione, organizzatore.

### **MODELLO DI AUTO-MUTUO-AIUTO**

- Chi ha il problema è una persona portatrice di risorse;
- Si enfatizzano le risorse, la salute, il sentirsi bene;
- Enfasi sulla fiducia, la volontà e l'autocontrollo;
- Si enfatizzano i sentimenti ed effetti concreti ed immediati;
- Tendenza alla spontaneità;
- Il cambiamento è dell'individuo in un contesto;
- Si costituiscono strategie basate sulla storia dei singoli.

### **MODELLO DI SUPPORTO PSICOLOGICO TRADIZIONALE**

- Chi ha il problema è un paziente o un utente;
- Si enfatizzano la malattia, la mancanza;
- Enfasi sull'eziologia;
- Si enfatizza conoscenza, teoria, struttura;
- Tendenza alla procedura standardizzata;
- Il cambiamento è individuale;
- L'appartenenza ad una comunità conta relativamente.

## CAPITOLO QUARTO

### IL CRITICAL INCIDENT

Prima di definire il Critical Incident, riporto un racconto per me significativo di un operatore di emergenza che rende evidente come non ci si possa limitare ad affrontare esclusivamente le esigenze organiche di un individuo sofferente, ma quanto in realtà, risulti necessario affrontare le problematiche psicologiche delle persone che si trovano in condizione di malattia o dei loro cari<sup>16</sup>.

*“La voglia di andare a casa era tanta. Mancavano solo venticinque minuti allo smontare del turno, avevo compiuto quasi completamente le solite dodici ore di servizio. Un servizio pesante che ti porta via tutte le energie. E nel momento meno appropriato suona la selettiva, capace di raggelarti il sangue e farti allo stesso tempo imbestialire, perché chi ti deve sostituire non è ancora arrivato. Devo andare io quindi, e una missione non dura mai meno di 40 minuti di solito. È un codice rosso, incidente stradale: auto contro ciclomotore. Parto con l'ambulanza e mentre il collega guida, io annoto le informazioni che la centrale operativa mi vomita attraverso la radio. Il mezzo di soccorso avanzato ci segue a ruota. Arrivati sulla scena, ci precipitiamo immediatamente su colui che nello scontro ha avuto la peggio. È un ragazzino quattordicenne che uscendo da casa con il suo amato scooter, ha considerato con sufficienza i veicoli che transitavano sul manto stradale in quel momento. Uno schianto terribile riferiscono i testimoni, il ragazzino riverso sull'asfalto, morto senza rendersi conto di nulla. Ma non si può permettere alla coscienza di un soccorritore di arrendersi alla morte senza tentare l'impossibile, soprattutto quando hai a che fare con un adolescente. Dopo trenta minuti di rianimazione*

---

<sup>16</sup> M. Monti “Il critical incident negli operatori di emergenza e utenza: quali problematiche.”Tratto dagli Atti del convegno di Maggio 2003 dell’A.U.S.L di Cesena.

*cardiopulmonare non si è disposti ancora a mollare, ma dopo cinquanta si è obbligati ad essere realisti e a dover convincersi di non poter fare nulla per quel corpo esanime. Raccolgo il mio zaino con tutto il materiale che ho utilizzato nel tentativo rianimatorio. Poi copro la vittima con un telo verde. Levo infine lo sguardo dall'asfalto e il sangue mi si raggela: vedo la madre del ragazzo immobile, statuarica sul ciglio della strada; ha osservato la scena di quell'incidente che sconvolgerà per sempre la sua vita e senza muoversi ha atteso i soccorsi ed ha osservato coloro che mettevano le mani sul suo amatissimo figlio, con la speranza mal riposta di riportarlo in vita. Ora ce ne andiamo, per noi è un capitolo chiuso. Abbiamo tradito le nostre speranze e un sicuro cadavere non ci compete più. Lo so, ho fatto esattamente tutto ciò che dovevo, eppure percepisco in me tanto dolore, rancore, ma soprattutto vivo tutto questo come ridicolo. Si ridicolo. Abbiamo dato l'anima per riportare in vita quel corpo che sapevamo senza speranza. E ora abbandonavamo la scena senza prestare la minima attenzione a quella donna che impietrita non portava l'attenzione su di sé. Ridicoli noi sanitari, soccorritori, i nostri Enti di appartenenza, le istituzioni. Sono da considerare patologie da trattare "solo" quelle che lasciano ferite sul nostro corpo, che possono essere evidenziate da una TAC o da esami ematochimici, come se una ferita al gomito fosse più importante e degna di maggiori attenzioni della lacerazione inferta all'anima dalla morte di un proprio caro. Tutto questo continuo a sentirlo come inaccettabile, disumano, soprattutto ora, trovando spesso persone afflitte da un lutto, che non possono contare neppure sul conforto della propria famiglia o schiera di parenti. Non di rado osserviamo persone che combattono il loro dolore in assoluta solitudine".*

Il critical incident è stato definito come<sup>17</sup>: “ qualunque situazione capace di esercitare nell’individuo un impatto fortemente stressante, tale da annientare i meccanismi di coping solitamente utilizzati”.

Con più specifico riferimento all’ambito sanitario è la definizione data da Mitchel (1983): “... qualunque situazione affrontata dal personale di emergenza sanitaria, capace di produrre uno stress emotivo insolitamente elevato in grado di interferire sulle abilità dell’operatore di fronte alla scena dell’evento e anche dopo”.

Il critical incident è un fenomeno di particolare importanza che deve essere tenuto sotto controllo perché crea nell’individuo che lo vive una forte reazione emotiva e questo si può proiettare nel tempo con diversi effetti che vanno da un forte disagio ad un vero e proprio stato di patologia. Possono infatti insorgere diversi sintomi che vanno da una forte diminuzione delle capacità professionali, al senso di disagio, dal disorientamento nella scena dell’evento fino a un forte malessere; tutte situazioni che inducono l’operatore a non cooperare in sintonia con le altre figure professionali, a non utilizzare in modo corretto i protocolli, a non valutare obiettivamente le condizioni dei pazienti e, cosa non meno importante, a non valutare i pericoli sulla scena dell’evento<sup>18</sup>. Chiaramente chi vive una situazione di “critical incident” o “disturbo da stress acuto” può essere pericoloso per se e per gli utenti che andrà a soccorrere in futuro.

Nessuno è immune da questa situazione in quanto chiunque può vivere un evento critico e quindi sviluppare un disturbo acuto da stress.

Le variabili che possono far insorgere un disturbo acuto da stress riguardano sia l’organizzazione (eventi in cui la disponibilità delle risorse umane e dei mezzi non appare adeguata rispetto a quello che si vorrebbe o

---

<sup>17</sup> J.T. Mitchel; G. Everly “Critical Incident Stress Debriefing: an operation manual for the prevention of traumatic stress among emergency service and disaster workers”. Ellicot city, MD: Chevron Publishing corporation. Anno 1996

<sup>18</sup> M. Monti Op. Cit

eventi in cui si rileva l'impossibilità di dare soccorso a più persone), sia le situazioni obiettive allorché filtrate dalle condizioni psicologiche dell'operatore (ripetuti precedenti eventi stressanti in un lasso di tempo limitato, identificazione della vittima con un proprio trauma, con un parente o amico).

Secondo il “ DSM - IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali”<sup>19</sup>, la caratteristica essenziale del disturbo acuto da stress è lo sviluppo di ansia e/o di sintomi dissociativi che si sviluppano entro 1 mese dalla esposizione ad un evento traumatico. Sia durante l'esperienza dell'evento traumatico, che dopo l'evento, l'individuo presenta almeno tre dei seguenti sintomi dissociativi: sensazione soggettiva di insensibilità e di distacco, assenza di reattività emozionale, riduzione della consapevolezza dell'ambiente; derealizzazione, depersonalizzazione o amnesia dissociativa. Inoltre possono comparire difficoltà di concentrazione, sentirsi distaccati dal proprio corpo, percepire il mondo come irreali, difficoltà a dormire, irritabilità, ipervigilanza, risposte di allarme esagerate, irrequietezza motoria.

Dopo il trauma, l'evento viene rivissuto persistentemente e l'individuo evita in modo spiccato gli stimoli che possono evocare ricordi del trauma.

Per parlare di disturbo acuto da stress, i sintomi devono causare disagio clinicamente significativo, interferire evidentemente con il normale funzionamento o compromettere l'individuo nell'eseguire le attività fondamentali e devono durare almeno 2 giorni e non persistere per più di 4 settimane.

#### ***4.1: CRITERI DIAGNOSTICI PER IL DISTURBO ACUTO DA STRESS***

La diagnosi di disturbo acuto da stress (DAS) scaturisce dalla corretta valutazione di tutto un insieme di dati che può essere applicata sia a

qualunque individuo, sia agli operatori sanitari operanti in emergenza in cui più facilmente ci si scontra con realtà di tipo traumatico. Questi dati riguardano:

A. La persona è stata esposta ad un evento traumatico in cui erano presenti i seguenti elementi:

- 1) La persona ha vissuto, ha assistito o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno comportato la morte, o una minaccia per la vita o una grave lesione o una minaccia all'integrità fisica, propria o di altri.
- 2) La risposta della persona comprende la paura intensa e sentimenti di impotenza o di orrore.

B. Durante o dopo l'esperienza dell'evento stressante, l'individuo presenta tre (o più) dei seguenti sintomi dissociativi:

- 1) Sensazione soggettiva di insensibilità, distacco, o assenza di reattività emozionale.
- 2) Riduzione della consapevolezza dell'ambiente circostante (per esempio: rimanere storditi).
- 3) Derealizzazione.
- 4) Depersonalizzazione.
- 5) Amnesia dissociativa (cioè incapacità a ricordare qualche aspetto importante del trauma).

C. L'evento traumatico viene persistentemente rivissuto in almeno uno dei seguenti modi: immagini, pensieri, sogni, illusioni, flashback persistenti, o sensazioni di rivivere l'esperienza; oppure disagio all'esposizione a ciò che ricorda l'evento traumatico.

D. Evitamento degli stimoli che evocano ricordi del trauma (per es., pensieri, sensazioni, conversazioni, attività, luoghi, persone).

---

<sup>19</sup> A cura di A.P.A "American Psychiatric Association". Anno 1994

- E. Sintomi marcati di ansia o cambiamento dei normali livelli di concentrazione (per es. condizionati da: difficoltà a dormire, scarsa capacità di concentrazione, ipervigilanza).
- F. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o menomazione del comportamento sociale, lavorativo o di altri importanti rapporti relazionali, oppure compromette la capacità dell'individuo di eseguire compiti fondamentali, come assicurare l'assistenza necessaria o mobilitare le risorse personali riferendo ai familiari l'esperienza traumatica.
- G. Il disturbo dura al minimo 2 giorni e al massimo 4 settimane e si manifesta entro 4 settimane dall'evento traumatico.
- H. Il disturbo non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., un abuso di droga, un farmaco) o di una condizione medica generale, non è meglio giustificato da un disturbo psicotico breve.

#### ***4.2: DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS***

Quando si parla di Disturbo Acuto da Stress bisogna far riferimento anche al **Disturbo Post-traumatico da Stress<sup>20</sup>(DPTS)** in cui si presenta la stessa sintomatologia, ma il quadro sintomatico completo deve essere presente per più di un mese, causando un disagio clinicamente significativo o menomazione del comportamento sociale, lavorativo o di altri rapporti relazionali importanti. Occorre tener presente che è più facile incorrere in un soggetto che soffre di DPTS che di DAS, poiché, in seguito ad un evento traumatico, la persona colpita è esposta a vivere determinati sintomi, attendendo che questi regrediscano spontaneamente. In alcuni casi però, non vi è nessun miglioramento della situazione e, con lo scorrere del tempo, si passa da un DAS (che può essere considerato non un vero e proprio disturbo, ma piuttosto una risposta fisiologica ad una situazione

stressante ed improvvisa) a un DPTS (che richiede supporto psicologico). L'evento traumatico può essere rivissuto in vari modi. Comunemente la persona presenta ricordi ricorrenti e intrusivi dell'evento o sogni sgradevoli ricorrenti durante i quali si ripete l'evento. Quando la persona viene esposta ad eventi scatenanti che assomigliano o simbolizzano un aspetto dell'evento traumatico in precedenza vissuto (per es. clima caldo umido per i veterani del Sud del pacifico, clima freddo nevoso per i sopravvissuti di campi di prigionia) spesso si manifesta un intenso disagio psicologico o reattività fisiologica tanto da evitare in modo persistente gli stimoli associati al trauma. La persona comunemente si sforza volontariamente di evitare pensieri, sentimenti, o conversazioni che riguardano l'evento traumatico, e di evitare, attività, situazioni o persone che suscitano ricordi di esso.

L'individuo può lamentare una marcata riduzione dell'interesse o della partecipazione ad attività precedentemente piacevoli, o sentirsi distaccato o estraneo nei confronti delle altre persone o avere una marcata riduzione della capacità di provare emozioni modificando così il precedente stile di vita, come dimostra frequentemente l'ansia persistente non presente prima del trauma.

L'esordio e la durata dei sintomi del Disturbo Post- Traumatico da Stress vengono indicati attraverso le seguenti attribuzioni:

**Acuto:** quando la durata dei sintomi è inferiore a 3 mesi.

**Cronico:** quando i sintomi durano da 3 mesi o più.

**Ad episodio tardivo:** quando è trascorso un intervallo di tempo di almeno sei mesi tra l'evento e l'esordio dei sintomi.

Come si può notare, per la facile insorgenza di questi due Disturbi, per l'insorgenza dei sintomi altamente debilitanti, è necessario che le organizzazioni se ne occupino, sia per tutelare i propri operatori, sia per

---

<sup>20</sup> W. Yule "DPTS:aspetti clinici e terapia" McGraw-Hill. Anno 1999

continuare ad avere personale addestrato ed attivo. È necessario prendere in considerazione un supporto per le persone che subiscono un evento traumatico tale da far insorgere un Disturbo traumatico da stress per evitare che si creino situazioni di assenteismo, malattia o richieste di ferie continue da parte di personale estremamente stressato. È anche un obbligo che hanno le organizzazioni per tutelare i loro operatori affinché siano efficienti, e per tutelare loro stesse da fenomeni di disorganizzazione e forte disagio sulla popolazione.

## **CAPITOLO QUINTO**

### **PRESENTAZIONE DELLA RICERCA: METODOLOGIA UTILIZZATA**

In questo capitolo si intende illustrare il percorso metodologico usato per ideare la ricerca, raccogliere e analizzare i dati, interpretare i risultati.

In sintesi le varie fasi della ricerca si possono dividere in:

- ? Identificazione del problema di ricerca;
- ? Identificazione del campione per lo studio;
- ? Ideazione e presentazione del questionario;
- ? Elaborazione parziale dei dati relativamente ad ogni Servizio;
- ? Elaborazione globale dei dati;
- ? Interpretazione dei risultati.

#### ***5.1: IDENTIFICAZIONE DEL PROBLEMA***

Alla luce delle esperienze dirette e delle osservazioni effettuate nel corso dei tre anni di tirocinio clinico, è apparso evidente l'esistenza di problemi derivanti da stress acuto negli operatori sanitari, in particolare modo nelle situazioni di emergenza in quanto sono quelle che richiedono un elevato

“impegno emotivo”. Si è anche avuto modo di notare una molteplice varietà di comportamenti assunti dagli operatori stessi a seconda della situazioni nonché modificazioni del modo di agire rispetto al passato o comunque a prima che si vivessero determinati eventi.

### ***5.2: IDENTIFICAZIONE DEL CAMPIONE PER LO STUDIO***

Ho ritenuto opportuno restringere il campione ai soli infermieri del Pronto Soccorso e non a tutti quelli che operano in emergenza (118, Rianimazione...), per l'esiguità delle risorse a disposizione e per il timore di non riuscire nel controllo e analisi dei dati. Si è effettuata una scelta del campione di tipo universale monocentrico, in quanto sono stati scelti tutti gli infermieri del Pronto soccorso dei tre presidi ospedalieri di Ravenna, Faenza e Lugo, dell'A.U.S.L di Ravenna.

### ***5.3: IDEAZIONE E PRESENTAZIONE DEL QUESTIONARIO***

Per l'ideazione del questionario<sup>21</sup>, prefiggendomi di elaborare al meglio domande attendibili e mirate che provenissero da esperienze sia di tipo infermieristico (in modo da centrare le situazioni critiche), sia di tipo psicologico (corretta formulazione delle domande ed interpretazione delle risposte) mi sono avvalsa della collaborazione del Dott. Massimo Monti che possiede entrambe le professionalità: quella di infermiere dell'area dell'emergenza con una lunga militanza derivatagli da 10 anni trascorsi al 118 di Cesena Soccorso e quella di psicologo in quanto laureato in psicologia del lavoro e delle organizzazioni.

Il questionario è composto di 17 domande dirette a mettere in luce quattro aspetti fondamentali:

---

<sup>21</sup> Vedi allegato numero 1

- lo stato emotivo dell'infermiere riguardo al malessere psicologico insorto dopo un evento traumatico;
- i motivi per cui il proprio lavoro è vissuto come stress;
- l'utilità di un servizio di supporto psicologico;
- l'opportunità di avere la figura di uno psicologo come supporto ai parenti in situazioni particolarmente drammatiche e quindi stressanti (ad es. la morte di un parente ecc...).

La maggior parte delle domande (14 su 17) sono caratterizzate da risposte multiple, alcune (2 su 17) richiedono una risposta affermativa o negativa, in una sola si richiede un punteggio di intensità (da 0 a 10).

Prima di consegnare il questionario è stata richiesta l'autorizzazione alla Direzione Sanitaria di ogni Presidio Ospedaliero coinvolto. Sono stati contattati i Responsabili infermieristici di ogni Pronto Soccorso ai quali è stato illustrato il progetto e presentato il questionario, chiedendo altresì, disponibilità e collaborazione per un aiuto relativamente all'effettiva consegna del questionario, al controllo della compilazione ed al suo ritiro, anche per non interferire negativamente con la mia presenza sulla compilazione.

Sono stati consegnati 36 questionari al Pronto Soccorso di Ravenna, 21 al Pronto Soccorso di Faenza e 23 al Pronto Soccorso di Lugo, per un totale di 80 questionari. La consegna è avvenuta in un periodo di tempo tra il 8/09/2003 ed il 13/09/2003. Il ritiro dei questionari compilati è avvenuto tra il 22/09/2003 ed il 30/09/2003. E' doveroso rilevare che in tutti i Presidi si è registrata la massima collaborazione sia dei caposala, che si sono resi disponibili a controllare personalmente la consegna ed il ritiro dei questionari, sia degli infermieri stessi coinvolti nella compilazione.

Durante questo periodo sono stati periodicamente contattati i vari Servizi interessati secondo accordi in precedenza presi dialogando direttamente con gli infermieri e con i Caposala che si erano presi l'impegno di seguire

la consegna e la raccolta dei questionari, nonché assicurando costantemente un supporto nel caso in cui si ponessero problemi. In realtà non sono stati rilevati particolari problemi anche se i questionari non sono stati riconsegnati nella loro totalità, ma solo 51 su 80 in quanto alcuni infermieri non hanno voluto rispondere alle domande o non erano interessati al progetto. I dati dei questionari riconsegnati sono stati inseriti in una griglia precedentemente creata sul computer utilizzando il programma Excel per Windows '98. Sono stati successivamente determinati i vari valori percentuali sia per il singolo distretto che globalmente.

#### ***5.4: INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI***

Il questionario partiva dalla premessa che, almeno una volta nel percorso lavorativo, l'infermiere avesse vissuto una situazione di intervento generatore di un forte malessere psicologico; poiché questa evenienza non è capitata a tutti gli operatori coinvolti, si può spiegare perché sono stati restituiti dei questionari compilati parzialmente. Le risposte considerate nulle sono state il 7.26% sul totale delle domande.

Ho ritenuto opportuno analizzare i dati dapprima in maniera separata per ogni presidio ospedaliero, per poi aggregarli, al fine di evidenziare eventuali differenze per ambito territoriale. Sono state inserite anche tutte le considerazioni fatte dai vari infermieri con l'intento di servire da spunto di riflessione per chi, interessato a questo argomento, volesse approfondirlo o cercare di rendere operative le conclusioni nella propria realtà.

Pertanto, dopo l'esposizione dei risultati generali forniti dal questionario, della descrizione delle singole realtà di ogni distretto e dell'analisi del progetto della "Croce Bianca di Bressanone", si è cercato di formulare una ipotesi di proposta di supporto che possa essere applicata indistintamente alla realtà operativa di un qualsiasi Pronto Soccorso, ma che, nel contempo,

possa essere modificata nello specifico in funzione delle peculiarità di ogni caso.

### **5.5: LA REALTÀ DI RAVENNA**

Nella unità operativa di Ravenna<sup>22</sup> il capo sala si è offerto spontaneamente di consegnare i questionari, controllarne la compilazione e il ritiro. Sono stati consegnati un totale di 36 questionari per 36 infermieri, di cui ne sono stati riconsegnati compilati 21 (58.3%), mentre i rimanenti 15 (41.7%) non sono stati riconsegnati per i seguenti motivi:

- Assenza per ferie (13.3%);
- Astensione volontaria (86.7%).

### **5.6: LA REALTÀ DI FAENZA**

Nella Unita' Operativa di Faenza<sup>23</sup> un Infermiere si è offerto spontaneamente per consegnare i questionari, controllarne la compilazione e ritirarli. È stato consegnato un totale di 21 questionari di cui 11 compilati (52.4%). I rimanenti 10 (47.6%), non sono stati riconsegnati compilati per i seguenti motivi:

- Astensione volontaria (40.0%);
- Assenza per ferie estive (60.0%).

### **5.7: LA REALTÀ DI LUGO**

Nella unità operativa di Lugo<sup>24</sup> un infermiere e il caposala si sono offerti di consegnare, controllare l'effettiva compilazione e ritirare i questionari. Sono stati consegnati 23 questionari di cui 19 (82.6%) correttamente compilati. I rimanenti 4 (15.78%), non sono stati consegnati per astensione volontaria.

---

<sup>22</sup> Vedi allegato n° 2

<sup>23</sup> Vedi allegato n° 3

## **5.8: LA REALTÀ GLOBALE DELLA PROVINCIA DI RAVENNA**

Nelle tre unità operative di Pronto Soccorso della provincia di Ravenna lavora un totale di 80 infermieri. Hanno risposto al questionario 51 infermieri, superando quindi la metà complessiva. Di seguito verranno esposti i risultati ottenuti dall'elaborazione delle diciassette domande del test con le relative considerazioni.

## **5.9: CONSIDERAZIONI SUI DATI RACCOLTI**

Dai questionari raccolti è risultato che circa la metà degli infermieri che hanno risposto, è di sesso femminile e l'altra metà di sesso maschile. L'età prevalente è compresa tra i 31 e i 41 anni, e la maggior parte (68.6%) lavora da oltre 10 anni.

Per quanto riguarda le modalità di gestione delle pratiche in emergenza (**domanda n°5**), il 39.2% ha affermato di seguire protocolli, mentre il 31.4% ha asserito di essere a conoscenza dell'esistenza dei protocolli, ma di seguire in realtà ciò che decide il leader. Appare evidente, da queste risposte, come possano insorgere con facilità situazioni conflittuali nel gruppo di lavoro, sia nel caso in cui il leader non lasci spazio decisionale anche agli altri infermieri, sia nel caso in cui alcuni infermieri non siano d'accordo con le scelte prese dal leader. Sarebbe utile indagare in base a quali criteri viene scelto il leader; rimane comunque discutibile la scelta di non attenersi ai protocolli. Nelle ultime due risposte, è stato riscontrato il medesimo risultato pari al 5.9%, e riguardano in un caso "utilizzo esclusivo della propria conoscenza acquisita nel tempo", nell'altro si afferma che "chi decide è sempre il leader". Riguardo alle percezioni dello stress nel proprio lavoro proposto su una scala da 10 a 0 (**domanda n°6**), si è rilevato un valore medio pari a 7.7. Collegata a questa, la **domanda n°7** indagava

---

<sup>24</sup> Vedi allegato n°4

sui motivi per i quali il lavoro venisse considerato stressante: il 37.2% ha risposto che “lo stress maggiore scaturisce da problemi di tipo organizzativo”, seguito dal 29.4% che afferma che “il lavoro in emergenza è di per sé stressante, non c’è nulla da fare”, il 23.5% afferma che lo stress maggiore “è dovuto alle eccessive richieste dei parenti e dei pazienti”, mentre il 3.9% e il 2% afferma rispettivamente che “mi stressa moltissimo lavorare con operatori incompetenti e arroganti”, e “solo quando osservo scene raccapriccianti”.

Riguardo lo specifico della ricerca, ovvero la valutazione dello stress psicologico relativo alle situazioni d'emergenza, alla **domanda n°8** “Hai vissuto durante la tua carriera lavorativa interventi che ti hanno causato un forte malessere psicologico?”, il dato più significativo è che il 70.6% ha risposto “più di una volta” il 15.7% “una volta”.

Alla **domanda n°9** con la quale veniva chiesto “Quante volte ti è capitato in questo ultimo anno?”, si è riscontrata una percentuale pari al 33.3%, uguale per le seguenti risposte: “mai”, “una volta”, “spesso”.

Alla **domanda n°10** “Quali sono i sintomi che hai manifestato dopo aver vissuto questo forte disagio psicologico? ”, nella quale erano concesse più risposte, il 60% ha risposto “il ritorno alla mente senza volerlo di immagini, rumori frasi e odori vissuti durante l'emergenza”, seguito dal 14.5% che ha rispettivamente risposto: “sogni spiacevoli o incubi riguardanti l’evento” e “flash- back: rivedere vividamente all’improvviso le scene dell’accaduto”, si è infine registrata un’astensione del 10.9%. In questa domanda vengono considerati i sintomi più comuni che si vivono in seguito ad un evento traumatico. Quello che nello stesso DSM-IV viene identificato come un Disturbo Acuto da Stress, indica la normale risposta fisiologica dell’essere umano in seguito ad un forte impatto con una situazione traumatica. Quindi si può affermare che chiunque vive un’esperienza traumatica, affronta come conseguenza una situazione di

stress acuto. Questa risposta fisiologica ha una durata personale, ma affinché non si trasformi in un vero e proprio disturbo<sup>25</sup> ( cioè stato morboso fisico o mentale e quindi una vera e propria malattia), non deve persistere per più di tre giorni; condizione che si riscontra anche nel test. È comunque evidente come questi sintomi possano condizionare il normale stile di vita della persona e le proprie abitudini. Si è già ricordato come sia importante il persistere dei sintomi nel tempo e come questi non debbano superare in media i tre giorni; risultato che si verifica anche alla **domanda n°11** “Per quanto tempo hai vissuto questi sintomi”, in cui il 45.1% ha risposto “meno di tre giorni”, il 23.5% “meno di due settimane”, il 7.8% “meno di un mese” e rispettivamente il 5.9% “più di un mese”, e “più di un mese e ne soffro ancora”, il tasso di non risposta è stato pari al 11.84%. Per quanto riguarda i valori ottenuti, anche se “solo” il 5.9% afferma di soffrire ancora di questi disturbi tanto da poter ipotizzare un disturbo acuto da stress, sarebbe importante rivalutare a distanza di tempo il miglioramento o meno di questi risultati. Infatti, se questa percentuale non si modifica diminuendo, e le persone che hanno risposto a questa domanda non vengono adeguatamente trattate, si può ipotizzare l’ insorgenza di un disturbo post- traumatico da stress. Alla **domanda n°12** “Dopo aver vissuto un evento psicologicamente traumatico come ti sei sentito?” nella quale era possibile sbarrare più crocette, il 27.9% ha risposto di “aver evitato pensieri, sensazioni, conversazioni associate al trauma”, il 26.2% ha affermato di provare un “sentimento di minor prospettive future”, il 14.8% un “sentimento di distacco ed estraneità verso gli altri”, il 9.8% ha affermato di vivere “affettività ridotta, esempio incapacità di provare sentimenti di amore” e l’8.2% ha asserito di “aver evitato attività, luoghi, persone che ricordano il trauma”, il tasso di non risposta è stato pari al 12.1% . Anche in questo caso è evidente come sia prevedibile un cambio

---

<sup>25</sup> “Dizionario medico illustrato Dorland” Farmitalia Carlo Erba. Anno 1985

delle normali abitudini di vita. Alla **domanda n°13** “Dopo aver vissuto un evento psicologicamente traumatico come ti sei comportato?”, nella quale erano permesse più risposte, il 45.5% ha affermato “mi sono confidato con il mio partner o con gli amici fidati”, il 31% “ho parlato a lungo con i miei colleghi dicendo loro ciò che provavo, confidando il mio malessere”, seguito dal 3.6% che rispettivamente ha risposto: “mi sono confidato con chi capitava”, “non ne ho parlato con nessuno perché nessuno mi può capire”, “non ne ho parlato con nessuno perché ho paura che mi si dica che io provando questo malessere non sono portato per questo lavoro ”; e l’1.8% ha affermato che “non ne ho parlato con nessuno perché mi vergogno ad esprimere i miei sentimenti”. L’astensione è stata del 10.9%. Anche in questo caso le percentuali più preoccupanti non sono elevate, ma risulta necessario dare la possibilità ad ogni infermiere di parlare delle proprie esperienze lavorative, affinché la frustrazione e la sensazione di inadeguatezza possa essere affrontata, ridimensionata, se non eliminata.

Nella **domanda n°14** “Hai notato dopo aver vissuto l’evento traumatico questi cambiamenti su di te?”, nella quale erano permesse più risposte, il 23% ha risposto di avere “difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno”, il 19.7% afferma rispettivamente di avere “irritabilità o scoppi di collera” e “ipervigilanza” e il 6.5% di avere “esagerate risposte d’allarme”, l’astensione è stata pari al 18%. In questa domanda come per quel che riguarda la numero 12 e la numero 10, appare evidente come anche questi sintomi influiscano sulle normali abitudini di vita. Alla **domanda n°15** “Per quanto tempo hai vissuto questi sintomi?”, il 37.3% ha risposto “meno di tre giorni”, seguito dal 27.5% con “meno di due settimane”, il 13.7% con “più di un mese e ne soffro ancora” e il 2% con “meno di un mese”; l’astensione è stata pari al 19.7%. Anche in questo caso si può supporre che il 13.7% di coloro che soffrono ancora dei sintomi legati allo stress traumatico possa andare in contro alla cronicizzazione di tali sintomi e

sviluppare un disturbo post- traumatico da stress se non adeguatamente trattati e supportati. Alla **domanda n°16** “Credi utile un servizio di supporto psicologico a disposizione degli operatori per superare situazioni particolarmente pesanti?”, l’84.3% ha risposto “sì”, mentre alla **domanda n°17** “Pensi sia necessaria la figura di uno psicologo che intervenga a supporto dei parenti in situazioni particolarmente drammatiche come la morte di un figlio etc.?” , il 90.2% ha risposto “sì”. Sono da rilevare due precisazioni a riguardo di questa domanda: in un caso è stato affermato “No, non credo negli psicologi” nell’altro “Sì, ma solo se non c’è nessun altra persona vicino al parente della vittima”.

In conclusione è evidente come la maggior parte degli infermieri anche se non è a conoscenza dei problemi che possono nascere se in una persona subentra un Disturbo post- traumatico da stress, richiedano un supporto per loro e denunciino una situazione di “abbandono” dei parenti indipendentemente dal loro bisogno di supporto.

## **CAPITOLO SESTO**

### **ASSISTENZA SPIRITUALE D'EMERGENZA**

A conferma di quanto è emerso dai risultati dei questionari mi sono avvalsa dell'esperienza della Croce Bianca di Bressanone la quale ha avviato un Progetto di Assistenza Spirituale in emergenza, per poi ideare un programma di supporto simile applicabile nella realtà di Ravenna.

Il progetto pilota Assistenza Spirituale d'Emergenza (ASE)<sup>26</sup> di Bressanone avviato dall'Associazione Provinciale di Soccorso (ASP) Croce Bianca Bressanone (provincia di Bolzano) è un'iniziativa conosciuta e ripresa da esperienze fatte in Germania. Si tratta di un servizio di assistenza psicologica e spirituale alle persone che si trovano in uno stato acuto di grave turbamento personale e sociale a causa di incidenti o situazioni traumatiche. L'Assistenza Spirituale d'Emergenza è concepita quale servizio aggiuntivo al sostegno psicologico.

#### ***6.1: SERVIZI DELLA CROCE BIANCA***

1) Soccorso:

- Rianimazione fallita nell'ambito familiare;
- Assistenza ai familiari e/o superstiti;
- Gravi incidenti stradali, sul lavoro o nel tempo libero;
- Assistenza ai coinvolti non feriti;
- Cura di un degno trattamento dei deceduti;
- Incendi o decessi di operatori dell'associazione provinciale di Soccorso durante il servizio;
- Assistenza al personale di soccorso e ai familiari;
- Incendi, incidenti, slavine, catastrofi con numerosi feriti e/o morti;

---

<sup>26</sup> Vedi Allegato n° 6

- Emergenza pediatrica;
  - Comunicazione di decessi in collaborazione con gli enti competenti;
  - Suicidi o tentativi di suicidio;
  - Delitti criminali (Omicidi, rapine, sequestri di persone...).
- 2) Ricerca di dispersi.
  - 3) Trasporto infermi.
  - 4) Rimpatrio al proprio domicilio di pazienti in viaggio.
  - 5) Rimpatrio da tutto il mondo per i soci della Croce Bianca.
  - 6) Trasporto analisi di laboratorio, sangue e latte materno.
  - 7) Corsi di pronto soccorso per la popolazione.
  - 8) Telesoccorso per persone anziane che vivono sole.
  - 9) Servizio di accompagnamento per persone con difficoltà di deambulazione.
  - 10) Elisoccorso.
  - 11) Gruppi giovanili.
  - 12) Guardia medica.
  - 13) Assistenza spirituale d'Emergenza.
  - 14) Formazione ed aggiornamento di tutti i collaboratori.

## ***6.2: ASSISTENZA SPIRITUALE D'EMERGENZA***

### **a) OBIETTIVI:**

- Assistenza e sostegno umano, psico- sociale e religioso;
- Recupero dalle reazioni acute da stress;
- Prevenzione del disturbo post-traumatico da stress;
- Prevenzione di una patologia da lutto;

## **b) COMPITI e PRESTAZIONI**

- Assistenza umana, psico- sociale e religiosa ai superstiti dopo una rianimazione fallita;
- Assistenza umana, psico- sociale e religiosa ai feriti in incidenti (stradali, tempo libero, sul lavoro);
- Assistenza ai coinvolti non feriti in caso di gravi incidenti durante lo svolgimento del servizio;
- Cura di un degno trattamento dei deceduti;
- Presa di contatto con le famiglie, amici ed assistenti spirituali in caso di decessi e comunicazione di decessi in collaborazione con gli enti competenti e le autorità;
- Interventi in caso di emergenze pediatriche (morte bianca, violenze ai minori...) e urgenze pediatriche;
- Ricerca di scomparsi;
- Eventi dannosi o catastrofi (incendi, allagamenti, incidenti aerei, terremoti);
- Intervento in caso di tentato suicidio e assistenza ai congiunti dopo l'avvenuto suicidio;
- Intermediazione per aiuto e servizi psicosociali;

### ***6.2.1: Storia e prospettive***

Il progetto è partito nel maggio 1996 a Bressanone nel circondario Valle Isarco dell'Associazione Provinciale del soccorso "Croce Bianca". Il progetto pilota dell'Assistenza Spirituale d'Emergenza ha iniziato la sua attività collaborando inizialmente con la centrale del circondario Valle Isarco e successivamente con la centrale di soccorso 118 dell'Associazione Provinciale di Soccorso "Croce Bianca". I collaboratori hanno frequentato corsi di formazione e specializzazione in Germania. Nel frattempo sono

stati organizzati due corsi di formazione nella Provincia per nuovi collaboratori.

Dall'Aprile 2000 operano altri due gruppi di intervento dell'Assistenza Spirituale d'Emergenza in tutta la provincia di Bolzano.

L'Associazione Provinciale di Soccorso "Croce Bianca" si prefigge di estendere nei prossimi anni l'iniziativa partita da Bressanone; e prevede una rete di gruppi di intervento dell'Assistenza Spirituale d'Emergenza in tutta la provincia di Bolzano.

### ***6.2.2: Connotazione e organizzazione del gruppo***

Si tratta di un gruppo di operatori ed operatrici formato da operatori fissi e volontari della "Croce bianca" e da altre persone laiche. Attualmente collaborano circa 10 persone (donne, uomini; tre sacerdoti, uno psicologo). Il servizio è attivo 24 ore su 24.

Le persone si sono qualificate sia all'estero (in Germania e in Svizzera) sia attraverso incontri formativi, sia attraverso corsi di formazione permanente. Essi hanno una formazione sanitaria, una formazione in psicologia dell'emergenza e psicologia traumatologica, e una formazione religiosa, pastorale.

Il programma di formazione che è stato sviluppato nel frattempo prevede i seguenti punti:

- a) Tre colloqui rispettivamente con un formatore:
  - Circa la tematica dell'Assistenza Spirituale d'Emergenza;
  - Circa la personalità del soggetto che vuole partecipare;
  - Circa la motivazione per cui la persona ha deciso di aderire al progetto.
- b) Un corso di comunicazione e di motivazione (2 giorni);
- c) Un corso di formazione sulla psicologia dell'emergenza e sull'assistenza umana, psico- sociale e religiosa (3 giorni);

d) Due tirocini: uno sanitario, l'altro di A.S.E, con il rispettivo accompagnamento e una continua verifica. La formazione si conclude con una verifica finale.

Il gruppo si incontra regolarmente ogni mese per:

- La riflessione e valutazione critica degli interventi;
- L'elaborazione e l'esposizione dei vissuti da parte dei membri;
- La formazione permanente;
- L'organizzazione del piano mensile circa il servizio di presenza;
- La verifica continua e la pianificazione del programma annuale.

Gli incontri vengono guidati e/o accompagnati da persone qualificate professionalmente per la supervisione ed eventuale psicoterapia.

I collaboratori del progetto pilota dell'Assistenza spirituale d'emergenza sono membri dell'Associazione Provinciale del Soccorso Croce Bianca.

L'associazione provvede per:

- L'assicurazione dei membri;
- La programmazione della formazione e dell'accompagnamento (per es. supervisione);
- Il finanziamento (per es. dei corsi di formazione, delle supervisioni, libri, sussidi, spese varie...);
- L'equipaggiamento (telefonino, valigia con elenco di indirizzi, materiale di informazione, candele, libro di preghiere...);
- Uniforme di servizio;
- Trasporto con le macchine dell'associazione.

Mentre all'inizio del progetto non venivano richieste particolari caratteristiche a coloro che decidevano di parteciparvi, con il tempo e

l'esperienza sono stati creati dei criteri decisionali<sup>27</sup> in base ai quali viene ritenuto idoneo un candidato che decide di diventare volontario. Questi criteri riguardano:

1. Età: non inferiore ai 25 anni;
2. Interesse al servizio di soccorso;
3. Disponibilità all'aggiornamento nell'ambito della medicina d'emergenza, dell'assistenza spirituale d'emergenza e degli interventi in caso di crisi;
4. Formazione pedagogica, psicologica, terapeutica, teologica e di assistenza sociale;
5. Collaborazione pluriennale in ambito sociale, caritativo, pastorale, teologico o pedagogico;
6. Apertura religiosa e confronto personale con i temi di fondo della vita: morte, morire, dolore, lutto;
7. Adesione a colloqui post- intervento regolari di gruppo e anche singoli.

Di solito la partecipazione a questo progetto viene sconsigliata a un soggetto che ha subito in precedenza un lutto o un episodio psicologicamente traumatico legato all'emergenza per evitare il fenomeno dell'identificazione con la vittima e trasformarsi da colui che aiuta in colui che deve essere aiutato.

### ***6.3: AREE OPERATIVE DEL SERVIZIO***

#### **1° AREA DI FORMAZIONE:**

- ? Formazione di base e formazione permanente dei collaboratori dell'A.S.E;
- ? Lavoro di sensibilizzazione e di informazione;

---

<sup>27</sup> Associazione provinciale di soccorso Croce Bianca "Direttive dell'assistenza spirituale d'emergenza ASE". Direttive interne. Anno 2000

- ? Formazione di collaboratori di altri servizi e gruppi di intervento (Vigili del fuoco, Protezione civile, operatori pastorali...);
- ? Documentazione, riflessione e valutazione dello sviluppo del progetto pilota e delle attività dell' A.S.E,

## 2° AREA DI INTERVENTO

- ? Interventi sul luogo dell'incidente, della catastrofe o di altre situazioni di emergenza per offrire sostegno ed assistenza umana, psicosociale e spirituale nei confronti di:
  - Pazienti o coloro che sono stati colpiti direttamente o indirettamente nell'incidente o nella situazioni d'emergenza;
  - Familiari, amici, accompagnatori, responsabili...;
  - Altri membri di gruppi e/o comitive...;
  - Colleghi di lavoro, datori di lavoro...;
  - Operatori sanitari e/o coloro che sono intervenuti (Vigili del fuoco, Carabinieri...);
- ? Presenza e sostegno umano, psicosociale e spirituale in famiglie e in comunità per la comunicazione di decessi;
- ? Cura di un degno trattamento dei deceduti sia sul luogo che dopo;
- ? Accompagnamento e sostegno umano e spirituale dei parenti, amici... nel momento del congedo.

## 3° AREA DI POST-INTERVENTO:

- a) In generale i compiti sono:
  - Incontri singoli previsti per la riflessione ed elaborazione del proprio vissuto e sofferto con personale competente e qualificato dopo l'intervento avvenuto;
  - Altri provvedimenti in caso di necessità per assicurare la salute dell'operatore, la sua motivazione e la qualità del servizio;

- Riferimento ad altri servizi psicosociali;
- b) In più, per il personale operativo dell' A.S.E è necessario:
- Colloquio con personale qualificato immediatamente dopo l'intervento su richiesta personale;
  - Incontro mensile con possibilità di supervisionare l'intervento;
- c) Mentre, per il personale operativo di altri servizi, gruppi o altre persone di intervento si realizzano:
- Incontri individuali o di gruppo per tutti coloro che sono intervenuti sul luogo con personale qualificato immediatamente, oppure uno o due giorni dopo l'intervento.

#### **6.4: ALCUNE REGOLE**

1. La richiesta di intervento viene passata dalla centrale 118 all'operatore in servizio;
2. Chi è in servizio verifica la situazione secondo i criteri di intervento e decide di intervenire o meno, oppure di mandare qualcun altro (per motivi di distanza, o perché c'è una persona di riferimento alla quale si può affidare l'intervento...),
3. L'intervento viene eseguito normalmente da due persone, ma in caso di necessità intervengono più collaboratori se disponibili;
4. L'intervento è uno unico (la durata varia da circa 1 ½ a circa 3 ore),
5. Per continuare la presenza o l'accompagnamento si fa riferimento ai vari servizi psico- sociali o alle istituzioni religiose della zona;
6. L'intervento si fa solo nell'ambito del rispettivo circondato. Eccezioni riguardano interventi per i membri dell'Associazione Provinciale di Soccorso.

La "Croce Bianca" collabora inoltre con molte altre istituzioni quali:

- Pompieri;

- Carabinieri e Polizia;
- Servizio Civile;
- Altri servizi d'emergenza;
- Servizi psico- sociali del territorio;
- Strutture ospedaliere: medici, psicologi, psichiatri, cappellani ospedalieri;
- Strutture religiose: sacerdoti, operatori pastorali, centri e autorità delle diverse religioni;
- Altri servizi o strutture richieste.

### ***6.5: OBIETTIVI DEL SOSTEGNO PSICOLOGICO***

Il servizio dell'assistenza spirituale<sup>28</sup> in un lutto, offre un supporto dignitoso per esprimere e per rivelare i propri sentimenti, affetti e pensieri più personali ed intimi insieme alle reazioni comportamentali ed emotive più complesse e più enigmatiche. Inoltre aiuta a creare un' ambiente ed un'atmosfera di rispetto verso la persona morta prendendosi cura di essa. Il sostegno psicologico è finalizzato anche ad affiancare ed assistere le persone in lutto affinché riescano a riprendere in mano la situazione e ad avviare i primi passi verso la quotidianità nell'organizzare i primi compiti da svolgere<sup>29</sup>. Il sostegno psicologico è una presenza importante e fondamentale per esprimere la solidarietà umana e sociale in un momento così intenso ed intimo come la perdita di una persona cara.

L'obiettivo fondamentale del sostegno psicologico è quello di far fronte allo shock che esiste sempre dopo un lutto improvviso.

La parola "morte" fa nascere in noi un'ondata profonda di sentimenti, affetti, pensieri, ricordi, atteggiamenti e comportamenti, reazioni che normalmente sono estranee, ci si sente paralizzati e allo stesso tempo

---

<sup>28</sup> Dott. G. Ugolini "Il sostegno psicologico alle persone che hanno subito un lutto: esperienza concreta della Croce Bianca di Bressanone" testimonianza diretta

sconvolti e agitati. È una situazione di shock, condizione normale e tipica dal punto di vista umano in questo caso.

Le caratteristiche più importanti dello shock sono:

- Percezione limitata: alcune cose non vengono viste, sentite, percepite, altre non passano la soglia della coscienza e perciò possono mancare certe sequenze nel ricordo;
- Possibili reazioni fisiche e psico- emotive sconosciute per la persona e sorprendenti per la loro comparsa e natura. Per esempio: tremare, non avere il controllo sui movimenti delle mani e dei piedi, insonnia, inappetenza, apatia, crisi di pianto, sensazione di essere estraneo a ciò che è accaduto, eccessivo autocontrollo. Alcune persone rimangono in silenzio o si ritirano quasi totalmente, altri assumono un atteggiamento forte e coraggioso trasmettendo anche un senso di sicurezza. In realtà questi sono in estremo pericolo perché non sono in grado di accettare ed esprimere le loro emozioni e i loro pensieri che li sommergono. Hanno bisogno di attenzione e sostegno affinché possano riuscire a riconoscere i propri sentimenti e pensieri come reazioni normali ad un avvenimento tragico;
- Forte sentimento di allontanamento da tutto e tutti. La sensazione di essere avvolto in ovatta, di essere intontiti, addirittura “assenti” esprime la distanza insuperabile verso il mondo esterno.

Lo shock avviene immediatamente e può perdurare ore, anche alcuni giorni o settimane e in forma ridotta anche qualche mese. La funzione dello shock è quella di tenere sotto controllo lo spavento, lo sgomento, fino a quando la persona non è in grado di prendere coscienza della perdita subita in un'atmosfera adeguata. Vergogna, impotenza, autoaccusa, incolpare gli altri, perdita di fiducia, solitudine e forte senso di insicurezza

---

<sup>29</sup> Vedi Allegato n° 7

accompagnano sempre la condizione dello shock e dell'elaborazione del lutto.

## ***6.6: SOSTEGNO PSICOLOGICO PER LE PERSONE CHE HANNO SUBITO UN LUTTO***

### **1. Raccogliere le informazioni necessarie per poter intervenire in modo efficace.**

L'intervento del sostegno psicologico e spirituale è focalizzato prima di tutto sulla persona morta e di conseguenza sulle persone che hanno perso una persona cara. Innanzitutto interessa conoscere quanto si può della persona sulla quale si interviene: nome, età, provenienza, relazioni, professione; poi occorre informarsi riguardo cosa e come è successo, dove, quando, chi era presente. Inoltre può essere importante sapere come e in che condizioni si è svolto il soccorso. È necessario sapere chi ha comunicato, e a chi, il decesso e come hanno reagito i congiunti. Infine ci si deve informare sulla situazione attuale: dove è depositato il corpo della persona morta, dove sono i familiari, cosa si sta facendo attualmente sul deceduto (per esempio l'identificazione). Tutto ciò per fare un quadro della situazione in cui la persona è morta. Senza informazioni si rischia di rimanere estranei. Certamente ci possono essere delle situazioni estreme, ma l'informazione rimane il punto fondamentale per poter svolgere l'assistenza umana e psicologica.

### **2. Prima di parlare con i congiunti, possibilmente vedere la persona morta:**

È necessario precisare che è importante rendere "presentabile" la salma, soprattutto il viso. Se il decesso è avvenuto in ospedale, è compito del personale medico- sanitario togliere tutto ciò che è stato applicato sul e nel corpo della persona morta (flebo, cateteri, intubazione...). Se il decesso è extra- ospedaliero è sempre compito dei soccorritori pulire il corpo e soprattutto il viso del paziente sia da sangue che dallo sporco (per esempio

dovuto all'incidente o all'infortunio). Le ferite vengono coperte applicando cerotti, e anche in questo caso, tutti i dispositivi applicati durante l'intervento devono essere eliminati dal corpo della vittima.

Nell'ambito domiciliare o ospedaliero, normalmente, sono già presenti i familiari. Dopo essersi presentati, si chiede di poter vedere la persona morta. Facendosi accompagnare da uno di loro, ci si ferma davanti alla salma in un atteggiamento di rispetto e riverenza, rimanendo qualche minuto in silenzio il che permette di ordinare i nostri pensieri, sentimenti per poterci congedare dalla persona morta. Lo stare retti in piedi in un atteggiamento sincero di dispiacere, di lutto e di compassione offre una condivisione profonda con i congiunti.

Normalmente nell'ambito domiciliare e ospedaliero le persone morte giacciono già su un letto e sono coperti da un lenzuolo. Altrimenti è di grande aiuto ed importanza sistemare degnamente la salma su un letto e coprirlo con un lenzuolo o una coperta. In questo possiamo coinvolgere i familiari o i vicini di casa, sono gli ultimi servizi che possiamo fare ai nostri cari, se lo desiderano.

La persona morta deve ricevere un trattamento degno e rispettoso e questo si ripercuote sui congiunti, li che aiuta nel processo dell'elaborazione del lutto. È importante ricordare che le reazioni dei medici d'emergenza, dei soccorritori, o delle altre persone coinvolte presenti come Carabinieri, Vigili del fuoco, Polizia, o dei collaboratori del servizio di pompe funebri o quelli dell'Assistenza umana e spirituale, influiscono profondamente sulle reazioni dei congiunti e sul processo del lutto. Comportamenti superficiali, svalutativi, inadeguati e soprattutto senza cura e rispetto della persona morta, influiscono negativamente e gravemente sul vissuto dei congiunti. Raramente perdonano un atteggiamento non dignitoso e senza rispetto verso un loro familiare o un loro amico morto.

### **3. E' importante trovare un luogo dove ci si possa ritirare o stare tranquilli:**

Ovunque ci si trovi nel dare la notizia di morte ai parenti, è di grande aiuto avere a disposizione un posto dove ci si possa ritirare e soffermare con i congiunti in modo da non essere disturbati. Questo ha un significato altamente simbolico come sostegno psicologico, e cioè dare uno spazio e lasciare un posto a chi è in lutto.

### **4. Favorire un clima di fiducia e di confidenza:**

Il modo in cui ci si presenta e con cui entriamo in rapporto con i congiunti offre già un sostegno psicologico. Ci si deve presentare in modo conciso e chiaro offrendo la propria presenza e sostegno: “Lei è il signor...la signora..., Mi dispiace per la morte di..., Noi siamo dell’assistenza umana e spirituale. Abbiamo tempo per voi e siamo a vostra disposizione. Ci hanno chiamato perché..., Ci potete raccontare com’è successo...”, è importante stabilire un clima di fiducia. In questo, aiutano le informazioni che abbiamo raccolto perché ci possono orientare nel dialogo con le persone rivelandoci come persone informate e competenti. Ogni tanto sarà necessario ridefinire il proprio ruolo per assicurare alle persone coinvolte che non si ha altra intenzione che di stare con loro e di essere a loro disposizione senza altri interessi. È richiesta una grande capacità di ascolto e di empatia per intervenire con piccole domande o commenti in modo che le persone continuino a raccontare ed a esternare ciò che provano e sentono dentro.

### **5. Creare un’atmosfera di rispetto e di riservatezza:**

In una situazione particolarmente intima e di grande fragilità le persone rivelano sentimenti, pensieri, debolezze, informazioni che in altre situazioni non comunicherebbero. In pochi minuti vengono palesati riassunti della vita della persona morta, storie vissute e sofferte, progetti ed intenzioni, idealizzazione di alcuni tratti della persona morta e anche svalutazioni. Le

persone raccontano in uno stato di shock e di cordoglio cose molte personali ed intime, quindi è scontato il motivo per cui è indispensabile che certe comunicazioni vengano date in luoghi riservati e dopo aver creato la giusta atmosfera.

#### **6. Promuovere l'espressione dei sentimenti, dei pensieri e degli atteggiamenti:**

Ci possono essere delle differenze individuali e culturali circa la capacità di esprimere ciò che si prova. Il sostegno psicologico intende aiutare le persone a comunicare sia a livello verbale che comportamentale i loro sentimenti, la loro disperazione, le loro ansie, i loro sensi di colpa e le loro domande circa il "perché" rendendoli coscienti delle loro reazioni per poterle riconoscere come normali così da riuscire a gestirle meglio. Sicuramente, un clima di fiducia e di incoraggiamento favorisce e promuove il riconoscimento e l'accettazione delle proprie reazioni come normali. Bisogna ricordare che, sostenere le persone nelle loro reazioni non vuol dire costringerli ad esternare ciò che provano dentro e neanche costringerli a calmarsi.

#### **7. Prendere sul serio il bisogno di informazione e di voler sapere:**

Tra le reazioni psico- emotive, comportamentali e cognitive, emerge dai congiunti un bisogno insaziabile di informazione e di voler sapere. Molte domande e riflessioni riguardano la ricerca delle eventuali cause, l'interesse circa lo svolgimento dei fatti o circa l'incomprensibile fatto della morte imprevista e improvvisa. Tutte le domande poste dai congiunti sono da tenere in considerazione e considerare importanti e se il medico e i soccorritori sono ancora presenti, può essere utile poter porre le domande direttamente a loro così da raggiungere la massima trasparenza possibile. Questo diminuisce le fantasie a volte troppo sofisticate e speculative che rendono ancora più pesante il lutto. Spesso le domande circa le cause e lo svolgimento dei fatti vengono ripetute più volte. Durante o dopo uno shock

la mente umana non è in grado di percepire, di elaborare e di integrare le informazioni che riceve. Perciò è necessario ripetere con pazienza e con tatto le informazioni richieste in modo tale che la persona le riesca a cogliere ed elaborare.

### **8. Confrontarsi con le domande circa il significato della morte e del lutto:**

Un clima aperto e confidenziale permette di confrontarsi con le domanda circa il significato della morte e del lutto. Nel caos reattivo del lutto c'è il grido ansioso e disperato del “perché?”, dentro cui sembrano risuonare tutte le domande esistenziali che ci poniamo circa il significato della vita, il valore della vita, il significato della morte, la ragione, la presenza di Dio, la sua salvezza, la sua giustizia, la domanda di che cosa ci sarà dopo la morte... Il sostegno psicologico, allora, consiste nell'invitare i congiunti a permettersi di porsi queste domande esistenziali, che non esigono risposte immediate o corrette, ma la capacità di accettarle e confrontarsi con esse, anche se non troviamo immediatamente risposte soddisfacenti.

### **9. Affrontare le domande concrete circa la gestione della realtà quotidiana:**

Prima si arriva a una stabilizzazione interiore, più emergono domande concrete pertinenti alla gestione della vita quotidiana. Si tratta di prendere le decisioni per organizzare i prossimi passi da intraprendere per continuare il ritmo della vita nei vari impegni. “Cosa dobbiamo fare adesso?”, “Chi telefona ai parenti?”, “Come si fa ad avvisare il servizio di pompe funebri?”. Queste domande sono importantissime perché esprimono bisogni ed esigenze concrete che i congiunti riescono a vedere. In questa fase è necessario verificare di quale altro tipo di aiuto hanno bisogno le persone, come: accompagnamento continuato attraverso il servizio psicologico, psichiatrico, il consultorio familiare, un gruppo di autoaiuto per persone in lutto, il telefono amico... indicando i rispettivi recapiti.

## **10. Invito a congedarsi dalla persona deceduta:**

Un aspetto cruciale dell'assistenza umana e spirituale è il congedarsi dalla persona deceduta. Spesso, soprattutto quando avviene in casa, i parenti e/o amici non assistono direttamente alla pratica di soccorso. Perciò vivono una situazione di separazione e si sentono esclusi da ciò che il medico e i soccorritori fanno. Dopo l'informazione del soccorso fallito, possono riavvicinare il loro caro, e in questo istante prevalgono i sentimenti di non voler credere all'accaduto e di voler vedere immediatamente viva la persona. Questo vale in tutte le situazioni in cui è avvenuto un soccorso non riuscito.

In un secondo momento dopo le informazioni e le spiegazioni da parte del medico, i parenti realizzano la morte del loro caro e, in questo momento, subentra l'assistenza spirituale, per invitare i parenti e gli amici a congedarsi dal loro caro. È l'ultimo atto umano che possono esprimere e gestire.

In conclusione, il sostegno psicologico alle persone che hanno subito un lutto è un servizio fondamentale nella catena di soccorso.

## ***6.7: SOSTEGNO AGLI INFERMIERI***

L'aiuto agli infermieri può essere offerto in due frangenti: il primo quando questi hanno partecipato ad un'operazione di soccorso molto gravoso (incidente con più macchine coinvolte, morte di uno o più bambini, vista di corpi dilaniati) tale da creare uno scompenso a livello emotivo-psicologico, l'altro nel caso in cui siano rimasti coinvolti in modo fisico personalmente. Il sostegno che viene dato ai soccorritori si esplica sotto forma di un colloquio con uno specialista psicologo sia in modo singolo che in modo collettivo o di gruppo. Negli ultimi anni si sente sempre più

parlare del concetto della parola DEBRIEFING<sup>30</sup> e cioè: “procedimento strutturato per aiutare i superstiti a comprendere e a gestire emozioni intense, a comprendere meglio le strategie di fronteggiamento efficaci e a ricevere sostegno dai pari, utile non solo nel caso in cui i soggetti che ve ne partecipano abbiano subito un trauma”. Molto meno frequentemente si sente parlare di DEFUSING<sup>31</sup>, termine che indica “un procedimento che dà la possibilità agli operatori di soccorso di comprendere meglio le loro reazioni e permette agli operatori di salute mentale di rilevare eventuali indicazioni del rischio di reazioni di stress a lungo termine”, sono cioè, dei colloqui individuali o di gruppo, che differiscono dal debriefing in quanto sono di durata più limitata (10- 30 minuti) e possono essere forniti continuamente durante il corso di tutta l’operazione.

L’aiuto che può essere dato ai soccorritori inizia ancora prima che si verifichi l’evento traumatico, proprio attraverso il defusing durante il turno di lavoro, attraverso l’insegnamento di tecniche di rilassamento, e durante l’intervento avendo a disposizione la possibilità di praticare delle consultazioni<sup>32</sup>, per gestire lo stress, con lo staff direttivo e con i responsabili del team di soccorso. Chiaramente tutto questo è possibile in ambienti in cui i progetti di soccorso nei confronti degli operatori sono già attivi e collaudati. Per quel che riguarda il supporto agli infermieri dopo l’intervento di soccorso, nel momento in cui questo ha già recato un trauma psicologico, si attua un iter sia individuale che di gruppo sotto richiesta personale. Questo inizia dopo che gli infermieri che ne fanno richiesta, hanno ripristinato l’ambiente di lavoro, si sono lavati, rinfrescati anche se non si è ancora concluso il turno di servizio. Si procede con la verifica e revisione tecnica (come si è svolto il lavoro su piano tecnico e strutturale

---

<sup>30</sup> Young B.H., Ford J.D., Ruzek J. I., Friedman M. J., Gusman F. D “L’assistenza psicologica nelle emergenze”. Edizione Erickson, 1999

<sup>31</sup> B. H. Young, J. D. Ford, J. I. Ruzek, M. J. Friedman e F. D. Gusman op. cit.

<sup>32</sup> B. H. Young, J. D. Ford, J. I. Ruzek, M. J. Friedman a F. D. Gusman op. cit.

dell'intervento), si passa al defusing, al colloquio di supporto subito dopo l'intervento effettuato (soprattutto quando è stato coinvolto direttamente o indirettamente un collega o dei colleghi), e si termina con il colloquio di supporto al termine del turno di lavoro.

Di solito viene previsto un solo colloquio al termine del turno di servizio, attraverso il quale vengono chiarite le varie dinamiche subentrate in seguito all'intervento e vengono informati i partecipanti dei vari problemi o dei vari sintomi a cui potrebbero andare incontro nei giorni successivi. In questo modo viene data la possibilità di esprimere le proprie paure e i propri stati d'animo dando un'informazione sufficiente affinché l'operatore sia cosciente di quali situazioni potrà vivere. Successivamente, se viene richiesto, sono previsti altri incontri non superiori comunque al periodo di due mesi, periodo nel quale non viene mai chiesto all'infermiere di non lavorare, anzi si è visto che continuando il turno di lavoro si ottengono migliori risultati rispetto a chi deve ritornare a lavorare dopo un periodo medio lungo di interruzione. Gli incontri successivi sono strutturati nel seguente modo:

- Dopo 2-3 giorni per tutti i soccorritori:  
Debriefing individuale o di gruppo (includendo il debriefing tecnico), e indicazioni di ulteriori forme di sostegno;
- Dopo 1-2 mesi:  
2° colloquio di Debriefing;
- Dopo 2 mesi:  
psicoterapia "precoce", "focalizzata".

Diverso è il supporto dell'Assistenza Spirituale d'Emergenza ai soccorritori in cui uno o più colleghi sono rimasti feriti.

Per trattare questo argomento, l'ASE, utilizza il modello sviluppato da Jochen Heiniche<sup>33</sup> che struttura due tipi di colloqui, uno breve subito dopo

---

<sup>33</sup> "Institut für Notfallseelsorge und Krisenintervention (Jena) "

il rientro dall'intervento, e un secondo colloquio al termine del turno di servizio.

L'obiettivo del breve colloquio dopo il rientro dal servizio è:

- Prendersi cura dei soccorritori: dimostrare gratitudine, solidarietà, rispetto per l'impegno dei soccorritori;
- Offrire accompagnamento ed assistenza al Team dei soccorritori;
- Rendersi conto dell'esperienza gravosa dell'intervento e poterne parlare;
- Aggiornare ed informare i soccorritori sullo stato attuale di salute dei feriti (per ridurre il deficit informativo e per prevenire ad informazioni erronee);
- Offrire aiuto e informazioni per gestire meglio l'impatto traumatizzante;
- Chiarire domande pragmatiche per ripristinare la normalità e per rinforzare la solidarietà;
- Offrire la possibilità di un debriefing (individuale o di gruppo);
- Terminare l'intervento offrendo una conclusione.

L'obiettivo del colloquio al termine del turno di servizio è quello di:

- Costruire un ponte di collegamento tra l'intervento e adesso;
- Informare circa lo stato di salute degli operatori coinvolti;
- Ridefinire l'immagine dell'intervento;
- Cogliere le emozioni ed i bisogni più esigenti;
- Offrire informazioni e supporto per gestire meglio lo stress acuto presente in questo momento e in futuro;
- Rassicurare i colleghi sul fatto che saranno informati in caso di cambiamenti;
- Aiutarli a ritornare alla normale vita quotidiana.

## **CAPITOLO SETTIMO**

### **PROGETTO FORMATIVO DI SUPPORTO**

In seguito agli studi, alle informazioni raccolte dopo la visita di approfondimento alla Croce Bianca di Bressanone per il progetto di “Assistenza spirituale d'emergenza” e ai risultati ottenuti nelle Unità Operative di Pronto Soccorso dell' Azienda U.S.L di Ravenna, si è progettato un piano di supporto psicologico, applicabile alle varie realtà che riguardano l'assistenza sanitaria e che potrà essere poi modificato in base alle esigenze dei singoli distretti che vorranno applicarlo.

Prima di strutturare questo progetto nei dettagli, bisogna decidere il tipo di organizzazione: a gestione ospedaliera, privata su base volontaria, gestita a livello Provinciale. Si ricorda anche che indipendentemente da questa scelta, è importante avere il completo appoggio di tutti i servizi che operano in campo sanitario e sociale (Croce Rossa, Pubblica Assistenza, Azienda U.S.L e in particolare la centrale operativa 118, Protezione civile, Vigili del fuoco, Carabinieri, Ordine degli Psicologi, degli Psichiatri e degli Infermieri).

#### ***7.1: CARATTERISTICHE DEL PROGETTO DI SUPPORTO***

Ci sono vari passaggi da seguire prima di rendere operativo questo progetto:

1. Definire la struttura organizzativa (direttivo ed equipe d'intervento);
2. Assicurarsi il sostegno di un esperto;
3. Presentazione del programma di intervento al pubblico ed alle autorità locali.

### ***7.1.1: Definire la struttura organizzativa***

E' necessario formare un direttivo ed una equipe di intervento sia nel caso in cui il progetto venga gestito a livello dell' Azienda Sanitaria, sia che venga gestito a livello Provinciale o di volontariato.

Per quel che riguarda il **DIRETTIVO** è necessario un dirigente responsabile di tutto il complesso organizzativo, coadiuvato da psicologi e persone qualificate nel campo, e un rappresentante di ogni organizzazione che fa parte dell'associazione e che opera in questo progetto (uno dei volontari, dell'azienda ospedaliera, della Croce Rossa, della Pubblica Assistenza, dei Vigili del fuoco... ).

Le funzioni del direttivo sono:

- Organizzazione del servizio nel territorio (struttura, servizi necessari);
- Coordinazione del servizio (turni, materiale, consulenze...);
- Cooperazione con altri servizi (Vigili del fuoco, Carabinieri, Telefono Amico...);
- Pianificazione e programmazione (formazione e formazione permanente dei volontari che forniranno poi l'assistenza, verifica del lavoro svolto, approfondimento scientifico ed aggiornamento);
- Finanziamento;
- Valutazione;
- Contatti con le province confinanti;
- Documentazione;
- Relazioni pubbliche (affinché il progetto possa continuare, è fondamentale che questo venga conosciuto, accettato e reso pubblico per la cittadinanza, per le organizzazioni e le istituzioni).

Per quel che riguarda l' **EQUIPE D'INTERVENTO** è necessario stabilire:

- Per i membri: il numero minimo di persone qualificate che devono operare all'interno dell'organizzazione (vedi criteri e linee guida standard, nazionali ed interne). Si ricorda che il servizio deve coprire l'arco delle 24 ore.

L'equipe deve svolgere i seguenti compiti:

- Decidere i criteri di intervento: se si decide di avviare il progetto solo per gli infermieri all'interno di un'unità operativa non c'è bisogno di ricercare questi criteri, ma se il progetto vuole essere avviato anche per la popolazione è necessario stabilire in quali casi si deve intervenire, perché non possono essere prese in considerazione tutte le richieste;
- Conduzione e collaborazione in caso di defusing, debriefing e nei diversi colloqui post- intervento per i soccorritori;
- Indicare o inviare le persone ad altri servizi di assistenza psicologica, psichiatrica...: ci possono essere dei casi in cui già dalla richiesta si intuisce che questo supporto è inadeguato, si ricorda infatti che il colloquio che viene attuato sotto richiesta degli interessati è unico, solo in alcuni casi si praticano colloqui successivi;
- Organizzare gli interventi in casi di maxi- emergenza (nel caso in cui gli operatori siano intervenuti in seguito ad una calamità naturale, nel caso in cui siano intervenute più di due ambulanze o siano stati coinvolti più infermieri di ambulatori diversi);
- Partecipazione alle esercitazioni;
- Supervisione.

Per quel che riguarda l'organizzazione è necessario individuare una sede, nominare un coordinatore, e istituire una segreteria che gestisca la struttura dell'organizzazione e si occupi di trovare e gestire i finanziamenti fornendo l'equipe di:

- Cellulare;
- Mappa della città;
- Elenco dei servizi sociali;
- Promemoria orientativo per i casi di decesso da lasciare ai parenti (è un foglietto illustrativo in cui viene spiegato ciò che potrebbe capitare in seguito a un grosso trauma emotivo)<sup>34</sup>;
- Elenco dei medici di base;
- Moduli per i colloqui post- intervento;
- Formulare per la registrazione delle spese di viaggio;
- Abbigliamento di riconoscimento: questo cambia a seconda che il servizio venga espletato in ospedale (tesserino di riconoscimento), o che venga espletato anche per la popolazione (giacca o maglia di riconoscimento).

Questo tipo di organizzazione di per sé non richiede risorse impegnative, le uniche restrizioni sono previste dalle regole imposte da chi si prenderà carico di attuare il progetto di supporto. È consigliabile organizzare tutto il lavoro basandosi sull'utilizzo dei volontari, il vero problema è trovarne un numero sufficiente per coprire l'intero arco delle 24 ore; si ricorda inoltre che non è necessaria la presenza fisica costante del volontario responsabile ad effettuare il turno di lavoro, basta che sia facilmente reperibile per intervenire in caso di necessità.

---

<sup>34</sup> Vedi allegato 7

### ***7.1.2: Assicurarsi il sostegno di un esperto***

La figura di un esperto è fondamentale in quanto è necessario un supporto basato sulla teoria e sulle esperienze già effettuate in questo campo. L'esperto può essere uno psicologo dell'emergenza che abbia esperienza di supporto ai soccorritori in campo sanitario e con consolidata competenza. Potrebbe essere utile il coinvolgimento dell'Assistenza Spirituale di Bressanone, gestita per la maggior parte da volontari che in quanto tali non richiedono compensi, e che possono essere interessati ad allargare il loro progetto al di fuori della Provincia Autonoma di Trento e Bolzano. L'esperto in questione deve rendersi disponibile a seguire in modo approfondito questo progetto per un tempo considerato di almeno un anno (secondo gli studi praticati a Bressanone).

In questo frangente bisogna anche considerare la realtà in cui si vive. Precedentemente è stato trattato il tema dell'auto-mutuo-aiuto, per potervi ricorrere nei casi di resistenza nei confronti della figura professionale di un psicologo. In questi casi si può creare un gruppo di supporto gestito da pari senza incorrere in inutili conflitti. Dal punto di vista economico giova ricordare che i corsi di auto-mutuo-aiuto hanno spese estremamente ridotte (solo per i materiali); ma anche nel caso si assumessero psicologi, non è necessario stabilire uno stipendio fiso (vedi Progetto di Bressanone dove tuttora gli psicologi che vi partecipano non sono stipendiati perché volontari).

### ***7.1.3: Presentazione del programma di intervento al pubblico e alle autorità***

È fondamentale rendere noto sia alla cittadinanza che alle autorità questo progetto per garantirne il successo e la durata nel tempo. Una volta ultimato il progetto, bisogna organizzare un incontro in cui saranno invitate le autorità delle amministrazioni comunali e provinciali, altre istituzioni quali: Carabinieri, Vigili del fuoco, associazioni di volontariato dell'area sanitaria, Azienda U.S.L, Collegio IPASVI, e la cittadinanza, per informarli e renderli partecipi.

È consigliabile investire fondi in questa operazione data l'importanza che assume l'informazione in questo progetto. Per questo motivo è opportuno ideare e divulgare volantini da distribuire, affiggere manifesti per la strada, richiedere alle Radio locali la trasmissione di brevi pubblicità di invito all'incontro, e far comparire sui giornali locali piccoli articoli informativi. Naturalmente sarebbe opportuno far comparire le informazioni circa l'evento, sul sito internet dell' Azienda U.S.L, su quello del Comune e della Provincia. Durante l'incontro, una volta chiarito i compiti e i presupposti del progetto, si può invitare i cittadini interessati al programma, ad iscriversi come volontari per rendere nota la loro disponibilità, cosicché l'organizzazione possa costituire una stima approssimativa delle persone a disposizione. Informando precedentemente le autorità sarebbe positivo, che durante il dibattito, i lavoratori che hanno subito un forte stress emotivo e psicologico in seguito a un trauma sul lavoro potessero portare la loro testimonianza.

## CONCLUSIONI

In questa tesi ho inteso sottolineare l'importanza della presenza di una figura di supporto psicologico per gli infermieri e per i parenti che hanno subito un lutto. È già rilevante, per le implicazioni soggettive e socio-lavorative, che venga riconosciuto agli infermieri la possibilità di vivere situazioni complesse che possano influenzare significativamente il modo di vivere anche al di fuori dell'ambito lavorativo. È indispensabile intervenire con energia e contenere quello che rappresenta un vero e proprio stato di malessere che si va meglio definendo nella sua portata. A questa considerazione si è cercato di fornire una possibile soluzione esplicitando i risultati dell'indagine svolta, e interpretando attese, ansie, paure e idee propositive di tutti coloro che hanno collaborato. Il risultato dell'indagine che ho svolto sugli infermieri di Pronto Soccorso ha confermato le mie osservazioni fatte durante il periodo di tirocinio. Gli infermieri dell'emergenza infatti vivono ripercussioni emotive ad eventi traumatici e luttuosi accaduti durante la loro attività.

Il risultato dei miei studi, fatti sull'auto-mutuo-aiuto e in particolare sul progetto di Assistenza Spirituale d'Emergenza della "Croce Bianca" di Bressanone, mi hanno portata ad elaborare un progetto di supporto psicologico che può essere utilizzato a livello locale o provinciale, come Azienda U.S.L o semplicemente come istituzione di volontariato, ma che sia in grado di aiutare gli operatori sanitari e allo stesso tempo i familiari che hanno subito un lutto. Si spera che questo lavoro possa servire da stimolo a chi ha le responsabilità politiche e gestionali, per creare una struttura concreta e tangibile, che affianchi e sostenga gli infermieri nel sempre difficile e complesso rapporto con il paziente.

## BIBLIOGRAFIA

- ? **V. FERRI:** “Forme e tecniche di attenzione rivolte alla morte.”  
Tratto da “Informazione psicologica, psicoterapia, psichiatria” n°32-33 1999 Roma.
- ? **G. DI MOLA:** “La morte nella cultura occidentale: aspetti culturali e storico antropologico”. Tratto da “Informazione psicologica, psicoterapia, psichiatria” n°37-38 1999 Roma.
- ? **A. CAROTENUTO:** “ Sulla morte”. Tratto da “Informazione psicologica, psicoterapia, psichiatria” n°36-37 1999 Roma.
- ? **A. R. A. D** - Associazione romana assistenza domiciliare:  
“La difficile elaborazione del lutto”. Tratto da “Informazione psicologica, psicoterapia, psichiatria” n°36-37 1999 Roma.
- ? **M. MARIN:** “ L’assistenza ai pazienti vicino alla morte”.
- ? **P. ROCCATO:** “L’incapacità di elaborare il lutto come conseguenza di un inadeguato apprendimento della gestione delle emozioni” 1995.
- ? **L. CALDIRONI:** “ Morte tra natura e cultura”.
- ? **D. LA BARBERA:** “ Morte ed eternità nell’era dell’onnipotenza tecnologica e della virtualità”. Atti del Convegno Nazionale AIP, Sezione di psicologia clinica. Palermo, 28-30 Settembre 2001
- ? **N. ROPER, WINIFRED W. LOGAN, ALISON J. TIERNEY:**  
“Elementi di Nursing” Il Pensiero Scientifico Editore. Anno 1994
- ? **:G. SARCHELLI:** psicologia Università di Bologna: “Strategie organizzative per la valorizzazione delle risorse umane”. In atti del convegno “Psicologia ed Emergenza”, Venerdì IX-IV-2003 Cesena

- ? **L. VENTURINI, N. BARTOLINI** (U.O Pronto soccorso Ospedale di Lugo), **D. REGAZZI** (USL. Ravenna): “ Complessità, costrizioni e disagio psicologico nel lavoro di un pronto soccorso“.In atti del convegno “Psicologia ed Emergenza”, Venerdì IX-IV-2003 Cesena
- ? **MASSIMO MONTI** (Cesena soccorso 118): “Il Critical Incident negli operatori di emergenza e utenza: quali problematiche”. In atti del convegno “Psicologia ed Emergenza”, Venerdì IX-IV-2003 Cesena
- ? **K. KLAUSER** ( Ass. DEBRISI: Debrieger della svizzera italiana): “ Il sostegno psicologico a sanitari, forze dell’ordine, vigili del fuoco e utenti: l’esperienza svizzera”. In atti del convegno “Psicologia ed Emergenza”, Venerdì IX-IV-2003 Cesena
- ? **G. UGOLINI** (Psicologo/Teologo Croce Bianca Bressanone): “Il sostegno psicologico alle persone che hanno subito un lutto: l’esperienza concreta della croce bianca di Bressanone”. In atti del convegno “Psicologia ed Emergenza”, Venerdì IX-IV-2003 Cesena
- ? **“DSM-IV manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali”**  
ed. Masson Milano. Anno 1994
- ? **E. TAGLIONI**: “Morte e cultura: ruolo dell’infermiere nell’assistenza psicologica ai malati terminali” Tesi di diploma in Infermieristica clinica 1999.
- ? **D. FRANCESCATO, L. LEONE, M. TRAVERSI**: “Oltre la psicoterapia. Percorsi innovativi di psicologia di comunità”. ed. NIS. Anno 1993.
- ? **P. R. SILVERMAN**: “I gruppi di mutuo-aiuto. Come l’operatore sociale li può organizzare e sostenere”, in Collana “Metodi e tecniche del lavoro sociale”. Edizioni Centro Studi. Anno 1993

- ? **F. OLIVA:** “ Il movimento di autoaiuto”. Tratto da “Animazione Sociale” Anno 1995.
- ? **S. BERTOLDI, M. VANZETTA:** “ I gruppi di auto mutuo aiuto e l’esperienza dell’associazione A.M.A di Trento” 2002.
- ? **G. UGOLINI:** “Assistenza spirituale di urgenza: l’esperienza dell’associazione provinciale Croce Bianca Bressanone”. Tratto dalla collana “**Argomenti n°60**” dell’Unità Sanitaria Locale di Ravenna
- ? **VENTURINI L. BARTOLINI N.:**“ Psicoaspetti nella realtà di un pronto soccorso”. Tratto dalla collana “**Argomenti n°60**” dell’Unità Sanitaria Locale di Ravenna
- ? **MASSIMO MONTI:** “ Lo stress acuto negli operatori d’emergenza e le sue complicanze. Descrizione e criteri di intervento nel personale”. Tratto dalla collana “**Argomenti n°60**” dell’Unità Sanitaria Locale di Ravenna
- ? Collana “ **Argomenti n° 43**” dell’unità sanitaria locale di Ravenna. Anno 1999
- ? **A. ZULIANI, L. DE ANTONI:** “ Il problema della comunicazione ai familiari del decesso improvviso di un congiunto”. Tratto da “Emergency Oggi”. Anno 2002
- ? **CAMPIONE F.:** “ Assistenza psicologica al malato grave. Ama il prossimo come te stesso” Da Tron Editore 1986.
- ? **MOMTI M., NOVELLI B.:** “ La relazione operatore paziente” Corso di psicofornazione per operatori sanitari di area critica, A.I.S.A.C.E- Associazione infermieri specializzati in area critica ed emergenza. Anno 2002
- ? **BERTI A., MALAGAMBA D.:** “ Disturbo Post Traumatico da stress: aspetti psicopatologici e terapeutici.” Giornale italiano di psicopatologia 1998; n°2.

- ? **MITCHELL J.T., EVERLY G.:** “ Critical Incident stress Management”. Ellicot city, MD: chevron Publishing Corporation. Anno 1996
- ? **YULE W.:** “Disturbo post-traumatico da stress. Aspetti clinici e terapia” a cura di Massimo Biondi. McGraw- Hill 2000.
- ? **YOUN B. H., FORD J. D., RUZEK J. L., FRIEDMAN M. J., GUSMAN F. D.:** “L’ASSISTENZA PSICOLOGICA NELLE EMERGENZE. Manuale per operatori e organizzazioni nei disastri e nelle calamità”. Erickson 2002.
- ? **ASSOCIAZIONE PROVINCIALE DI SOCCORSO CROCE BIANCA** “Direttive dell’assistenza spirituale d’emergenza ASE” 2000. Direttive interne
- ? **LEGGE MINISTERIALE 578** “Norme per l’accertamento e la certificazione di morte” 1993.

# ALLEGATI

# **ALLEGATO N° 1**

## **QUESTIONARIO**

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

**1) SESSO:**

- ? M
- ? F

**2) STATO CIVILE:**

- ? SPOSATO/CONVIVENTE
- ? CELIBE/NUBILE
- ? VEDOVO
- ? DIVORZIATO

**3) ETA':**

- ? 21 ANNI
- ? TRA 22 E 31 ANNI
- ? TRA 32 E 41 ANNI
- ? TRA 42 E 51 ANNI
- ? OLTRE 51 ANNI

**4) DA QUANTI ANNI SVOLGE QUESTO LAVORO?:**

- ? MENO DI 1 ANNO
- ? TRA 1 E 3 ANNI
- ? TRA 3 E 5 ANNI
- ? TRA 5 E 7 ANNI
- ? TRA 7 E 9 ANNI
- ? OLTRE I 10 ANNI

**5) ATTRAVERSO QUALI MODALITA' VENGONO GESTITE NELLA PRATICA LE  
SITUAZIONI D' EMERGENZA?:**

- ? SEGUENDO I PROTOCOLLI OPERATIVI DEFINITI DALL' AZIENDA
- ? UTILIZZANDO LA MIA ESPERIENZA ACQUISITA NEL TEMPO
- ? E' IL LEADER CHE DECIDE COSA FARE
- ? ESISTONO DEI PROTOCOLLI MA IN REALTA' SI SEGUE CIO' CHE ARBITRARIAMENTE DECIDE IL LEADER
- ? ALTRO \_\_\_\_\_

**6) COME PERCEPISCI IL TUO LAVORO?:**

Molto stressante 10 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 0 per nulla stressante

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

- ? IL LAVORO DI EMERGENZA E' DI PER SE' STRESSANTE, NON C'E' NULLA DA FARE
- ? LO STRESS MAGGIORE E' DOVUTO A PROBLEMI DI TIPO ORGANIZZATIVO
- ? MI STRESSA MOLTISSIMO LAVORARE CON OPERATORI INCOMPETENTI, ARROGANTI
- ? MI STRESSANO I PARENTI ED I PAZIENTI PER LE LORO ECCESSIVE RICHIESTE
- ? SOLO QUANDO OSSERVO SCENE RACCAPRICCIANTI

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

- ? MAI
- ? UNA VOLTA
- ? PIU' DI UNA VOLTA
- ? MI CAPITA FREQUENTEMENTE

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

- ? MAI
- ? UNA VOLTA
- ? PIU' DI UNA VOLTA

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

- ? IL RITORNO ALLA MENTE SENZA VOLERLO DI IMMAGINI, RUMORI, FRASI ODORI VISSUTI DURANTE L'EMERGENZA
- ? SOGNI SPIACEVOLI O INCUBI RIGUARDANTI L'EVENTO
- ? FLASH-BACK: RIVEDERE VIVIDAMENTE ALL'IMPROVVISI LE SCENE DELL'ACCADUTO

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

- ? MENO DI TRE GIORNI
- ? MENO DI DUE SETTIMANE
- ? MENO DI UN MESE
- ? PIU' DI UN MESE
- ? PIU' DI UN MESE E NE SOFFRO ANCORA

**12) DOPO AVER VISSUTO UN EVENTO PSICOLOGICAMENTE TRAUMATICO COME TI SEI SENTITO?** (si possono sbarrare più crocette)

- ? HO EVITATO PENSIERI, SENSAZIONI, CONVERSAZIONI ASSOCIATE AL TRAUMA
- ? HO EVITATO ATTIVITA'. LUOGHI, PERSONE CHE RICORDANO IL TRAUMA
- ? SENTIMENTO DI DISTACCO ED ESTRANEITA' VERSO GLI ALTRI
- ? AFFETTIVITA' RIDOTTA, ESEMPIO L'INCAPACITA' DI PROVARE SENTIMENTI DI AMORE
- ? SENTIMENTO DI MINORI PROSPETTIVE FUTURE

**13) DOPO AVER VISSUTO UN EVENTO PSICOLOGICAMENTE TRAUMATICO  
COME TI SEI COMPORATATO? (si possono sbarrare più crocette)**

- ? MI SONO CONFIDATO CON CHI CAPITAVA
- ? HO PARLATO A LUNGO CON I MIEI COLLEGHI DICENDO LORO CIO' CHE PROVAVO, CONFIDANDO IL MIO MALESSERE
- ? MI SONO CONFIDATO CON IL MIO PARTNER O CON GLI AMICI FIDATI
- ? NON NE HO PARLATO CON NESSUNO PERCHE' NESSUNO MI PUO' CAPIRE
- ? NON NE HO PARLATO CON NESSUNO PERCHE' MI VERGOGNO AD ESPRIMERE I MIEI SENTIMENTI
- ? NON NE HO PARLATO CON NESSUNO PERCHE' HO PAURA CHE MI SI DICA CHE IO PROVANDO QUESTO MALESSERE NON SONO PORTATO PER QUESTO LAVORO

**14) HAI NOTATO DOPO AVERE VISSUTO L'EVENTO TRAUMATICO QUESTI  
CAMBIAMENTI SU DI TE? (si possono sbarrare più crocette)**

- ? DIFFICOLTA' AD ADDORMENTARSI OD A MANTENERE IL SONNO
- ? IRRITABILITA' O SCOPPI DI COLLERA
- ? DIFFICOLTA' A CONCENTRARSI
- ? IPERVIGILANZA
- ? ESAGERATE RISPOSTE DI ALLARME

**15) PER QUANTO TEMPO HAI VISSUTO QUESTI SINTOMI (vedi domanda n. 15)?**

- ? MENO DI TRE GIORNI
- ? MENO DI DUE SETTIMANE
- ? MENO DI UN MESE
- ? PIU' DI UN MESE
- ? PIU' DI UN MESE E NE SOFFRO ANCORA

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

- ? NO ? SI

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

- ? NO ? SI

**GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE**

## **ALLEGATO N° 2**

### **ELABORAZIONE DATI**

La realtà di Ravenna

#### **1) Sesso \*:**

- M: 10 (**47.6%**)
- F: 8 (38.1%)

\*In questa domanda si sono verificate 3 astensioni (14.3%)

#### **2) Stato civile \*:**

- Sposato/Convivente: 12 (57.2%)
- Celibe/Nubile: 2 (9.5%)
- Vedovo: 0
- Divorziato: 3 (14.3%)
- \*In questa domanda si sono verificate 4 astensioni (19%)

#### **3) Età:**

- 21 anni: 0
- tra 22 e 31 anni: 4 (19%)
- tra 32 e 41 anni: 11 (52.4%)
- tra 42 e 51 anni: 6 (28.6%)
- oltre 51 anni: 0

#### **4) Da quanti anni svolge questo lavoro?**

- meno di un anno: 1 (4.76%)
- tra 1 e 3: 1 (4.76%)
- tra 3 e 5: 1 (4.76%)
- tra 5 e 7: 2 (9.6%)
- tra 7 e 9: 3 (14.3%)
- oltre i 10: 13 (61.9%)

#### **5) Attraverso quali modalità vengono gestite nella pratica le situazioni di emergenza?**

- Seguendo i protocolli operativi definiti dall' organizzazione: 11 (52.4%)
- Utilizzando la mia esperienza acquisita nel tempo: 2 (9.6%)
- È il leader che decida cosa fare: 0
- Esistono dei protocolli ma in realtà si segue ciò che arbitrariamente decide il leader: 6 (28.6%)
- Altro: 2 (9.5%)

**6) Come percepisci il tuo lavoro?**

Molto stressante 10\_\_\_\_\_5\_\_\_\_\_0 Per nulla stressante

- 1: 0
- 2: 0
- 3: 1 ( 4.76%)
- 4: 1 (4.76%)
- 5: 7 (**33.3%**)
- 6: 0
- 7: 2 (9.5%)
- 8: 3 (14.3%)
- 9: 0
- 10: 7 (**33.3%**)

**7) Il tuo lavoro è stressante perché (solo una risposta) \*:**

- il lavoro di emergenza è di per sé stressante, non c'è nulla da fare: 1 (33.4%)
- lo stress maggiore è dovuto a problemi di tipo organizzativo: 11 (52.5%)
- Mi stressa moltissimo lavorare con operatori incompetenti, arroganti: 0
- Mi stressano i parenti e i pazienti per le loro eccessive richieste: 1 (4.7%)
- Solo quando osservo scene raccapriccianti: 1 (4.7%)
- \*In questa domanda si è verificata 1 astensione (4.7%)

**8) Hai vissuto durante la tua carriera lavorativa interventi che ti hanno causato un forte malessere psicologico?**

- Mai: 3 (14.3%)
- Una volta: 6 (28.6%)
- Più di una volta: 12 (57.1%)
- Mi capita frequentemente: 0

**9) Quante volte ti è capitato in questo ultimo anno?**

- Mai: 8 (38.1%)
- Una volta: 7 (33.3%)
- Più di una volta: 6 (28.6%)

**10) Quali sono i sintomi che hai manifestato dopo aver vissuto questo forte disagio psicologico? (segnare anche più crocette) \*:**

- Il ritorno alla mente senza volerlo di immagini, rumori, frasi, odori vissuti durante l'emergenza: 12 (48%)
- Sogni spiacevoli o incubi riguardanti l'evento: 5 (20%)
- Flashback: rivedere vividamente all'improvviso le scene dell'accaduto: 3 (12%)
- \*In questa domanda si sono verificate 5 astensioni (20%)

**11) Per quanto tempo hai vissuto questi sintomi (vedi domanda n°10) \*?**

- Meno di tre giorni: 10 (47.6%)
  - Meno di due settimane: 3 (14.4%)
  - Meno di un mese: 2 (9.6%)
  - Più di un mese: 1 (4.7%)
  - Più di un mese e ne soffro ancora: 1 (4.7%)
- \*In questa domanda si sono verificate 4 astensioni (19%)

**12) Dopo aver vissuto un evento psicologicamente traumatico come ti sei sentito? (si possono barrare anche più crocette) \*:**

- Ho evitato pensieri, sensazioni, conversazioni associate al trauma: 7 (25%)
  - Ho evitato attività, luoghi, persone che ricordano il trauma: 2 (7.1%)
  - Sentimento di distacco ed estraneità verso gli altri: 5 (17.9%)
  - Affettività ridotta, esempio incapacità di provare sentimenti di amore: 3 (10.7%)
  - Sentimento di minori prospettive future: 6 (21.4%)
- \*In questa domanda si sono verificate 5 astensioni (17.9%)

**13) Dopo aver vissuto un evento psicologicamente traumatico come ti sei comportato? (si possono barrare anche più risposte)\*:**

- Mi sono confidato con chi capitava: 0
  - Ho parlato a lungo con i miei colleghi dicendogli cosa provavo, confidando il mio malessere: 6 (25%)
  - Mi sono confidato con il mio partner, o con gli amici fidati: 12 (50%)
  - Non ne ho parlato con nessuno perché nessuno mi può capire: 1 (4.2%)
  - Non ne ho parlato con nessuno perché mi vergogno ad esprimere i miei sentimenti: 1 (4.2%)
  - Non ne ho parlato con nessuno perché ho paura che si dica che io provavo questo malessere non sono portato per questo lavoro: 0
- \*In questa domanda si sono verificate 4 astensioni (16.6%)

**14) Hai notato dopo aver vissuto l' evento traumatico questi cambiamenti su di te? (si possono sbarrare più crocette) \*:**

- Difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno: 3 (11.2%)
  - Irritabilità o scoppi di collera: 5 (18.5%)
  - Difficoltà a concentrarsi: 5 (18.5%)
  - Ipervigilanza: 5 (18.5%)
  - Esagerate risposte di allarme: 1 (3.7%)
- \*In questa domanda si sono verificate 8 astensioni (29.6%)

**15) Per quanto tempo hai vissuto questi sintomi (vedi domanda n°**

**14) \*?**

- Meno di tre giorni: 9 (40.9%)
- Meno di due settimane: 4 (18.2%)
- Meno di un mese: 0
- Più di un mese: 0
- Più di un mese e ne soffro ancora: 2 (9.1%)

\*In questa domanda si sono verificate 7 astensioni (31.8%)

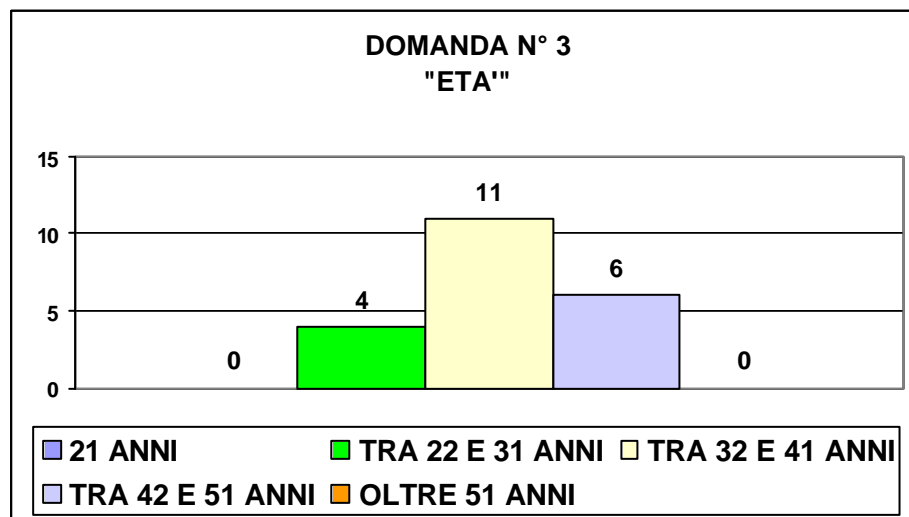
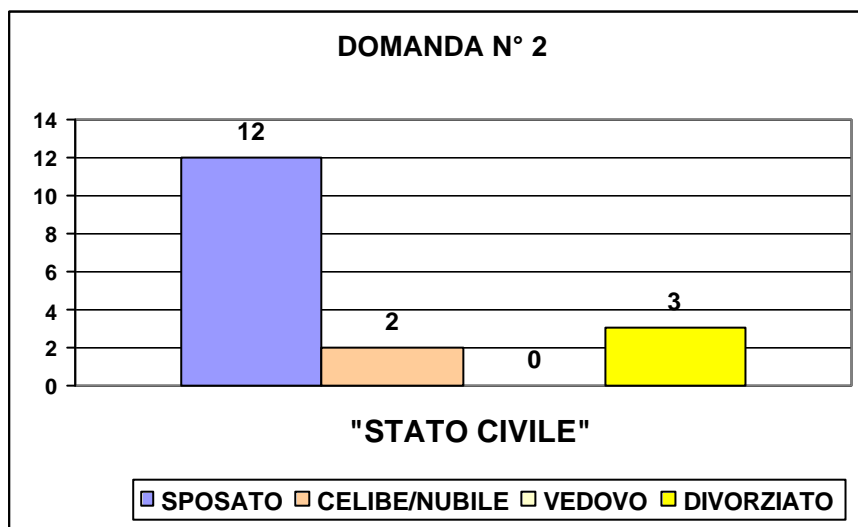
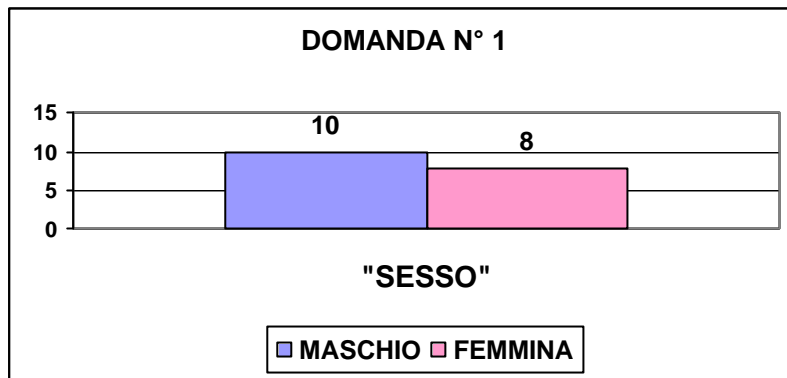
**16) Credi utile un servizio di supporto psicologico a disposizione degli operatori per aiutarli a superare situazioni particolarmente pesanti**

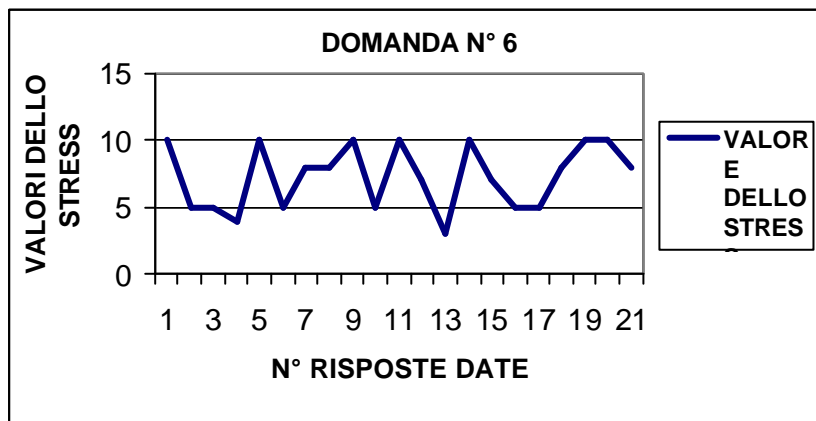
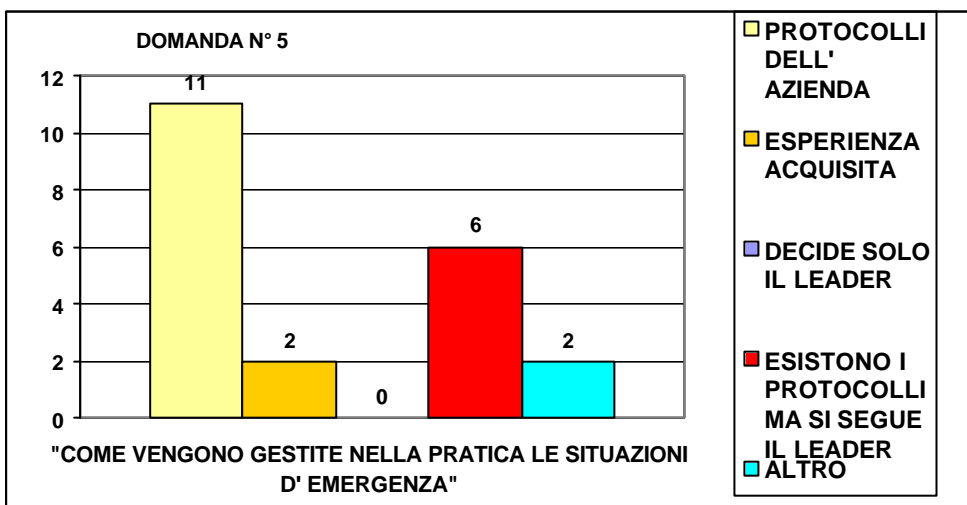
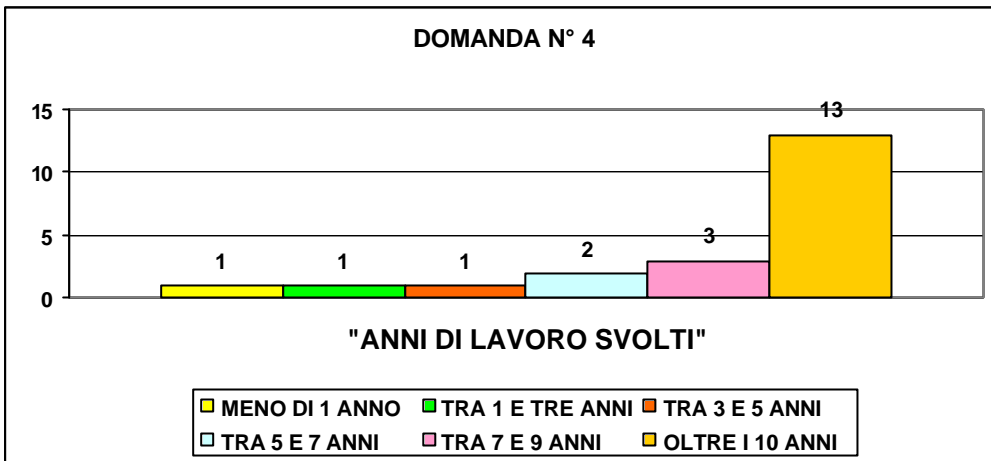
- No: 5 (23.8%)
- Si: 16 (76.2%)

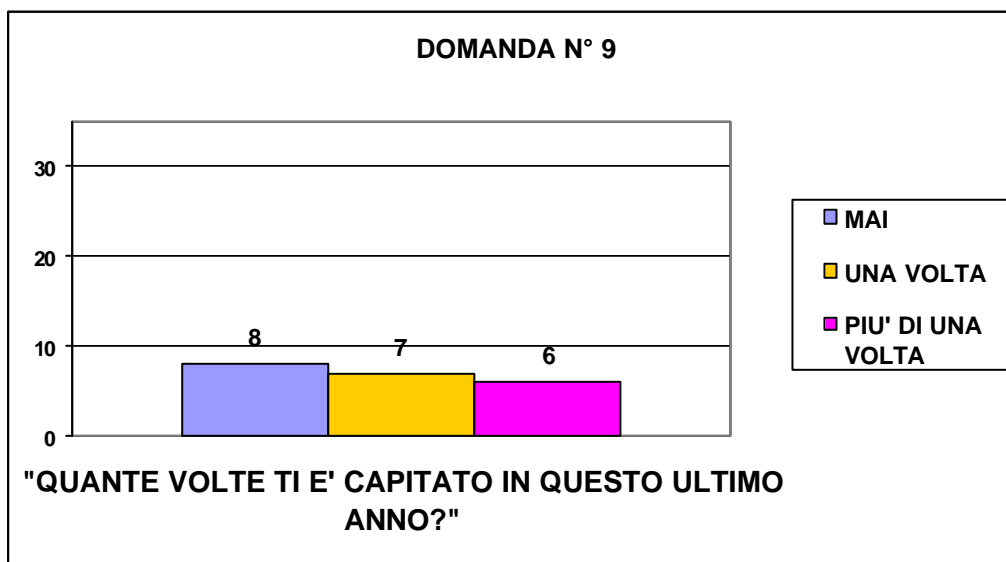
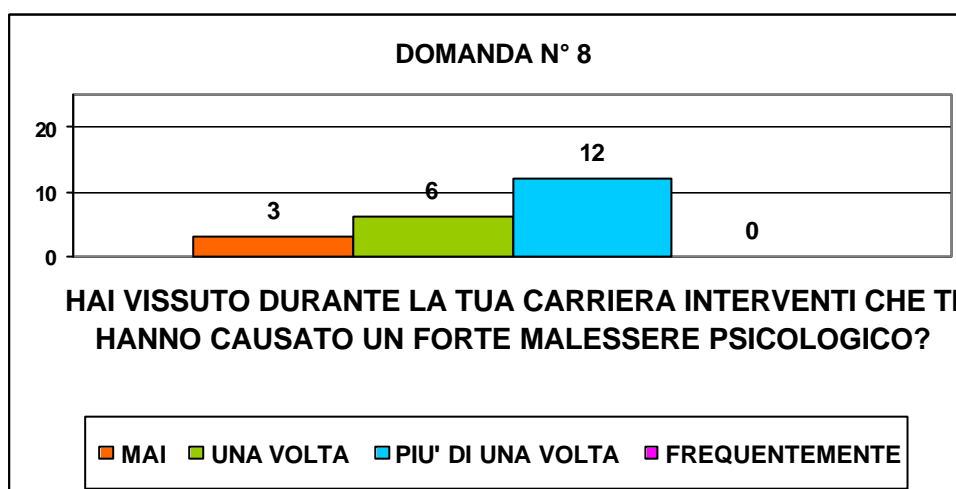
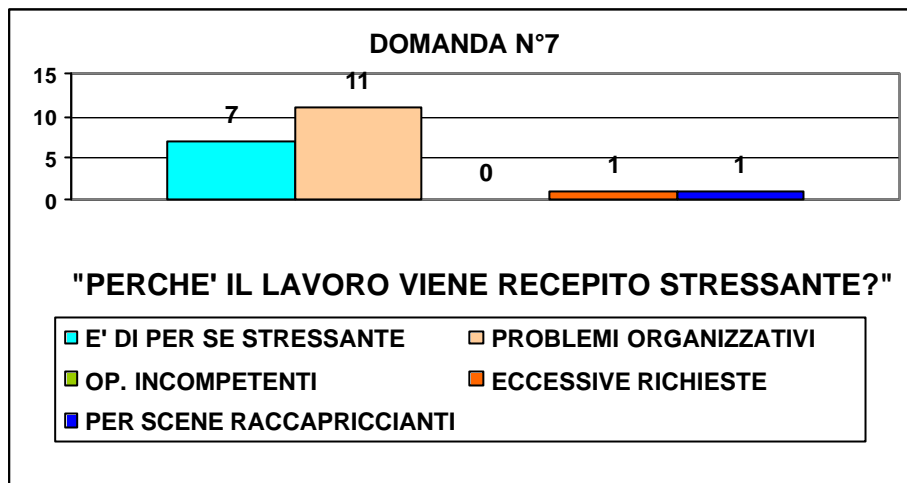
**17) Pensi che sia necessaria la figura di uno psicologo che intervenga a supporto dei parenti in situazioni particolarmente drammatiche come la morte di un figlio ecc.**

- No: 2 (9.5%)
- Si: 19 (90.5%)

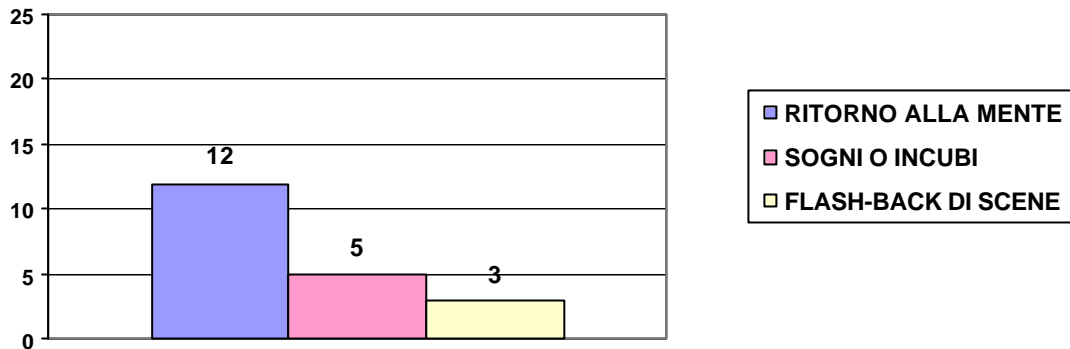
## GRAFICI DESCRITTIVI SUI DATI RACCOLTI





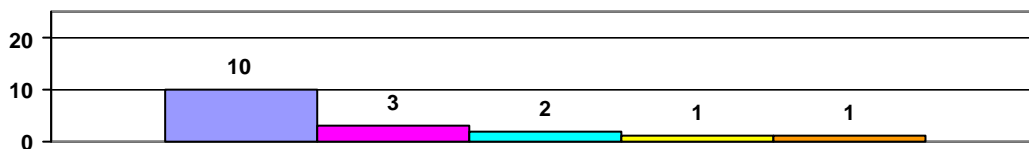


**DOMANDA N° 10**

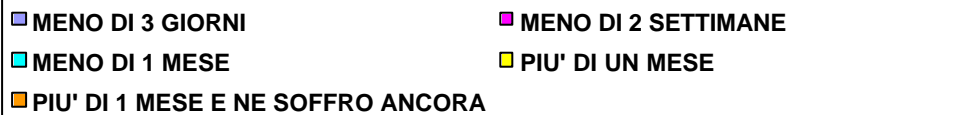


**QUALI SINTOMI HAI SVILUPPATO DOPO AVER VISSUTO IL FORTE DISAGIO PSICOLOGICO?"**

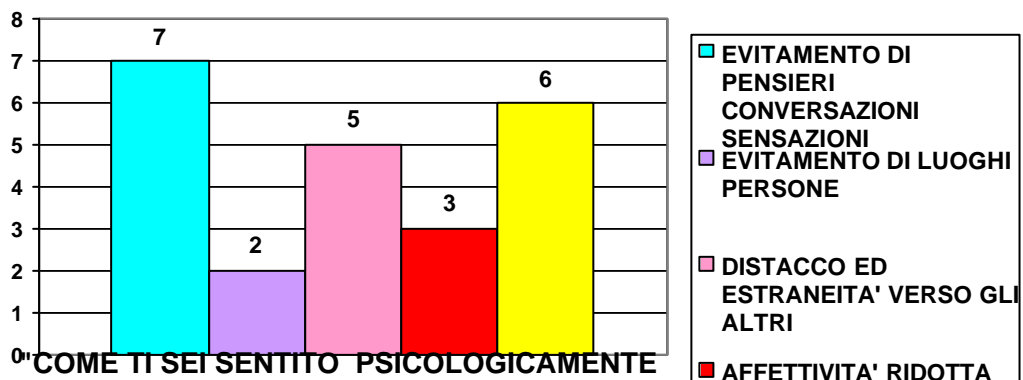
**DOMANDA N° 11**



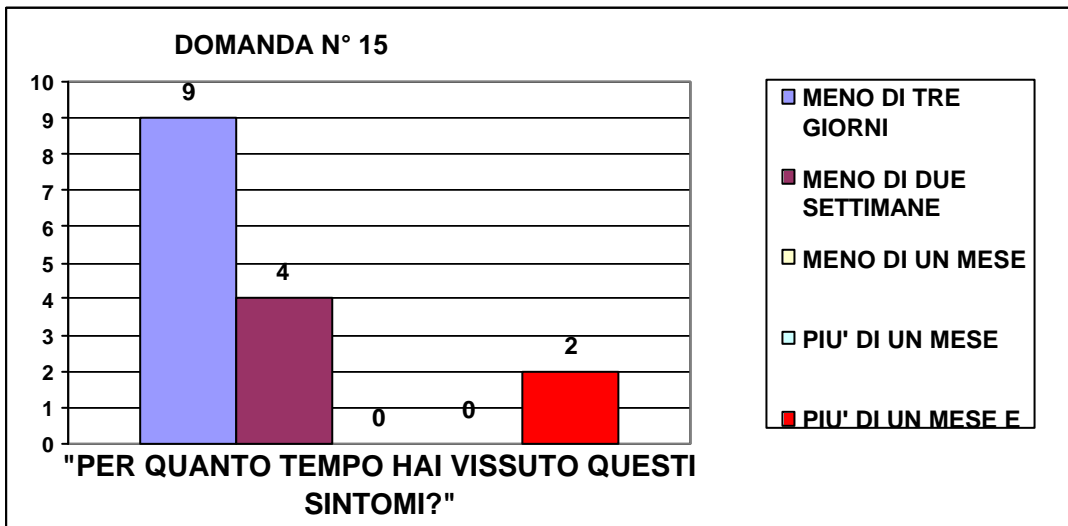
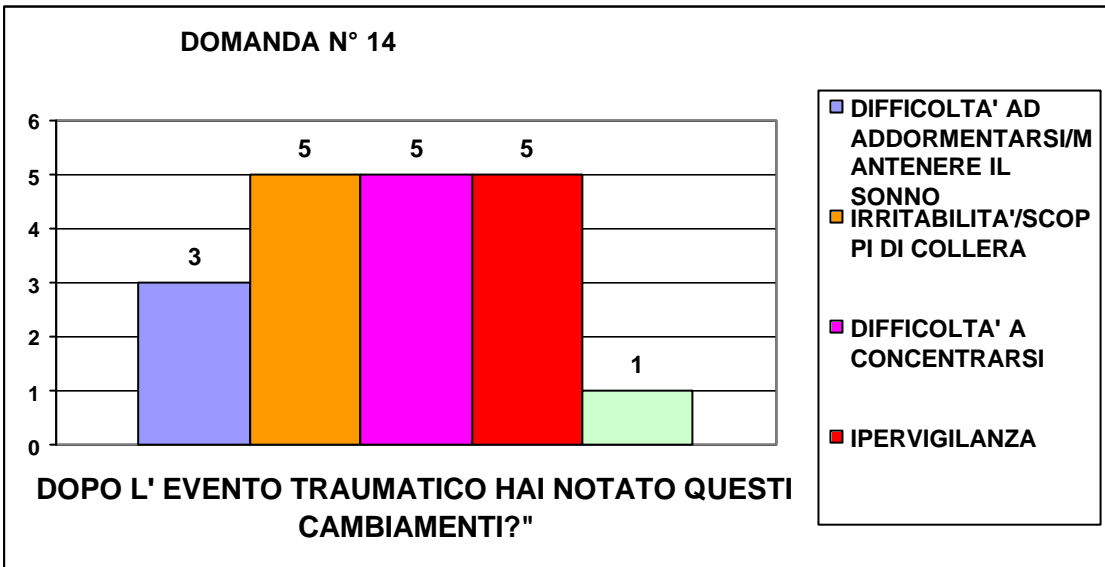
**"PER QUANTO TEMPO HAI VISSUTO QUESTI SINTOMI?"**



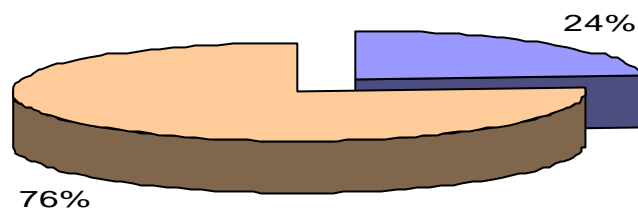
**DOMANDA N°12**



**"COME TI SEI SENTITO PSICOLOGICAMENTE DOPO L' EVENTO TRAUMATICO?"**

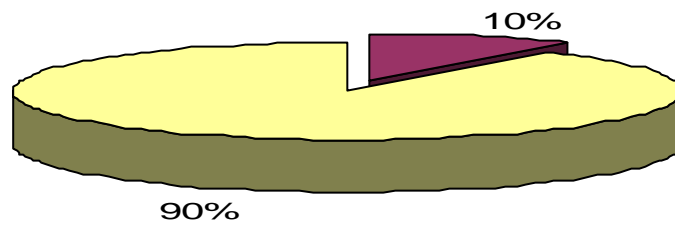


**CREDI UTILE UN SUPPORTO PSICOLOGICO  
PER GLI OPERATORI IN SITUAZIONI  
PESENTI?**



■ NO ■ SI

**PENSI NECESSARIA LA FIGURA DI UNO  
PSICOLOGO IN SUPPORTO AI PARENTI CHE  
VIVONO SITUAZIONI DRAMMATICHE?**



■ NO ■ SI

## **ALLEGATO N°3**

### **ELABORAZIONE DEI DATI**

La realtà di Faenza

#### **1) Sesso:**

- M: 2 (18,2%)
- F: 9 (81.8%)

#### **2) Stato civile:**

- Sposato/Convivente: 6 (54.5%)
- Celibe/Nubile: 4 (36.4%)
- Vedovo: 0
- Divorziato: 0
- Astensione: 1 (9.1%)

#### **3) Età:**

- 21 anni: 0
- tra 22 e 31 anni: 2 (18.2%)
- tra 32 e 41 anni: 7 (63.6%)
- tra 42 e 51 anni: 2 (18.2%)
- oltre 51 anni: 0

#### **4) Da quanti anni svolge questo lavoro?**

- meno di un anno: 0
- tra 1 e 3: 1 (9.1%)
- tra 3 e 5: 0
- tra 5 e 7: 1 (9.1%)
- tra 7 e 9: 1 (9.1%)
- oltre i 10: 8 (72.7%)

#### **5) Attraverso quali modalità vengono gestite nella pratica le situazioni di emergenza?**

- Seguendo i protocolli operativi definiti dall' organizzazione: 3 (27.3%)
- Utilizzando la mia esperienza acquisita nel tempo: 0
- È il leader che decida cosa fare: 2 (18.2%)
- Esistono dei protocolli ma in realtà si segue ciò che arbitrariamente decide il leader: 4 (36.4%)
- Altro: 1 (9.1%)

**6) Come percepisci il tuo lavoro?**

**Molto stressante 10 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 0 per niente stressante**

- 1: 0
- 2: 0
- 3: 0
- 4: 0
- 5: 2 (18.1%)
- 6: 0
- 7: 1 (9.1%)
- 8: 0
- 9: 4 (36.4%)
- 10: 4 (36.4%)

**7) Il tuo lavoro è stressante perché (solo una risposta):**

- il lavoro di emergenza è di per sé stressante, non c'è nulla da fare: 3 (27.3%)
- lo stress maggiore è dovuto a problemi di tipo organizzativo: 3 (27.3%)
- Mi stressa moltissimo lavorare con operatori incompetenti, arroganti: 1 (9.1%)
- Mi stressano i parenti e i pazienti per le loro eccessive richieste: 4 (36.4%)
- Solo quando osservo scene raccapriccianti: 0

**8) Hai vissuto durante la tua carriera lavorativa interventi che ti hanno causato un forte malessere psicologico?**

- Mai: 1 (9.1%)
- Una volta: 0
- Più di una volta: 9 (81.8%)
- Mi capita frequentemente: 1 (9.1%)

**9) Quante volte ti è capitato in questo ultimo anno?**

- Mai: 4 (36.4%)
- Una volta: 3 (27.2%)
- Più di una volta: 4 (36.4%)

**10) Quali sono i sintomi che hai manifestato dopo aver vissuto questo forte disagio psicologico? (segnare anche più crocette)**

- Il ritorno alla mente senza volerlo di immagini, rumori, frasi, odori vissuti durante l'emergenza: 8 (72.8%)
- Sogni spiacevoli o incubi riguardanti l'evento: 0
- Flashback: rivedere vividamente al'improvviso le scene dell'accaduto: 3 (27.2%)

**11) Per quanto tempo hai vissuto questi sintomi (vedi domanda n°10)?\***

- Meno di tre giorni: 4 (40.0%)
- Meno di due settimane: 3 (30.0%)
- Meno di un mese: 1 (10.0%)
- Più di un mese: 0
- Più di un mese e ne soffro ancora: 2 (20.0%)

\*Astensione: 1

**12) Dopo aver vissuto un evento psicologicamente traumatico come ti sei sentito? (si possono barrare anche più crocette)**

- Ho evitato pensieri, sensazioni, conversazioni associate al trauma: 4 (36.4%)
- Ho evitato attività, luoghi, persone che ricordano il trauma: 0
- Sentimento di distacco ed estraneità verso gli altri: 2 (18.2%)
- Affettività ridotta, esempio incapacità di provare sentimenti di amore: 1 (9.1%)
- Sentimento di minori prospettive future: 5 (45.4%)

**13) Dopo aver vissuto un evento psicologicamente traumatico come ti sei comportato? (si possono barrare anche più risposte)\***

- Mi sono confidato con chi capitava: 1 (10.0%)
- Ho parlato a lungo con i miei colleghi dicendogli cosa provavo, confidando il mio malessere: 2 (20.0%)
- Mi sono confidato con il mio partner, o con gli amici fidati: 6 (60.0%)
- Non ne ho parlato con nessuno perché nessuno mi può capire: 0
- Non ne ho parlato con nessuno perché mi vergogno ad esprimere i miei sentimenti: 0
- Non ne ho parlato con nessuno perché ho paura che si dica che io provavo questo malessere non sono portato per questo lavoro: 1 (10.0%)

\*Astensione: 1

**14) Hai notato dopo aver vissuto l' evento traumatico questi cambiamenti su di te? (si possono sbarrare più crocette)**

- Difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno: 6 (54.5%)
- Irritabilità o scoppi di collera: 3 (27.2%)
- Difficoltà a concentrarsi: 1 (9.1%)
- Ipervigilanza: 1 (9.1%)
- Esagerate risposte di allarme: 1 (9.1%)

**15) Per quanto tempo hai vissuto questi sintomi (vedi domanda n° 14)?**

- Meno di tre giorni: 1 (12.5%)
- Meno di due settimane: 4 (50.0%)
- Meno di un mese: 1 (12.5%)
- Più di un mese: 0
- Più di un mese e ne soffro ancora: 2 (25.0%)
- \* Astensioni: 3

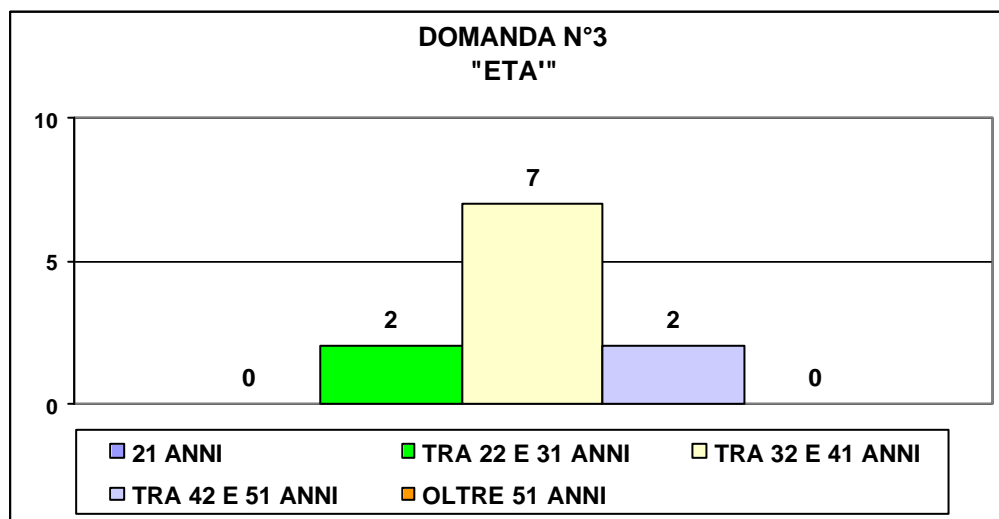
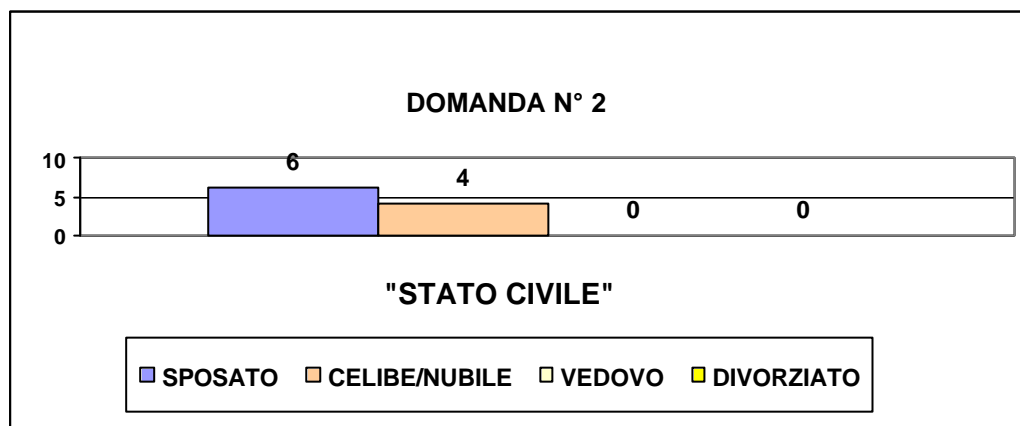
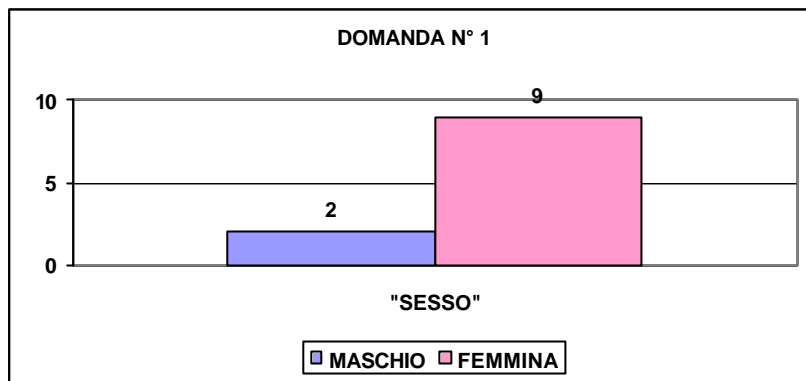
**16) Credi utile un servizio di supporto psicologico a disposizione degli operatori per aiutarli a superare situazioni particolarmente pesanti**

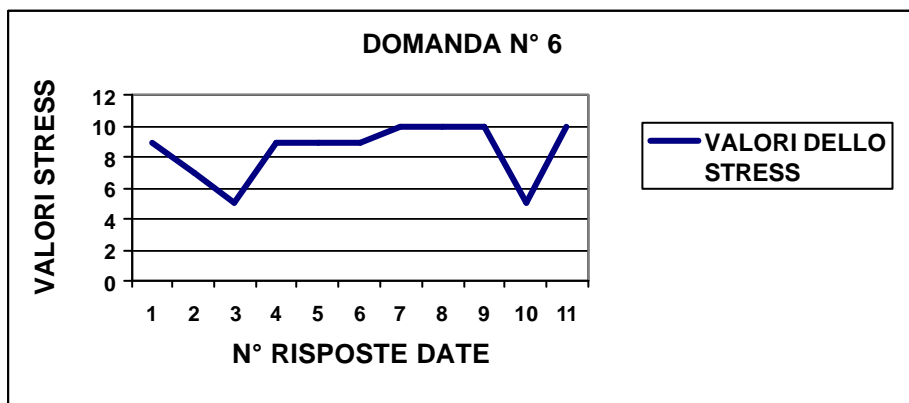
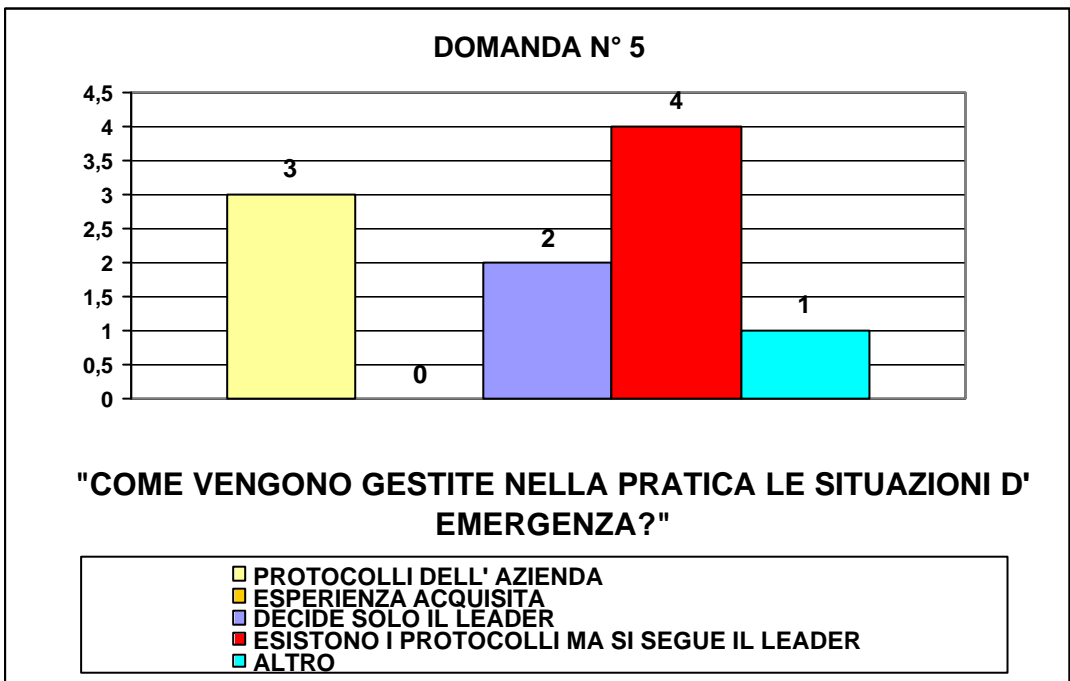
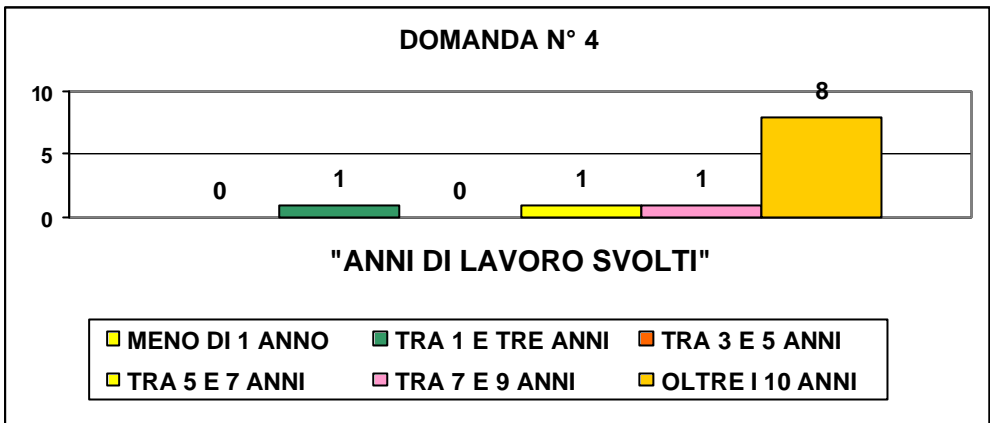
- No: 0
- Si: 11 (100%)

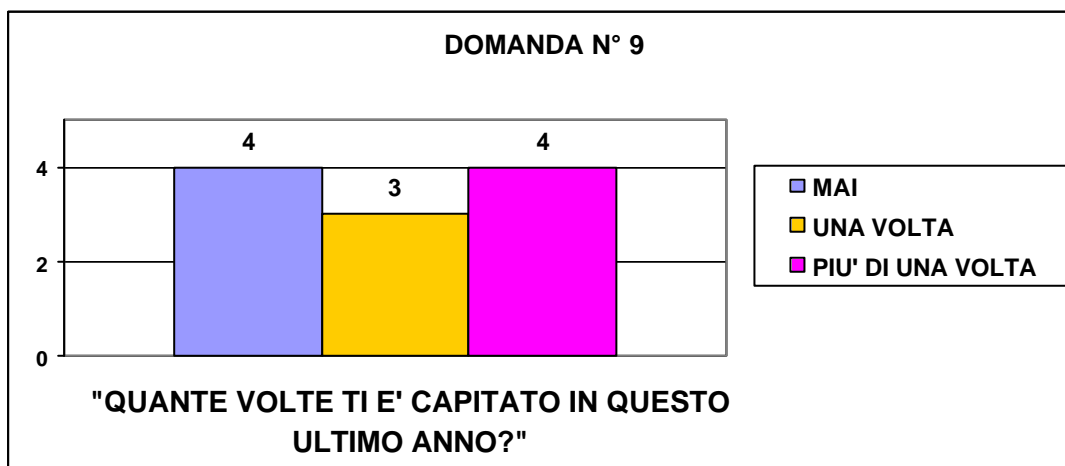
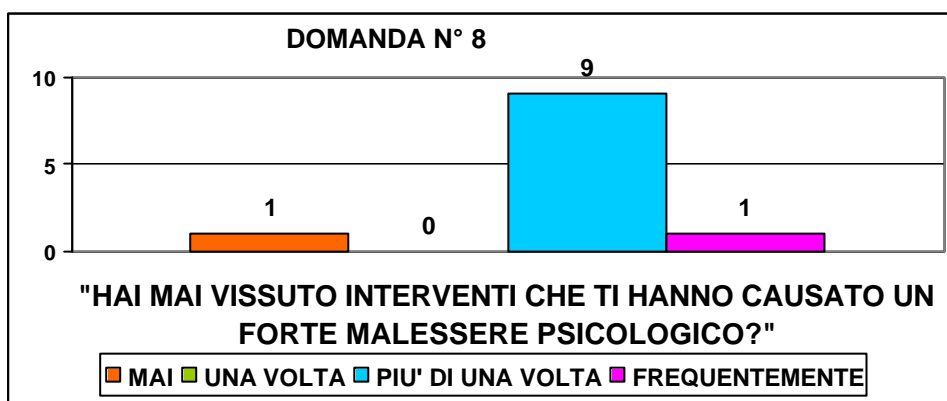
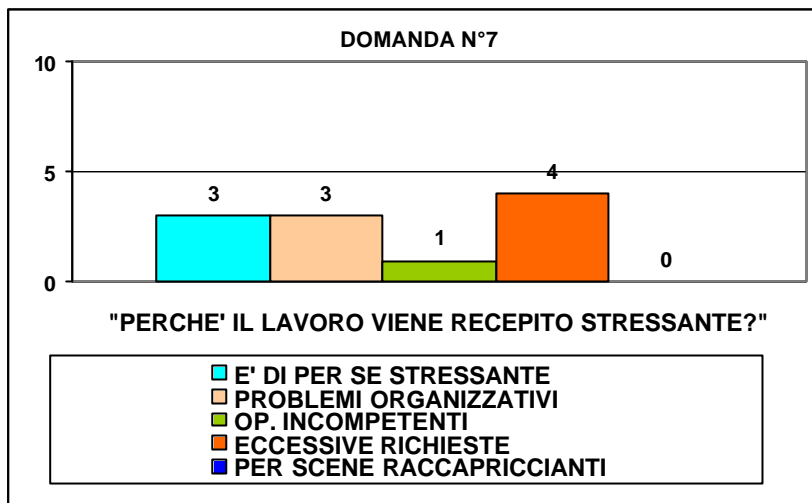
**17) Pensi che sia necessaria la figura di uno psicologo che intervenga a supporto dei parenti in situazioni particolarmente drammatiche come la morte di un figlio ecc.**

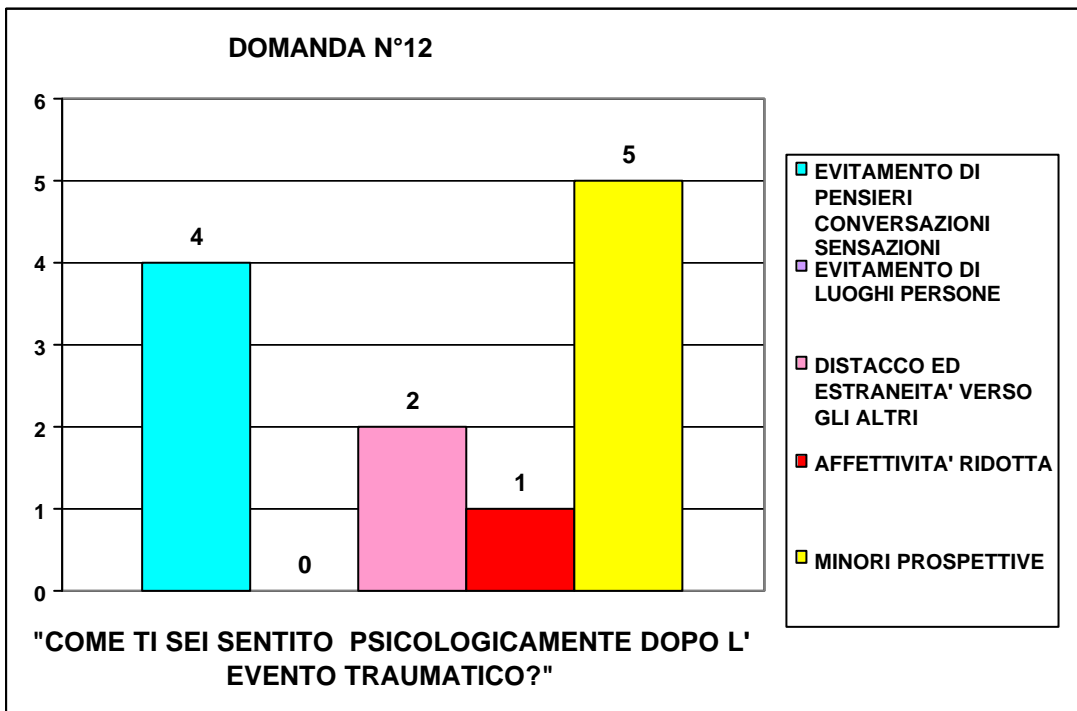
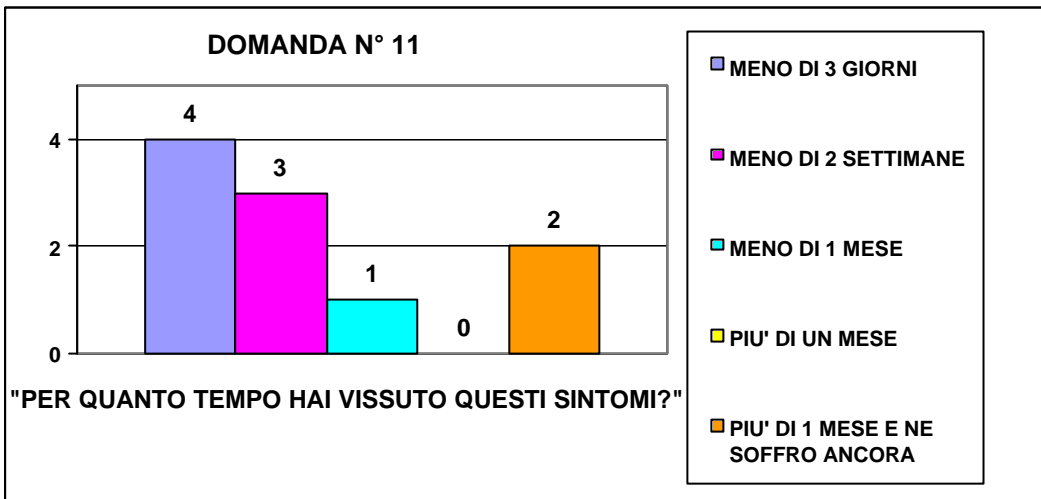
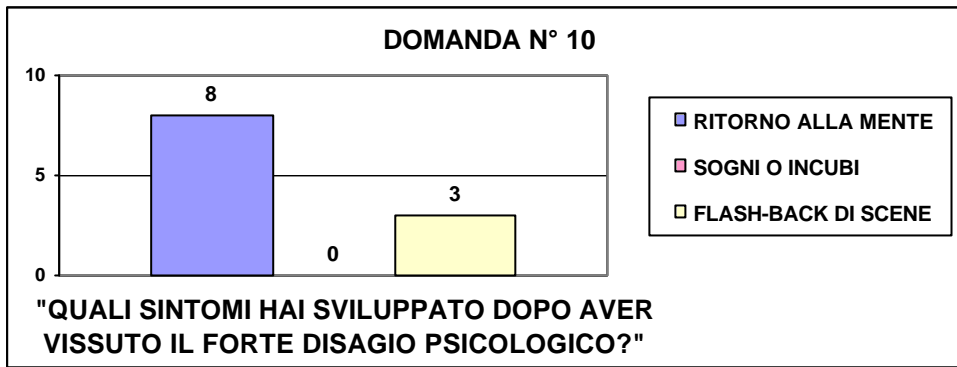
- No: 0
- Si: 11 (100%)

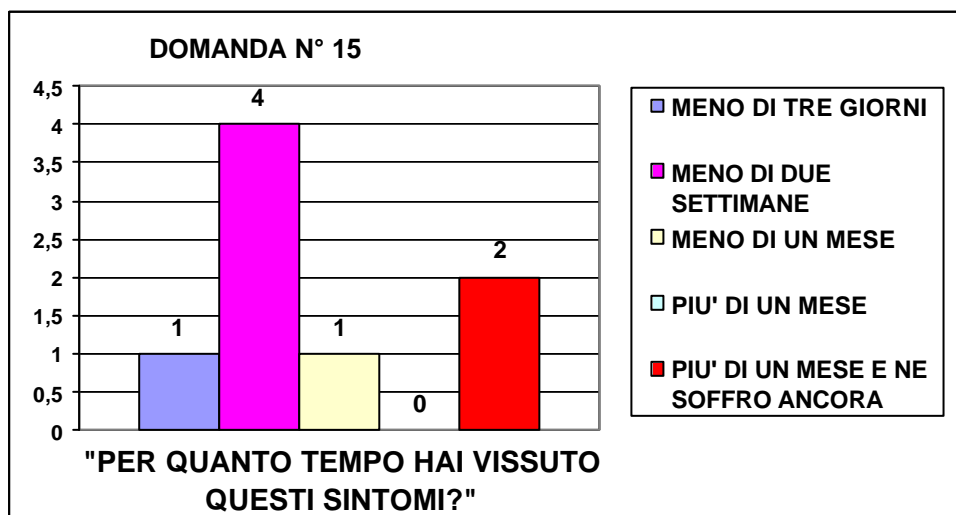
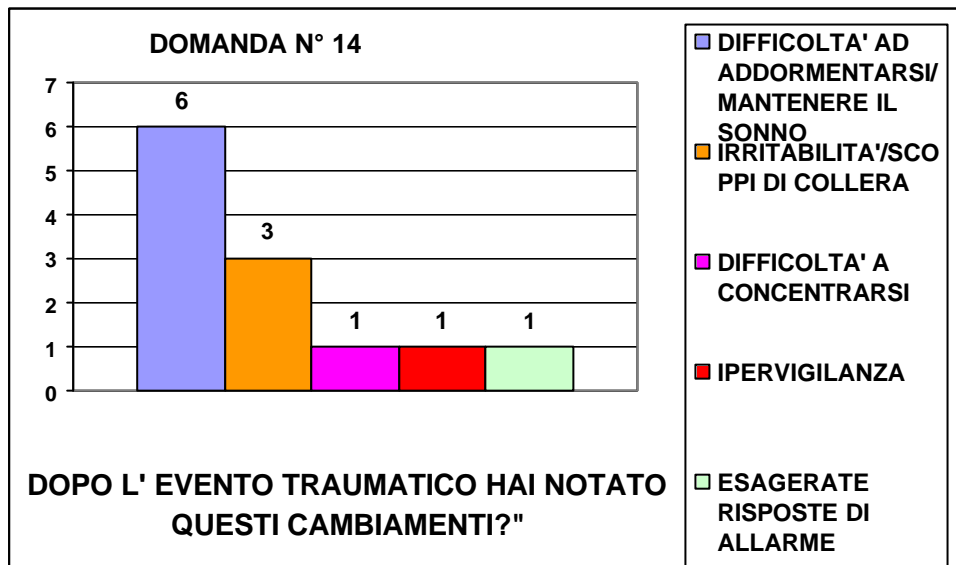
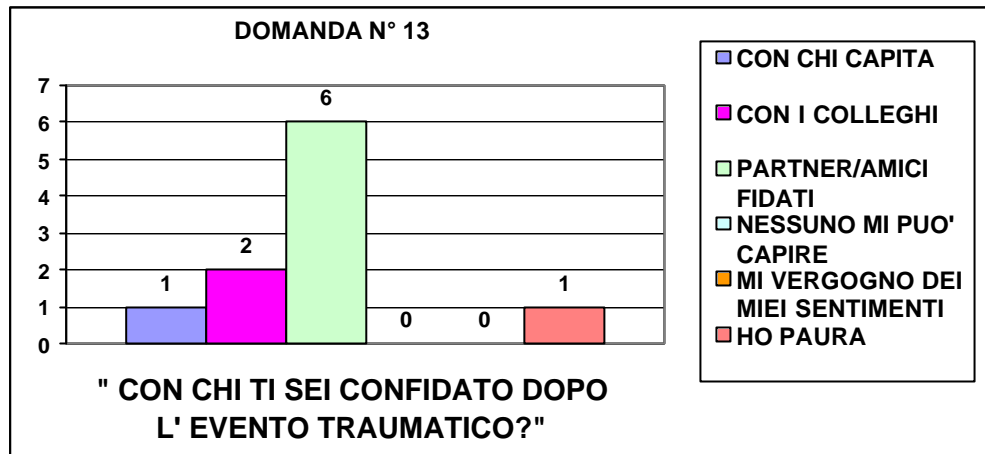
## GRAFICI DESCRITTIVI SUI DATI RACCOLTI











## ALLEGATO N°4

### ELABORAZIONE DEI DATI

La realtà di Lugo

#### 1) Sesso:

- M: 14 (73.68%)
- F: 5 (26.31%)

#### 2) Stato civile:

- Sposato/Convivente: 11 (57.89%)
- Celibe/Nubile: 7 (36.84%)
- Vedovo: 0
- Divorziato: 1 (5.26%)

#### 3) Età:

- 21 anni: 0
- tra 22 e 31 anni: 2 (10.52%)
- tra 32 e 41 anni: 11 (57.89%)
- tra 42 e 51 anni: 3 (15.78%)
- oltre 51 anni: 3 (15.78%)

#### 4) Da quanti anni svolge questo lavoro?

- meno di un anno: 0
- tra 1 e 3: 0
- tra 3 e 5: 1 (5.26%)
- tra 5 e 7: 0
- tra 7 e 9: 4 (21.05%)
- oltre i 10: 14 (73.68%)

#### 5) Attraverso quali modalità vengono gestite nella pratica le situazioni di emergenza?

- Seguendo i protocolli operativi definiti dall' organizzazione: 6 (31.57%)
- Utilizzando la mia esperienza acquisita nel tempo: 1 (5.26%)
- È il leader che decida cosa fare: 1 (5.26%)
- Esistono dei protocolli ma in realtà si segue ciò che arbitrariamente decide il leader: 6 (31.57%)
- Altro: 5 (26.31%)

**6) Come percepisci il tuo lavoro?**

**Molto stressante 10 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 0**

- 1: 0
- 2: 0
- 3: 1 (5.26%)
- 4: 0
- 5: 2 (10.52%)
- 6: 0
- 7: 2 (10.52%)
- 8: 5 (26.31%)
- 9: 1 (5.26%)
- 10: 8 (42.10%)

**7) Il tuo lavoro è stressante perché (solo una risposta):**

- il lavoro di emergenza è di per sé stressante, non c'è nulla da fare: 5 (26.31%)
- lo stress maggiore è dovuto a problemi di tipo organizzativo: 5 (26.31%)
- Mi stressa moltissimo lavorare con operatori incompetenti, arroganti: 1 (5.3%)
- Mi stressano i parenti e i pazienti per le loro eccessive richieste: 7 (**36.84%**)
- Solo quando osservo scene raccapriccianti: 0
- Astenuti: 1 (5.26%)

**8) Hai vissuto durante la tua carriera lavorativa interventi che ti hanno causato un forte malessere psicologico?**

- Mai: 1 (5.26%)
- Una volta: 2 (10.52%)
- Più di una volta: 15 (78.94%)
- Mi capita frequentemente: 1 (5.26%)

**9) Quante volte ti è capitato in questo ultimo anno?**

- Mai: 5 (26.31%)
- Una volta: 7 (36.84%)
- Più di una volta: 7 (36.84%)

**10) Quali sono i sintomi che hai manifestato dopo aver vissuto questo forte disagio psicologico? (segnare anche più crocette)**

- Il ritorno alla mente senza volerlo di immagini, rumori, frasi, odori vissuti durante l'emergenza: 13 (47.36%)
- Sogni spiacevoli o incubi riguardanti l'evento: 3 (15.78%)
- Flashback: rivedere vividamente all'improvviso le scene dell'accaduto: 2 (10.52%)
- Astenuti: 1 (5.26%)

**11) Per quanto tempo hai vissuto questi sintomi (vedi domanda n°10)?**

- Meno di tre giorni: 9 (47.36%)
  - Meno di due settimane: 6 (31.57%)
  - Meno di un mese: 1 (5.26%)
  - Più di un mese: 2 (10.52%)
  - Più di un mese e ne soffro ancora: 0
- Astenuti: 1 (5.26%)

**12) Dopo aver vissuto un evento psicologicamente traumatico come ti sei sentito? (si possono barrare anche più crocette)**

- Ho evitato pensieri, sensazioni, conversazioni associate al trauma: 6 (28.57%)
  - Ho evitato attività, luoghi, persone che ricordano il trauma: 3 (14.28%)
  - Sentimento di distacco ed estraneità verso gli altri: 2 (9.52%)
  - Affettività ridotta, esempio incapacità di provare sentimenti di amore: 2 (9.52%)
  - Sentimento di minori prospettive future: 5 (23.8%)
- Astenuti: 3 (14.28%)

**13) Dopo aver vissuto un evento psicologicamente traumatico come ti sei comportato? (si possono barrare anche più risposte)**

- Mi sono confidato con chi capitava: 1 (5%)
  - Ho parlato a lungo con i miei colleghi dicendogli cosa provavo, confidando il mio malessere: 9 (45%)
  - Mi sono confidato con il mio partner, o con gli amici fidati: 7 (35%)
  - Non ne ho parlato con nessuno perché nessuno mi può capire: 1 (5%)
  - Non ne ho parlato con nessuno perché mi vergogno ad esprimere i miei sentimenti: 0
  - Non ne ho parlato con nessuno perché ho paura che si dica che io provavo questo malessere non sono portato per questo lavoro: 1 (5%)
- Astenuti: 1 (5%)

**14) Hai notato dopo aver vissuto l'evento traumatico questi cambiamenti su di te? (si possono sbarrare più crocette)**

- Difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno: 5 (22.72%)
  - Irritabilità o scoppi di collera: 4 (18.2%)
  - Difficoltà a concentrarsi: 2 (9.1%)
  - Ipervigilanza: 6 (27.2%)
  - Esagerate risposte di allarme: 2 (9.1%)
- Astenuti: 3 (13.63%)

**15) Per quanto tempo hai vissuto questi sintomi (vedi domanda n° 14)?**

- Meno di tre giorni: 9 (45%)
- Meno di due settimane: 6 (30%)
- Meno di un mese: 0
- Più di un mese: 0
- Più di un mese e ne soffro ancora: 3 (15%)
- Astenuti: 2 (10%)

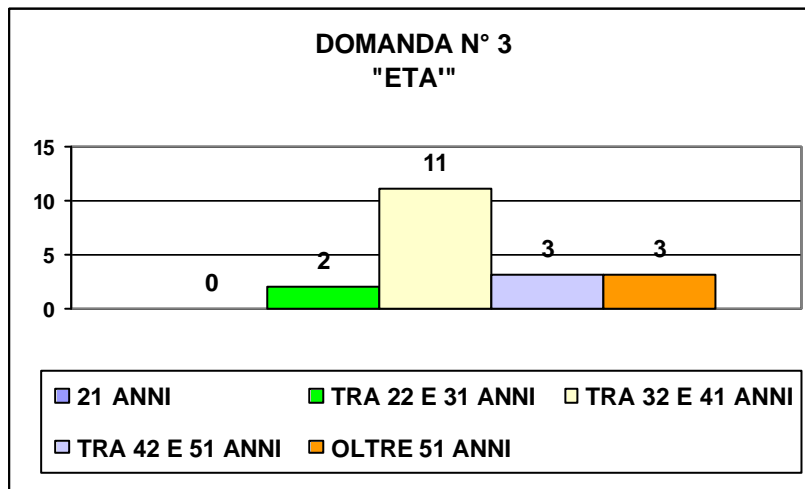
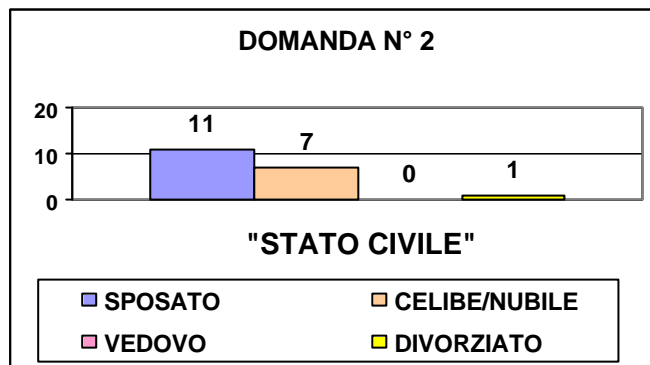
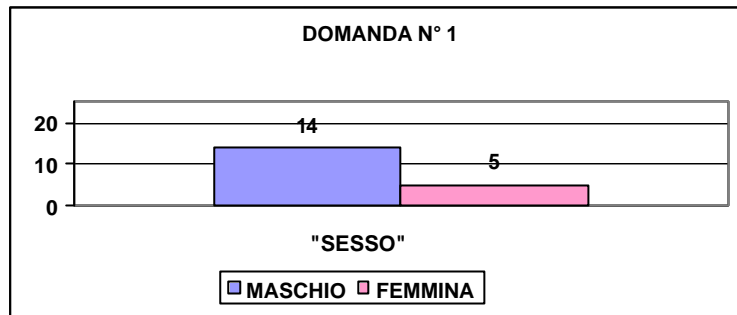
**16) Credi utile un servizio di supporto psicologico a disposizione degli operatori per aiutarli a superare situazioni particolarmente pesanti**

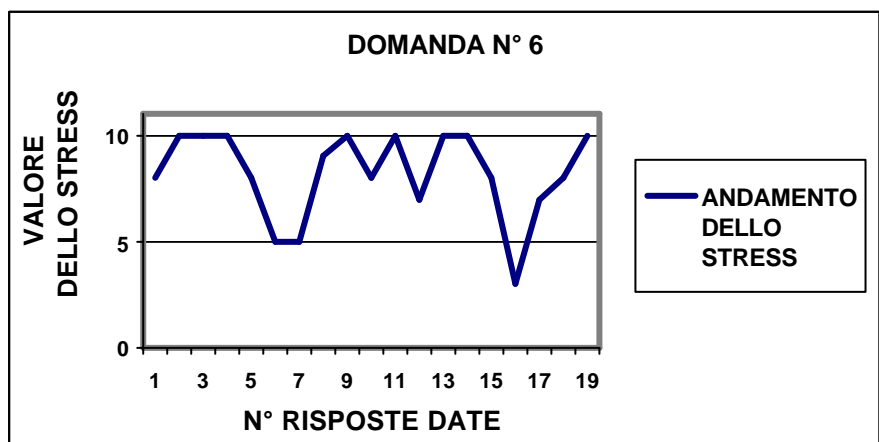
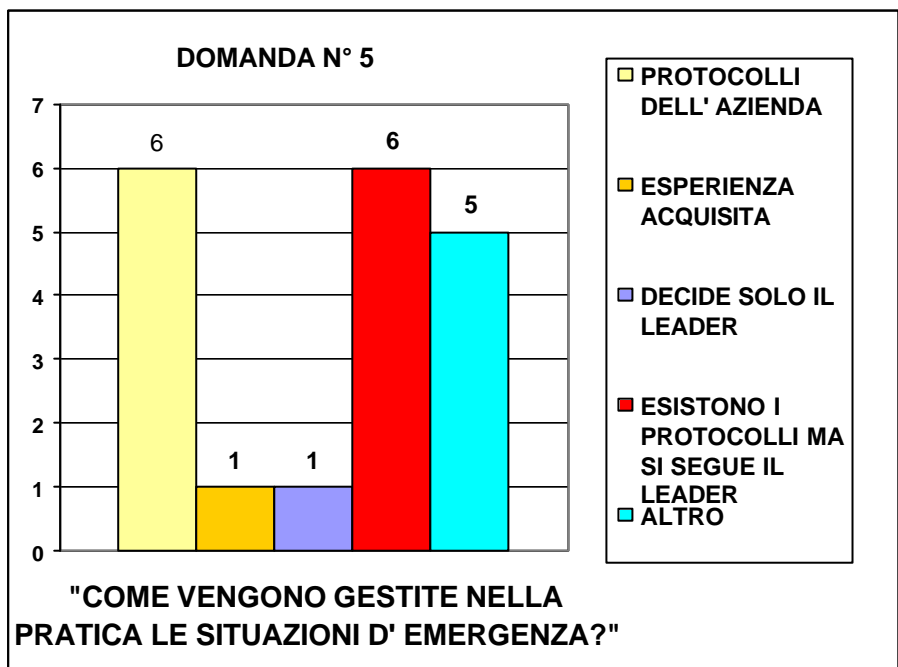
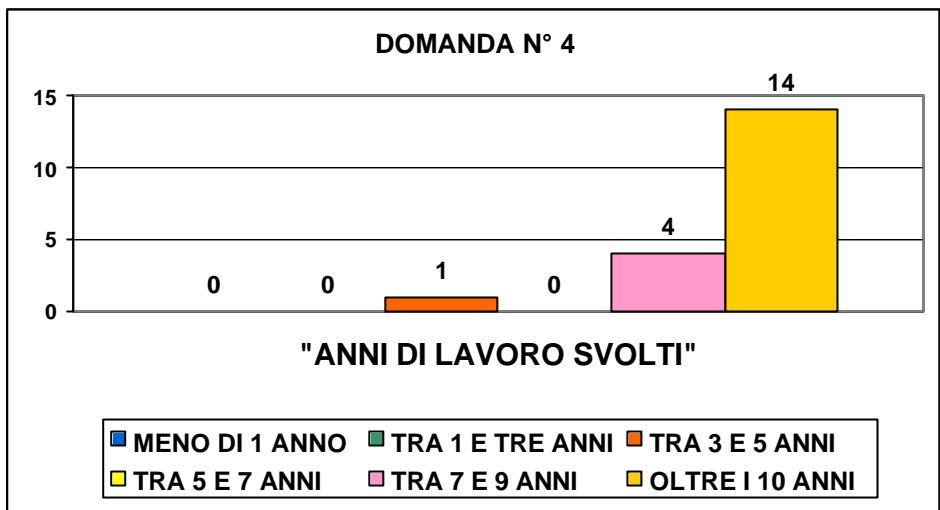
- No: 3 (15.78%)
- Si: 16 (84.21%)

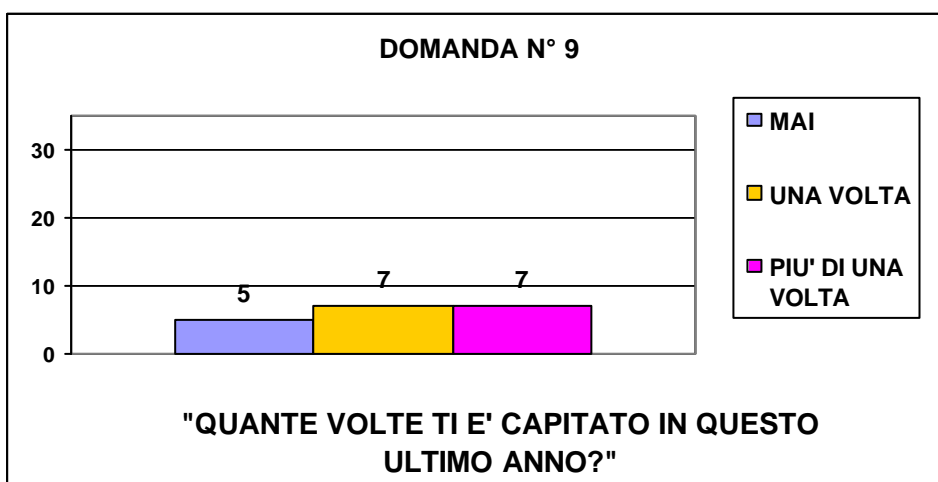
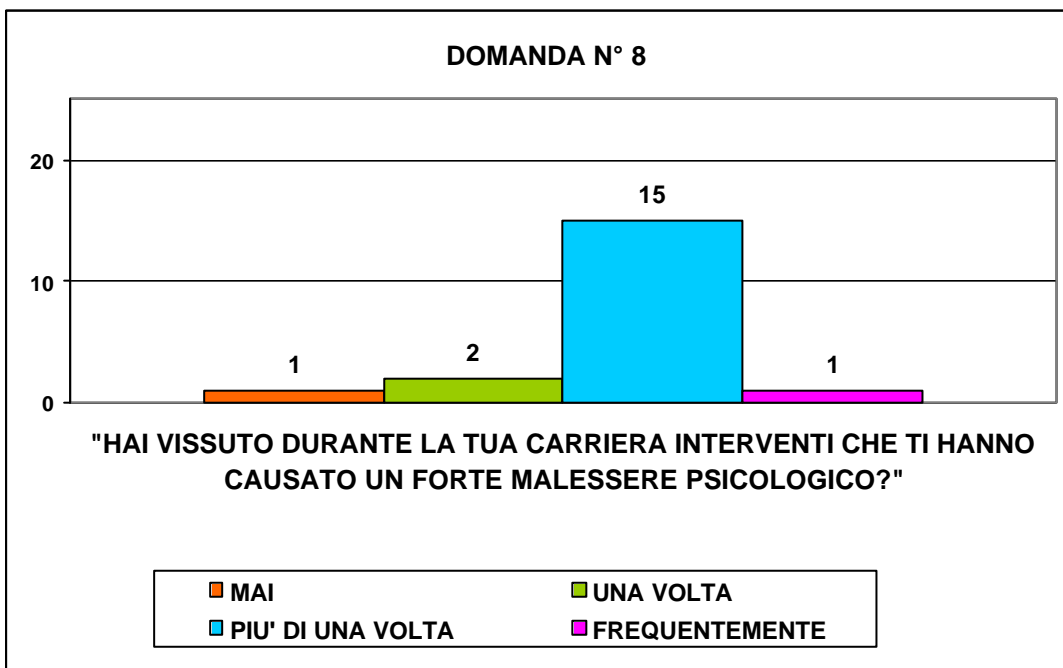
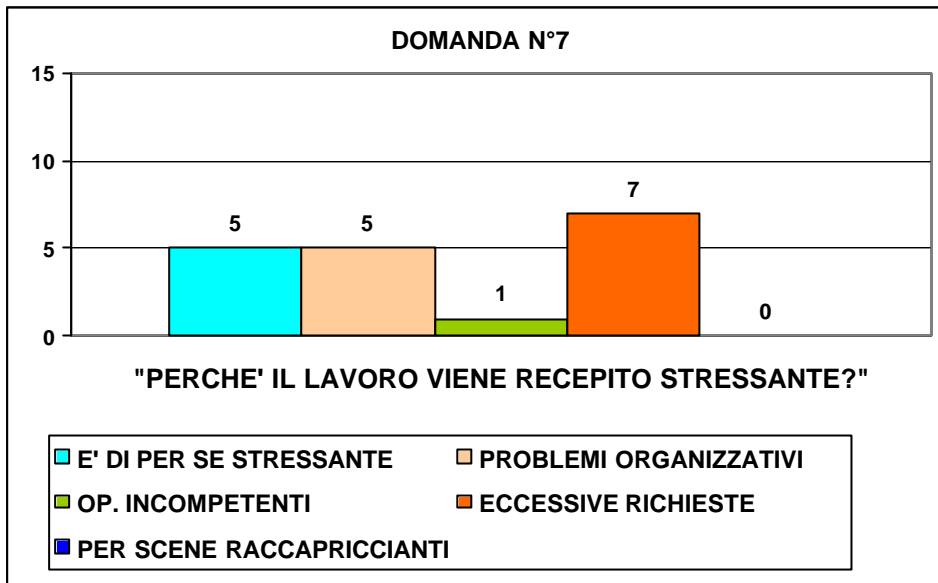
**17) Pensi che sia necessaria la figura di uno psicologo che intervenga a supporto dei parenti in situazioni particolarmente drammatiche come la morte di un figlio ecc.?**

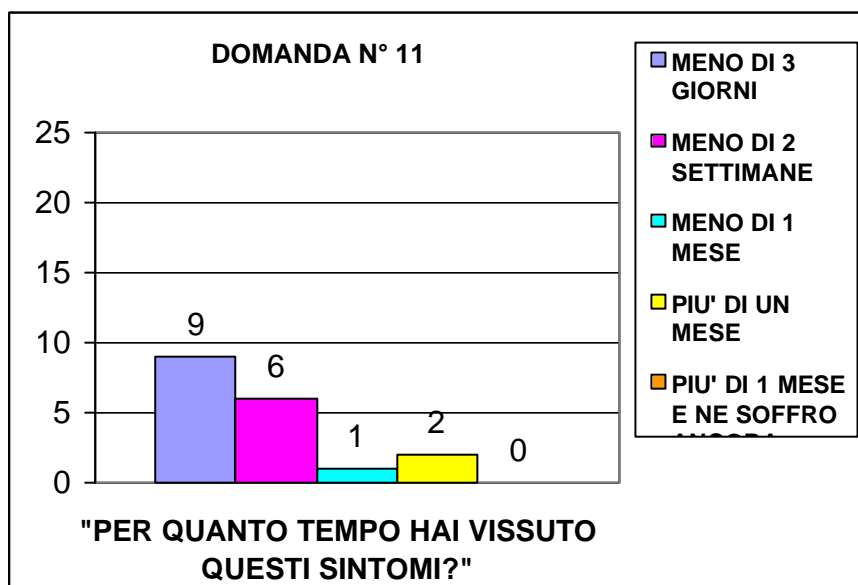
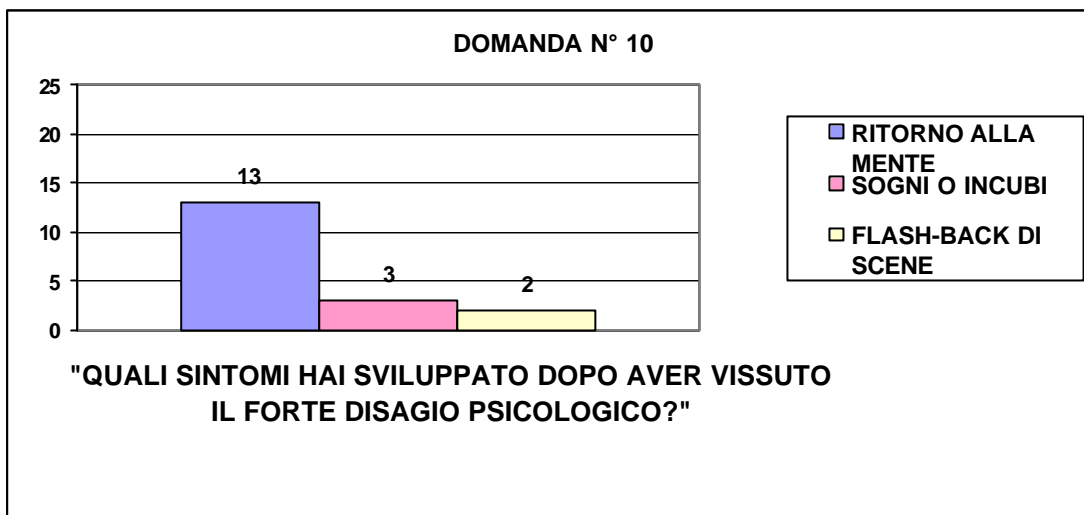
- No: 3 (15.78%)
- Si: 16 (84.21%)

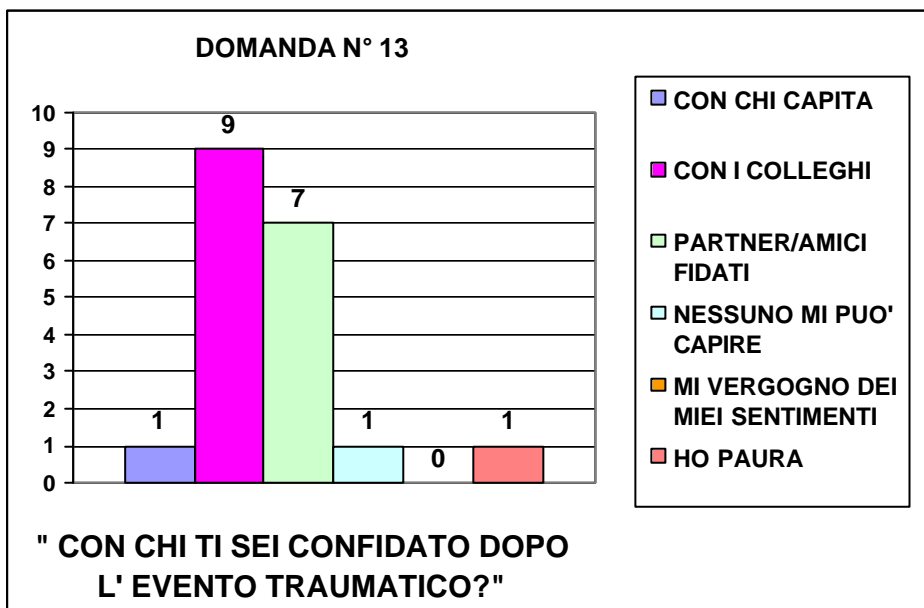
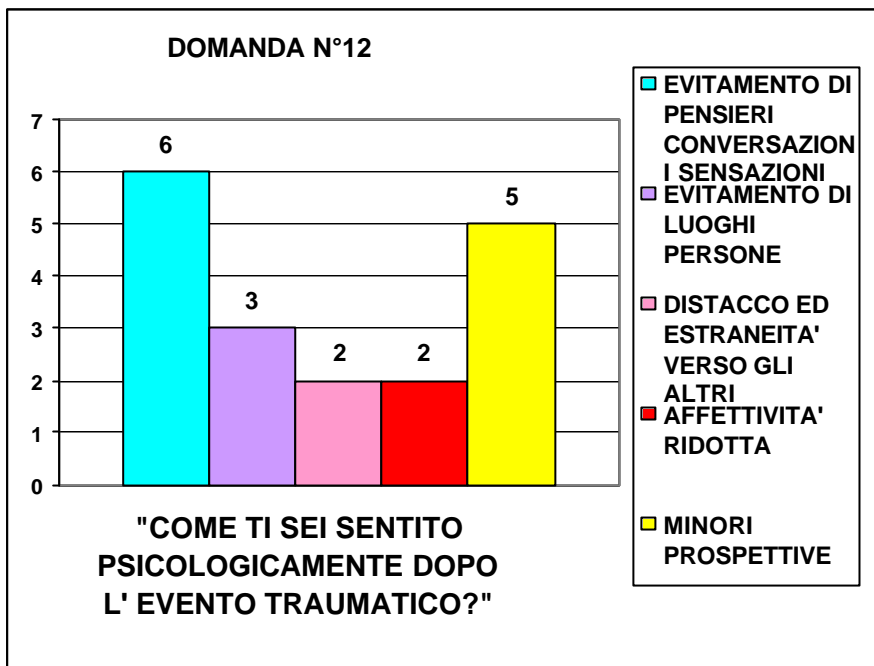
## GRAFICI DESCRITTIVI SUI DATI RACCOLTI

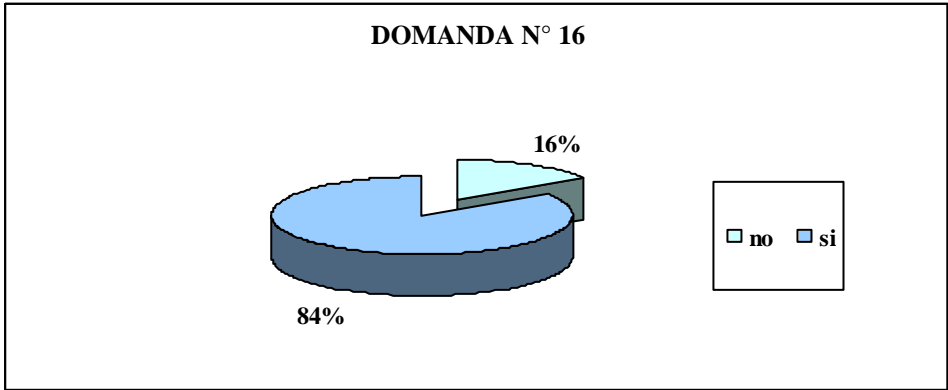
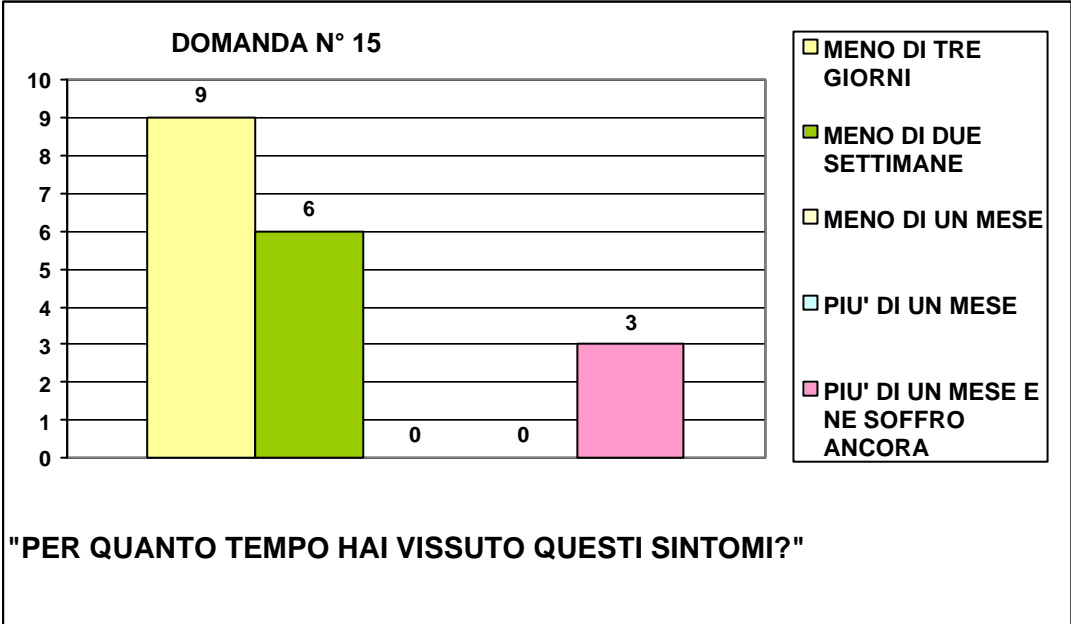
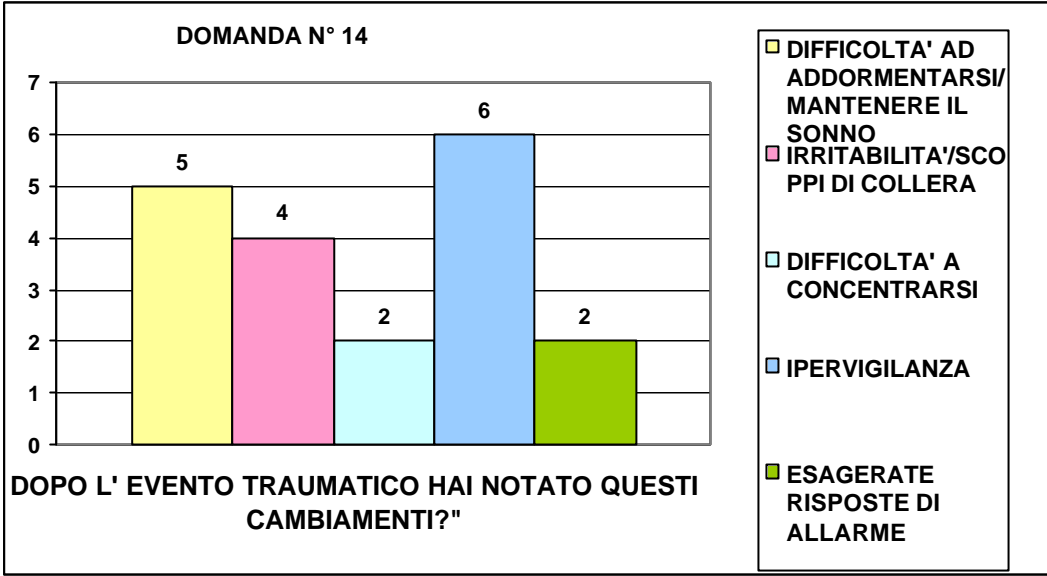




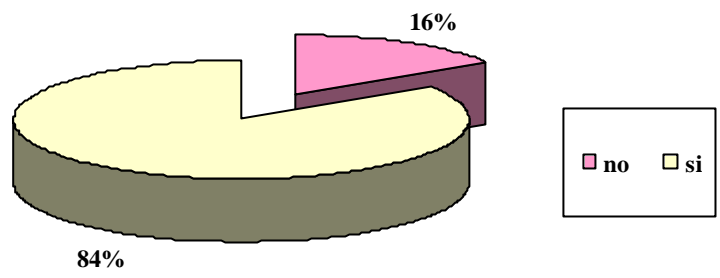








**DOMANDA N° 17**



## **ALLEGATO N°5**

### **ELABORAZIONE DATI**

La realtà globale della Provincia di Ravenna

#### **1) Sesso:**

- M: 26 (51%)
- F: 22 (**43.1%**)

Astenuti: 5.9%

#### **2) Stato civile:**

- Sposato/Convivente: 29 (**56.9%**)
- Celibe/Nubile: 13 (25.5%)
- Vedovo: 0
- Divorziato: 4 (7.8%)

Astenuti: 9.84%

#### **3) Età:**

- 21 anni: 0
- tra 22 e 31 anni: 8 (15.7%)
- tra 32 e 41 anni: 29 (**56.7%**)
- tra 42 e 51 anni: 11 (21.6%)
- oltre 51 anni: 3 (5.9%)

#### 4) Da quanti anni svolge questo lavoro?

- meno di un anno: 1 (2%)
- tra 1 e 3: 2 (4%)
- tra 3 e 5: 2 (4%)
- tra 5 e 7: 3 (5.7%)
- tra 7 e 9: 8 (15.7%)
- oltre i 10: 35 (**68.6%**)

#### 5) Attraverso quali modalità vengono gestite nella pratica le situazioni di emergenza?

- Seguendo i protocolli operativi definiti dall' organizzazione: 20 (**39.2%**)
- Utilizzando la mia esperienza acquisita nel tempo: 3 (5.9%)
- È il leader che decida cosa fare: 3 (5.9%)
- Esistono dei protocolli ma in realtà si segue ciò che arbitrariamente decide il leader: 16 (31.4%)
- Altro: 8 (15.7%)<sup>?</sup>
- Astenuti: 1.9%

#### 6) Come percepisci il tuo lavoro?

**Molto stressante 10 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 0**

I valori medi per i singoli distretti sono: Ravenna: 7.14, Faenza: 7.75, Lugo 8.21. Di conseguenza la media globale è rappresentata da **7.7**.

---

<sup>?</sup> Esperienza più protocolli/ Si intrecciano tra loro le varie situazioni secondo le esigenze e le persone presenti/ Seguendo le linee guida con valutazione del leader caso per caso.

**7) Il tuo lavoro è stressante perché (solo una risposta):**

- il lavoro di emergenza è di per sé stressante, non c'è nulla da fare: 15  
(29.4%)
- lo stress maggiore è dovuto a problemi di tipo organizzativo: 19  
**(37.2%)**
- Mi stressa moltissimo lavorare con operatori incompetenti, arroganti: 2  
(3.9%)
- Mi stressano i parenti e i pazienti per le loro eccessive richieste: 12  
(23.5%)
- Solo quando osservo scene raccapriccianti: 1 (2%)
- Astenuti: 4%

**8) Hai vissuto durante la tua carriera lavorativa interventi che ti hanno causato un forte malessere psicologico?**

- Mai: 5 (10%)
- Una volta: 8 (15.7%)
- Più di una volta: 36 **(70.6%)**
- Mi capita frequentemente: 2 (3.9%)

**9) Quante volte ti è capitato in questo ultimo anno?**

- Mai: 17 **(33.33%)**
- Una volta: 17 **(33.33%)**
- Più di una volta: 17 **(33.33%)**

**10) Quali sono i sintomi che hai manifestato dopo aver vissuto questo forte disagio psicologico? (segnare anche più crocette)**

-Il ritorno alla mente senza volerlo di immagini, rumori, frasi, odori vissuti durante l'emergenza: 33 (**60%**)

-Sogni spiacevoli o incubi riguardanti l'evento: 8 (14.5%)

- Flashback: rivedere vividamente all'improvviso le scene dell'accaduto: 8 (14.5%)

Astenuti: 10.9%

**11) Per quanto tempo hai vissuto questi sintomi (vedi domanda n°10)?**

- Meno di tre giorni: 23 (**45.1%**)

- Meno di due settimane: 12 (23.5%)

- Meno di un mese: 4 (7.8%)

- Più di un mese: 3 (5.9%)

- Più di un mese e ne soffro ancora: 3 (5.9%)

Astenuti: 11.8%

**12) Dopo aver vissuto un evento psicologicamente traumatico come ti sei sentito? (si possono barrare anche più crocette)**

-Ho evitato pensieri, sensazioni, conversazioni associate al trauma: 17 (27.9%)

-Ho evitato attività, luoghi, persone che ricordano il trauma: 5 (8.2%)

-Sentimento di distacco ed estraneità verso gli altri: 9 (14.8%)

-Affettività ridotta, esempio incapacità di provare sentimenti di amore: 6 (9.8%)

-Sentimento di minori prospettive future: 13 (**26.2%**)

Astenuti: 13.1%

**13) Dopo aver vissuto un evento psicologicamente traumatico come ti sei comportato? (si possono barrare anche più risposte)**

- Mi sono confidato con chi capitava: 2 (3.6%)
- Ho parlato a lungo con i miei colleghi dicendogli cosa provavo, confidando il mio malessere: 17 (31%)
- Mi sono confidato con il mio partner, o con gli amici fidati: 25 (45.5%)
- Non ne ho parlato con nessuno perché nessuno mi può capire: 2 (3.6%)
- Non ne ho parlato con nessuno perché mi vergogno ad esprimere i miei sentimenti: 1 (1.8%)
- Non ne ho parlato con nessuno perché ho paura che si dica che io provavo questo malessere non sono portato per questo lavoro: 2 (3.6%)

Astenuti: 10.9%

**14) Hai notato dopo aver vissuto l' evento traumatico questi cambiamenti su di te? (si possono sbarrare più crocette)**

- Difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno: 14 (23%)
- Irritabilità o scoppi di collera: 12 (19.7%)
- Difficoltà a concentrarsi: 8 (13.1%)
- Ipervigilanza: 12 (19.7%)
- Esagerate risposte di allarme: 4 (6.5%)

Astenuti: 18%

**15) Per quanto tempo hai vissuto questi sintomi (vedi domanda n° 14)?**

-Meno di tre giorni: 19 (**37.3%**)

-Meno di due settimane: 14 (27.5%)

-Meno di un mese: 1 (2%)

-Più di un mese: 0

-Più di un mese e ne soffro ancora: 7 (13.7%)

Astenuti: 19.5%

**16) Credi utile un servizio di supporto psicologico a disposizione degli operatori per aiutarli a superare situazioni particolarmente pesanti**

- No: 8 (15.7%)

- Si: 43 (**84.3%**)

**17) Pensi che sia necessaria la figura di uno psicologo che intervenga a supporto dei parenti in situazioni particolarmente drammatiche come la morte di un figlio ecc.?**

-No: 5 (9.8%)<sup>?</sup>

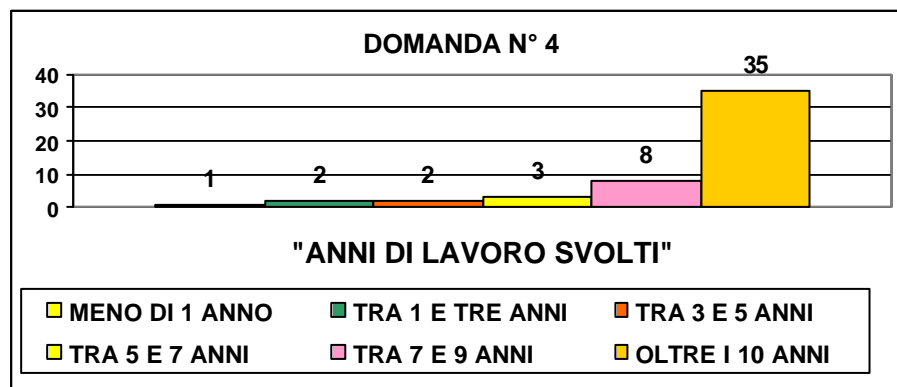
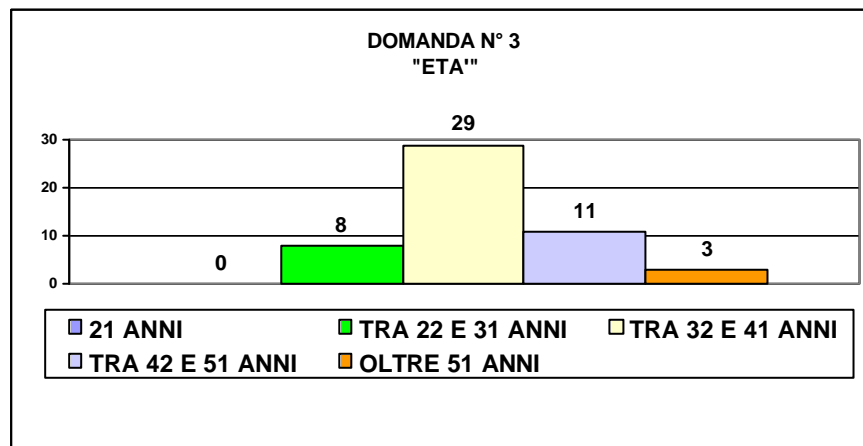
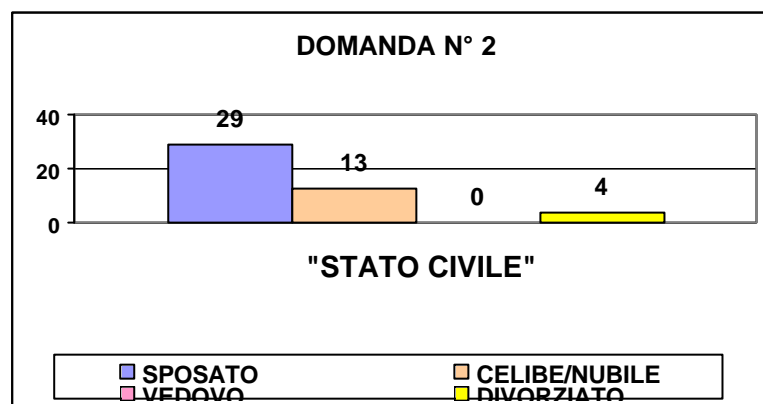
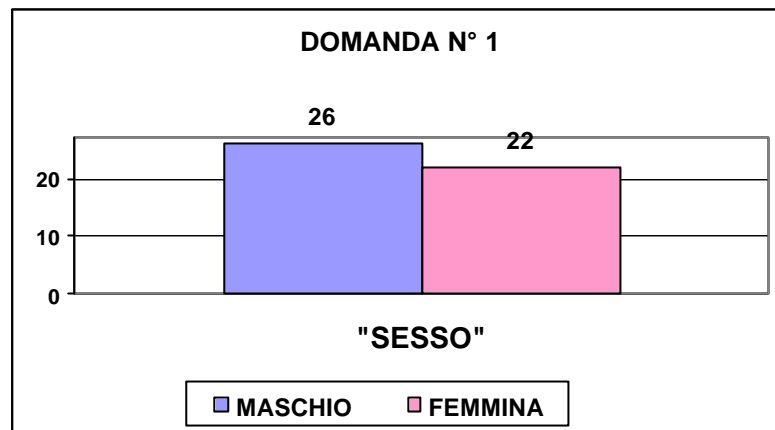
-Si: 46 (**90.2%**)<sup>?</sup>

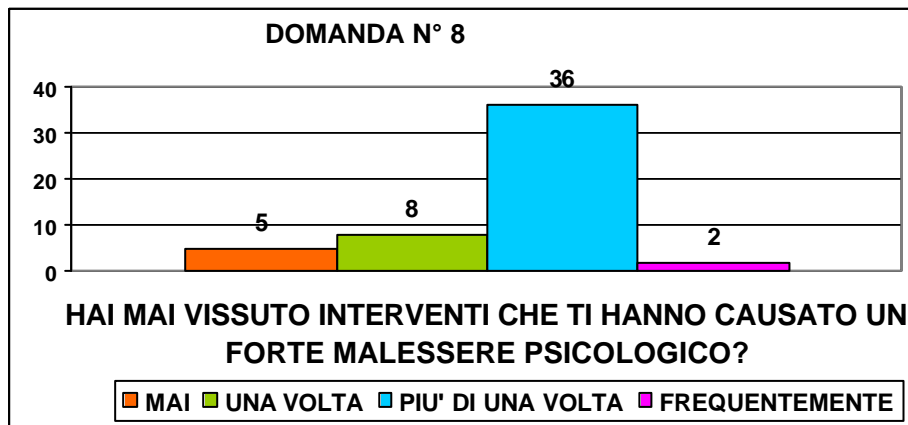
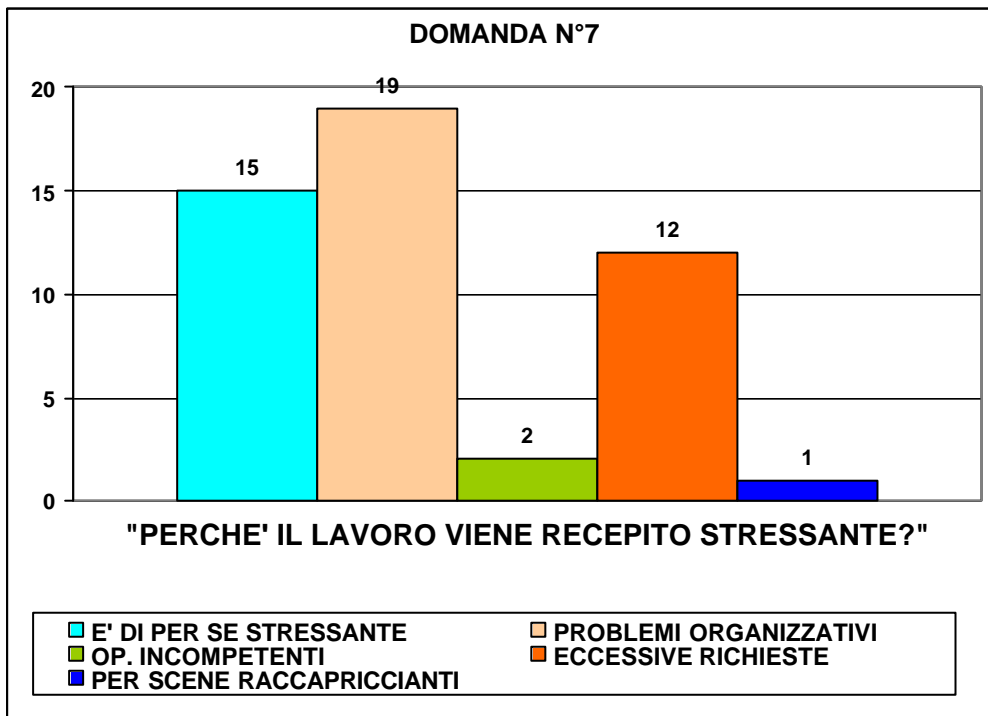
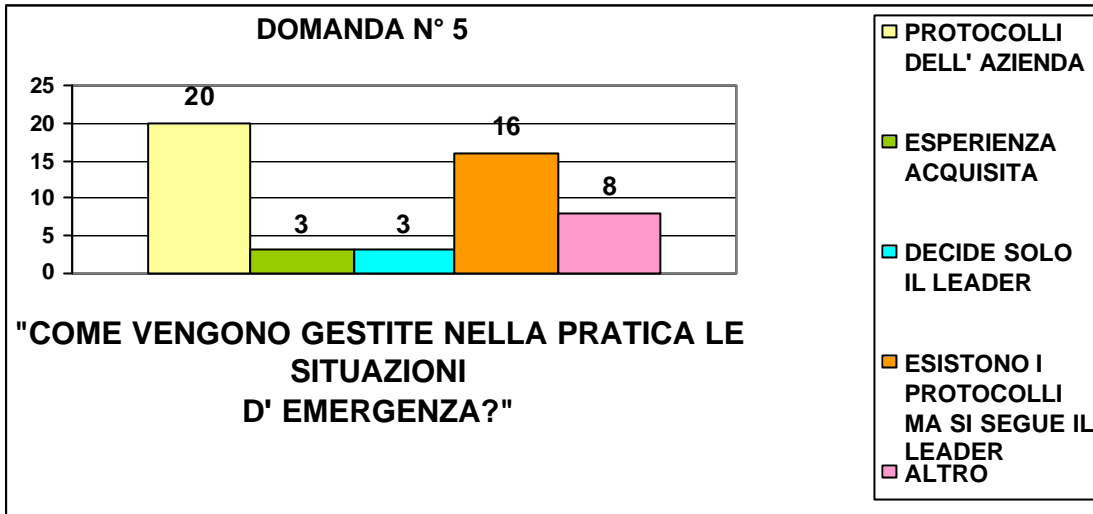
---

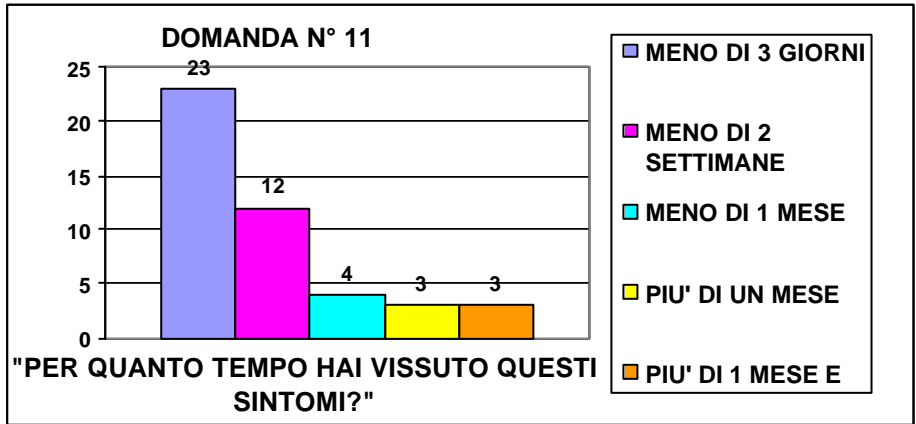
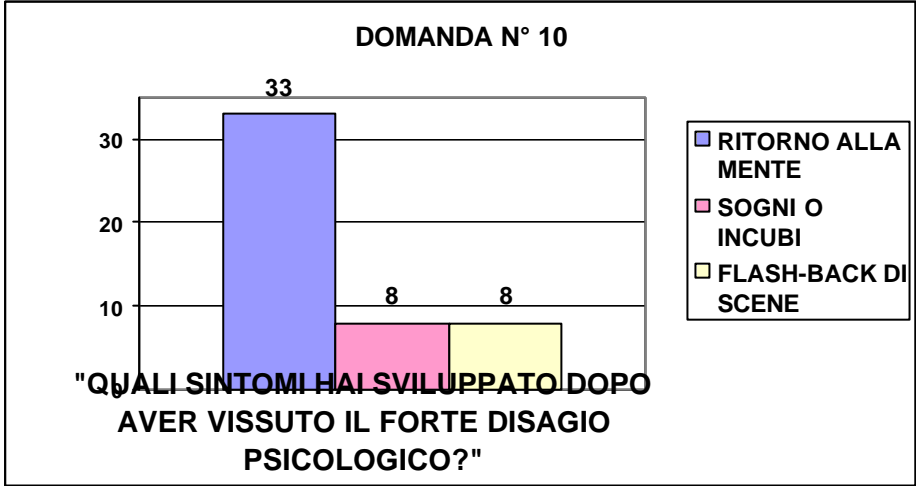
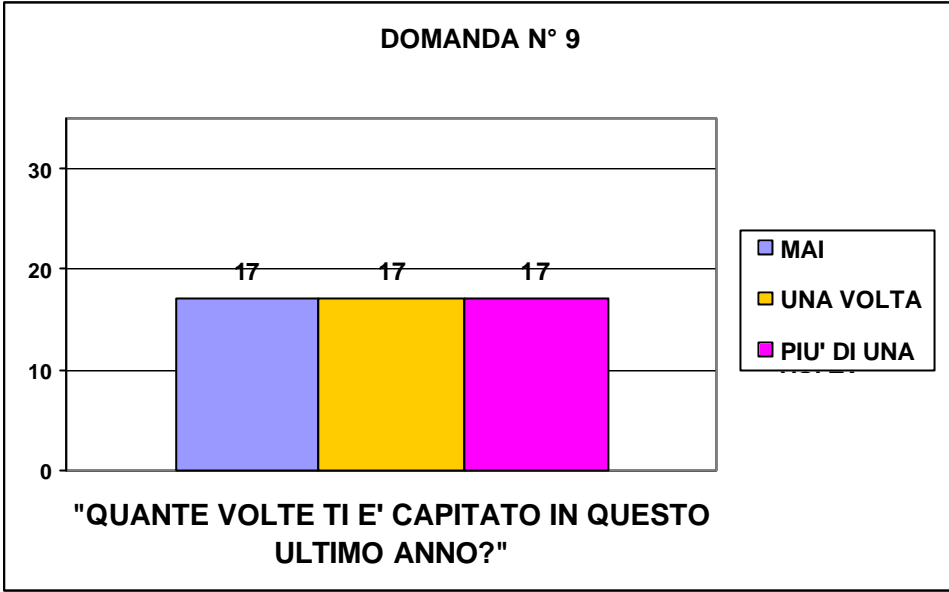
<sup>?</sup> No perché non credo negli psicologi

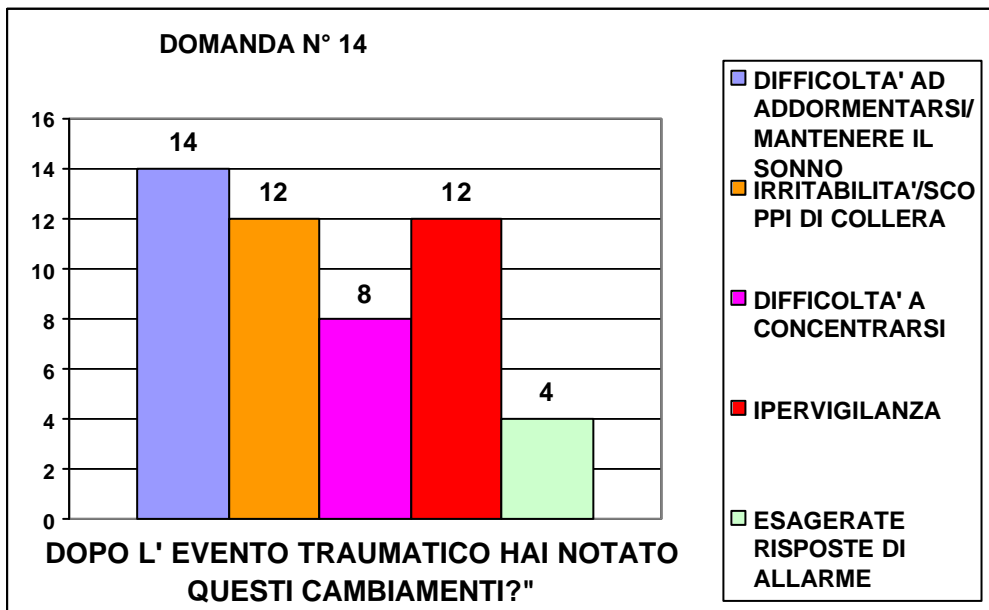
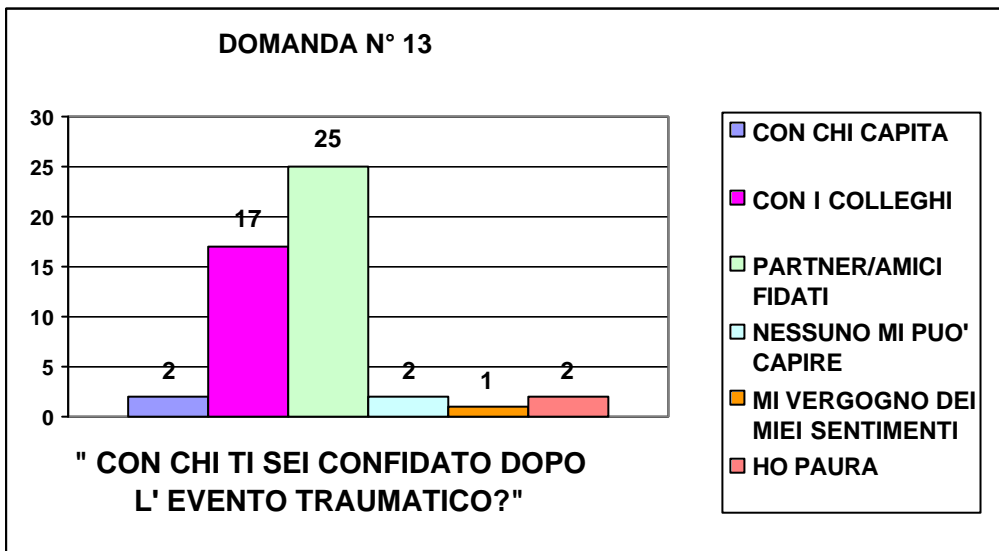
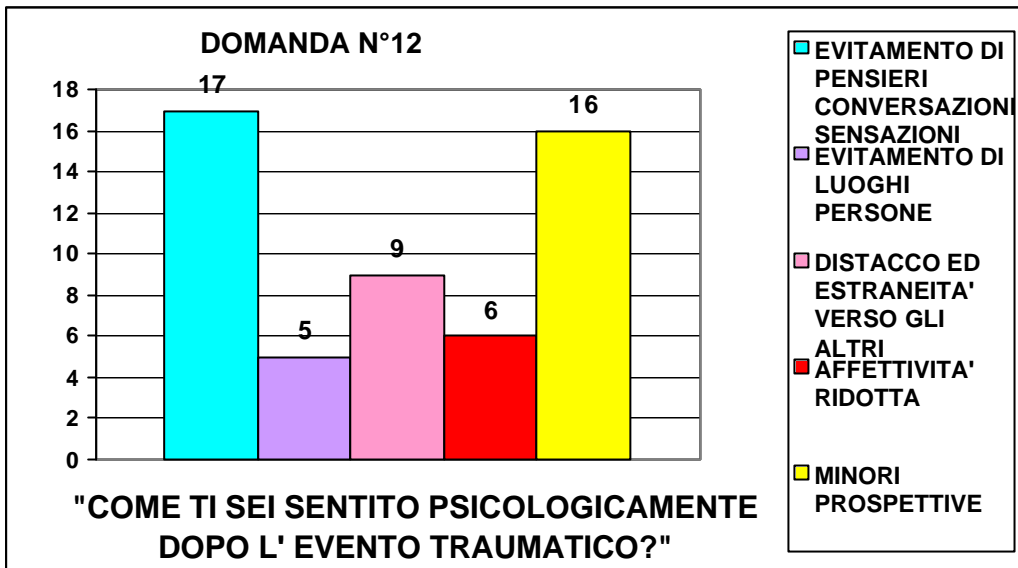
<sup>?</sup> Solo se non c'è nessun'altra persona vicino ai parenti della vittima

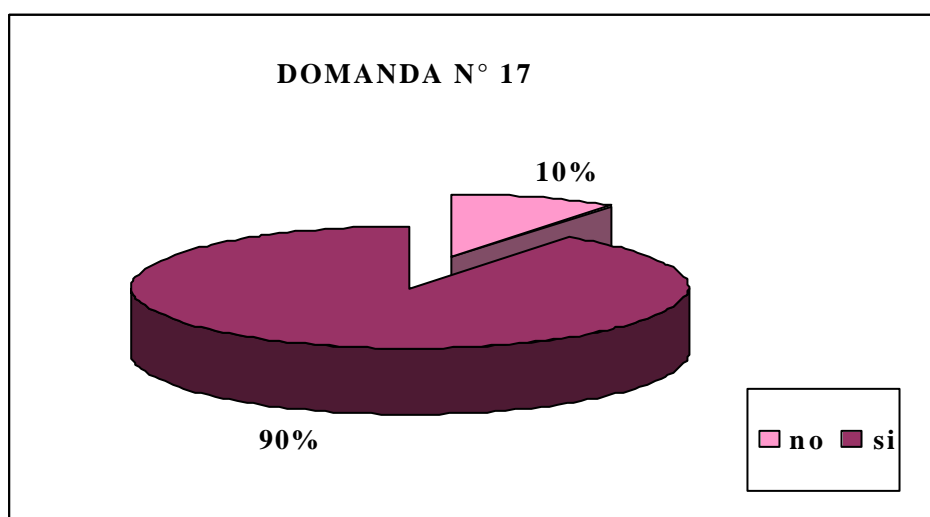
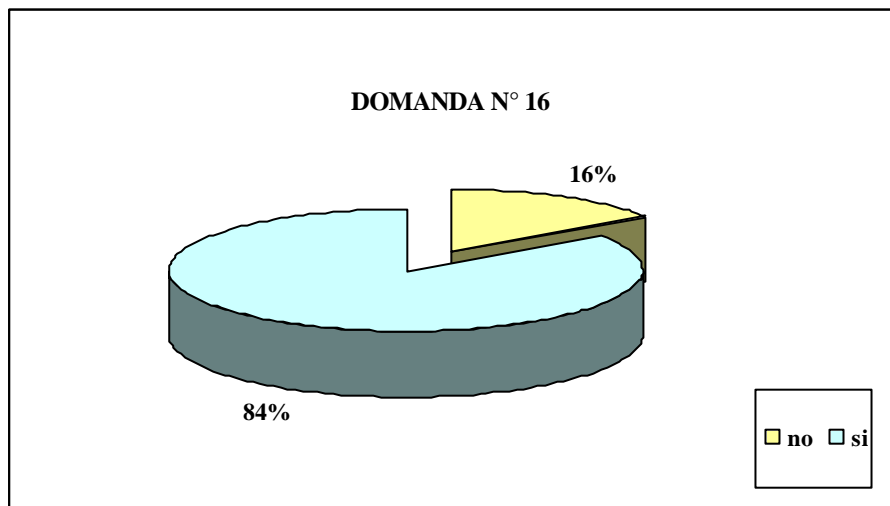
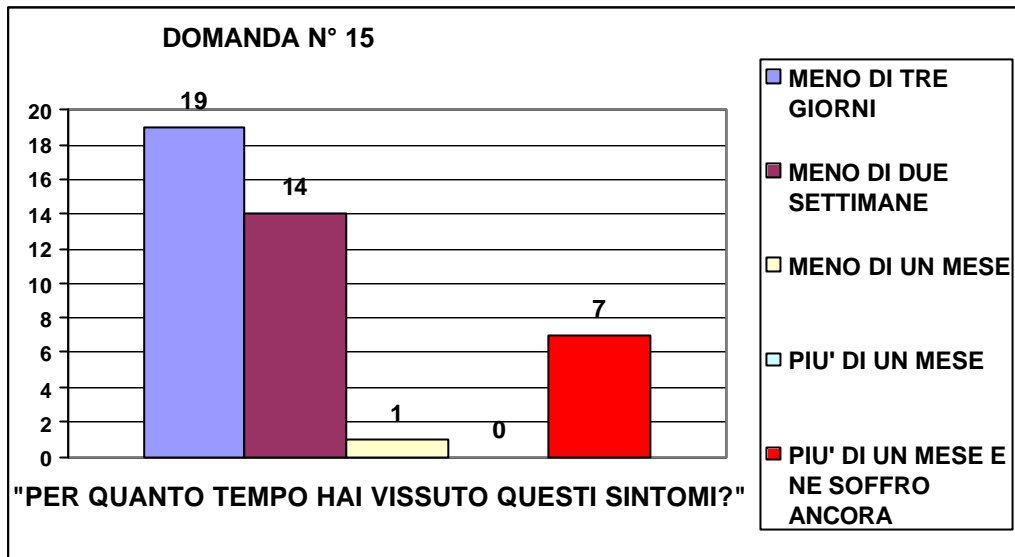
## GRAFICI DESCRITTIVI SUI DATI RACCOLTI











# ALLEGATO N° 6

## La nostra zona d'intervento:

è il circondario della valle Isarco (Bressanone, Chiusa e Rio di Pusteria). L'Assistenza Spirituale d'Emergenza può essere richiesta tramite la Centrale Provinciale Emergenza 118 e dai corpi intervenuti nella zona interessata (servizi di soccorso, vigili del fuoco, enti).

## I nostri obiettivi:

- sostegno ai coinvolti nel corso della riabilitazione e del recupero delle capacità
- recupero dalle reazioni acute da stress
- prevenzione di disturbi post-traumatico da stress
- prevenzione di una patologia da lutto

## Per vittime e coinvolti:

- essere presente e assistere i coinvolti durante e dopo l'evento di emergenza
- offrire la possibilità di comunicare in un "ambiente protetto" la situazione vissuta e le proprie sensazioni
- accettare e sopportare tutte le reazioni dei coinvolti senza darne una valutazione
- spiegare i sintomi che causano stress
- offrire la possibilità di congedarsi dalle persone decedute
- trovare risorse sociali

## Corpi d'intervento:

- affrontare coscientemente la tematica: "Lo Stress psichico durante l'intervento"
- promuovere un confronto sincero con lo stress psichico
- evitare che i soccorritori reprimano o debbano reprimere eventi gravosi e i propri sentimenti
- far sì che presso le istituzioni di soccorso regni un clima in cui lo stress psichico venga accettato come una cosa normale
- mostrare possibilità di come affrontare efficacemente ed in modo sensato questo tipo di stress
- imparare a capire persone psico-traumatizzate, per assisterle meglio durante l'intervento.

Indirizzo per ulteriori informazioni:  
Capogruppo dell'Assistenza Spirituale  
d'Emergenza di Bressanone  
Bacc. Arthur Punter  
via Roma 3  
I - 39042 BRESSANONE

Tel. 0472 83 44 44  
Fax: 0472 83 52 00  
Cellulare: 335 56 37 177  
e-mail: muehibach@hwk-cb.bz.it  
Internet: [www.wk-cb.bz.it](http://www.wk-cb.bz.it)



Associazione Provinciale di Soccorso  
Croce Bianca - onlus

Assistenza Spirituale  
d'Emergenza Bressanone

## INFORMAZIONI

per tutti i collaboratori

di  
servizi di soccorso,  
vigili del fuoco,  
enti, parrocchie e ospedali

Un passante molto agitato informa la Centrale Provinciale Emergenza 118 che si è verificato un grave incidente. L'incaricato lancia immediatamente un'ambulanza di soccorso, l'auto medicalizzata, i pompieri e la polizia. I soccorritori che arrivano sul luogo dell'incidente trovano un quadro desolante: veicoli sfasciati, diversi feriti, persone incastrate, feriti accasciati al bordo della strada, parenti e conoscenti disperati... Immediatamente il medico ed i sanitari iniziano a curare i pazienti, i vigili del fuoco liberano i feriti dalle lamiere e la polizia si occupa di tenere lontani i curiosi dal luogo dell'incidente. Tutte le forze intervenute cercano di fare del loro meglio, lottano per uno dei pazienti, non c'è più nulla da fare...

Personae coinvolte in situazioni del genere hanno bisogno di un sostegno umano, di appoggio e incoraggiamento. Questo tipo di aiuto richiede a noi assistenti spirituali particolari capacità sociali e comunicative.

## Ma cos'è l'assistenza spirituale d'emergenza?

Si tratta di un servizio di assistenza psicologica e spirituale alle persone che hanno subito, attraverso incidenti o malattie, acute situazioni di grave entità personale e sociale. L'Assistenza Spirituale d'Emergenza è concepita quale servizio aggiuntivo al sostegno psicologico.

## I nostri compiti sono:

- assistenza ai superstiti dopo una fallita rianimazione
- assistenza ai coinvolti non feriti in caso di gravi incidenti stradali o sul lavoro
- assistenza al personale di soccorso dopo incidenti durante lo svolgimento del servizio
- cura di un degno trattamento dei deceduti
- presa di contatto con le famiglie, amici e assistenti spirituali in caso di decessi e comunicazione di decessi in collaborazione con gli enti competenti
- interventi in caso di emergenze pediatriche ("morte bianca" SIDS, violenza a minori ...) e urgenze psichiatriche
- intervento in caso di tentato suicidio e assistenza ai congiunti dopo l'avvenuto suicidio
- intermediazione per aiuto e servizi psico-sociali

Noi collaboratori volontari dell'Assistenza Spirituale d'Emergenza comunichiamo:

## in ambito di servizio di soccorso

- tra l'assistenza medica al paziente d'emergenza
- e l'assistenza umanitaria e psicologica

## in ambito psico-sociale

- tra l'assistenza immediata presso il luogo dell'incidente
- ed i servizi psico-sociali che si trovano nelle vicinanze

## in ambito ecclesastico-pastorale

- con i servizi della pastorale sanitaria delle strutture ospedaliere e
- con i servizi della pastorale ordinaria delle comunità parrocchiali

## Il nostro gruppo d'intervento:

Il nostro gruppo d'intervento è composto da soccorritori, preti, teologi, psicologi e personale impegnato in ambito sociale. I collaboratori sono formati per interventi in casi di crisi e assistenza spirituale d'emergenza.

## In nostri ambiti di attività:

### 1. Prevenzione:

- formare il gruppo di assistenti spirituali e i collaboratori dei servizi di soccorso
- istituire e curare contatti con organizzazioni specifiche e istituzioni psico-sociali
- pubbliche relazioni

### 2. Intervento:

- su richiesta da parte dei servizi di soccorso, vigili del fuoco e enti
- se è morto un paziente o
- se c'è una situazione molto difficile sul luogo d'intervento

### 3. Assistenza dopo l'evento:

- colloqui post-intervento per gli assistenti spirituali
- colloqui post-intervento per i corpi intervenuti (soccorritori, medici d'emergenza, vigili del fuoco, enti)

# ALLEGATO 7

Nella Sua situazione Le consigliamo la seguente istituzione:

Nome:

Telefono:

Per favore, telefoni all'istituzione per concordare un appuntamento, specificando che L'ha consigliata a farlo un operatore dell'Assistenza Spirituale d'Emergenza.

## L'Assistenza Spirituale d'Emergenza

è un'istituzione dell'Associazione Prov. di Soccorso Croce Bianca. Gli addetti al servizio assistono le persone colpite nei primi minuti e nelle prime ore susseguenti all'improvviso verificarsi di un infortunio particolarmente grave. Tutti gli operatori hanno seguito una formazione speciale per questa attività e operano come volontari.

### Indirizzo:

Associazione Provinciale di Soccorso Croce Bianca  
Assistenza Spirituale d'Emergenza  
Bressanone  
via Roma 3  
I - 39042 BRESSANONE

Tel. 0472 83 44 44  
Fax 0472 83 52 00

## Informazioni importanti per Lei

depositate da:



Associazione Provinciale di Soccorso Croce Bianca - onlus

Assistenza Spirituale d'Emergenza Bressanone



Il pieghevole è stato ripreso, con piccole modifiche, da KIT Monaco

Immediatamente dopo questo evento grave e stressante un operatore dell'Assistenza Spirituale d'Emergenza Le ha dedicato tempo prendendosi cura di Lei. Con questo pieghevole vorremmo riassumere alcuni punti che per Lei possono essere importanti:

Dopo una situazione particolarmente grave possono insorgere le seguenti sensazioni:

- sentimento di paura
- senso di impotenza
- incapacità di agire
- tristezza
- squilibri emotivi
- perdita dell'orientamento

E' importante sapere che simili effetti, immediatamente dopo il verificarsi di un infortunio di particolare gravità, sono reazioni umane usuali. Si tratta di reazioni normali dovute ad un evento inconsueto. Anche Lei riuscirà, in genere nei giorni e nelle settimane seguenti, a superare la situazione!

A seconda della gravità del trauma il sostegno da parte del Suo ambiente sociale e le Sue strategie personali per la soluzione dei problemi, Lei è in grado di osservare su di sé quanto segue:

### Sintomi / Indizi

- paura
- ricordi tormentosi
- incubi
- disturbi del sonno
- incalzante accavallarsi di immagini paurose
- continuo ritorno alla mente dell'evento
- disperazione
- senso di inutilità
- perdita di interesse
- vuoti di memoria
- difficoltà di concentrazione
- malesseri fisici da stress
- meccanismi di rimozione

Questi sintomi di solito diminuiscono di settimana in settimana fino a scomparire del tutto.

Accetti questi malesseri fin che può: reprimerli comporta, in base all'esperienza, un peggioramento delle Sue condizioni!

Le persone colpite sono del parere che, per rendere la situazione più sopportabile, sia efficace cercare di:

- concedersi un periodo di riposo
- prendersi il tempo per i propri bisogni
- accettare sostegno dall'esterno (partner, amici, assistenza professionale)
- distrarsi con altre attività

Talvolta gli eventi sono comunque talmente pesanti che è consigliabile cercare aiuto presso uno specialista, a maggior ragione quando i sintomi descritti permangono per più di quattro settimane. In tal caso Lei può arrivare ad accusare:

- sensazioni negative come ad es. depressione
- mancanza totale di capacità di agire
- crisi o rotture nelle relazioni importanti (contatti sociali, amici, vita professionale)

Uno stato del genere può condurre alla malattia! Qualora dovesse riscontrare questi sintomi, La invitiamo caldamente a rivolgersi ad istituzioni specialistiche. Proprio quando ha la sensazione di non riuscire a superare da solo/a la grave esperienza è importante e legittimo richiedere consiglio e aiuto all'esterno.

## RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano sentitamente tutti coloro che mi hanno aiutato a scrivere questa tesi, tra tutti, l'infermiere professionale Luca Venturini, il Dott. Massimo Monti e il Dott. Gottfried Ugolini per la loro infinita gentilezza e disponibilità. Moltissima gratitudine va alla "Croce Bianca" di Bressanone soprattutto a Arthur Punter, Fritz Pattis per la gentilissima ospitalità e per tutto il tempo che mi hanno dedicato nonostante i molteplici impegni.

Ringrazio tutti gli insegnanti avuti in questi tre anni di studio che mi hanno supportato; in modo particolare grazie alla Dott. Monica Fabbri e Sara Emiliani per aver allargato i miei orizzonti a tutte le possibilità che questa bellissima professione offre, e non ultimo Marco Piazza per tutta la disponibilità dimostrata. Grazie anche ai Tutor formativi del mio percorso pratico clinico soprattutto a Alba Marzi, Gianluca Merlini e Manuela Roccasalva per tutto il sostegno avuto e non in ultimo tutti gli infermieri che mi hanno aiutato e hanno partecipato al questionario di questa tesi.

Dopo di che ringrazio tutta la mia famiglia per il supporto datomi fino adesso (sperando che continui). Un pensiero speciale al mio nonno che mi manca terribilmente e alla Rosa che deve imparare a lasciarmi dormire! Grazie a Lady Jade Blige, mamma Daniela, Medri Hepbourne, Carmencita, Ale e Cristina per essermi state vicino nonostante tutto e per avermi fatto sentire come una sorella. Un grazie particolare va a Beppe per essere la mia famiglia, e ad Antonia per avermi accompagnato e per essermi stata incredibilmente vicina (a differenza di me) per tutto questo tempo e spero anche per il futuro.

Non ci si può, poi, dimenticare della preziosa e futuristica (speriamo di no) FALANGE OLISTICA: Zoro, Ale, La Fata.... Siete er mejo!!

Grazie a tutti, sarete sempre nel mio cuore indipendentemente da ciò che mi riserverà il futuro che comunque spero vicino a voi. **Vi voglio un mondo di bene.**