



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**“Critical Incident Stress Management:
Una revisione della letteratura.”**

Relatore:

Dott. Maurizio Mercuri

Tesi di Laurea di:

Federica Lento

Anno Accademico 2018/2019

*Ogni stress lascia una cicatrice indelebile
e l'organismo paga per la sua sopravvivenza
dopo una situazione stressante,
diventando un po' più vecchio.*

(Hans Selye)

ABSTRACT

Introduzione: Il Critical Incident Stress Management (CISM) è un protocollo di gestione delle stress che si applica nelle vittime secondarie, ovvero in chi non ha vissuto il trauma in prima persona. Le persone a cui è rivolto questo protocollo sono per lo più professionisti dell'emergenza, quali Vigili del Fuoco, militari, soccorritori, ma anche medici ed infermieri che operano nelle aree più critiche.

Obiettivo: raccogliere le evidenze più recenti in letteratura primaria e secondaria al fine di conoscere l'efficacia del CISM per la gestione dello stress derivante da un evento critico e il ruolo che l'infermiere ricopre in questo ambito.

Materiali e metodi: è stata effettuata una revisione della letteratura primaria e secondaria sulla banca dati PubMed e Google Scholar. La ricerca bibliografica, si è concentrata sulla lettura degli studi degli ultimi dieci anni. Da questa ricerca, sono stati selezionati articoli corrispondenti ai criteri di selezione.

Risultati: sono stati reperiti dieci articoli: una Revisione della letteratura, uno Studio clinico multicentrico, uno Studio pilota, una Revisione sistematica della letteratura, uno Studio retrospettivo, uno Studio osservazionale, una Metanalisi, uno Studio trasversale, uno Studio clinico multicentrico randomizzato e un Audit clinico

Discussione: metà degli studi inclusi si concentravano su pazienti con diagnosi di PTDS in trattamento con CISM e hanno riportato esiti positivi. La restante metà riguarda gli esiti del protocollo sottolinea le differenze tra le varie tipologie di vittime.

Conclusioni: Nonostante il CISM sia un protocollo nato ormai da diversi anni ed utilizzato ed implementato più volte, è ancora necessario lavorare per testarne l'efficacia per le vittime secondarie. Inoltre, sarebbe opportuno anche considerare eventuali modifiche da

attuare. Se somministrato correttamente, tuttavia, il protocollo può fornire dei vantaggi per il sistema sanitario: l'utilizzo del CISM come intervento di routine e di elezione nel supporto del personale che ha subito un evento avverso comproverebbe il riconoscimento del trauma correlato alla sicurezza del paziente come effettivo rischio di sviluppare Critical Incident Stress Syndrome correlata al lavoro.

INDICE

1. INTRODUZIONE	9
2. IN COSA CONSISTE IL CISM	10
2.1 LA STRUTTURA DEL PROTOCOLLO	11
2.1.1 FASE PRE-CRITICA	12
2.1.1.1 PSICOTERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE	13
2.1.1.2 STRESS INOCULATION TRAINING	15
2.1.1.3 PSICO-EDUCAZIONE	19
2.1.2 FASE PERI-CRITICA	20
2.1.2.1 PRIMO SUPPORTO PSICOLOGICO	22
2.1.2.2 DEMOBILIZATION / DEFUSING	24
2.1.2.3 DEBRIEFING	26
2.1.2.3.1 DEFINIZIONE CISD	27
2.1.2.3.2 CARATTERISTICHE DEFINENTI	27
2.1.2.3.3 LE FASI	29
2.1.3 FASE POST-CRITICA	34
2.1.3.1 FOLLOW-UP	35
2.1.3.2 PSICOTRAUMATOLOGIA	36
3. MATERIALI E METODI	37
3.1 OBIETTIVO	37
3.2 QUESITI DI RICERCA	37
3.3 DISEGNO DELLO STUDIO E STRATEGIA DI RICERCA	37
3.4 DIAGRAMMA DI FLUSSO DI SELEZIONE DELLA LETTERATURA	39
4. RISULTATI	41
5. DISCUSSIONE	43
5.1 IL RUOLO DELL'INFERMIERE	51

6. CONCLUSIONI	54
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	56
RINGRAZIAMENTI	

SCelta DELL'ARGOMENTO

L'idea di trattare questo argomento come tema centrale della tesi nasce dalla mia esperienza personale all'interno dei vari reparti degli Ospedali Riuniti di Ancona.

Durante i tirocini svolti in questi anni di formazione professionale, soprattutto all'interno delle SOD (Strutture Organizzative Dipartimentali) del Dipartimento di Emergenza ed Urgenza, mi sono resa sempre più conto di quanto gli operatori sanitari, e in particolar modo gli infermieri alla cui categoria appartengo, siano sottoposti a molteplici situazioni di stress.

Il mio interesse riguardo la tematica, inoltre, ha origine da un evento in particolare in cui sono stata coinvolta:

"... era già passato metà del mio turno in Pronto Soccorso in un tranquillo pomeriggio di domenica, quando arrivò la telefonata dalla Centrale Operativa che ci comunicava l'arrivo in elisoccorso di due persone in codice rosso, che avevano subito un grave incidente moto contro auto. Io mi trovavo in sala Emergenza e non appena i due pazienti arrivarono vennero subito sottoposti alle cure e agli interventi del caso. Erano marito e moglie, molto giovani. Lui apparve sin da subito molto più grave. Era circondato da medici, infermieri, anestesisti e chirurghi e venne rianimato più volte senza successo; mentre lei, dall'altro lato della stanza, vigile e cosciente, non riusciva a vederlo, ma poteva sentire tutto quello che stava accadendo al marito. Quando ci sono dei casi molto particolari, si sa, i tirocinanti restano sempre un po' in disparte, sia per timore di sbagliare, sia per evitare di intralciare il lavoro dei colleghi e far perdere del tempo prezioso. Perciò rimasi vicino alla donna, che con un sussurro mi chiese cosa stava succedendo, in che condizioni era il marito. Mi ricordo ancora l'ansia e il terrore nei suoi occhi e inevitabilmente divennero emozioni anche mie. Non potei rispondere. Non avevo le competenze per farlo e

questo mi “salvò” dal doverla informare della sua morte. Qualcun altro ha dovuto assolvere questo compito. Chiesi come riuscisse a mantenere la calma e a non essere agitato nel comunicare un’informazione di quel tipo. Rispose che è un’esperienza comune e con il tempo ci si fa l’abitudine. Ci si ripara all’interno di una “corazza” per respingere ogni emozione e ci si concentra sull’aspetto clinico, piuttosto che su quello emozionale”.

Da quel giorno nacque in me l’esigenza di approfondire le mie informazioni riguardo lo stress in ogni sua forma e poter analizzare le nozioni circa quella che oggi è detta “Critical Incident Stress Syndrome” e soprattutto analizzare e trattare le varie metodologie di gestione dello stress legato ad eventi significativi racchiuse nell’anglicismo “Critical Incident Stress Management” (CISM), ponendo maggior riguardo, appunto, alla figura dell’Infermiere.

L’obbiettivo è, quindi, quello di evidenziare i traumi psicologici degli infermieri e di sottolineare i punti chiave della tecnica di Debriefing per creare una sinergia tra i due elementi. Lo scopo è garantire un sostegno psicologico, indispensabile per assicurare un incremento della qualità delle prestazioni erogate ai pazienti e per evitare il cosiddetto “burnout”.

1. INTRODUZIONE

Nonostante il controllo sugli eventi considerati stressanti sia un tema molto attuale e presente in diverse situazioni di ogni ambito, non solo a livello sanitario, la sindrome correlata però non è altrettanto diffusa e la sua descrizione spesso è sconosciuta.

Secondo Deiana e Di Stefano¹ (2014) il CISS, Critical Incident Stress Syndrome, è una sindrome che si sviluppa in seguito ad una sistematica esposizione a situazioni professionali che evocano un'attivazione emozionale intensa per il contenuto specifico del lavoro che le persone sono chiamate a svolgere.

Le persone che sono state coinvolte in una situazione di emergenza possono essere sia vittime primarie, ovvero coloro che hanno subito personalmente il trauma, sia secondarie, quali familiari, amici, ma anche soccorritori e personale di emergenza, che sono intervenuti o sono stati testimoni dello stesso evento. Questi eventi, che includono la necessità di assistere o sperimentare tragedia, morte, gravi ferite e situazioni minacciose, sono chiamati "incidenti critici". Entrambe le tipologie di vittime vedranno compromessa la propria capacità funzionale. Il ripristino del benessere psicofisico delle vittime e della propria quotidianità dipenderà dalle modalità con cui saranno in grado di gestire lo stress

Dalla definizione della sindrome nasce ovviamente l'esigenza di maturare un piano di gestione dello stress.

Secondo il Critical Incident Stress Management International² (2019) il CISM consiste in un protocollo appositamente sviluppato per garantire una migliore gestione dello stress derivante da eventi critici. È un processo ampiamente strutturato che ha l'obiettivo di aiutare le vittime a condividere le proprie esperienze riguardo all'evento.

Lo stress Management si avvale di diversi strumenti per gestire gli eventi critici subiti dalle vittime secondarie, tra questo prevale il Critical Incident Stress Debriefing (CISD) definito dal NIOSH³ (2020) come un processo destinato a prevenire o limitare lo sviluppo di stress post-traumatico nelle persone esposte a incidenti critici. Nel CISD, i debriefing sono condotti professionalmente e tentano di aiutare le persone a far fronte e a riprendersi dagli effetti collaterali di un incidente. Il CISD consente ai partecipanti di capire che non sono soli nelle loro reazioni ad un evento angosciante e offre loro l'opportunità di discutere i loro pensieri e sentimenti in un ambiente controllato e sicuro.

2. IN COSA CONSISTE IL CISM

Almeno una volta nella nostra vita, tutti ci siamo trovati di fronte a delle condizioni particolari, in cui il nostro corpo e la nostra mente sono sopraffatti dalla situazione. Oggi, più che mai, con la frenesia quotidiana che ci circonda, lo stress influenza il nostro stile di vita e il nostro modo di agire e relazionarci all'interno della società.

La maggior parte delle volte riusciamo a controllare le situazioni stressanti in modo inconsapevole, quasi automatico, con tecniche di adattamento pressoché scontate; ma quando questo non avviene, quando gli eventi ci piombano addosso in modo imprevedibile ed ingestibile, è necessario intervenire attivamente con dei protocolli adatti.

Il Critical Incident Stress Management rappresenta, appunto, un pacchetto di tecniche, protocolli e strategie, realizzato come uno strumento di aiuto quando ci si trova di fronte ad eventi particolarmente traumatici, allo scopo di gestire, tollerare, ridurre o eliminare le condizioni stressanti.

Viene utilizzato ovunque sia necessario trattare l'impatto traumatico, ma inizialmente venne sviluppato in ambito militare per soccorrere i veterani e venne poi ampliato ai primi soccorritori, tra cui polizia, vigili del fuoco, operatori sanitari.

La figura dell'infermiere è in prima linea quando si parla di gestione dello stress, in quanto nella quotidianità della sua professione è regolarmente sottoposto a condizioni critiche, tra cui il carico emotivo, soprattutto se opera all'interno di reparti quali la terapia intensiva, il pronto soccorso o la rianimazione, in cui la linea tra la vita e la morte diventa ancora più sottile.

In questi ambiti, la consapevolezza di essere parte fondamentale del miglioramento o peggioramento delle condizioni del paziente e di conseguenza dei suoi familiari, di avere nelle proprie mani la fragilità di una vita, è maggiore rispetto ad altre condizioni e a volte diventa un carico di insostenibili emozioni quali ansia, paura e disagio, che possono influenzare così il proprio lavoro.

Per tale motivo è di fondamentale importanza essere in grado di gestire al meglio lo stress utilizzando tecniche di intervento attivo, comprese nel CISM, che si propongono non solo di preparare e migliorare il personale alla gestione e all'approccio al conflitto, ma anche infondere tranquillità e sicurezza nell'affrontare gli eventi.

2.1 LA STRUTTURA DEL PROTOCOLLO

“Il CISM si sviluppa attraverso una serie di interventi differenziati nel tempo e basati sullo sviluppo delle fasi di normalizzazione delle reazioni emotive e dello stress post-traumatico”⁴.

Questi interventi si basano su diverse fasi del modello, utilizzate per affrontare e potersi preparare all'avvenimento critico, a riconoscere le

reazioni che seguono nell'immediato, nonché i possibili effetti derivanti dall'esposizione a lungo termine ed essere in grado di applicare una corretta gestione. Tali fasi sono divisibili, secondo un ordine temporale, in tre macroaree: fase pre-critica, peri-critica e post-critica.

2.1.1 FASE PRE-CRITICA

È una fase preparativa che comprende formazione ed educazione, sia a livello individuale che di gruppo, allo stress management. Lo scopo è quello di essere in grado di riconoscere l'evento stressante in modo da poter intervenire prima possibile e migliorare i processi di adattamento.

In questo stadio abbiamo diversi approcci, tra cui la psicoterapia cognitivo-comportamentale, lo Stress Inoculation Training e la psico-educazione.

Nella seguente tabella possiamo trovare riassunte le definizioni, i principali obiettivi e gli approcci terapeutici su cui si basano i tre procedimenti racchiusi nella fase pre-critica, che verranno sviluppati successivamente:

	<i>Psicoterapia cognitivo- comportamentale</i>	<i>Stress Inoculation Training</i>	<i>Psico-educazione</i>
<i>Definizione</i>	Terapia psicologica basata sulla relazione tra pensiero e comportamento.	Intervento psicoterapeutico di stress management e controllo delle reazioni.	Strumento educativo basato sulla formazione del soggetto circa la propria condizione.
<i>Obiettivi specifici</i>	Intervenire nella gestione dei problemi emotivi per correggere i comportamenti.	Apprendere nuovi e differenti metodi di management, da poter utilizzare in autonomia.	Aumentare la consapevolezza per consolidare le proprie abilità e correggere i comportamenti disadattivi.

<i>Approccio terapeutico</i>	Unione di terapia cognitiva, utile per rielaborare i pensieri, e terapia comportamentale, atta all'apprendimento di nuove tecniche di gestione delle azioni e reazioni.	Diviso in 3 fasi: o <u>Educativa</u> → comprende raccolta delle informazioni ed identificazione di un piano terapeutico. o <u>Di acquisizione</u> → apprendimento di nuove tecniche di coping (rilassamento muscolare, strategie cognitive, problem solving, addestramento ad autoistruzione) o <u>Di applicazione</u> → realizzazione delle tecniche nella realtà.	Stabilire una solida relazione per ottenere collaborazione e compliance nella gestione del disturbo
------------------------------	---	--	---

Tabella 1.

2.1.1.1 PSICOTERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE

Diffusasi a partire dagli anni Sessanta, la psicoterapia cognitivo comportamentale (PCC) rappresenta un ramo della psicologia che si propone l'obiettivo di intervenire nella gestione dei problemi di carattere emotivo.

Dato il suo ampio utilizzo in numerose patologie psichiatriche, è riconosciuta come trattamento di elezione, costituendo un approccio di efficacia maggiore rispetto agli psicofarmaci.

Gli elementi che caratterizzano la PCC sono numerosi e si basano sulla concretezza e praticità: è, infatti, necessario che i problemi psicologici che ci proponiamo di risolvere siano reali e risolubili nel breve termine. Il concetto del passato viene abbandonato per far posto al presente e porre le basi per il futuro: la risoluzione delle difficoltà prende il sopravvento sulla ricerca della causa, fine a sé stessa.

Alla base di questa tecnica c'è un principio che postula una profonda relazione tra pensiero, sensazioni e comportamento, che sottolinea quindi l'inevitabile coinvolgimento emotivo nell'approccio e nella gestione dei propri problemi.

Si sviluppa grazie ad una combinazione tra due diversi tipi di terapia psicologica:

La terapia *cognitiva*, utile per individuare schemi, pensieri abituali e interpretazioni della realtà che sono concausa di sensazioni negative, cosicché si possano correggere. A partire dai primi anni di vita abbiamo imparato a codificare ed interpretare gli stimoli che riceviamo continuamente sia dall'ambiente esterno che interno; questo ha fatto sì che ognuno di noi costruisse una teoria raffigurante tutto ciò che ci circonda, in modo da poter attribuire un senso alla propria esperienza. Il rovescio della medaglia è che questa teoria, in alcuni momenti, può rappresentare una sorta di "obbligo" nel dover per forza conferire un significato in quello che ci sta accadendo, al punto da provocare sofferenza sfociabile in patologia. È qui che interviene la terapia cognitiva, utile per poter riorganizzare il pensiero che il soggetto ha di sé e dell'ambiente, in modo da poter ottenere un comportamento adattivo e correggere l'esperienza emozionale e relazionale.

Il trattamento implica una serie di approcci e procedimenti volti ad aiutare il paziente a modificare il proprio comportamento e a gestire le proprie reazioni, in modo che possa essere in grado di identificare i processi cognitivi anomali. Con tale terapia il paziente viene spronato a riadattare queste cognizioni e i conseguenti comportamenti disadattivi.

La terapia *comportamentale*, nata grazie al contributo importante di Ivan Pavlov (fisiologo ed etologo russo) e di Burrhus Skinner

(psicologo americano) agli studi sperimentali sul condizionamento, pone il focus sul comportamento del soggetto in relazione a sé stesso e all'ambiente esterno, rappresentanti la fonte dei problemi. Questi comportamenti figurano, pertanto, un'attività osservabile, che viene esaminata per rilevare i contesti in cui emergono, si sviluppano o regrediscono tali atteggiamenti. Tramite l'apprendimento di nuove forme di reazione di fronte agli stressor, questo trattamento permette di riscrivere la relazione tra le situazioni stressanti e la propria abituale reazione emotiva e comportamentale nei confronti di tali eventi. Assumono notevole importanza anche le tecniche di meditazione e rilassamento del corpo e della mente, che aiutano nella riflessione e nel processo decisionale.

L'unione di queste due terapie estremamente efficaci dà vita ad uno strumento potente di gestione e controllo dello stress.

2.1.1.2 STRESS INOCULATION TRAINING

“La procedura denominata Stress Inoculation Training è un intervento psicoterapeutico per affrontare e gestire lo stress e le sue conseguenze disfunzionali elaborato da D. Meichenbaum (1985), figura eminente della psicoterapia cognitiva statunitense”⁵.

Appare ormai chiaro come lo stress sia assolutamente soggettivo: l'interpretazione dell'evento, più dell'evento in sé, determina nel soggetto un turbinio di emozioni che scaturiscono in una successiva risposta e in un comportamento del tutto personale.

Lo psicoterapeuta, pertanto, pone il focus sui processi psicologici in base a cui l'individuo interiorizza le sue esperienze, che permette di capire come gli stessi eventi, in individui diversi o in momenti diversi, possano generare dei comportamenti differenti.

Lo stress viene, dunque, elaborato come il risultato della combinazione tra variabili provenienti dall'individuo e dall'ambiente che, a seconda di come vengono interpretati, costituiscono diversi livelli di intensità della reazione allo stress.

Più che essere in grado di realizzare delle valide strategie di contrasto e risoluzione di fronte a degli eventi particolarmente stressanti, l'attenzione è posta sulla flessibilità e sulla quantità di metodi che il soggetto è in grado di far emergere dal suo repertorio di abilità.

Si può intuire, pertanto, che le diverse metodologie possono essere orientate direttamente verso il cuore del problema, finalizzate a superare la causa, oppure mirano ad intervenire sulle emozioni che il problema scatuisce. La differenza nasce dalla qualità del quesito stesso: se la situazione può essere modificata l'approccio sarà teso alla risoluzione, altrimenti si opterà per un compromesso, con l'accettazione della condizione e l'orientamento verso la gestione del carico emotivo che ne scatuisce.

La combinazione tra le due tecniche spesso dà esiti più favorevoli.

Il modello di Stress Inoculation Training come primo step richiede che il soggetto acquisisca consapevolezza della propria situazione e delle proprie capacità, che sia in grado di riconoscere i propri comportamenti disadattivi per poterli correggere e riscrivere, ma anche i propri punti di forza da consolidare maggiormente.

È sottintesa la necessità di adattare il regime di coping alle capacità personali del soggetto, prendendo in esame l'attuale situazione e gli eventuali bisogni. La preparazione avviene con gradualità: si inizia da situazioni meno stressanti e spiacevoli per il soggetto e si prosegue aumentandone l'intensità, in modo che l'individuo venga stimolato a reagire in autonomia.

“Analogo al concetto medico di vaccinazione, questa esposizione graduale può immunizzare il soggetto dallo stress, rendendolo abile ad affrontare eventi sempre più minaccianti”⁶.

Lo Stress Inoculation Training viene suddiviso in tre fasi:

1. *Fase educativa*: rappresenta il primo incontro tra il soggetto e il terapeuta, in cui viene effettuato un accertamento e una raccolta delle informazioni e delle esperienze di stress, tramite interviste, autovalutazioni, automonitoraggio e test psicologici, in modo da determinare la qualità delle difficoltà dell'individuo.

Gioca un ruolo fondamentale l'intervista, in cui si andrà ad analizzare, tramite domande dirette, gli eventi che il soggetto percepisce stressanti, le sue reazioni, cosa scatuisce un aumento o una diminuzione della reazione allo stress, quali sono i punti in comune tra i vari comportamenti di fronte alle diverse situazioni stressanti e come questi influenzano la vita quotidiana. Lo scopo è formulare un piano di trattamento e di training personalizzato e in collaborazione con il soggetto.

Successivamente viene chiesto di rivivere l'esperienza stressante tramite un processo basato sull'immaginazione, in modo da poter analizzare le proprie sensazioni, emozioni e sentimenti di fronte a tali eventi.

Ulteriori informazioni vengono raccolte mediante l'automonitoraggio, o “self-monitoring”, ovvero delle registrazioni delle proprie attività, effettuate tre volte al giorno, con particolare attenzione ai sentimenti e alle sensazioni che si provano durante gli episodi stressanti.

La raccolta completa di tutti i dati viene discussa insieme al soggetto, con l'obiettivo di identificare la natura delle sue risposte di fronte ad un'esperienza disturbante e quali sono gli interventi che possono essere attuati.

2. *Fase di acquisizione*: è il momento in cui il terapeuta insegna al soggetto le varie strategie di coping, che dovranno essere autovalutate, per ricercare quelle più adatte al soggetto stesso. Le

varie tecniche proposte non hanno come unico obiettivo la risoluzione dell'evento stressante, quanto piuttosto l'incremento della capacità di riconoscere un elemento causa di stress come tale; queste sono quattro:

➤ *Rilassamento muscolare*→ è una tecnica che prevede degli esercizi di respirazione, mirati ad alleviare tensione e ansia, in modo da poter affrontare l'evento stressante con più tranquillità. Viene spiegata al soggetto l'importanza della pratica di questa tecnica, oltre che i momenti opportuni in cui utilizzarla.

➤ *Strategie cognitive*→ rappresenta un insieme di meccanismi che il terapeuta insegna al soggetto per far sì che metta in discussione ogni tipo di "pensiero automatico".

"I pensieri automatici sono come dei flash, sono anche definiti elementi del nostro pensiero di "superficie". Vengono attivati da schemi della mente e sono giudizi ed interpretazioni di eventi; sono sotto la soglia della coscienza e per tale ragione, per rintracciarli occorre attenzione e determinazione, insomma sono individuabili solo attraverso un percorso di indagine attenta e meticolosa"⁷.

Indagare su questo tipo di pensiero permette di effettuare una distinzione tra ciò che è vero e ciò che il soggetto crede che lo sia, in modo da poter migliorare la percezione della realtà.

➤ *Problem-solving*→ letteralmente risoluzione del problema, "è un processo mentale che comprende la scoperta, l'analisi e la soluzione di un problema. L'obiettivo finale del problem solving consiste nel superare ostacoli e trovare un modo per risolvere al meglio tutte le problematiche"⁸.

È costituito da una serie di processi mentali ottenuta da sequenza di domande/azioni che il soggetto deve porre a se stesso:

Qual è il problema? Serve per identificare l'evento stressante, la natura dello stressor e la reazione del soggetto;

Cosa voglio ottenere? Utile per isolare gli obiettivi da raggiungere, che devono essere realistici e possibili;

Cosa posso fare a riguardo? Mira a fornire delle alternative alle proprie azioni;

Cosa potrebbe avvenire? Vale come metodo per considerare le conseguenze e confrontarsi con persone che affrontano situazioni simili;

Qual è la mia decisione? Serve per selezionare tutte le possibili strategie, valutando ogni aspetto, in modo da ottenere una piramide di azioni alla cui base poniamo le più attuabili fino ad arrivare alle meno concretizzabili;

Ci proverò! Tentare la soluzione più realizzabile, con la consapevolezza di poter cadere in errore, ma premiandosi anche solo per aver provato;

Ha funzionato? È l'ultima domanda che il soggetto si pone per valutarci e verificare l'esito delle sue azioni.

➤ *Addestramento all'auto-istruzione* → è una pratica che viene effettuata dal terapeuta per insegnare al soggetto ad auto-interrogarsi quando si trova di fronte a degli eventi stressanti, in modo da poter controllare emozioni e pensieri negativi, riconoscere le proprie capacità nell'affrontare la situazione e farvi fronte nel miglior modo possibile, riflettendo sui propri comportamenti.

3. *Fase di applicazione*: il soggetto viene incoraggiato a “spiccare il volo”, ovvero applicare nella realtà le tecniche e i metodi discussi precedentemente, senza mai interrompere né il trattamento, né la sua valutazione.

2.1.1.3 PSICO-EDUCAZIONE

Ultimo approccio della fase pre-critica, la psico-educazione è considerata un utile strumento per il trattamento dei disturbi psichici. Si fonda sul presupposto che una corretta educazione del soggetto

riguardo la propria patologia, e quindi diagnosi, prognosi e possibilità di trattamento, favorisce una migliore accettazione della condizione e, di conseguenza, l'ottenimento di un adeguato livello di compliance.

Così come viene effettuata un'educazione pre-operatoria nel paziente che deve essere sottoposto ad un intervento chirurgico, anche il soggetto con disturbi psichici e i suoi caregivers vengono preparati al meglio per essere in grado di gestire il contesto, in quanto una maggior consapevolezza non solo della patologia, ma anche degli interventi che si dovranno effettuare, dei vari trattamenti, dei sintomi che potrebbero manifestarsi e anche delle tempistiche, rendono il soggetto attivo in tutto il percorso che dovrà svolgere.

L'obiettivo primario di questa strategia, infatti, è quella di migliorare la qualità di vita dell'individuo e della sua famiglia, oltre che l'andamento della malattia, per prevenire ricadute ed essere in grado di consolidare le proprie abilità nella gestione della crisi.

Una stabile relazione tra il soggetto, la famiglia e il terapeuta è molto importante e dev'essere fondata sulla comunicazione e sull'empatia, per ottenere la massima collaborazione. Vengono effettuati sia degli incontri individuali che di gruppo, secondo le necessità del caso, rivolte non solo ai pazienti, ma anche ai familiari o ai caregivers, fondamentale risorsa per il paziente stesso.

2.1.2 FASE PERI-CRITICA

Rappresenta il momento centrale dell'avvenimento critico, in cui viene offerto supporto psicologico immediato e diretto sulla scena dell'evento. In questa fase prendono parte numerosi processi, tra cui Psychological First Aid, o Primo Soccorso Psicologico, Demobilization/Defusing e Debriefing, costituiti da protocolli facilmente applicabili, immediati ed efficaci.

Questi piani di risposta allo stress devono essere attuati da personale qualificato e ben addestrato, il cui scopo è aiutare la vittima, sia di primo che secondo grado, a gestire correttamente le proprie reazioni di fronte a degli stressor nocivi. Il primo passo dopo un critical incident è disinnescare lo stress acuto e permettere il soggetto a sviluppare resilienza, ovvero la capacità di far fronte agli eventi più gravi con atteggiamento positivo.

Nella tabella riportata qui di seguito vengono schematizzati i trattamenti utilizzati in questa specifica fase, poi successivamente approfonditi:

	<i>Primo supporto psicologico</i>	<i>Demobilization/ Defusing</i>	<i>Debriefing</i>
<i>Definizione</i>	Primo sostegno umano e pratico a chi ha vissuto un incidente critico	Riunione di un gruppo di persone che hanno vissuto la stessa esperienza traumatica	Incontro di gruppo costituito da una serie di procedimenti per spronare i partecipanti a condividere la propria esperienza critica
<i>Obiettivi specifici</i>	Indirizzare la vittima alle strutture di supporto momentaneo, al fine di ottenere autocura	Separare le emozioni della vita lavorativa da quella privata; alleviare i sintomi dell'esperienza prima di tornare a casa	Comprendere il perché delle proprie reazioni e correggere eventuali comportamenti disadattivi
<i>Approccio terapeutico</i>	Osservare l'ambiente per valutarne la sicurezza; ascoltare attivamente la vittima; mettere in contatto il soggetto con la famiglia e con i servizi di supporto	Introduzione all'attività da svolgere; esplorazione interiore e personale delle proprie emozioni per poterle condividere; informazione sulle possibili reazioni/emozioni che potrebbero emergere successivamente	Introduzione al protocollo e al team; fase del fatto, ovvero dell'esperienza critica comune; fase del pensiero; fase della reazione; fase dei sintomi; fase della formazione; fase del reinserimento nella società e ritorno alla vita quotidiana.

Tabella 2.

2.1.2.1 PRIMO SUPPORTO PSICOLOGICO

Rappresenta un aiuto umano, un pratico e consolidato sostegno offerto a chi, recentemente, ha vissuto un evento particolarmente grave. Viene generalmente effettuato sul luogo dell'incidente, ma anche in luoghi di accoglienza come i centri di salute, le scuole o le case di accoglienza. Di qualsiasi luogo si tratti, è molto importante che ci siano adeguate condizioni di sicurezza, in cui la vittima si sente al sicuro e vengono rispettati i suoi diritti di persona, la sua dignità e la sua privacy.

Il Primo Supporto Psicologico (PSP) prevede un sostegno basato principalmente sull'ascolto attivo, su una funzionale comunicazione e sul conforto: è necessario infatti che la vittima si senta libera di esprimersi senza che abbia il timore di essere giudicata, ma piuttosto compresa, supportata e protetta da ulteriori danni. Lo scopo di questo metodo è aiutare la vittima ad avere accesso non solo ad un supporto psicologico, ma anche sociale, materiale ed emotivo, ed essere in grado di far emergere le sue capacità di autocura e autosostentamento.

Nel considerare la reazione della persona di fronte all'evento critico non bisogna soffermarsi solo ad un supporto psicologico, ma è necessario ampliare l'indagine a livello globale, valutando anche l'aspetto sociale, economico, emotivo e relazionale. Ogni contesto culturale può difatti risultare differente e, di conseguenza, è necessario adattare il trattamento in modo appropriato in base alla cultura, all'età, al sesso e al credo religioso; in questo modo la persona si sentirà più a suo agio nel parlare dei propri sentimenti e delle proprie emozioni e la comunicazione sarà più efficace.

Chi vive un incidente critico può trovarsi in forte stato di shock, essere ansioso o confuso, pertanto è importante che il terapeuta mostri calma

e aiuti il soggetto a esprimersi come e quando ritiene opportuno, senza alcun tipo di forzatura. Non è scontato che il paziente sia propenso a raccontare la sua storia, ma anche il silenzio rappresenta una forma di comunicazione, utile per dare spazio all'assistito e farlo sentire compreso.

Quando si sentirà pronto a parlare sarà necessario trovare un posto tranquillo, in cui venga rispettata la sua privacy e si senta a suo agio, per favorire la comunicazione.

“I tre principi di azione di base del PSP sono osservare, ascoltare e mettere in contatto. Questi principi aiutano ad inquadrare la situazione di crisi e ad affrontarla in condizioni di sicurezza, ad avvicinare le persone colpite comprendendone i bisogni e mettendole in contatto con gli aiuti concreti e con le informazioni”⁹.

Osservare l'ambiente per valutarne la sicurezza e ricercare chi ha bisogno di aiuto immediato. Le situazioni di emergenza possono essere molto variabili, per cui non necessariamente quello che ci è stato comunicato corrisponde a quello che ci troviamo di fronte; è essenziale prendersi dei secondi per accertarsi delle condizioni di sicurezza prima di proseguire. Successivamente identificare chi ha bisogno di aiuto immediato e chi potrebbe usufruire del PSP.

Ascoltare con molta attenzione la persona che si sta aiutando permette di comprendere la situazione e di far fronte nel miglior modo possibile e nel minor tempo ai suoi bisogni e necessità. Con l'ascolto attivo ci si pone anche l'obiettivo di aiutare la persona a stare calma e mantenere uno stato di lucidità, per poter essere maggiormente in grado di affrontare l'evento.

Mettere in contatto la persona con la propria famiglia ed indirizzarla al supporto sociale, in modo da essere informati sull'accaduto e adempiere ai bisogni di base. È necessario educare la vittima a riacquistare il controllo della situazione e della propria vita

tramite l'identificazione dei bisogni, la definizione della priorità e l'aiuto nel loro raggiungimento, in modo da rafforzare la sua capacità di management. Anche fornire informazioni può essere di grande aiuto, in quanto aiuta la vittima ad assumere maggiore consapevolezza della situazione ed essere rassicurata sulla propria sicurezza e quella della sua famiglia, oltre che ottenere indicazioni sui servizi disponibili.

2.1.2.2 DEMOBILIZATION / DEFUSING

Sia Defusing che Demobilization sono interventi rivolti al gruppo, più che all'individuo, in quanto è necessario che i partecipanti della stessa squadra si confrontino e condividano le proprie emozioni derivanti dall'incidente critico. Non è l'operatore singolo ad aver lavorato ed affrontato la situazione, quanto piuttosto l'insieme degli operatori che costituiscono la squadra, importante punto di riferimento per i suoi membri.

La Demobilization rappresenta una forma di colloquio molto breve effettuato dopo che l'evento critico si è concluso ed è rivolto a tutte le persone che sono state coinvolte. L'obiettivo è essere "smobilitati", ovvero tracciare un confine tra le emozioni provate in ambito lavorativo e quelle di vita quotidiana. A tal fine è importante indirizzare i partecipanti ad adottare procedure di "self-help" e porre maggiore riflessione sulle possibili reazioni emotive dopo aver vissuto un critical incident. Una delle tecniche maggiormente utilizzate consiste svestizione degli abiti professionali per indossare quelli civili, come un rito di passaggio che permette di marcare maggiormente la distinzione tra lavoro e vita privata.

"Il Defusing consiste nella riunione di un ristretto numero di individui che partecipano o hanno partecipato all'assistere le vittime di un evento critico. L'incontro si svolge immediatamente dopo che si sia conclusa l'attività e prima di lasciare il luogo dell'evento"¹⁰. L'obiettivo

è riuscire ad lenire gli esiti di un'esperienza risultata dolorosa prima di ritornare alla quotidianità. Viene generalmente effettuato entro le 24 ore dall'accaduto, mai oltre le 36 ore, ha una durata 30-40 minuti ed è articolato in tre fasi:

Introduzione, in cui vengono appunto introdotte le attività che verranno effettuate e gli obiettivi da raggiungere. È molto importante tranquillizzare i partecipanti non solo riguardo la privacy che verrà garantita loro, ma anche sulla natura del defusing come un'occasione di confronto e non un metodo di processo, né una ricerca della colpevolezza.

Esplorazione, in cui tutti i membri del gruppo esplorano i propri sentimenti ed emozioni e vengono incoraggiati ad esprimersi liberamente, rispettando gli interventi e le emozioni altrui, senza paura di essere giudicati; è necessario anche imparare a rispettare il silenzio e non obbligare nessuno a parlare se non vuole. Lo scopo è appunto la condivisione degli eventi, capire che nessuno verrà abbandonato a sé stesso e non si è da soli nell'affrontare tale situazione: un peso da portare sulle spalle diventerà più leggero se verrà diviso tra più persone.

Informazione, ultima fase in cui i partecipanti vengono informati sulle possibili reazioni post-traumatiche che potrebbero sperimentare e sulla distinzione tra reazioni normali e patologiche, con la definizione dei possibili sintomi che potrebbero comparire. Verranno fornite ulteriori informazioni anche riguardo le modalità di contatto con i servizi di supporto.

Alla fine di questi interventi i partecipanti dovranno aver acquisito maggiore abilità nell'autogestione e nella cura di se stessi ed essere in grado di trovare le risposte ai propri problemi.

2.1.2.3 DEBRIEFING

Diversamente dal Defusing, il Debriefing è un protocollo più rigido e composto da una successione di fasi maggiormente articolate. Tale protocollo viene svolto nella relativa immediatezza dell'evento, ovvero 24-76 ore dopo, e per questo viene considerato come un pronto soccorso emotivo. L'incontro dura circa 2-3 ore e, per una migliore riuscita, coinvolge un numero limitato di partecipanti, all'incirca 15-20 persone.

La sua origine risale all'ambiente militare, in quanto veniva utilizzato dopo una missione per chiamare a rapporto un soldato e interrogarlo sugli eventi accaduti durante il combattimento; grazie a ciò, si è reso possibile scoprire come gli stessi eventi venivano interpretati diversamente e come la reazione ad un evento stressante fosse del tutto soggettiva.

Oggi il termine debriefing ha assunto il significato di integrazione, il cui scopo è aiutare le persone ad affrontare gli eventi critici.

È costituito da una serie di procedimenti in cui si invitano i partecipanti a riflettere sugli eventi accaduti, sulle proprie emozioni e sensazioni, su cosa si è imparato e sulle azioni che potevano essere svolte.

Nell'ambito dell'emergenza psicologica, il debriefing è indirizzato principalmente ai professionisti d'aiuto, ovvero gli operatori sanitari, che praticano in ambienti critici. L'obiettivo è quello di ridurre il più possibile l'incidenza che il fattore stressante può apportare non solo alla vita lavorativa, ma anche a quella privata, in modo da evitare di creare un accumulo di stress, sempre meno gestibile e sempre più patologico, fino a giungere ad un disturbo post-traumatico da stress. In relazione ad un incidente critico si parlerà di CISD, ovvero Critical Incident Stress Debriefing.

2.1.2.3.1 DEFINIZIONE CISD

Il Critical Incident Stress Debriefing è un protocollo ideato da J. Mitchell che consente di far luce sulle proprie emozioni e reazioni di fronte ad un trauma. È molto importante che questo protocollo venga sottoposto il prima possibile, in quanto con il passare del tempo diventa sempre meno efficace. Numerosi studi psicologici hanno difatti confermato che gli individui a cui viene fornita assistenza tramite debriefing nelle prime 24-48 ore successive all'evento critico, hanno meno probabilità di incorrere in crisi, sia di breve che di lunga durata, o in traumi psicologici.

Un intervento di tale tipologia è fondamentale nelle persone che hanno subito un trauma psicologico, in quanto, spesso, gli eventi che ne conseguono sono concausa di un'alterazione delle capacità comunicative, sociali, relazionali e comportamentali.

Tale deterioramento rappresenta "l'avversario" contro cui il Debriefing combatte: uno degli obiettivi principali è infatti è preservare la salute mentale e prevenire i comportamenti disadattivi.

Alla base di questo intervento deve esserci un'efficace comunicazione: il soggetto che ha subito un trauma deve avere la possibilità di esternare i propri pensieri e le proprie sensazioni e confrontarle con le persone che hanno subito lo stesso incidente critico, al fine di comprenderli e riadattarli.

2.1.2.3.2 CARATTERISTICHE DEFINENTI

Il Critical Incident Stress Debriefing è una parte essenziale del protocollo sulla gestione dello stress da eventi avversi (CSIM); a sua volta il CISD è formato da una serie di peculiarità che lo caratterizzano:

La tempistica rappresenta un requisito molto importante, poiché, con il passare dei giorni, i ricordi tendono ad essere meno

precisi; è quindi consigliato intervenire dopo 24-48 ore dall'evento, per permettere al soggetto di metabolizzare l'accaduto ed essere in grado di esporre le proprie emozioni con maggiore tranquillità. A seconda della complessità dell'evento, del numero di partecipanti e dall'abilità del terapeuta di creare un ambiente adatto in cui sentirsi al sicuro, gli interventi hanno durata che varia da 45 minuti a 3 ore.

Il contesto è anch'esso parte fondamentale della terapia. Un ambiente tranquillo, senza distrazioni o rumori, in cui ci sia la possibilità di sedersi intorno ad un tavolo rappresenta il setting ideale in cui svolgere il debriefing. Anche la presenza di snack o bevande calde può essere d'aiuto per mettere a proprio agio i partecipanti. Molto importante è garantire la libertà a ciascun membro del gruppo di poter entrare o uscire dalla stanza senza impedimenti.

Il debriefer è colui che conduce l'incontro di debriefing. Anche se non consiste in una terapia psichiatrica tradizionale, è però necessario che il conduttore abbia una formazione specifica e una certa abilità nell'entrare in empatia con i partecipanti. Viene spesso affiancato da un "co-debriefer" che valuta l'incontro, monitora i partecipanti e partecipa al mantenimento di un ambiente adatto. Insieme gestiscono la seduta, annotano le dinamiche del gruppo, dedicano il tempo necessario a ciascun soggetto, soprattutto se risulta particolarmente turbato e forniscono una valutazione finale dell'incontro ai membri del gruppo.

Gli obiettivi del debriefing sono molteplici: all'obiettivo primario di salvaguardare la psiche di chi è stato vittima di un trauma conseguono una serie di propositi, mirati a raggiungere o mantenere tal fine e con lo scopo di prevenire l'insorgenza della sintomatologia propria del disturbo post-traumatico da stress. Riassumendo, gli obiettivi del CISD sono:

Garantire una riduzione dello stress derivante dall'evento critico tramite ascolto attivo, conversazione e comunicazione efficace;

Favorire l'insorgenza e il mantenimento di legami empatici tra il conduttore e i partecipanti e tra i partecipanti stessi per permettere di combattere l'isolamento sociale che spesso segue ad un evento critico;

Fornire informazioni circa la gestione autonoma dello stress e aiutare i partecipanti a comprendere ed interpretare le reazioni stress-resulting;

Creare dei rapporti ed aumentare la collaborazione con gli enti sanitari, lavorando in sinergia.

2.1.2.3.3 LE FASI

Il Debriefing è un protocollo piuttosto articolato, formato da una serie di punti interdipendenti, che si susseguono secondo un ordine ben preciso, schematizzata nella seguente tabella e successivamente approfondita:

<i>FASI DEL CISD</i>	
<i>Introduzione</i>	Presentazione del team, della finalità e delle modalità della sessione. Vengono stabilite delle regole da rispettare. Il conduttore mette a proprio agio il gruppo di partecipanti.
<i>Fase del fatto</i>	Si ricostruisce l'accaduto da ogni prospettiva
<i>Fase del pensiero</i>	Vengono poste domande per individuare i pensieri delle vittime durante l'incidente
<i>Fase della reazione</i>	Si chiede al gruppo di condividere le sensazioni provate durante l'incidente e quelle attuali
<i>Fase dei sintomi</i>	Vengono valutati i sintomi fisici, emotivi e cognitivi provati prima, durante e dopo il trauma

<i>Fase della formazione</i>	Vengono insegnate tecniche di gestione dello stress
<i>Fase del reinserimento</i>	Il gruppo viene reinserito nella società per tornare alle normali funzioni.

Tabella 3.

INTRODUZIONE

Rappresenta la prima e importantissima fase in cui il debriefer spiega le finalità della seduta e le modalità con cui si svolgerà. Una introduzione molto accurata già dall'inizio permette che non ci siano incomprensioni e fa sì che le possibilità di riuscita siano maggiori. Il debriefer si presenta e introduce il team (collaboratori, co-leader e personale addetto) al gruppo, sottolineando i ruoli che ciascuno ricopre.

Viene utilizzato uno schema verbale definito precedentemente, tramite cui il debriefer informa il gruppo sulle regole da seguire per far sì che il protocollo funzioni e per ottenere massima collaborazione.

In questa fase ciascun membro del gruppo si presenta e racconta brevemente l'esperienza vissuta agli altri partecipanti, che ascolteranno con attenzione e in silenzio. Il debriefer assicura che nessuno si senta obbligato a esporre se non si sente pronto e nessuno dovrà ribadire tale decisione. Inoltre verrà sottolineata l'assoluta importanza che la privacy ricopre e il senso di riservatezza che ognuno dovrebbe mantenere.

La natura del debriefing è porre in luce le proprie emozioni, pertanto il conduttore chiarirà che non ci sarà nessuna ricerca di colpevolezza né tantomeno giudizi o critiche; ciò fa sì che i membri si sentano maggiormente liberi di esprimersi e, allo stesso tempo, impedisce che si possa puntare il dito contro qualcuno.

Ognuno dovrà limitarsi a parlare delle proprie emozioni e sensazioni senza esprimere pareri su quelle degli altri, in modo che ognuno si senta coinvolto e che sia in grado di assumersi la responsabilità delle proprie reazioni.

Durante questo primo passaggio è possibile che alcuni componenti vengano colpiti da crisi d'ansia o malessere generati dal dolore nel rievocare un particolare ricordo: il conduttore, pertanto, chiarisce che si tratta di una reazione molto comune e rassicura che chiunque voglia potrà uscire dalla stanza e sarà accompagnato da un membro del team.

FASE DEL FATTO

A questo punto del debriefing l'attenzione è posta sull'evento, per cercare di ricostruirlo nella sua interezza. A turno, si chiede ad ogni membro del gruppo di esporre la propria esperienza, in che modo è implicato nell'evento e in che successione si sono svolti i fatti secondo il proprio punto di vista.

L'obiettivo di questa fase è cercare appunto di ricostruire gli eventi secondo ogni prospettiva, per avere un quadro più completo e generale; ciò è possibile soltanto se ognuno racconta la sua versione, in quanto può capitare che qualcuno dia più importanza ad una particolare circostanza della situazione piuttosto che ad un'altra, che i punti di osservazione siano diversi oppure che non tutti i partecipanti abbiano vissuto le stesse fasi dell'incidente, rischiando perciò di perdere dei momenti salienti.

La riorganizzazione dell'evento permette di osservarlo in modo integrale ed essere quindi maggiormente compreso e, di conseguenza, lo rende più facilmente affrontabile.

FASE DEL PENSIERO

Dopo aver aiutato a ricostruire l'accaduto, il debriefer pone l'attenzione sull'aspetto emotivo e cognitivo dei partecipanti. Vengono poste loro delle domande per ricercare l'origine delle proprie emozioni.

Chiedere qual è stato il primo pensiero quando hanno capito di trovarsi in una situazione critica, infatti, può aiutare a comprendere le preoccupazioni, i sentimenti e le emozioni che si sono scatenati in quegli attimi. Il primo passo per accettare il proprio stato d'animo e

cercare di ottenere un miglioramento delle proprie reazioni è comprendere perché ci si è comportati in una determinata maniera e cosa ha impedito di agire diversamente.

Anche i sensi hanno un impatto fondamentale: ciò che si è visto, sentito, toccato o percepito può riportare alla mente immagini flashback, sensazioni o pensieri sgradevoli, che rendono il superamento del trauma più complicato.

Parlare di tali ricordi e rapportarli con quelli delle altre vittime può aiutare a renderli meno forti e invadenti, ad essere riprocessati come una caratteristica comune e non individuale e, quindi, ad essere elaborati con più facilità

FASE DELLA REAZIONE

In questa fase più delicata si tenta di approfondire le risposte dei singoli soggetti al trauma. Non bisogna sottovalutare la sofferenza che la vittima prova nel raccontare dei propri pensieri o emozioni, ma è necessario che vengano affrontati prima possibile, poiché, in futuro, l'interiorizzazione di particolari sentimenti potrebbe essere concausa di seri danni psicologici.

Il conduttore del debriefing, tramite domande specifiche, sprona i partecipanti a condividere le proprie sensazioni e a comprendere perché abbiano reagito in un determinato modo.

È importante che ognuno esprima le proprie emozioni senza essere forzato e senza timore di essere criticato; piuttosto, il team dovrà creare delle occasioni di empatia, in cui, con semplici gesti come un abbraccio o una pacca sulle spalle, ci si offre sostegno vicendevolmente.

In molti pensano che parlare di sentimenti voglia dire mostrarsi deboli, ma non c'è nulla di più difficile che approfondire se stessi ed esporsi pubblicamente; perciò è importante che ognuno venga rispettato e supportato, soprattutto da chi ha vissuto la stessa situazione. In questi momenti può capitare che chi sta raccontando si senta fragile e voglia uscire dalla stanza: non deve essergli impedito assolutamente, ma un

componente del team lo accompagnerà fuori per accertarsi che stia bene e lo inviterà a rientrare con calma.

Un occhio di riguardo in più dovrà essere posato anche su chi si mostra schivo e restio alla comunicazione, restando in silenzio; è probabile che sia una persona che soffre molto e che necessita di maggior aiuto. Sarebbe quindi opportuno avvicinarsi con discrezione e offrire un sostegno individuale, escluso dal debriefing.

FASE DEI SINTOMI

Giunti a questo livello, la conversazione verrà spostata sui sintomi: alle vittime verrà chiesto di descrivere con dettagli segni fisici come tachicardia, tremore, dolore, acufene, sudorazione, pallore, cianosi, ma anche sintomi emotivi e cognitivi quali paura, adrenalina, angoscia, ansia, preoccupazione, rabbia, timore, incredulità, aggressività, scandendo, il più precisamente possibile, gli attimi in cui hanno provato tali sensazioni.

È importante, infatti, non soffermarsi unicamente alla descrizione di ciò che si è provato durante l'evento, ma anche quello che è accaduto nell'immediato post-trauma, come si sono sentiti quando sono ritornati a casa, come hanno affrontato i giorni seguenti e cosa percepiscono al momento del racconto dell'esperienza traumatica. Spesso accade che nell'immediatezza del trauma la vittima si trovi sotto uno stato di shock talmente forte da non percepire alcuna emozione: è per questo motivo che il debriefing viene consigliato dopo 24-48 ore, in modo da concedere del tempo per metabolizzare le proprie emozioni.

FASE DELLA FORMAZIONE

Una volta che ognuno ha concluso la propria esposizione, il debriefer cercherà di riepilogare tutte le emozioni, sensazioni e, soprattutto, i comportamenti che sono stati assunti dai partecipanti durante l'incidente.

Cercando dei punti in comune tra i racconti, il conduttore dimostrerà quanto simili possono essere le reazioni tra le vittime e, quindi, in

realtà, normali. I membri verranno informati riguardo le sensazioni che potrebbero provare nei mesi successivi, che con il passare del tempo si affievoliranno, e verranno educati a utilizzare delle tecniche per gestire lo stress; inoltre verrà sottolineata l'importanza di non incorrere in atteggiamenti negativi, quali l'abuso di alcolici o l'assunzione di sostanze stupefacenti.

L'educazione e la formazione permetteranno alla vittima di sentirsi maggiormente coinvolta nel processo di guarigione e quindi di collaborare e seguire le indicazioni che le sono state fornite.

FASE DEL REINSERIMENTO

Passo conclusivo del protocollo, si pone l'obiettivo di reinserire la vittima nella quotidianità della propria vita, prima che venisse sconvolta. Per affrontare un trauma, è importante che il soggetto non resti bloccato nel passato, ma che faccia progetti per il futuro e si ponga obiettivi da realizzare.

Anche la società svolge un compito essenziale: il supporto della famiglia, dei gruppi di sostegno, ma anche di amici e colleghi favorisce il ritorno alla normalità.

Questa fase del debriefing rappresenta l'ultima possibilità dell'intero gruppo dei partecipanti di confrontarsi, ascoltarsi, chiarirsi, affrontare problemi irrisolti e concludere l'esperienza. Alla fine, tutti dovranno andar via con il cuore più leggero e l'animo più consapevole.

2.1.3 FASE POST-CRITICA

Rappresenta la parte del protocollo di più difficile attuazione, non perché sia costituita di trattamenti o interventi di per sé difficoltosi, ma perché richiede che chi sta effettuando un protocollo di gestione dello stress sia stato costante nello giungere fino a questo punto e sia pronto ad effettuare nuovi passi.

Potrebbe accadere che alcune delle vittime del trauma si sentano demoralizzate, stanche e pessimiste perché non hanno ottenuto i risultati che speravano; è importante incoraggiarle a non rinunciare e spronarle invece a terminare il percorso. In quest'ultimo step del protocollo CISM andremo ad esaminare nel dettaglio le tecniche e le strategie che saranno da ausilio ai partecipanti per poter gestire in autonomia emozioni, sensazioni, sentimenti e reazioni provate prima, dopo e durante lo sviluppo dell'evento traumatico.

2.1.3.1 FOLLOW-UP

Letteralmente "azione supplementare" il follow-up rappresenta un'integrazione delle procedure precedentemente descritte. Ogni volta che viene fornito un intervento del protocollo CISM, quale Defusing, Demobilization, Debriefing, è necessario assicurarsi che vengano erogati i servizi di follow-up.

Vengono generalmente forniti dal team che precedentemente ha condotto le varie fasi del management; si tratta di sessioni di incontro sia individuali che di gruppo effettuate per monitorare i progressi. Oltre alle riunioni esistono altri servizi di follow-up come telefonate, visite sul posto di lavoro, rinvio a contatti professionali o ad altri programmi di sensibilizzazione, contatti con i familiari se i partecipanti lo richiedono.

A seconda dei casi potrebbe essere necessario consultare un supervisore. Per finalizzare l'intervento generalmente sono sufficienti tre contatti di follow-up. Tutti i partecipanti alle sedute riceveranno almeno due telefonate o visite entro e non oltre le 48 ore dopo la conclusione della sessione di debriefing; è necessario ripetere l'operazione anche 21 giorni dopo la conclusione del colloquio.

Potrebbe essere necessario incorrere in un'ulteriore sessione di debriefing, che può coinvolgere solo una parte o la totalità del gruppo, se i partecipanti ne esprimono l'esigenza o se il conduttore ritiene

opportuno effettuare interventi aggiuntivi. Infine, verrà stabilito un successivo follow-up in occasione dell'anniversario dell'evento critico, per osservare l'evoluzione che sia il singolo individuo, che il gruppo, hanno riscontrato in seguito al completamento del percorso.

2.1.3.2 PSICOTRAUMATOLOGIA

Consiste in un ramo della psicologia dell'emergenza che si occupa del trauma psicologico sia a livello psicologico che psichiatrico.

Viene effettuata quando le reazioni che una persona esposta ad un evento potenzialmente traumatico non sono transitorie, ma evolvono in un vero e proprio disturbo articolato; emozioni estremamente intense, perdita del controllo, senso di inadeguatezza possono causare un trauma psichico con alterazione permanente delle capacità funzionali e adattive della vittima.

In questo caso il trauma provocato ha un'intensità esponenziale e, anche se la persona non lo ha vissuto in prima persona, la situazione la fa evolvere in una vittima primaria, pertanto il protocollo CISM non può essere applicato e dovrebbe essere suggerito l'intervento di uno specialista.

3 MATERIALI E METODI

3.1 OBIETTIVO:

Raccogliere le evidenze più recenti in letteratura primaria e secondaria al fine di conoscere l'efficacia del CISM per la gestione dello stress derivante da un evento critico e il ruolo che l'infermiere ricopre in questo ambito.

3.2 QUESITI DI RICERCA:

- Il CISM viene utilizzato come gold standard della gestione psicologica degli eventi critici?
- Il Debriefing è efficace nella gestione dello stress?
- Quali sono le variabili che influenzano l'efficacia del debriefing?
- Che ruolo ricopre l'infermiere nel protocollo CISM?

3.3 DISEGNO DELLO STUDIO E STRATEGIA DI RICERCA:

Per rispondere ai quesiti di ricerca è stata effettuata una revisione della letteratura di studi primari e secondari riguardo l'efficacia del CISM e del CISD nel miglioramento dello stress indotto da situazioni critiche.

Sono state consultate le banche dati PubMed e Google Scholar.

Per condurre la revisione della letteratura è stato prodotto il seguente PIO:

	PAROLE CHIAVE:	KEYWORDS:
P	Vittime secondarie Infermieri	Secondary victims Nurses
I	CISM	CISM
O	Miglioramento/guarigione	Healing/ improvement

Tabella 4

Per la stesura del mio elaborato sono state raccolte informazioni tratte dalla ricerca condotta sui principali database contenenti articoli scientifici pubblicati in merito all'argomento, quali PubMed, Cochrane Library, FNOPI e Google Scholar.

Esclusa dalla ricerca la letteratura grigia, privilegiata dalla letteratura degli ultimi 10 anni.

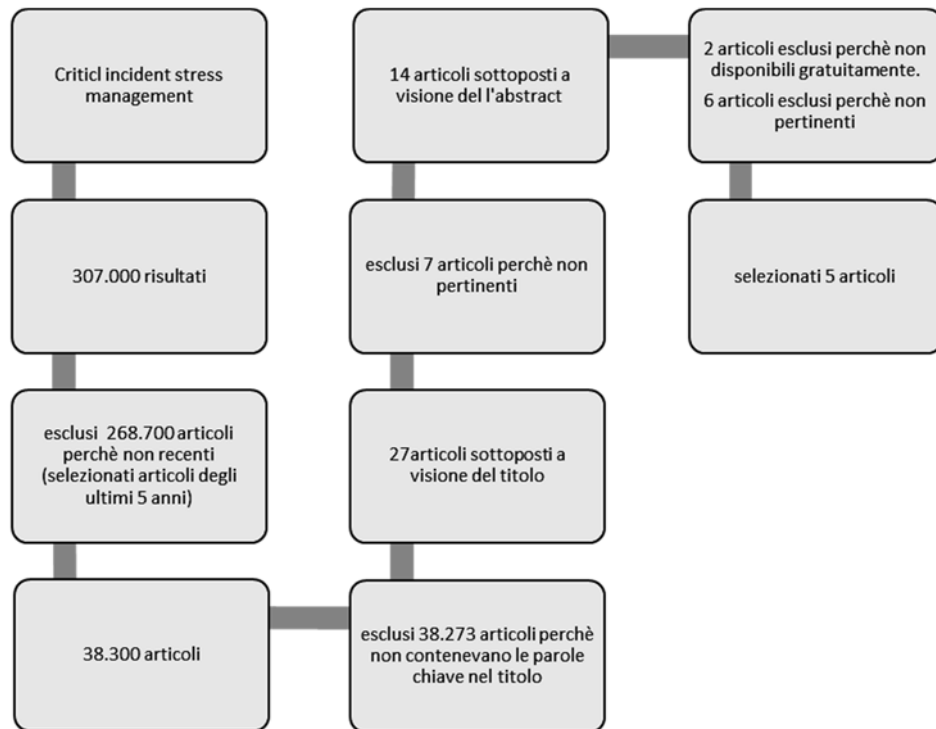
Le parole chiave per la revisione della letteratura e gli articoli reperiti sui database consultati sono state utilizzate come termini liberi combinandole con gli operatori booleani e i caratteri jolly e sono schematizzate nella seguente tabella:

BANCA DATI	BARRA DI RICERCA	CRITERI DI INCLUSIONE	N.
Google Scholar	Critical Incident Stress Management	Publicato negli ultimi 5 anni, allintitle.	27
PubMed1	Critical Incident Stress Debriefing	Humans, pubblicato negli ultimi 10 anni, free full text.	541
PubMed2	Critical Incident Stress Management AND Nurs*	Humans, pubblicato negli ultimi 10 anni, free full text.	48
PubMed3	Debriefing AND stress AND nurs*	Humans, pubblicato negli ultimi 10 anni, free full text.	13

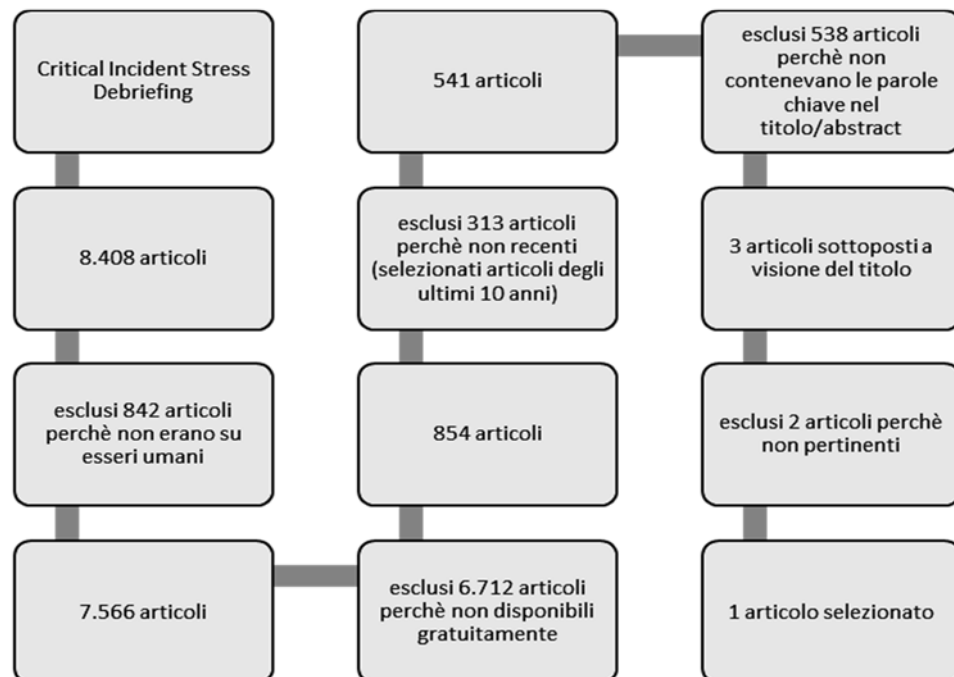
Tabella 5.

3.4 DIAGRAMMA DI FLUSSO DI SELEZIONE DELLA LETTERATURA

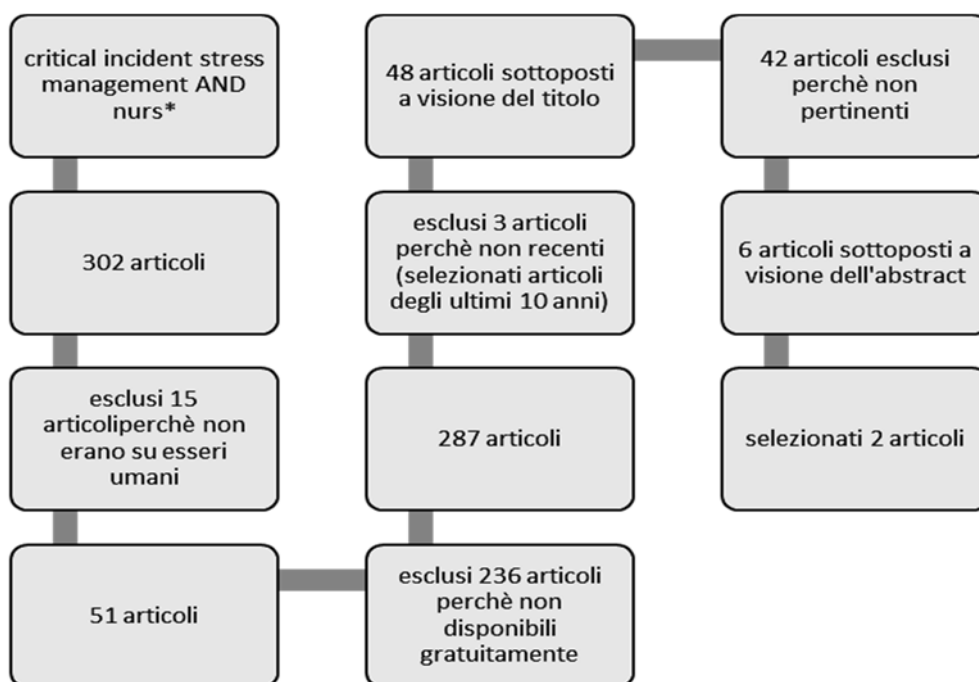
Google Scholar



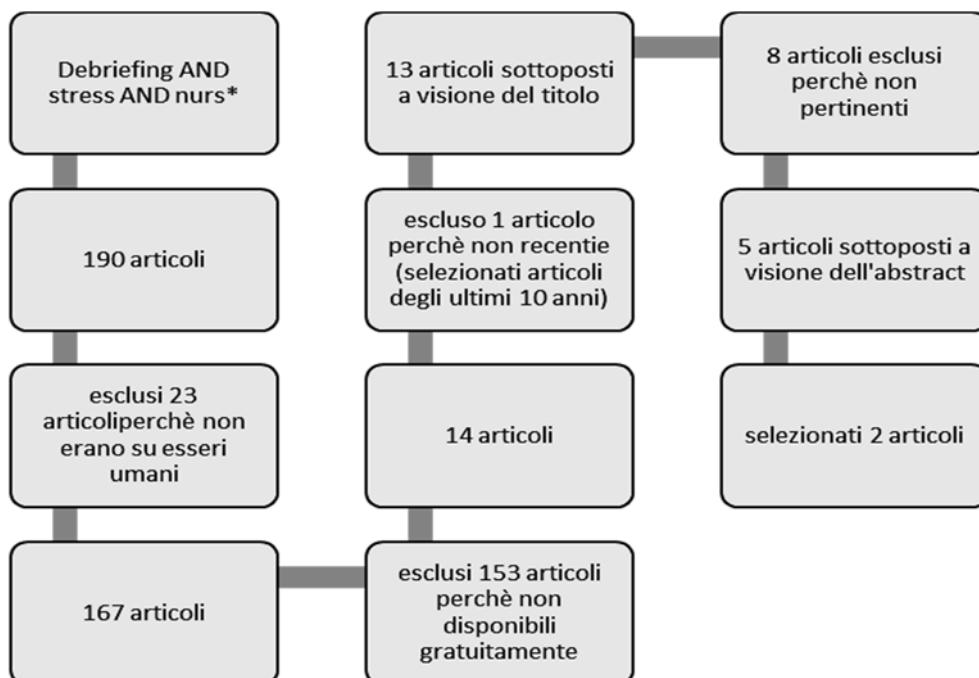
PubMed1



PubMed2



PubMed3



4 RISULTATI

Dalla ricerca in letteratura primaria e secondaria sono stati selezionati 10 articoli. Una sintesi degli studi reperiti è rappresentata dalla seguente tabella:

Autori e Titolo	Anno di pubblicazione	Disegno di studio
Eun-Jung, L., & Jee-Hee, K. Cognitive behavior intervention for critical incident stress management in fire fighters in Korea	2015	Revisione della letteratura
Lesperance, M. Critical Incident Stress Management for First Responders	2017	Studio clinico multicentrico
Slivinski, P. C., & Hickey, J. V. Implementation of a Critical Incident Stress Management Program for Nurse Anesthetists.	2019	Studio pilota
Herman, M. A. Second Victim Support: Critical Incident Stress Management for Healthcare Workers	2015	Revisione sistematica della letteratura
Swab, J. Critical Incident Stress Management: Perspectives on its History, Frequency of Use, Efficacy, and Success	2020	Studio retrospettivo
Harrison, R.	2017	Studio osservazionale

Critical Incident Stress Debriefing After Adverse Patient Safety Events		
De Boer, J., Lok, A., van't Verlaat, E., Duivenvoorden, H. J., & Bakker, A. B. Work-related critical incidents in hospital-based Health care providers and the risk of post- traumatic stress sympoms, anxiety, and depression: A meta-analysis	2011	Metanalisi
Alharbi, H., & Alshehry, A. Perceived stress and coping strategies among ICU nurses in government tertiary hospitals in Saudi Arabia: a cross-sectional study	2019	Studio trasversale
El Khamali, R. et al Effects of a Multimodal Program Including Simulation on Job Strain Among Nurses Working in Intensive Care Units: A Randomized Clinical Trial	2018	Studio clinico multicentrico randomizzato
Beresford, B., Gibson, F., Bayliss, J., Mukherjee, S. Preventing work-related stress among staff working in children's cancer Principal Treatment Centres in the UK: a brief survey of staff support systems and practices	2016	Audit clinico

Tabella 6.

5 DISCUSSIONE

Come evidenziato precedentemente, il Critical Incident Stress Management è un protocollo che ha l'obiettivo di aiutare il personale di emergenza, gli operatori sanitari operanti nelle aeree intraospedaliere, ma anche i soccorritori volontari attivi sul territorio, ad affrontare il trauma fisico e psicologico derivante dall'esposizione ad incidente critico. Gli infermieri rappresentano una categoria fortemente a rischio di subire traumi secondari, in quanto più probabilmente esposti ad avvenimenti avversi e sconvolgenti, a maggior ragione se coinvolti in maxiemergenze. La frenesia che, inoltre, spesso caratterizza il turno "medio" che un infermiere affronta lascia poco spazio all'elaborazione e al recupero dei traumi che può aver subito; ciò può incrementare il rischio di sviluppare il Disturbo Post-Traumatico da Stress, imprudente non solo per il soggetto ma anche per i pazienti.

Uno degli studi inclusi in questa revisione aveva l'obiettivo di promuovere la necessità di cure post incidente critico per gli infermieri e i primi soccorritori e creare una base per ulteriori ricerche in materia (Lesperance, M. 2017).

Si tratta di uno studio clinico multicentrico concentrato sugli operatori sanitari provenienti da tre Paesi (USA, Inghilterra e Israele) effettuato nel febbraio del 2017 nella città di Vigo (Indiana).

Da questo studio è affiorato che la pratica di debriefing (CISD) è fondamentale per la cura psicologica del soggetto, ma dev'essere integrata da una corretta preparazione alla gestione dell'evento critico. È, inoltre, emerso quanto può essere favorevole la creazione di un ambiente di lavoro "sicuro", in cui la pratica di ricerca di cure psicologiche non è solo ma accettata, ma incentivata dal datore di lavoro, dimostrando un calo nel numero degli eventi avversi, come il suicidio, che si verificano a causa del trauma.

Da questo studio è stato possibile partire per effettuare una ricerca bibliografica più specifica, prendendo in considerazione pazienti con diagnosi di PTSD.

Dei dieci articoli selezionati, cinque di questi si concentravano sull'applicazione del protocollo CISM nei soggetti affetti da disturbo post-traumatico da stress; una revisione della letteratura (Eun-Jung, L., & Jee-Hee, K. 2015), uno studio multicentrico (Lesperance, M. 2017), uno studio pilota (Slivinski, P. C., & Hickey, J. V. 2019), una revisione sistematica (Herman, M.A. 2015), uno studio retrospettivo (Swab, J. 2020) e una metanalisi (De Boer, J., Lok, A., van't Verlaat, E., Duivenvoorden, H. J., & Bakker, A. B. 2011).

Lo studio di metanalisi ha dimostrato che gli incidenti critici sono strettamente correlati a sintomi post traumatici da stress, ansia e depressione negli operatori sanitari ospedalieri. Viene inoltre sottolineato che gli operatori sanitari e i loro supervisori dovrebbero essere a conoscenza degli effetti dannosi degli incidenti critici, che potrebbero causare problemi psicologici a livello sociale, occupazionale e in altri importanti settori; ciò potrebbe essere un motivo per ridurre l'orario di lavoro e per ottimizzare il turnover.

Questa ricerca ha anche dimostrato che lo stress da evento critico non è evidente solo tra il personale di emergenza e di terapia intensiva, ma anche tra gli infermieri appartenenti a dipartimenti ordinari, in quanto, in genere, meno preparati ad affrontare un'emergenza e con maggior rischio di ricadere in situazioni stressanti.

A questo punto risulta fondamentale adottare delle misure preventive per riconoscere la necessità di sostegno e stabilire un clima che consente ai lavoratori di esprimere sentimenti e preoccupazioni per il futuro. Inoltre, gli operatori sanitari che necessitano di sostegno devono essere sufficientemente soddisfatti promuovendo il sostegno

tra pari, che è stato dimostrato essere valutato al di sopra del sostegno del datore di lavoro.

A confermare tale tesi è lo studio pilota (Slivinski, P. C., & Hickey, J. V. 2019). La fase 1 del programma è stata condotta per un periodo di cinque mesi, in cui sono stati presi in esame 3 infermieri anestesisti. L'analisi dei dati ha considerato il numero totale di Eventi Critici, la percentuale di persone esposte a un CI successivamente offerto supporto di livello 1 e la frequenza del tipo di CI. 3. Durante il periodo di cinque mesi, si sono verificati tre eventi CI. Due dei tre individui coinvolti nei gli eventi hanno ricevuto supporto come prescritto. La mancata ricezione da parte della terza persona di supporto tempestivo era dovuta a limitazioni della struttura e del personale. Tuttavia, la ricettività iniziale al programma è stata positiva. Il futuro miglioramento del programma ha l'obiettivo di offrire pieno supporto alle persone coinvolte in un CI nel modo più tempestivo. L'attuazione del programma CISM nel periodo di 5 mesi ha identificato che l'avvio di un programma di sostegno tra pari nell'istituzione è stato prezioso per gettare le basi per fornire supporto agli infermieri anestesisti che hanno vissuto un CI.

Sebbene il numero di interazioni del supporto tra pari erano basse, il nuovo programma di supporto ha mostrato che il protocollo CISM era prezioso per gli infermieri anestesisti all'interno dell'organizzazione.

I restanti cinque studi vedevano l'applicazione del protocollo CISM generalizzato a tutte le vittime secondarie, sia civili, che operatori sanitari e forze dell'ordine.

La revisione sistematica della letteratura (Herman, M. A. 2015) mette in evidenza le differenze tra le varie tipologie di vittime. La vittima primaria è il paziente che ha subito l'evento avverso iniziale; la vittima secondaria è l'operatore sanitario coinvolto in un evento avverso imprevisto, che spesso si sente personalmente responsabile del declino delle condizioni del paziente; la vittima terziaria è il paziente

curato dalla vittima secondaria. Questo studio è stato condotto per oltre un anno in un ospedale pediatrico specializzato nel trattamento bambini con malattia grave. Gli autori hanno sviluppato un questionario finale di 30 articoli che ha esaminato 7 campi di risposta e supporto della vittima secondaria, incluso il disagio psicologico, il disagio fisico, il supporto dei colleghi e del superiore, il supporto istituzionale e l'autoefficacia professionale. Dei 281 partecipanti, i tre gruppi più grandi rappresentati erano infermieri (44%), medici (8.5 %) e farmacisti (8,5%). Solo l'1% degli intervistati ritiene che il supporto dei colleghi sia scarso. Il 10,3% degli intervistati ha sofferto di disagio fisico. Il 9,6% degli intervistati ha rivelato intenzioni di turnover correlato alle vittime e il 7,1% presentava assenteismo correlato alla vittima.

Lo scopo di questo studio era di sviluppare il CISM come strumento di indagine per assistere le organizzazioni sanitarie e migliorare il supporto per le seconde vittime. Questo strumento potrebbe anche aiutare le amministrazioni ospedaliere ad individuare aree che necessitano di miglioramento, giustificare l'investimento di risorse e indagare le opportunità che esistono per migliorare l'assistenza nelle loro organizzazioni. Inoltre, fornendo un valutazione di infermieri e medici dopo un evento critico, il CISM può anche essere usato per identificare altri fattori che migliorano l'assistenza ai pazienti dopo un evento critico. Fornire un ambiente positivo e favorevole può portare a maggiore controllo, migliori pratiche di sicurezza e risultati positivi per i pazienti.

Tutte le caratteristiche degli studi descritti sopra e i principali risultati sono riassunti nella seguente tabella:

Autore, Titolo, Anno	Disegno di studio e Obiettivi	Partecipanti	Risultati principali	Conclusioni
Eun-Jung, L., & Jee-Hee, K. Cognitive behavior	Revisione della letteratura. studiare i fattori predisponenti del PTSD nei vigili del	Vigili del fuoco che hanno subito un trauma da incidente critico	Vi sono segnalazioni di disturbo post-traumatico da stress e	Si può affermare che l'obiettivo principale del CISM è la fine dello stato

intervention for critical incident stress management in fire fighters in Korea (2015)	fuoco in Corea e di suggerire lo sviluppo del programma e la soluzione per la gestione dello stress da incidente critico (CISM) in futuro.		depressione nel 10-15% degli agenti di polizia, nel 10-30% dei vigili del fuoco che estinguono gli incendi e nel 45% di quelli esposti a catastrofi.	psicologico a causa di un disturbo da stress esterno.
Lesperance, M. Critical Incident Stress Management for First Responders (2017)	Studio clinico multicentrico per analizzare e interpretare il CIMS e il CISD per i primi soccorritori	Primi soccorritori di tre paesi (USA, Inghilterra e Israele)	La ricerca ha dimostrato che oltre al CISD è molto importante il corretto addestramento e preparazione alle emergenze.	I concetti sia del CISM sia del CISD sono interdipendenti e sono trasferibili a tutti i primi soccorritori di tutto il mondo, indipendentemente e dalla cultura.
Slivinski, P. C., & Hickey, J. V. Implementation of a Critical Incident Stress Management Program for Nurse Anesthetists. (2019)	Studio pilota per migliorare il processo mediante il quale gli infermieri anestesisti esposti a eventi critici ricevono supporto post-incidente, mitigando così il potenziale di stress da CI	Infermieri anestesisti impiegati in un ospedale accademico situato nel sud-est degli Stati Uniti.	Durante il periodo di sperimentazione due delle tre persone coinvolte negli eventi hanno ricevuto supporto come prescritto. L'incapacità del terzo individuo di ricevere un supporto tempestivo era dovuta alle limitazioni della struttura e del personale.	la ricettività al programma è stata positiva. Il miglioramento futuro dei processi del programma ha lo scopo di fornire il supporto offerto al 100% delle persone coinvolte in un incidente critico in modo più tempestivo.
Herman, M. A. Second Victim Support: Critical Incident Stress Management for Healthcare Workers (2015)	Revisione sistematica della letteratura per sviluppare e validare il CISM come strumento di indagine per assistere e migliorare il supporto per le vittime secondarie	281 partecipanti di cui il 44% infermieri, l'8,5% medici e l'8,5% farmacisti.	Solo l'1% degli intervistati ritiene che il supporto dei colleghi sia scarso. Il 10,3% degli intervistati ha sofferto di disagio fisico. Il 9,6% degli intervistati ha rivelato le	Questo studio ha convalidato l'uso del CISM per implementare nuove risorse per la vittima secondaria e per la valutazione dei programmi esistenti. Inoltre, fornire un ambiente positivo

			intenzioni di un turnover correlato alle vittime e il 7,1% presentava assenteismo correlato alla vittima.	e favorevole può portare a maggiore vigilanza, migliori pratiche di sicurezza e risultati positivi per i pazienti.
Swab, J. Critical Incident Stress Management : Perspectives on its History, Frequency of Use, Efficacy, and Success (2020)	Studio retrospettivo per definire una sequenza temporale del CISM ed esaminarne l'efficacia in un'area geografica	153 partecipanti selezionati in base agli anni di esperienza in area critica, età, livello di certificazione e leadership	I risultati di questa ricerca hanno indicato che il 95% del gli intervistati avevano sentito parlare di CISM e quasi il 60% credeva fosse utile	Sebbene il processo del CISM abbia subito critiche, rimane la forma di stress più ampiamente accettata gestione per i primi soccorritori negli Stati Uniti, se non a livello globale
Harrison, R. Critical Incident Stress Debriefing After Adverse Patient Safety Events (2017)	Studio osservazionale per esplorare il potenziale valore di fornire il debriefing sullo stress degli incidenti critici per gli operatori sanitari coinvolti in eventi avversi per la sicurezza dei pazienti			È ancora necessario lavorare per testare l'efficacia di un programma CISD completo per le " vittime secondarie" e per identificare eventuali modifiche necessarie per gli operatori sanitari che sperimentano questo tipo di evento traumatico. Tuttavia, se distribuito con successo, ci sono vantaggi per le organizzazioni sanitarie.
De Boer, J., Lok, A., van't Verlaat, E., Duivenvoorden, H. J., & Bakker, A. B. Work-related critical incidents in	Metanalisi. Gli obiettivi sono identificare la coerenza della relazione tra incidenti critici e conseguenze sulla salute mentale nei	11 studi, che includevano 3866 partecipanti, hanno valutato la relazione tra incidenti critici legati al lavoro e	6 di questi studi, che hanno coinvolto 1695 partecipanti, hanno anche riferito sulla relazione tra incidenti critici	Questa meta-analisi supporta l'ipotesi che incidenti critici legati al lavoro siano strettamente correlati a sintomi di stress post-

hospital-based Health care providers and the risk of post-traumatic stress symptoms, anxiety, and depression: A meta-analysis (2011)	professionisti della salute in ospedale, esplorare effetti diversi tra i diversi gruppi di professionisti della salute, e esplorare l'impatto relativo di diversi tipi di incidenti	sintomi post-traumatici.	legati al lavoro e sintomi di ansia e depressione.	traumatico, ansia e depressione nei professionisti sanitari ospedalieri.
Alharbi, H., & Alshehry, A. Perceived stress and coping strategies among ICU nurses in government tertiary hospitals in Saudi Arabia: a cross-sectional study (2019)	Studio trasversale. Esaminare lo stress percepito e i comportamenti di coping tra gli infermieri in unità di terapia intensiva in Arabia Saudita e l'influenza dei meccanismi di coping sullo stress.	154 infermieri delle unità cardiache, chirurgiche e di terapia intensiva pediatrica hanno risposto a un sondaggio online	La maggior parte degli intervistati ha riportato un moderato livello di stress nell'ultimo mese (87,0%). I punteggi medi (DS) per gli infermieri che lavorano in terapia intensiva cardiaca hanno indicato livelli di stress significativamente più alti rispetto alla terapia intensiva chirurgica (18,18 [3,88] vs 6,17 [3,21], P = 0,025).	La conoscenza aggiuntiva che il disimpegno comportamentale e la colpa aggravano lo stress può servire da base nella formulazione di strategie di riduzione dello stress legate al lavoro tra gli infermieri che si occupano di pazienti critici.
El Khamali, R. et al Effects of a Multimodal Program Including Simulation on Job Strain Among Nurses Working in Intensive Care Units: A Randomized	Studio clinic multicentrico randomizzato per fornire un quadro preliminare dei sistemi e delle pratiche di supporto del personale nelle PTC del Regno Unito, al fine di informare le ricerche future	19 persone tra il personale che lavora nei centri di trattamento dei principali tumori dei bambini nel Regno Unito	In questi centri, è stato riferito che ogni gruppo di personale ha accesso ad almeno una forma di supporto. Complessivamente, i medici e gli altri operatori sanitari non	Ribadire la necessità di una solida ricerca valutativa in modo che i cambiamenti o le nuove iniziative messe in atto per supportare il personale siano basate su prove, diffuse e ampiamente condivise.

Clinical Trial (2018)	sull'efficacia dell'intervento.		infermieristici del team sembravano avere meno supporto a loro disposizione rispetto agli infermieri e al personale non clinico	
Beresford, B., Gibson, F., Bayliss, J., Mukherjee, S. Preventing work-related stress among staff working in children's cancer Principal Treatment Centres in the UK: a brief survey of staff support systems and practices (2016)	Audit clinic per valutare gli effetti di un programma, compresa la simulazione nella riduzione dello stress correlato al lavoro e dei risultati correlati al lavoro tra gli infermieri in terapia intensiva.	Studio clinico multicentrico randomizzato condotto su 8 ICU per adulti in Francia dall'8 febbraio 2016 al 29 aprile 2017. Sono stati inclusi un totale di 198 infermieri ICU che sono stati seguiti per 1 anno fino al 30 aprile 2018.	Prevalenza della tensione lavorativa valutata combinando un punteggio della domanda psicologica superiore a 21 (intervallo di punteggio, da 9 [migliore] a 36 [peggiore]) con un punteggio di latitudine decisionale inferiore a 72 (intervallo di punteggio, 24 [peggiore] a 96 [migliore]) utilizzando il questionario sul contenuto del lavoro e valutato a 6 mesi. Ci sono stati 7 risultati secondari tra cui assenteismo e turnover	Tra gli infermieri in terapia intensiva, un intervento che includeva istruzione, giochi di ruolo e debriefing ha comportato una minore prevalenza della tensione lavorativa a 6 mesi rispetto agli infermieri che non hanno subito questo programma. Sono necessarie ulteriori ricerche per capire quali componenti del programma possono aver contribuito a questo risultato e per valutare se questo programma è conveniente.

Tabella 7.

5.1 IL RUOLO DELL'INFERMIERE

Se parliamo di Critical Incident Stress Management e Debriefing l'infermiere acquisisce un duplice ruolo: vittima e supporto.

Lavorare in ambienti critici quali una rianimazione, un pronto soccorso o anche un ospedale pediatrico richiede che l'infermiere abbia un'elevata autonomia ed indipendenza, che si accompagnano ad un addestramento adeguato. Tuttavia, le situazioni possono rapidamente evolvere in negativo e ciò richiede forte capacità di adattamento e resilienza.

Il contatto con malattia, sofferenza e morte generano spontaneamente emozioni e sensazioni spiacevoli, tipiche di ogni essere umano. Ma quando la reazione traumatica è costante, e supera le 4-6 settimane, la sintomatologia dapprima considerata normale rischia di causare nell'operatore il disturbo da stress post-traumatico, che può evolvere in burnout. Ai disturbi psicologici possono aggiungersi anche disturbi fisici legati alla situazione di stress. Non è raro che l'individuo possa iniziare ad abusare di alcol o sostanze stupefacenti per ridurre l'elaborazione dei pensieri, diventati opprimenti e dolorosi. Da tutto ciò ne scaturisce anche un allontanamento dalla società, che non fa altro che aumentare il disagio psicologico del soggetto.

Un evento critico è un qualsiasi incidente che provoca improvvisamente nelle persone coinvolte, direttamente o indirettamente, un sentimento di paura per la propria incolumità, un senso di impotenza. Possiamo, pertanto, dedurre che gli infermieri che operano nelle aree maggiormente critiche non sono le uniche ad accusare alti livelli di stress, come si pensa erroneamente. Il lavoro infermieristico prevede il contatto continuo con il paziente e con i familiari, che possono traslare il proprio carico emotivo sulla persona a cui fanno riferimento in quel momento: l'infermiere, la cui situazione può evolvere in esaurimento emotivo.

Oltre al contatto con il paziente, ci sono diversi fattori che possono essere considerati “stressanti” per l’infermiere:

- Età del paziente → è facile pensare come la situazione diventa tanto più stressante quanto più ci si trova di fronte a pazienti di piccola età. Il veder spezzata o compromessa la qualità di vita di un bambino è considerato tra gli eventi più critici;
- Pazienti gravi → i pazienti che riportano ferite gravi, amputazioni o lesioni sono da considerare maggiormente bisognosi di assistenza, il che può scaturire in un innalzamento dei livelli di stress;
- Identificazione con la vittima → il non saper distaccarsi emotivamente dal paziente può causare stati di angoscia e di personalizzazione della situazione della vittima.
- Pazienti psichiatrici → l’infermiere ha difficoltà nel creare un contatto con una tipologia di paziente particolare; spesso il paziente si sente minacciato da una figura autoritaria e può reagire con comportamenti violenti. Pertanto, è necessario che l’infermiere sia addestrato a mantenere il controllo della situazione, anche se non è sempre di facile attuazione;
- Responsabilità → l’autonomia e l’indipendenza non generano sempre effetti positivi sull’infermiere, in quanto implicano un aumento anche delle responsabilità di cui farsi carico. La paura di sbagliare o di non essere all’altezza della situazione può causare forte stress;
- Equipe → l’integrazione tra le varie figure professionali non è sempre sottointesa e può causare disagio;

Per evitare l’insorgenza di disturbi quali il PTDS o il burnout è necessario che vengano adottati dei protocolli di gestione dello stress da eventi critici.

Come accennato precedentemente, l'infermiere può anche ricoprire il ruolo di supporto nel management dello stress. La figura del debriefer viene generalmente accostata alla figura di un professionista in ambito psicologico, in realtà è un ruolo che può essere ricoperto anche dall'infermiere. Il debriefer è il conduttore del debriefing, colui che gestisce le sedute; poiché il debriefing può essere effettuato anche tra pari, ciò permette all'infermiere, che abbia una formazione specifica, di poter assumere questo incarico.

Nello svolgere tale tecnica, è importante che l'infermiere possieda la capacità e la sensibilità nel rapportarsi al gruppo e di indagarne l'aspetto psicologico. L'empatia resta, difatti, l'elemento fondamentale quando si cerca di entrare in contatto con una persona traumatizzata.

6 CONCLUSIONI

Nonostante il CISM sia un protocollo nato ormai da diversi anni ed utilizzato ed implementato più volte, è ancora necessario lavorare per testarne l'efficacia per le vittime secondarie. Inoltre, sarebbe opportuno anche considerare eventuali modifiche da attuare.

Se somministrato correttamente, tuttavia, il protocollo può fornire dei vantaggi per il sistema sanitario: l'utilizzo del CISM come intervento di routine e di elezione nel supporto del personale che ha subito un evento avverso comproverebbe il riconoscimento del trauma correlato alla sicurezza del paziente come effettivo rischio di sviluppare Critical Incident Stress Syndrome correlata al lavoro.

L'identificazione di tale possibilità favorirebbe maggiormente la discussione dell'impatto che tali eventi critici ha sulla vita delle persone coinvolte; di conseguenza il debriefing può essere utilizzato come strategia a supporto degli operatori sanitari per incoraggiare il recupero, la resilienza e il miglioramento delle proprie prestazioni.

Negli ultimi mesi gli infermieri di tutto il mondo si sono trovati sotto i riflettori in quella che è una situazione di crisi che ha coinvolto ogni nazione.

Le molteplici morti, le situazioni di disagio che si sono venute a creare, la mancanza di personale, posti letto e risorse strumentali ed economiche, la malattia di persone vicine quali familiari, amici e colleghi, la stanchezza sia fisica che mentale che gli operatori sanitari stanno affrontando in questo periodo storico senza precedenti, non fanno altro che andare ad aumentare un livello di stress già potenzialmente dannoso.

Il bisogno di uno stress management, pertanto, è quanto mai attuale e assolutamente improrogabile, ragion per cui sono numerose le

aziende sanitarie che si sono affidate a specialisti di psicoterapia per arginare un probabile ed imminente crollo.

L'obiettivo è quello di mitigare la tensione per poter essere in grado di rispondere sia alle proprie esigenze che a quelle di pazienti, familiari e della collettività, al fine di poter esercitare un controllo sulle proprie emozioni grazie ad un comportamento adattivo.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Deiana, S., Di Stefano, M., & Favasuli, M. A. (2016). Lo stress traumatico legato a situazioni professionali "a rischio": conoscenza delle dinamiche e delle modalità di gestione efficace in Aeronautica Militare. *Giornale di medicina militare*, 3, 149-158. Disponibile in www.difesa.it/GiornaleMedicina/Documents/Fascicolo_2_3_2016/Lo_stress_traumatico_legato_a_situazioni_professionali.pdf [29/03/2020].
2. CISM International (2019). What is cism. Disponibile in www.criticalincidentstress.com/what_is_cism [29/03/2020].
3. NIOSH (2020). Post-Incident Team Analysis. Disponibile in wwwn.cdc.gov/WPVHC/Nurses/Course/Slide/Unit8_7 [29/03/2020].
4. Maslovaric, G., & Sacchezin, S. (2017). Possibilità d intervento in Psicologia dell'Emergenza CISM e EMDR. Disponibile in docplayer.it/25184438-Possibilita-d-intervento-in-psicologia-dell-emergenza-cism-e-emdr.html [29/03/2020].
5. Gaudio, M. (2015). Stress Inoculation Training: intervento psicoterapeutico per le cognizioni disfunzionali da stress. Disponibile in www.stateofmind.it/2015/01/stress-inoculation-training-psicoterapia/ [29/03/2020].
6. Monteduro, F. (2010). Lo stress inoculation training: modello concettuale e applicazione. Disponibile in www.prosocialita.it/?p=320 [29/03/2020].
7. Allocca, S. (2019). I pensieri automatici in psicologia. Disponibile in <http://alloccasalvatore.altervista.org/i-pensieri-automatici-in-psicologia/> [29/03/2020].
8. Danny, Z. (2013). 6 passi per risolvere un problema. Disponibile in www.ipermind.com/problem-solving/ [29/03/2020].
9. Snider, L., van Ommeren, M., & Schafer, A. (2011). Primo soccorso psicologico: Manuale per operatori sul campo. Disponibile in <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44615/9789241548205-ita.pdf?ua=1> [29/03/2020].

10. Vecchiarelli, A. (2018). Psicologia dell'emergenza. Disponibile in <http://www.molisepsicologia.it/Psicologia%20dell%C3%86emergenza.htm> [29/03/2020].

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio il mio Relatore, il Dott. Maurizio Mercuri, importante sostegno in questo momento storico senza precedenti. Si è fatto carico delle mie paure, paranoie ed angosce sebbene non fosse tenuto a farlo. È stato sempre pronto a spendere delle parole di conforto e incoraggiamento con sensibilità, tatto e umanità. Semplicemente grazie.

Ringrazio il Professore Sandro Ortolani, per essere stato un punto di riferimento importante nel mio percorso. Il primo giorno di lezione ci disse che la nostra vita sarebbe stata nelle sue mani e, nonostante avesse intenzione di farla sembrare una minaccia, in realtà ha dimostrato in diverse occasioni di essere più di un semplice direttore di corso. Sempre pronto a supportare e sopportare ognuno di noi, è stato una spalla su cui poggiarci in momenti di difficoltà, un aiuto concreto per chi ne avesse bisogno, ma anche severo ed esigente quando necessario. Le sono infinitamente grata per questo.

Ringrazio i miei Tutor Alessia Giambartolomei, Pasquale Palumbo e Marina Falcetelli che sono sempre stati disponibili in ogni situazione. Sono riusciti ad abbattere il muro che, di solito, si viene a creare tra professori e studenti per costruire un rapporto di fiducia e reciproco rispetto. Grazie per avermi guidato con infinita pazienza lungo questo percorso, essermi stati accanto nei momenti più avversi ed aver gioito insieme a me nelle occasioni più belle.

Ringrazio le mie colleghe Chiara, Debora, Emilia, Erica, Giulia e Lucia per aver condiviso ore di interminabili lezioni, pranzi “tra i due poli” e scappatelle al McDonald. Grazie per avermi accompagnato in questi anni con allegria e spensieratezza e per aver alleggerito le giornate più pesanti. Senza di voi non sarebbe stato lo stesso.

Ringrazio i miei coinquilini Chiara, Dario, Debora, Emilia e Maria Vittoria per avermi sopportato negli anni con inaudita pazienza. Grazie per essere stati le cavie dei miei esperimenti culinari, per aver

condiviso le mie strampalate idee di ingegneria senza fondamenti e il mio Feng Shui a volte incontrollato. Grazie a voi Ancona è la mia seconda casa.

Un ringraziamento speciale va a Debbi, Emi, Mavi e Virgi, amiche, coinquiline e compagne di avventura. Mi siete state vicine sempre, anche quando diversi chilometri ci separavano, e sono sicura che continueremo ad esserci l'una per l'altra anche in futuro. Siete pezzi del mio cuore. Vi voglio bene.

Grazie a Martina, la sorella minore che la vita mi ha regalato. Sei stata un supporto prezioso in tutti questi anni e sono sicura che continuerai ad esserlo. Ti voglio bene.

Più di un semplice grazie è per Francesco, per le infinite volte in cui ti sei preso cura di me. Mi hai incoraggiato, incentivato e supportato in ogni idea, percorso e ambizione. Sei sempre stato pronto ad essere la spalla su cui piangere, ma anche il primo a celebrare i momenti più felici. Grazie per le innumerevoli volte in cui mi hai compresa, anche quando nemmeno io riuscivo a capirmi. Grazie per tutto l'amore che continui a dimostrarmi ogni giorno. Grazie di essere un porto sicuro in cui approdare. Ti amo.

Mai smetterò di ringraziare la mia famiglia, i miei genitori Vittoria e Franco e mia sorella Elisa. Siete il pilastro della mia vita. Mi avete insegnato a non arrendermi mai, mi avete spronato a dare il massimo e siete sempre stati pronti a consolarmi ogni volta che fallivo. È grazie a voi se sono riuscita a rialzarmi più forte e determinata di prima. Avete sempre creduto in me, anche quando io ero la prima a non farlo, e mi siete stati vicini in ogni mia decisione. Anche con la distanza che ci separava siete stati capaci di infondermi amore e serenità. Spero che siate fieri di me almeno un po' di quanto io lo sono di voi. Vi amo.

Grazie anche a coloro che non ci sono più, che non mi hanno visto raggiungere i miei obiettivi, ma che sarebbero stati orgogliosi di vedermi con la corona d'alloro. Hanno continuato a sostenermi e

amarmi ogni giorno della loro vita, io continuerò a farlo ogni giorno della mia.

Infine, ringrazio un po' anche me stessa. Questo tragitto è stato pieno di incidenti, cadute e insicurezze e, a volte, avrei soltanto voluto abbandonare tutto. Per fortuna, o per caparbiazza, non l'ho fatto e oggi sono fiera di aver raggiunto un obiettivo per me grande. In questo giorno termina una fase importante del mio percorso che ricorderò sempre con nostalgia, ma inizia finalmente la mia vita da *Infermiera*.