

Università degli Studi di Padova
Scuola di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**EMERGENZA PEDIATRICA:
AZIONE E REAZIONE DELL'INFERMIERE
DI 118 E PRONTO SOCCORSO**

Relatore: Prof. Bortoli Nicola

Correlatore: Dr. Bianco Marco

Laureando: Lot Alessia

Anno Accademico 2014-2015

ABSTRACT

Obiettivo: Analizzare l'influenza reale e ipotetica di fattori anagrafici (sesso e genitorialità) e/o fattori formativi (partecipazione a corsi pediatrici durante gli studi universitari e dopo l'assunzione) sulle capacità tecnico-pratica ed emotiva dell'infermiere di Pronto Soccorso e 118 di affrontare e gestire un'urgenza pediatrica. Inoltre indagare la presenza di momenti di debriefing e di un supporto psicologico a disposizione degli infermieri, per attutire il carico emotivo che una tale circostanza porta con sé.

Materiali e metodi: È stato fornito un questionario agli infermieri del 118 e del Pronto Soccorso dell'ospedale Cà Foncello, del Pronto Soccorso/118 dell'ospedale di Oderzo e del Pronto Soccorso dell'istituto Meyer di Firenze. Su 134 infermieri idonei alla compilazione ne sono stati raccolti 90; i dati sono stati poi inseriti in fogli di calcolo per lo studio percentuale e statistico.

Risultato: Le caratteristiche anagrafiche non sono risultate influenti in modo univoco e assoluto, poiché i dati emersi non hanno un andamento regolare, nonostante si possa osservare una tendenza dei non genitori a essere più sicuri. È stata confermata l'influenza della formazione specifica, e in particolare della partecipazione a corsi pediatrici: i dati relativi agli infermieri che li hanno frequentati durante gli studi universitari e/o dopo l'assunzione sono risultati in ogni caso superiori per quanto riguarda la capacità di gestire un'urgenza pediatrica e in ogni caso inferiori per quanto riguarda il grado in cui il sanitario si sente influenzato dalla componente emotiva. La seconda parte dello studio ha confermato il fatto che debriefing e supporto psicologico non sono adeguatamente diffusi e che gli infermieri li ritengono/riterebbero utili nel 95,3% (debriefing) e nel 91,7% (supporto psicologico) dei casi.

Conclusioni: I piani delle offerte formative dell'Ateneo di Padova, e di molti altri nel Veneto e nelle regioni limitrofe, dovrebbero tenere maggiormente in considerazione la formazione pediatrica di base e nei corsi di area critica. La politica formativa dell'ospedale Meyer dà evidentemente dei risultati: per questo si auspica che anche le realtà sanitarie non specificatamente pediatriche, come l'U.L.S.S. 9, inizino a facilitare la formazione pediatrica degli infermieri del Pronto Soccorso/118, poiché i bambini che ne dovessero avere necessità devono ricevere la migliore assistenza possibile. In entrambe le realtà analizzate si dovrebbe dare maggior evidenza e importanza alle occasioni di debriefing e supporto psicologico, per assicurare il benessere psicofisico dei propri infermieri.

INDICE

1. INTRODUZIONE	1
2. PROBLEMA	3
- 2.1 La definizione del problema	3
- 2.2 L'importanza della formazione	5
- 2.3 Il carico emotivo e un particolare tipo di urgenza: il maltrattamento	6
- 2.4 Le reazioni da stress	8
3. PROGETTO DI RICERCA	11
- 3.1 Obiettivo e quesiti	11
- 3.2 Materiali e metodi	12
- 3.2.1 Strumento di raccolta dati	12
- 3.2.2 Campione di indagine	12
- 3.2.3 Procedura	12
- 3.2.4 Analisi dei dati	13
4. RISULTATI	13
- 4.1 Descrizione del campione	13
- 4.2 L'influenza delle caratteristiche anagrafiche	14
- 4.3 L'influenza della formazione	16
- 4.4 Supporto psicologico e debriefing	19
- 4.5 Miglioramenti operativi	21
5. DISCUSSIONE	21
- 5.1 L'influenza delle caratteristiche anagrafiche	22
- 5.2 L'influenza della formazione	22
- 5.3 Supporto psicologico e debriefing	23
6. CONCLUSIONE	24
BIBLIOGRAFIA	I
SITOGRAFIA	III
ALLEGATI	IV

1. INTRODUZIONE

Questo progetto di ricerca nasce dalla percezione che il personale infermieristico impiegato nei servizi di urgenza ed emergenza – Pronto Soccorso e 118 – dell'U.L.S.S. 9 di Treviso si senta impreparato per quanto concerne la possibilità di trovarsi ad affrontare una situazione critica che coinvolga un paziente pediatrico. Si è perciò deciso di analizzare le problematiche infermieristiche nell'approcciarsi a un'urgenza pediatrica, soprattutto dal lato dell'implicazione emotiva, anche per capire se esse possano essere legate a caratteristiche personali (come il sesso o l'essere genitori) e/o a lacune nel percorso di formazione dell'infermiere stesso; per questo parte del lavoro di ricerca è stato indagare il carico formativo universitario e post-universitario.

L'impressione è che i piani didattici della maggior parte degli Atenei italiani considerino poco o per nulla questa fetta di popolazione che, sebbene rappresenti una percentuale limitata di coloro che usufruiscono dei servizi sanitari e in particolare delle cure di Pronto Soccorso e 118, deve poter ricevere la miglior assistenza possibile in qualsiasi circostanza. Una breve indagine sui piani delle offerte formative di alcune università del Veneto e delle regioni limitrofe ha confermato il fatto che il campo pediatrico viene affrontato in poche ore di lezione e comunque non all'interno dei corsi di rianimazione e/o infermieristica in area critica. Riportiamo di seguito alcuni esempi:

- Università degli Studi di Padova: 20 ore di *pediatria*, per un totale di 2 CFU;
- Università degli Studi di Verona: 12 + 15 ore di *pediatria e infermieristica in area pediatrica*, per un totale di 2 CFU;
- Università degli Studi di Udine: 12 + 12 ore di *pediatria e infermieristica pediatrica*, per un totale di 2 CFU;
- Università degli Studi di Ferrara: 24 + 12 ore di *pediatria e infermieristica pediatrica*, per un totale di 3 CFU;
- Università degli Studi di Bologna: 2 CFU di *pediatria e neonatologia*.

Una volta conseguita la laurea e avuto accesso al mondo del lavoro, comunque, nemmeno al momento dell'assunzione vi sono risorse e occasioni per colmare queste lacune: l'U.L.S.S. 9 infatti non richiede e non offre ai propri infermieri la partecipazione a corsi pediatrici come il Pediatric Basic Life Support (PBLIS), l'European Pediatric Life Support (EPLS), il Trauma Pediatrico, o simili. Si ritiene invece che ciò sarebbe auspicabile, in

quanto è riconosciuta l'importanza della formazione nella capacità di approcciarsi nella maniera migliore possibile alle situazioni di urgenza: per questo gli infermieri spesso decidono di prendere parte a tali corsi autonomamente, ma avendo essi un costo non indifferente, il rischio è che la preparazione dei professionisti sanitari risenta di limitazioni economiche.

A questo livello è nata l'idea di sviluppare il progetto di ricerca confrontando la realtà dell'U.L.S.S. 9 con quella dell'ospedale pediatrico Meyer di Firenze: in tale istituto, infatti, è obbligatorio per gli infermieri seguire un percorso formativo preciso. Al momento dell'assunzione, essi hanno un periodo di affiancamento di circa sei mesi al termine del quale, per poter continuare a lavorare, devono partecipare ai corsi di Triage Pediatrico e PBL/EPILS (Pediatric Base Life Support/European Paediatric Immediate Life Support); sono poi previsti, sempre a livello aziendale, retraining periodici di tali corsi. La politica formativa del Meyer si basa sull'idea che la maggior parte dei bambini in arresto respiratorio e/o cardiaco sia soccorsa da operatori con scarsa competenza pediatrica, poiché i sanitari abituati all'emergenza dell'adulto si sentono spesso disorientati dalle peculiarità del paziente pediatrico. Per questo l'istituto, con il supporto dell'Italian Resuscitation Council, organizza ogni anno una serie di altri corsi sull'emergenza pediatrica, tra cui il PBLSD-esecutore (Pediatric Base Life Support Defibrillation), il PBLSD-retraining e l'EPLS (European Pediatric Life Support): tali corsi sono aperti a tutti i sanitari interessati, con tariffe agevolate per i dipendenti del Servizio Sanitario Toscano, e comprendono vari momenti di simulazione su manichino.

Inoltre, anche gli Atenei della zona sembrano dare più peso a questo campo dell'assistenza:

- Università degli Studi di Firenze: 60 ore di *infermieristica perinatale e pediatrica*, per un totale di 4 CFU;
- Università degli Studi di Pisa: 6 CFU di *discipline pediatriche*;
- Università La Sapienza di Roma: 24 + 24 ore di *pediatria generale e specialistica e infermieristica pediatrica*, per un totale di 4 CFU.

L'obiettivo del progetto è quindi indagare se e quali tra queste variabili possano influenzare la percezione che l'infermiere di Pronto Soccorso/118 ha delle proprie capacità di far fronte a un'urgenza pediatrica e del peso che la componente emotiva esercita in tali frangenti, per far riflettere sul fatto che almeno il PBL/EPILS dovrebbe far regolarmente parte del nostro curriculum, tanto quanto il suo equivalente per adulti.

Un'ulteriore parte dello studio è stata centrata sui rischi che l'esposizione a esperienze traumatiche può comportare nell'infermiere di Pronto Soccorso/118; si è perciò andati a indagare quale tipo di supporto forniscano le due realtà aziendali e quali sono le opinioni degli infermieri in merito. L'importanza di momenti di debriefing, supporto psicologico e gestione dello stress è infatti ampiamente supportata in letteratura per evitare conseguenze sul benessere psicofisico dell'infermiere, ma spesso tali evidenze non trovano riscontro nei modelli organizzativi delle realtà sanitarie o non vengono ritenute importanti dai professionisti stessi, con il rischio di sviluppare reazioni acute o ritardate da stress.

Il lavoro di tesi è stato quindi così sviluppato: un quadro teorico sull'emergenza pediatrica e sulle reazioni da stress, poi la descrizione dei risultati ottenuti da un questionario somministrato agli infermieri del Pronto Soccorso/118 dell'U.L.S.S. 9 di Treviso e il loro confronto con i risultati della stessa indagine svolta tra gli infermieri del Pronto Soccorso dell'istituto Meyer di Firenze. Infine, discussione e conclusione contenenti alcune proposte di miglioramento.

2. PROBLEMA

2.1 Definizione del problema

Questo progetto di ricerca nasce quindi dalla volontà di indagare se e in quale misura l'emotività degli infermieri di Pronto Soccorso/118 influenzi le loro prestazioni di fronte a un'emergenza pediatrica, e se ciò sia legato alla scarsa preparazione in tema e/o a caratteristiche anagrafiche.

La criticità gestionale del paziente pediatrico, soprattutto nella fase extraospedaliera, è maggiore rispetto alle UU.OO. dedicate anche perché l'infermiere è spesso da solo e in presenza dei parenti; ¹ nonostante possa richiedere il sostegno di un medico, infatti, quest'ultimo si trova normalmente presso la centrale operativa di zona, e collabora solo supervisionando e autorizzando trattamenti preospedalieri per via telefonica o radio; anche nel caso in cui venisse deciso di inviare un medico sul posto, comunque, l'arrivo di tale supporto necessita di un tempo che per il paziente è prezioso. Gli aspetti chiave ideali per ottimizzare questa collaborazione a distanza includono tra i primi posti il livello di

preparazione degli infermieri per quanto riguarda i casi pediatrici, basato sulla formazione iniziale e permanente dei professionisti, sui retraining e sulla loro esperienza; ² al contrario, l'inadeguatezza del percorso formativo può renderli poco sicuri dei propri mezzi e delle proprie abilità. ³

Al giorno d'oggi, infatti, il bambino non è più considerato un piccolo adulto ma un paziente completamente a sé stante, e perciò non basta adeguare le procedure studiate per i pazienti adulti a questo tipo di situazioni, bensì sono necessarie conoscenze e abilità specifiche. ¹ Riconoscendo appunto che i bambini hanno caratteristiche uniche dal punto di vista anatomico, psicologico, dello sviluppo e dei bisogni sanitari, il Governo Federale degli Stati Uniti nel 1984 approvò una legge che destinava fondi allo scopo di migliorare il sistema per fornire primo soccorso ai bambini, creando l'EMSC (Servizio Emergenza Sanitaria per i Bambini) ⁴. Tale organizzazione è stata una forte promotrice verso cure più intensive già dal contesto preospedaliero rispetto ai protocolli preesistenti: ha supportato la ricerca pediatrica del preospedaliero, sviluppato strumenti didattici per i sanitari impiegati in tale area e valutato la disponibilità di equipaggiamenti adatti al primo soccorso di un bambino; di recente, infatti, molte organizzazioni hanno migliorato il livello di cure pediatriche preospedaliere e hanno investito nell'equipaggiamento e nella formazione dei professionisti, mentre nel passato era comune, per i Servizi di Urgenza ed Emergenza Medica, impiegare la filosofia del "Load and Go" ("Carica e Vai") quando si trovavano a prestare soccorso a bambini malati o traumatizzati, senza grande attenzione alla stabilizzazione del piccolo paziente. ²

La percezione di non essere adeguatamente preparati per la gestione di un'urgenza pediatrica e lo stress che una tale circostanza crea nell'infermiere possono ostacolare un'adeguata prestazione a causa di ridotta attenzione al trattamento in atto, allungamento dei tempi di reazione, difficoltà nel recupero della memoria e ridotto lavoro di gruppo. Le difficoltà aumentano poi in campo pediatrico, poiché la rarità di quadri di urgenza pediatrica rispetto alle situazioni in cui il paziente è adulto aumenta il rischio che il personale si senta impreparato, sia esitante, ansioso e incapace di svolgere il suo ruolo all'interno del team; ⁵ le maggiori fonti di stress durante un evento critico pediatrico, dal punto di vista pratico, possono inoltre diminuire l'abilità dell'infermiere di calcolare in modo affidabile le dosi di farmaci importanti e di scegliere la misura giusta dei presidi da utilizzare. ⁴

Un'appropriata valutazione e gestione preospedaliera del bambino è una sfida e richiede risorse dedicate per assicurare i migliori risultati; ² è importante che il sistema fornisca l'equipaggiamento adeguato ma soprattutto formi il personale in modo appropriato, anche perché l'infrequenza di avvenimenti critici che coinvolgono pazienti pediatrici rende il mantenimento delle abilità una sfida. ¹ Oltre al setting extraospedaliero, poi, va tenuto conto che le stesse abilità sono richieste agli infermieri del Pronto Soccorso: infatti solo il 7% dei bambini trattati in Pronto Soccorso arrivano con l'ambulanza, mentre la maggior parte è costituita da quelli che vi giungono con altri mezzi (ad esempio in auto) e che richiedono cure immediate, trattamento per avvelenamento o trauma, ricovero in un reparto ospedaliero o in terapia intensiva. ⁴

2.2 L'importanza della formazione

La simulazione è considerata una delle più vitali modalità educative per ridurre gli errori umani e migliorare la sicurezza del paziente in ambito sanitario: prestazioni non ottimali da parte degli infermieri durante una rianimazione, infatti, possono portare a esiti negativi per l'assistito. Uno studio realizzato dall'Università Chung-Ang di Seul ha messo a confronto due gruppi di studenti infermieri: gli appartenenti a entrambi i gruppi sono stati chiamati a seguire un corso di due ore con un istruttore CPR (Rianimazione Cardio-Polmonare); mentre il gruppo-controllo si è fermato a questo punto della formazione, il gruppo-intervento ha invece potuto continuare a esercitarsi mediante simulazioni ad alta fedeltà. Infine entrambi i gruppi hanno partecipato a un test di simulazione su manichini secondo la check-list ACLS (Advanced Cardiac Life Support): i punteggi ottenuti dagli studenti infermieri appartenenti al gruppo-intervento sono stati migliori ma non tali da essere statisticamente significativi. Gli appartenenti a tale gruppo, però, riferivano maggior soddisfazione per ciò che avevano imparato e per il livello di ragionamento clinico sviluppato, e maggior sicurezza in sé stessi e nelle loro abilità. ³ La sicurezza in sé stessi è essenziale e va aumentata e mantenuta attraverso ripetute simulazioni di rianimazione cardiopolmonare e altri scenari di emergenza, ⁵ anche perché l'esperienza pratica e la formazione sono di beneficio quando ci si trova ad affrontare un arresto cardiocircolatorio e la miriade di emozioni che esso scatena nell'operatore (Dwyer & Mosel Williams). ³ Per quanto riguarda specificatamente il campo di azione pediatrico, uno studio condotto nel 2011 dall'Università dello Utah ha reso evidente come il personale sanitario di un centro

pediatrico americano, invitato a utilizzare un simulatore PALS (Paediatric Advanced Life Support), lo abbia riconosciuto come un importante strumento educativo (99%); l'89% dei partecipanti, inoltre, ha sostenuto che questo modo di esercitare e rafforzare le proprie abilità pratiche e di ragionamento clinico ha colmato alcune lacune che il percorso formativo aveva lasciato.⁶

In un altro studio pubblicato su *Academic Emergency Medicine* nel 2010, centrato sulle migliori strategie educative di emergenza pediatrica, gli autori raccomandano che gli istruttori/docenti facciano tre cose per raggiungere gli obiettivi di apprendimento: massimizzare il carico formativo di ogni incontro pediatrico rispetto alla sicurezza del paziente, la comunicazione e la conoscenza pediatrica di base, creare incontri più frequenti con pazienti pediatrici, mantenere le conoscenze raggiunte in campo pediatrico attraverso retraining regolari durante il tirocinio e la carriera; le persone raccolgono benefici dai feedback e dalla formazione in team e mirata alle capacità comunicative, critiche in ogni rianimazione pediatrica. Anche questo studio ha poi presentato, come alternativa alle simulazioni in laboratorio, le simulazioni ad alta o bassa fedeltà realizzate con manichini pediatrici situati in una stanza di Pronto Soccorso. Queste situazioni possono servire come esperienze ad alta intensità e sono spesso le più utili per imparare gli aspetti vitali in un contesto critico, anche per quanto riguarda il proprio ambiente di lavoro: domande come “dov'è il riscaldatore?” o “abbiamo le maschere facciali pediatriche nel cassetto della gestione delle vie aeree?” sono considerazioni utili a cui va data risposta durante la formazione. Le simulazioni a bassa fedeltà sono utili anche quando il vero obiettivo di apprendimento è la capacità di comunicare con i genitori o i familiari, e il manichino è poco più di un simbolo. Secondo *Academic Emergency Medicine*, ai primi posti tra le migliori strategie educative troviamo: rendere l'approccio formativo pediatrico parallelo a quello usato per gli altri pazienti; incoraggiare gli studenti ad approcciare i disturbi dei pazienti critici in età pediatrica nello stesso modo dei pazienti adulti, occupandosi per prima cosa dei trattamenti salvavita; mirare a cogliere e fare propri i principi dell'assistenza che pone la famiglia al centro di tutti gli aspetti educativi e pratici.⁷

2.3 Il carico emotivo e un particolare tipo di urgenza: il maltrattamento

Va poi considerato il carico emotivo che un'urgenza pediatrica porta con sé: un caso di malattia critica o traumatizzante che colpisce un bambino risveglia gli istinti di protezione

dell'infermiere, soprattutto se genitore, e ne aumenta il coinvolgimento emotivo durante il trattamento e in caso di esito infausto, anche considerando le intense reazioni che possono essere manifestate dai genitori, i quali si affidano completamente alle competenze dei professionisti sanitari per modificare la situazione e rendono perciò ancor più difficile ammettere che il quadro clinico è critico o che il bambino non ce l'ha fatta. ¹

Una particolare circostanza di urgenza/emergenza che può coinvolgere pazienti in età pediatrica è quella che consegue a una violenza, in termini di abuso o di abbandono, di cui i bambini siano stati vittime. A ogni infermiere sarà capitato nella vita di tenere in braccio un bambino o addirittura di prendere parte alla sua nascita e, quando ciò accade, a tutti sembra impossibile che qualcuno possa deliberatamente far del male a un bambino indifeso. Fa parte della gestione dell'emotività dell'infermiere di emergenza, quindi, anche affrontare con professionalità il momento in cui si troverà di fronte a un piccolo paziente vittima di maltrattamenti e, nella maggior parte dei casi, anche al responsabile di essi. Il riconoscimento di una situazione di presunto abuso/abbandono richiede una formazione specifica dell'infermiere di 118 e di quello incaricato del triage; ⁸ il primo è l'unico ad avere accesso all'ambiente familiare o domestico, ¹ mentre il secondo è colui che stabilisce il contatto iniziale con il paziente e deve formulare una valutazione. ⁸ Nei casi di abuso o abbandono sospetti o accertati, le famiglie devono essere approcciate in una maniera che faccia loro percepire che vogliamo aiutarle più che punirle; nonostante possa risultare difficile e in conflitto con la coscienza e l'emotività del sanitario, sia l'infermiere del soccorso preospedaliero sia quello di triage devono sempre mantenere un comportamento privo di giudizio, senza mai accusare nessuno apertamente e tanto meno affrontando apertamente i genitori/adulti responsabili delle cure del bambino. L'OMS ha stabilito che la causa più comune di morte in seguito a maltrattamento su un bambino è la ferita alla testa, seguita da ferite addominali e soffocamento intenzionale; i bisogni sanitari urgenti, tra l'altro, possono includere le malattie a trasmissione sessuale. Oltre alla gestione dell'urgenza e della sicurezza del paziente, una situazione di abuso e/o abbandono di un bambino implica aspetti di per sé stressanti per l'infermiere di emergenza: è importante che il sanitario riconosca e affronti i propri sentimenti e possibilmente li affronti in una discussione, alla pari o meno, secondo precise modalità in seguito affrontate, per evitare l'insorgenza di conseguenze che potrebbero intaccare il benessere fisico e psicologico e il rendimento professionale. ¹

2.4 Le reazioni da stress

Gli infermieri che si trovano a fornire un trattamento sanitario, in modo regolare o occasionalmente, a pazienti in età pediatrica, devono essere consapevoli dei rischi che l'esposizione ai traumi e alle sofferenze vissuti dai loro piccoli pazienti comportano: ⁹ queste circostanze infatti implicano reazioni di stress che, seppur fisiologiche, oltre un certo limite possono causare problemi e, se non riconosciute e trattate in modo adeguato, possono arrivare a sopraffare il professionista. I tre tipi più comuni di reazione da stress che si possono sviluppare sono la reazione acuta da stress, la reazione ritardata da stress, la reazione cumulativa da stress.

Gli operatori del primo soccorso sono più esposti ai primi due tipi, che si differenziano per la tempistica d'insorgenza dei sintomi rispetto all'evento traumatizzante.

La reazione acuta da stress si sviluppa quasi immediatamente e la sua manifestazione è da considerarsi una risposta normale a un evento straordinario; gli stessi operatori dovrebbero essere educati al fatto che lo stress non è sinonimo di debolezza mentale, in modo che si sentano liberi di parlare con i colleghi o con professionisti di salute mentale per confrontarsi sulle emozioni che stanno – o non stanno – provando: la letteratura enfatizza infatti l'importanza di relazionarsi con gli altri come antidoto allo stress lavorativo.

La reazione ritardata da stress, conosciuta anche come PTSD (Disturbo Post-Traumatico da Stress), invece, manifesta i suoi segni e sintomi dopo giorni, mesi o anche anni dall'evento stressante: per questo può diventare difficile da riconoscere e trattare, ed è perciò importante che l'infermiere che ne presenti i sintomi si affidi a un professionista del campo per poterli gestire. ¹ Una revisione della letteratura pubblicata su “*Scenario*” ha inoltre evidenziato come, sebbene l'operatore di emergenza sviluppi solitamente una soglia di tolleranza a eventi stressanti abbastanza alta, egli appartenga a una categoria a rischio di sviluppare sintomi di PTSD: confrontando i vari studi è emerso che gli avvenimenti considerati più traumatizzanti sono quelli che coinvolgono bambini deceduti; nonostante in Italia non siano ancora state effettuate indagini su questo problema, negli Stati interessati dalla revisione la prevalenza di PTSD tra gli infermieri di primo soccorso è risultata superiore al 20%. ¹¹

L'ultima tipologia di reazione da stress, quella cumulativa, considerata al pari del fenomeno detto burnout, è invece più comune in chi lavora costantemente a contatto con

bambini malati, in quanto è il risultato dell'azione continua di agenti stressanti seppur di livello minore rispetto a un incidente o a un'urgenza medica/traumatica; si tratta di un processo più graduale, non necessariamente legato all'esposizione a un trauma, ma che se presente nel professionista è ritenuto aumentare il suo rischio di sviluppare PTSD. In un'indagine svolta presso l'ospedale pediatrico di Philadelphia, e pubblicata nel Journal of Pediatric Nursing nel 2009, è risultato che i professionisti impiegati a lungo termine (più di tre anni) avevano punteggi più alti d'incidenza e rischio di burnout rispetto a quelli che lavoravano da meno tempo in continuo contatto con i bambini e ai professionisti impegnati nel primo soccorso; il rischio di PTSD è invece risultato a livelli simili tra i tre diversi gruppi esaminati.⁹ Negli ultimi anni sta emergendo un nuovo concetto legato a quello del burnout, descritto con il termine di jading, che nel contesto clinico è spesso legato alla percezione del sanitario di essere impotente rispetto a una situazione indesiderata ma inevitabile: esso è tipicamente utilizzato nelle aree di cura intensiva o Pronto Soccorso pediatrici. Un articolo pubblicato nel 2004 sul Pediatric Critical Care Medicine Journal riporta come ingenti risorse dovrebbero essere investite per preparare i professionisti a gestire i conflitti legati al loro lavoro ma anche per fornire servizi e supporto istituzionali rivolti a chiunque ritenga di averne bisogno.¹²

In caso di profondo coinvolgimento e identificazione dell'infermiere con il paziente che sta soccorrendo vi è poi il rischio che si sviluppi il disturbo chiamato Traumatizzazione Vicaria o Compassion Fatigue: questo termine è stato utilizzato per la prima volta nel 1982 da C. Figley, psicologo e terapeuta, che partendo dall'osservazione dei familiari dei reduci di guerra ha rilevato come essi vivessero indirettamente i traumi e le emozioni vissute dal loro caro attraverso i comportamenti e le parole di quest'ultimo.¹³ In ambito sanitario questa problematica di profonda partecipazione alla sofferenza altrui e di risposta parallela alle emozioni provate dal paziente o da chi vi è legato, come i genitori durante un'emergenza pediatrica, si può manifestare quando il trauma del bambino evoca particolari emozioni che il professionista non riesce a controllare, quando quest'ultimo s'identifica eccessivamente con il paziente o quando il personale non è adeguatamente formato alla gestione delle situazioni stressanti. Per questo gli infermieri del pronto soccorso dovrebbero conoscere i sintomi della traumatizzazione vicaria e le tecniche per gestirli o minimizzarli. Meadors e Lamson, esperti in sviluppo del bambino e relazioni familiari all'università dell'East Carolina, in uno studio pubblicato sul Journal of Pediatric

Health Care riportano come molti professionisti sanitari siano portatori di traumi legati, tra l'altro, all'esposizione alla sofferenza dei pazienti, traumi che se lasciati irrisolti possono portare ad altri problemi come allontanamento dalla professione, riduzione della produttività, errori sanitari: per questo è importante essere consapevoli di ciò che i termini traumatizzazione vicaria, reazione acuta da stress e disturbo post-traumatico da stress rappresentano per un infermiere, e di cosa essi possano implicare nella vita personale e professionale dello stesso.¹⁰ Peebles-Kleiger ha precisato come, in ambito di assistenza a pazienti in età pediatrica, l'infermiere raggiunga spesso un'identificazione emotiva tra il paziente e il proprio figlio, se questi sono simili per età, genere o temperamento, o se particolari circostanze quali la malattia del bambino si collegano alle memorie o esperienze personali del sanitario.¹⁴ Gli infermieri non sono infatti immuni dal sentirsi partecipi o comunque connessi al trauma che il loro paziente sta vivendo, e questo è particolarmente evidente quando il professionista si trova di fronte al trauma o alla morte di un bambino.¹⁰ I curanti che non gestiscono i loro traumi emotivi sono più soggetti ad avere difficoltà nel controllare l'empatia verso i loro pazienti e pertanto rischiano di ridurre l'efficacia dell'assistenza; inoltre, vi è un aumentato rischio di dimissioni da parte del professionista stesso, e questo effetto negativo sull'organizzazione contribuisce inevitabilmente a una riduzione della qualità assistenziale e a un aumento degli errori sanitari.¹

È comunque dimostrato in molti studi che prendersi cura dei professionisti sul piano personale e lavorativo ha un impatto significativo sulla riduzione del loro carico di stress e traumatizzazione vicaria: Paul M. Robins, Ph.D. dell'università di Philadelphia, propugna fortemente l'educazione dei professionisti sanitari verso un aumento della consapevolezza degli effetti che l'esposizione a situazioni traumatizzanti che coinvolgono pazienti in età pediatrica comporta e verso la stesura di strategie utili ad attenuarli.⁹

Collins, terapeuta del comportamento cognitivo dell'infermiere, riporta come la soddisfazione per il proprio ruolo e le proprie abilità di caregiver sia un fattore protettivo e un aiuto contro l'esposizione ai traumi e i suoi effetti negativi potenziali: ricorre perciò l'importanza della formazione, che deve essere solida per rendere ogni professionista sicuro dei propri mezzi.¹⁵

L'educazione allo stress e alla gestione dell'emotività nella fase pre-incidente è il primo punto anche dei programmi di Gestione dello Stress da Incidente Critico (CISM): un aspetto largamente condiviso in letteratura, come già detto, è infatti la necessità di fornire

ai professionisti uno spazio in cui sentirsi liberi di parlare delle proprie emozioni legate a un evento che è stato vissuto come traumatizzante, come può essere l'intervenire in un'urgenza pediatrica. Il gruppo CISM è formato da persone di pari grado ed eventualmente sanitari della salute mentale, addestrati riguardo le manifestazioni da stress, le tecniche comunicative e le dinamiche di gruppo; una parte importante è rappresentata dal Debriefing sullo Stress da Incidente Critico (CISD), un gruppo molto strutturato che permette ai partecipanti di elaborare criticamente l'evento di cui sono stati partecipi attraverso sette fasi: al CISD è stata attribuita una riduzione del rischio di sviluppo di PTSD (Disturbo Post-Traumatico da Stress).¹

Nelle organizzazioni in cui il benessere dei dipendenti è enfatizzato, inoltre, è comune che si attui il Defusing, ossia un fenomeno che si sviluppa spontaneamente tra colleghi che si confrontano sugli eventi cui hanno partecipato nelle prime ore loro successive; questo permette di scaricare le tensioni accumulate senza arrivare a partecipare a un gruppo strutturato.¹⁶ Il Defusing è però possibile solo in realtà lavorative che puntano al miglioramento della qualità di vita e professionale dei loro dipendenti, creando un ambiente in cui ogni individuo che si senta in difficoltà o bisognoso di rassicurazioni possa affidarsi ai colleghi di pari grado senza percepire i loro giudizi, agendo prima di sviluppare segni e sintomi di PTSD o Traumatizzazione Vicaria.¹

3. PROGETTO DI RICERCA

3.1 Obiettivi e quesiti

Lo scopo di questa ricerca di tipo quantitativo descrittivo è indagare se e quali variabili, di tipo anagrafico e/o formativo, possano avere una ricaduta sulla percezione che l'infermiere di 118 o Pronto Soccorso ha del carico emotivo che un'urgenza pediatrica porta con sé e delle proprie capacità di affrontarla dal punto di vista tecnico-pratico e, appunto, emotivo.

In particolare i quesiti di ricerca sono stati:

- La capacità di gestire il carico emotivo di un'urgenza pediatrica può essere influenzata dal sesso dell'infermiere e/o dalla genitorialità dello stesso?
- La capacità di gestire il carico emotivo di un'urgenza pediatrica può essere influenzata

dalla preparazione dell'infermiere in tale campo, ossia dal fatto di aver frequentato corsi pediatrici e relativi retraining?

- Gli infermieri del 118/Pronto Soccorso hanno a disposizione incontri di debriefing o servizi di supporto psicologico dopo aver gestito un'urgenza pediatrica, considerando l'importanza che la letteratura dà agli stessi?

- Se sì, ritengono utile parteciparvi? Se no, ne sentono il bisogno o riterrebbero la loro istituzione inutile?

- Gli infermieri del 118/Pronto Soccorso credono sarebbero necessari dei miglioramenti operativi per potenziare l'approccio alle urgenze pediatriche?

3.2 Materiali e metodi

3.2.1 Strumento di raccolta dati

Come strumento di raccolta dati è stato preparato un questionario a domande chiuse con tre domande aperte finali, riguardanti queste ultime l'opinione dell'infermiere sul supporto psicologico, sul debriefing e sui miglioramenti operativi consigliati [Allegato 1]. Prima di procedere alla raccolta dati, tale questionario è stato testato su tre infermieri del servizio SUEM-118 di Treviso e sottoposto all'esame di un medico epidemiologo che ne approvasse la correttezza formale e dei contenuti; a seguito di ciò, il questionario è risultato comprensibile e adatto ai quesiti di ricerca. La raccolta dati è perciò iniziata senza apporvi modifiche.

3.2.2 Campione di indagine

Il campione d'indagine è formato dagli infermieri regolarmente assunti presso le Unità Operative 118 e Pronto Soccorso dell'U.L.S.S. 9 (Treviso e Oderzo) e dell'Istituto Meyer di Firenze, per un totale di 134 persone idonee alla raccolta dati. Sono stati perciò esclusi eventuali operatori volontari presenti sulle ambulanze, infermieri assunti presso Enti Accreditati e/o studenti infermieri in tirocinio.

3.2.3 Procedura

L'adesione alla raccolta dati è stata fissata su base volontaria e anonima. È stato fornito ai coordinatori infermieristici delle Unità Operative sede di studio un numero congruo di

copie cartacee del questionario, con l'indicazione di metterle a disposizione degli infermieri. Il questionario è rimasto a disposizione degli infermieri per un periodo di circa cinque settimane tra luglio e agosto 2015. Successivamente i questionari compilati sono stati ritirati ed è iniziata l'analisi dei dati.

3.2.4 Analisi dei dati

I dati sono stati inseriti in un foglio di calcolo riassuntivo e in altri specifici per argomento. Nelle domande che chiedevano all'intervistato di esprimere un giudizio scegliendo tra "insufficiente – sufficiente – discreto – buono – ottimo", durante l'analisi dei risultati, sono stati utilizzati in sostituzione numeri da 1 a 5 dove 1 rappresentava il giudizio "insufficiente" e 5 il giudizio "ottimo".

Per quanto riguarda le tre domande aperte, è stato creato un elenco delle varie risposte, che ha permesso di registrare la frequenza con cui esse ricorrevano nei vari questionari.

4. RISULTATI

4.1 Descrizione del campione

Sono stati raccolti in totale 90 questionari compilati rispetto ai 134 infermieri idonei alla partecipazione, per una percentuale di adesione del 67%; precisamente i questionari compilati dagli infermieri dell'U.L.S.S. 9 sono stati 59 e quelli dell'ospedale Meyer 31.

La percentuale di donne è risultata in generale del 64,4% (58 questionari) e quella degli uomini del 35,6% (32 questionari); in particolare, all'Istituto Meyer di Firenze le donne hanno risposto per il 71% e gli uomini per il 29%, mentre nell'U.L.S.S. 9 le percentuali sono state rispettivamente del 61 e del 39%.

L'età media emersa risulta essere 38,9 anni: 41 anni nell'U.L.S.S. 9 e 35,3 anni al Meyer. Gli anni di lavoro al Pronto Soccorso o al 118 invece vanno, nell'U.L.S.S. 9, da un minimo di 1 a un massimo di 35, per una media di 9 anni di esperienza; all'istituto Meyer, invece, il minimo è risultato 6 mesi e il massimo 23 anni, per una media di 6 anni e 2 mesi circa.

In media il 30% degli infermieri che ha aderito al questionario aveva già avuto esperienze lavorative in Unità Operative pediatriche: il tasso è ovviamente più elevato tra i

professionisti del Meyer, con il 54,9%, mentre diminuisce nell'U.L.S.S. 9, dove raggiunge solo il 16,9%. La percentuale, invece, risulta simile in entrambe le realtà sanitarie per quanto riguarda il fatto di aver già affrontato o meno urgenze pediatriche: in totale ha dato risposta affermativa il 91,1% degli infermieri, precisamente il 93,5% degli intervistati dell'istituto fiorentino e l'89,9% di quelli dell'U.L.S.S. trevigiana.

4.2 L'influenza delle caratteristiche anagrafiche

Per quanto riguarda le caratteristiche anagrafiche, ai fini dello studio sono state tenute in considerazione il sesso e la genitorialità.

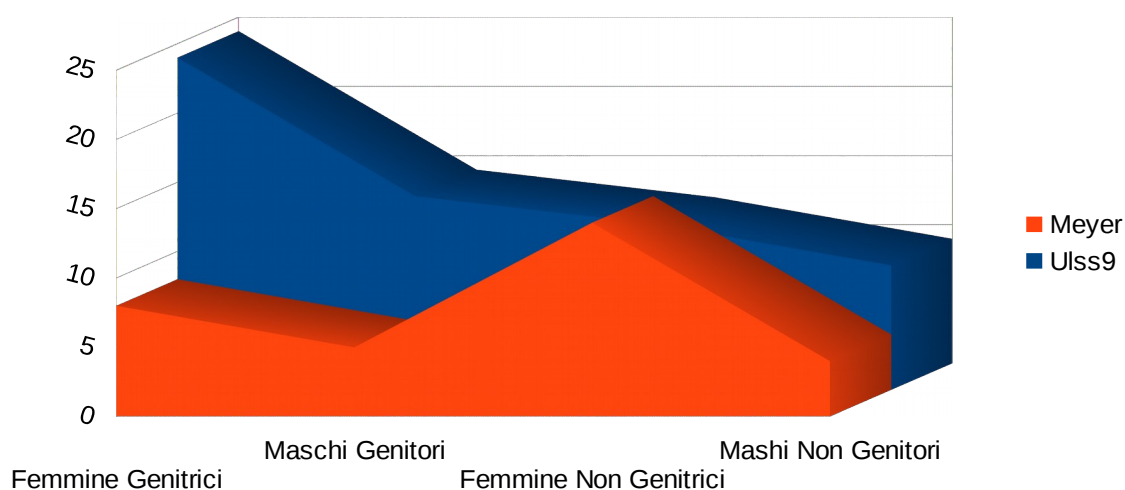
- Nell'U.L.S.S. 9 hanno risposto al questionario 36 femmine e 23 maschi, con percentuali rispettivamente del 61% e del 39%; al Meyer invece le femmine sono state 22 e i maschi 9, con percentuali del 71% e del 29%.

- Tra gli infermieri dell'U.L.S.S. trevigiana, 38 hanno risposto di essere genitori (64,4%) mentre 21 hanno affermato di non avere figli (35,6%); le percentuali diventano rispettivamente del 41,9% (13 genitori) e del 58,1% (18 non genitori) nell'istituto fiorentino.

Combinando le due variabili, abbiamo ottenuto:

- nell'U.L.S.S. 9 24 femmine genitrici (66,7%) e 12 femmine non genitrici (33,3%), 14 maschi genitori (61%) e 9 maschi non genitori (39%);

- al Meyer 8 femmine genitrici (36,4%) e 14 femmine non genitrici (63,6%), 5 maschi genitori (55,6%) e 4 maschi non genitori (44,4%).



Disegno 1: Caratteristiche Anagrafiche

Studiando le risposte riguardanti la percezione del proprio grado di preparazione all'urgenza pediatrica dal punto di vista tecnico-pratico ed emotivo in base alle variabili anagrafiche abbiamo ottenuto i seguenti dati:

- Nell'U.L.S.S. 9 le femmine si sentono pronte ad affrontare un'urgenza pediatrica in modo più che sufficiente sia dal punto di vista tecnico-pratico che da quello emotivo (media dei dati = 2,5); i maschi ritengono la loro preparazione tecnico-pratica discreta (media dei dati = 2,8) mentre quella emotiva più che sufficiente (media dei dati = 2,5). In particolare le femmine genitrici sono in media meno sicure della loro preparazione rispetto a quelle non genitrici: la percezione delle prime è infatti risultata sufficiente (media 2,3 per la parte tecnico-pratica e 2,2 per quella emotiva), mentre quella delle seconde discreta (media 3,1 dal punto di vista tecnico-pratico e 3 da quello emotivo). Al contrario, i maschi genitori si sentono più pronti ad affrontare una situazione di questo tipo rispetto ai non genitori: i giudizi sono risultati infatti invertiti, con un'auto-valutazione discreta da parte dei primi (media tecnico-pratica 3,2 ed emotiva 2,8) e sufficiente da parte dei secondi (medie rispettivamente di 2,2 e 2,1).

- All'istituto Meyer le femmine si sentono pronte ad affrontare un'urgenza pediatrica in modo più che discreto sia dal punto di vista tecnico-pratico (media dei dati = 3,5) sia da quello emotivo (media dei dati = 3,6); i maschi percepiscono invece la loro preparazione tecnico-pratica discreta, così come quella emotiva (medie dei dati = 3,2). Incrociando il dato del sesso con quello della genitorialità, abbiamo osservato che le femmine genitrici ritengono il loro grado di preparazione buono da entrambi i punti di vista (media 3,8 per il lato tecnico-pratico e 3,9 per quello emotivo), mentre le non genitrici si sono fermate a un giudizio più che discreto in ambedue i campi di indagine (medie dei dati = 3,4). I maschi genitori si sentono più sicuri dal punto di vista tecnico-pratico (media di 3,6 rispetto al 2,8 del lato emotivo), inversamente rispetto ai non genitori che percepiscono discreto il loro approccio tecnico-pratico e buono quello emotivo (medie dei dati = 3 e 3,8).

È stato anche chiesto agli infermieri in che misura ritenessero la componente emotiva in grado di influenzare l'efficacia del sanitario in una situazione di urgenza pediatrica: nell'U.L.S.S. 9 femmine e maschi hanno risposto allo stesso modo, con una media finale di 7,7; tale dato è in linea con i maschi dell'istituto Meyer (media dei dati = 7,9) mentre le femmine dell'ospedale fiorentino la ritengono meno importante (media dei dati = 6,1).

Considerando anche la genitorialità degli intervistati otteniamo che:

- Nell'U.L.S.S. trevigiana le femmine genitrici ritengono che la componente emotiva abbia un peso maggiore rispetto alla percezione che ne hanno le femmine non genitrici, con medie rispettive di 8,2 e 6,8; la situazione si ribalta per quanto riguarda il sesso maschile, in cui i genitori credono che l'influenza del carico emotivo sia limitata (media dei dati = 5,9) mentre i non genitori la ritengono più importante (media = 7,8).

- All'istituto Meyer, invece, il fatto di essere genitore aumenta la percezione del peso emotivo in entrambi i sessi: le femmine genitrici hanno ottenuto una media di 6,9 rispetto al 5,6 delle non genitrici e i maschi genitori un dato finale medio di 8,6 rispetto al 7 dei non genitori.

[Allegato 2 – *Disegni 2a e 2b*]

4.3 L'influenza della formazione

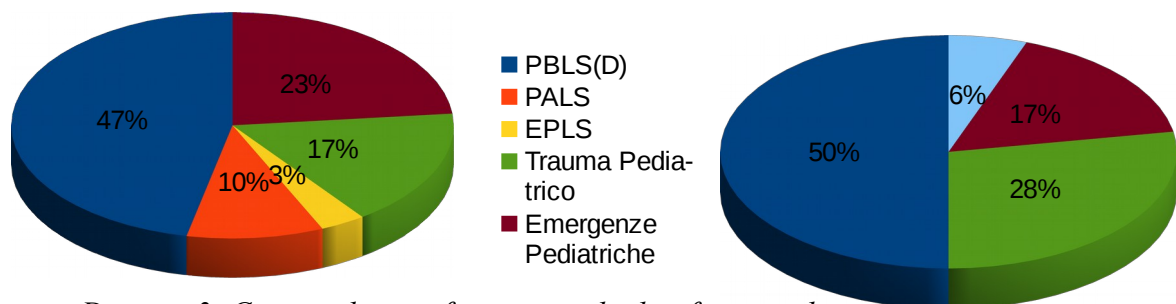
Per quanto riguarda l'aspetto della formazione, oltre a una prima indagine sul titolo di studio degli infermieri, è stato tenuto in considerazione il fatto di aver partecipato o meno a corsi pediatrici durante il percorso di studi universitari e/o al momento dell'assunzione; è stata indagata anche la frequentazione dei retraining.

Nell'U.L.S.S. 9 gli infermieri in possesso della laurea sono stati 37, su 59 questionari raccolti in totale (62,7%), mentre all'ospedale Meyer di Firenze la percentuale si alza all'80,6% (25 questionari su 31); tra questi, esaminando l'opinione degli infermieri laureati riguardo la preparazione universitaria in campo pediatrico, è emerso che nell'U.L.S.S. 9 il 97,1% la ritiene insufficiente: in un solo questionario, infatti, è stata data risposta positiva, per una percentuale del 2,9%. Le percentuali all'ospedale Meyer diventano rispettivamente dell'80% per la preparazione insufficiente e del 20% per la preparazione sufficiente.

- Gli infermieri dell'U.L.S.S. 9 che durante il percorso universitario hanno partecipato a corsi pediatrici sono stati il 40,5%; di questi, il 73,7% ne ha frequentato uno, mentre solo il 26,3% ne ha frequentati due o più. I corsi più frequentemente scelti dagli studenti infermieri durante l'università sono risultati essere PBLs/PBLSD (47%) e Emergenze Pediatriche (23%).

- All'istituto Meyer di Firenze la percentuale di infermieri laureati che ha partecipato a corsi pediatrici durante il corso di studi si alza al 52%; di questi, il 61,5% ne ha frequentato

uno, mentre il 38,5% ha partecipato a due o più. Il corso che più spesso è stato frequentato dagli studenti infermieri è stato il PBLS/PBLSD (50%).



Disegno 3: Corsi pediatrici frequentati dagli infermieri durante il percorso di studi universitari; confronto tra U.L.S.S. 9 (a sinistra) e ospedale Meyer (a destra)

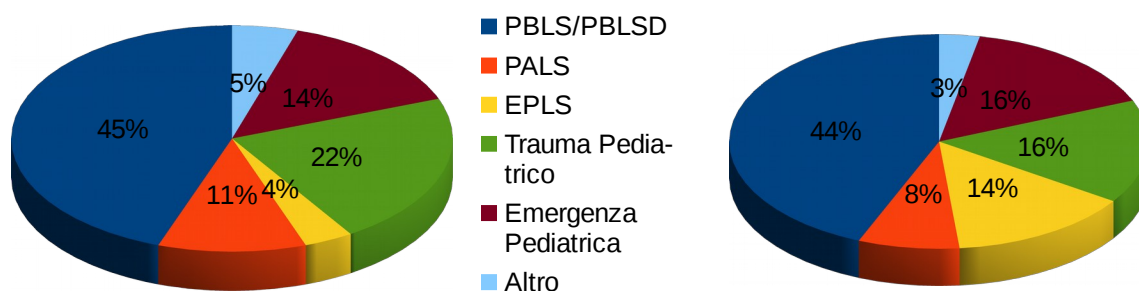
- Nell'U.L.S.S. 9 gli infermieri laureati che hanno partecipato a corsi pediatrici all'università si sentono pronti ad affrontare un'urgenza pediatrica in modo più che sufficiente sia dal punto di vista pediatrico sia da quello emotivo (media dei dati = 2,6), e percepiscono il peso della componente emotiva 8,2 su una scala da 1 a 10. Gli infermieri laureati che non hanno partecipato a corsi pediatrici all'università hanno ottenuto una media di 2,4 dal lato tecnico-pratico e un'autovalutazione sufficiente (media = 2,1) da quello emotivo; l'influenza della componente emotiva è risultata a un punteggio medio di 8,1.

- All'istituto Meyer di Firenze gli infermieri laureati che hanno partecipato a corsi pediatrici durante il corso di studi sentono di poter affrontare un'urgenza pediatrica in modo più che discreto da entrambi i punti di vista (medie dei dati = 3,5 e 3,6) e la percezione del peso della componente emotiva si è fermata a un punteggio di 6 su 10. Gli infermieri che hanno conseguito la laurea senza partecipare a corsi pediatrici durante il percorso universitario hanno ottenuto punteggi mediamente più bassi: la media della propria preparazione è risultata a 3,2 dal lato tecnico-pratico e a 3,3 dal lato emotivo, e il grado di influenza che l'emotività esercita sull'infermiere è emerso essere in media 7,1. [Allegato 3 – Disegni 4a e 4b]

Esaminando poi la partecipazione a corsi pediatrici dopo l'assunzione, si è osservato che:

- La percentuale di infermieri dell'U.L.S.S. 9 che ne ha frequentato almeno uno è del 71,2%; tra questi, il 45% ha dichiarato di aver partecipato a più di un corso pediatrico,

mentre il restante 55% ne ha frequentato solamente uno. I corsi pediatrici che sono risultati più frequentati sono il PBLIS/PBLSD (45%) e il Trauma Pediatrico (22%).- All'istituto Meyer, partendo dal presupposto che tutti (eccetto due infermieri che vi lavorano da meno di un anno) hanno partecipato ai corsi di Triage Pediatrico e di EPILS, il 93,5% ne ha frequentati anche altri; tra questi il 34,5% si è limitato a un solo corso aggiuntivo mentre il 65,5% ne ha frequentati altri due o più. Oltre ai corsi richiesti dall'ospedale, quelli più ricorrenti nei questionari analizzati sono PBLIS/PBLSD (44%), Trauma Pediatrico (16%) ed Emergenza Pediatrica (16%).



Disegno 5: Corsi pediatrici frequentati dagli infermieri dopo l'assunzione; confronto tra U.L.S.S. 9 (a sinistra) e ospedale Meyer (a destra)

- Nell'U.L.S.S. 9, gli infermieri che hanno partecipato a corsi pediatrici dopo l'assunzione hanno dichiarato di sentirsi in grado di affrontare un'urgenza pediatrica in modo discreto sia dal punto di vista tecnico-pratico (media dei dati = 2,9) sia da quello emotivo (media = 2,8); il grado con cui essi percepiscono di lasciarsi influenzare dalla componente emotiva durante un'urgenza pediatrica è risultato 7,5 su 10. L'autovalutazione degli infermieri che non hanno frequentato nessun corso, invece, è risultata appena sufficiente in entrambi i campi (medie rispettivamente di 1,9 e 1,8), e il peso della componente emotiva è salito a 8,1.

- All'istituto Meyer di Firenze, gli infermieri che hanno frequentato corsi pediatrici dopo l'assunzione sentono di poter gestire un'urgenza pediatrica in modo più che discreto in entrambi i campi d'indagine (medie dei dati = 3,6); il grado in cui l'emotività influenza il sanitario è sceso a 6,8. La piccola percentuale che non ha preso parte a tali corsi ha fornito un'autovalutazione delle proprie capacità sufficiente dal punto di vista tecnico-pratico (media = 2) e più che sufficiente da quello emotivo (media = 2,5); il peso della componente emotiva è risultato 7 su 10.

[Allegato 4 – Disegni 6a e 6b]

Incrociando i dati degli infermieri che hanno partecipato a corsi pediatrici durante il percorso universitario e/o dopo l'assunzione, ossia analizzando le differenze tra coloro che hanno partecipato almeno a un corso e coloro i quali non ne hanno mai frequentato nemmeno uno, i dati ottenuti sono i seguenti:

- Gli infermieri che non hanno mai preso parte a un corso pediatrico si sentono in grado di affrontare un'urgenza in modo appena sufficiente dal punto di vista tecnico-pratico (media dei dati = 1,9) e non sufficiente da quello emotivo (media = 1,6); essi percepiscono il peso della componente emotiva a un livello di 8,3 su 10.

- Gli infermieri che almeno in una circostanza hanno frequentato un corso pediatrico sentono di poter gestire una situazione del genere in modo discreto in entrambi i campi indagati (medie rispettivamente 3,1 e 3); la percezione del peso dell'emotività scende a 7,2.

Per quanto concerne la domanda relativa ai retraining dei corsi pediatrici, è evidente la differenza tra le due realtà poste a confronto: nell'U.L.S.S. 9 il 27,3% ha dichiarato di averli frequentati, mentre il 72,7% non vi ha mai preso parte. All'ospedale Meyer le percentuali sono praticamente invertite: il 71,4% ha partecipato regolarmente ai retraining, e solo il 28,6% non li ha ancora frequentati.

4.4 Supporto psicologico e debriefing

Questa parte della ricerca si è concentrata sulla presenza di momenti di debriefing e/o di supporto psicologico a disposizione degli infermieri che ne sentissero la necessità; sono stati poi indagate le opinioni degli infermieri stessi su tali possibilità.

Per quanto riguarda il tema del debriefing abbiamo ottenuto i seguenti dati:

- Nell'U.L.S.S. 9 il 19,3% degli infermieri sostiene che dopo aver gestito emergenze pediatriche vengano realizzati momenti di debriefing, mentre l'80,7% ha negato che vi sia questa possibilità. Alla domanda "Se sì, lo ritiene utile?/Se no, lo riterrebbe utile?" è stata data risposta nel 73% dei questionari compilati: di questi, il 95,3% ha sostenuto l'utilità di questo tipo di servizio, mentre il 4,7% non ne sente l'esigenza. I motivi che più spesso sono stati portati a sostegno della tesi dell'utilità del debriefing sono il fatto che esso permette di confrontarsi (24%), analizzare le criticità (16%) e migliorare la gestione dell'emergenza successiva (16%); altre motivazioni sono state imparare a gestire il rischio di errore (10%), scaricare la tensione (10%), migliorare la consapevolezza delle proprie

competenze (8%).

Nei due casi in cui la risposta riguardo l'utilità del debriefing è stata negativa, le motivazioni sono state che vi è scarso interesse e scarsa motivazione nell'organizzare questi momenti di confronto e che non se n'è mai sentito il bisogno.

- All'ospedale Meyer il 35,5% degli infermieri ha dichiarato che nella loro Unità Operative vengono realizzati debriefing dopo la gestione di emergenze pediatriche, mentre la risposta del restante 64,5% è stata negativa. Alla domanda sull'utilità effettiva o ipotetica di tali momenti di confronto è stata fornita una risposta nel 65% dei questionari: le percentuali sono pressoché sormontabili a quelle dell'U.L.S.S. 9, in quanto il 95% ha dichiarato che ritiene/riterebbe utile questo servizio mentre il 5% è di opinione opposta. Le motivazioni più ricorrenti a favore dell'utilità del debriefing in questo caso sono state per prima la possibilità di migliorare la gestione dell'emergenza successiva (38%), poi quella di confrontarsi (24%) e infine analizzare le criticità (19%). Nell'unico caso in cui il debriefing è stato dichiarato inutile, il motivo è stato che questi momenti di confronto sarebbero incompatibili con l'attività di Pronto Soccorso.

[Allegato 5 – *Disegno 7*]

Analizzando invece le risposte alle domande riguardanti il supporto psicologico si è osservato che:

-Nell'U.L.S.S. 9 il 37,3% degli infermieri dichiara che vi sia un servizio di supporto psicologico a disposizione degli infermieri, mentre il 62,7 % sostiene il contrario. Alla domanda "Se sì, lo ritiene utile?/Se no, lo riterrebbe utile?" è stata data risposta nel 61% dei questionari: di questi, il 91,7% ha dato opinione positiva, mentre il restante 8,3% non crede in questa possibilità. Tra i motivi che sono stati forniti a favore della tesi dell'utilità del supporto psicologico, i più frequenti sono: sfogarsi e gestire le emozioni (28%), razionalizzare e confrontarsi (16%), ricevere supporto morale (13%); inoltre esso è considerato utile visto la scarsa casistica (9%), per preservare la sfera emotiva dell'operatore di emergenza (9%) e per lavorare con più serenità (9%). I tre casi in cui è stata negata l'utilità di questo servizio le motivazioni sono state l'insufficiente competenza degli operatori coinvolti (gli psicologi in primis) per quanto riguarda i meccanismi dell'area critica, il fatto che gli infermieri di Pronto Soccorso e 118 dovrebbero saper gestire da soli l'emotività e una casistica troppo scarsa.

- All'ospedale Meyer il 51,7% degli infermieri sostiene la disponibilità di un supporto psicologico, mentre il 48,3% ha fornito risposta negativa. Alla domanda sull'utilità del servizio ha risposto il 77% degli intervistati: tra questi il 95,8% ritiene il supporto psicologico un servizio utile, al contrario del restante 4,2%. Le motivazioni più spesso presentate a favore sono in questo caso, nell'ordine: sfogarsi e gestire le emozioni (45%), ricevere un supporto morale (15%) e migliorare l'approccio agli eventi avversi e agli interventi successivi (15%). Nell'unico caso in cui è stata data risposta negativa, il motivo fornito è stato che gli psicologi non capiscono le dinamiche sanitarie.

[Allegato 6 – *Disegno 8*]

4.5 Miglioramenti operativi

Ha risposto a questa ultima domanda il 92% degli infermieri dell'U.L.S.S. 9 e il 94% dell'ospedale Meyer.

- Per quanto riguarda la realtà trevigiana, i consigli che più frequentemente abbiamo ritrovato sono stati svolgere retraining regolari dei corsi (22%), effettuare debriefing più frequenti favorendo il dialogo tra colleghi e l'analisi dei casi (19%), rendere i corsi obbligatori per poter lavorare (16%), fare più corsi pediatrici (15%) e più simulazioni di emergenze pediatriche (10%), garantire l'aggiornamento di tutti gli operatori (10%).

- I consigli più frequenti tra gli infermieri dell'istituto Meyer sono invece fare più simulazioni e più corsi pediatrici (26%), svolgere più debriefing per favorire il dialogo tra colleghi (24%) e creare gruppi di sostegno psicologico (9%).

[Allegato 7 – *Disegno 9*]

5. DISCUSSIONE

I dati ottenuti attraverso la somministrazione del questionario sono stati analizzati, per le domande più importanti, con il test statistico del Chi-Quadrato: esso permette infatti di stabilire se eventuali differenze nelle frequenze di comparsa dei dati possano essere dovute al caso o siano legate alle variabili oggetto di studio. Nel nostro caso risulta particolarmente importante sottolineare come la domanda n° 10, riguardante il livello in cui l'infermiere si sente in grado di affrontare un'urgenza pediatrica, abbia ottenuto per la prima voce un livello critico di 0,05 e per la seconda di 0,005: ciò significa che,

rispettivamente per il 95% e per il 99,5% delle possibilità, si presuppone che le differenze evidenziate dallo studio non siano dovute al caso ma alle variabili analizzate.

5.1 L'influenza delle caratteristiche anagrafiche

Lo studio dei dati ha evidenziato come le caratteristiche anagrafiche, in particolare il sesso dell'infermiere e il fatto che egli sia genitore o meno, influenzino in modo non assoluto la capacità di approcciarsi a un'urgenza pediatrica e di gestire il carico emotivo che la caratterizza: non si è potuto infatti osservare un andamento regolare nei risultati. Abbiamo notato come, generalmente, nell'U.L.S.S. 9 maschi e femmine siano omogenei nella valutazione di tali aspetti, mentre all'ospedale Meyer di Firenze le femmine abbiano una percezione più alta delle loro capacità tecnico-pratica ed emotiva di agire in una tale situazione e ritengano meno vincolante il peso dell'emotività. Andando a osservare anche la variabile della genitorialità, notiamo che, contrariamente all'ipotesi di partenza, i genitori sono tendenzialmente più sicuri del proprio approccio e tecnico-pratico e emotivo rispetto ai non genitori (cinque casi su otto): l'unica vera eccezione è rappresentata dal gruppo delle femmine genitrici dell'U.L.S.S. 9. È invece conforme alle aspettative l'andamento del dato riguardante il peso che la componente emotiva esercita sull'infermiere quando si trova di fronte a un'urgenza pediatrica: posta la sola eccezione dei maschi genitori dell'U.L.S.S. 9, infatti, i genitori lo percepiscono sempre più importante rispetto ai non genitori.

5.2 L'importanza della formazione

Per quanto riguarda questo campo di analisi, la ricerca ha dato risultati soddisfacenti e in linea con l'ipotesi di partenza. Partendo dal presupposto che il campione è formato per il 68,9% da infermieri laureati, si è potuto osservare come gli infermieri dell'U.L.S.S. 9 in possesso di tale titolo abbiano frequentato nell'89,2% dei casi l'Università degli Studi di Padova: essi, durante il percorso di studi, hanno partecipato a corsi pediatrici in percentuale minore rispetto agli infermieri dell'ospedale Meyer; questi ultimi hanno ottenuto il diploma di laurea perlopiù negli Atenei di Firenze e Pisa (50%), che come visto in precedenza considerano maggiormente il campo pediatrico nei loro piani formativi. Aver notato questa differenza nella preparazione non è rimasto fine a se stesso ma bensì ha permesso di evidenziare come chi ha partecipato ad almeno uno di questi corsi durante la

propria formazione accademica si senta più preparato ad affrontare un'urgenza pediatrica sia dal punto di vista tecnico-pratico sia, soprattutto, da quello della gestione dell'emotività.

Risultati sovrapponibili sono stati ottenuti dallo studio della formazione post-assunzione; una prima sostanziale differenza è data dal fatto che l'ospedale Meyer, per poter lavorare nel proprio Pronto Soccorso, richiede agli infermieri di partecipare a due corsi pediatrici specifici dopo il periodo di affiancamento (Triage Pediatrico e EPILS). In aggiunta a ciò, comunque, gli infermieri dell'U.L.S.S. 9, dopo l'assunzione, partecipano in maniera limitata a corsi pediatrici rispetto ai colleghi toscani: ciò può essere interpretato come conseguenza del fatto che la politica formativa dell'istituto fiorentino pone molta attenzione alla preparazione dei propri dipendenti (e quindi anche ai retraining) e li incentiva alla frequentazione dei corsi anche dal punto di vista economico. C'è quindi il rischio, visto il costo non indifferente di tali lezioni, che gli infermieri dell'U.L.S.S. trevigiana rinuncino a parteciparvi per motivi economici, perdendo delle importanti occasioni di apprendimento e aggiornamento e rischiando di non fornire l'assistenza migliore possibile a pazienti in età pediatrica che si trovassero ad averne necessità. Anche in questo caso, infatti, lo studio ha evidenziato come gli infermieri che hanno frequentato corsi pediatrici dopo l'assunzione siano più preparati ad affrontare un quadro di urgenza pediatrica, sotto tutti i punti di vista.

5.3 Supporto psicologico e debriefing

Dallo studio si possono notare due aspetti in particolare. Innanzitutto la maggior parte degli infermieri, in entrambe le realtà sanitarie, non sempre è consapevole dei servizi messi a disposizione dall'ospedale: è infatti evidente, così nell'U.L.S.S.9 come al Meyer, il fatto che il 58% degli infermieri abbia negato la disponibilità di un supporto psicologico quando in realtà esso esiste in ambedue le realtà, su richiesta dell'operatore che ne senta l'esigenza. Stessa considerazione si può fare per i momenti di debriefing dopo un'urgenza pediatrica, nel cui caso la percentuale che ne ha negato la possibilità sale addirittura al 75% totale. Il secondo aspetto degno di nota è che sia nell'U.L.S.S. trevigiana che nell'istituto fiorentino la grandissima parte degli infermieri ritiene, e soprattutto riterrebbe, utili queste iniziative, per motivi diversi: il debriefing in particolare per confrontarsi, analizzare le criticità e migliorare la gestione dell'emergenza successiva; il supporto psicologico per sfogarsi e

gestire le emozioni, razionalizzare e ricevere un supporto morale. Visti questi risultati si pensa che sarebbe importante, da parte degli organi direttivi di entrambe le realtà analizzate in questo studio, focalizzarsi su queste necessità percepite dagli infermieri per evitare il rischio di ripercussioni sul loro benessere psico-fisico e di conseguenza sul rendimento professionale. Ad esempio, partendo dal presupposto che un servizio di supporto psicologico è già presente, sarebbe forse il caso di rendere i propri infermieri maggiormente consapevoli di ciò, delle modalità con cui accedervi, e del fatto che sono liberi di usufruirne ogni qualvolta ne sentano il bisogno. Per quanto riguarda il debriefing, invece, in Unità Operative ad alto carico emotivo come il Pronto Soccorso e il 118 si pensa sarebbe meglio organizzare questi momenti di confronto in modo più ufficiale, senza lasciare che essi si riducano a degli scambi di poche parole nei corridoi o alla fine del turno: queste modalità di esecuzione ufficiose senza un gruppo strutturato, infatti, tolgono valore a uno degli strumenti più riconosciuti nella prevenzione dello Stress da Incidente Critico e del PTSD, col rischio che esso perda di efficacia nel suo fine di mantenere il benessere dei sanitari.

6. CONCLUSIONE

Rispetto alle ipotesi di partenza, tramite questo progetto di ricerca abbiamo potuto constatare il fatto che le caratteristiche anagrafiche dell'infermiere (in particolare il sesso e l'essere o meno genitore) non hanno un'influenza univoca sulle sue capacità di affrontare e gestire un'urgenza pediatrica. Si pensava infatti che la genitorialità fosse un fattore di rischio, che potesse portare l'infermiere di Pronto Soccorso o 118 a rivedere il proprio figlio nel piccolo paziente che stava tentando di aiutare: questa tesi è presente anche in letteratura ma non ha trovato una piena conferma nel nostro campione di indagine.

È stata invece avvalorata l'idea principale da cui è nato questo progetto di ricerca: la formazione è fondamentale per approcciare nella giusta maniera un qualsiasi quadro di urgenza pediatrica che ci si presenti davanti e l'Università degli Studi di Padova, come molte altre delle regioni limitrofe, sembra sottovalutare questa parte di popolazione negli insegnamenti previsti per il nostro corso di laurea. Inoltre l'U.L.S.S. 9, nel momento in cui un infermiere viene assunto in Unità Operative come il Pronto Soccorso o il 118, non mette

in campo risorse per colmare queste lacune: formare adeguatamente questo gruppo di sanitari, ampio in ogni realtà rispetto ad altre categorie professionali, dovrebbe rivestire la giusta importanza poichè garantirebbe la miglior assistenza possibile anche ai piccoli pazienti che un giorno possano averne bisogno. I bambini infatti non vanno più considerati come piccoli adulti ma come pazienti a sè stanti, bisognosi di competenze specifiche: è su questo presupposto che si basa la politica formativa dell'ospedale pediatrico Meyer di Firenze, ed è grazie a quest'ultima che questo studio ha potuto portare alla luce i risultati sperati. È infatti emerso come una regolare partecipazione ai corsi pediatrici riconosciuti e ai relativi retraining ponga l'infermiere di Pronto Soccorso/118 nella posizione di sentirsi più sicuro delle proprie capacità tecnico-pratiche, quanto di quelle emotive, nel momento in cui si trovi a dover gestire un'urgenza pediatrica: l'importanza della sicurezza nelle proprie competenze e della fiducia in sè stessi è riconosciuta in letteratura come uno strumento per la riuscita dei propri interventi. Esse però vanno raggiunte e mantenute attraverso sì l'esperienza ma anche la formazione e la pratica continua, anche per migliorare il ragionamento clinico. Un'opzione molto citata in letteratura per potenziare le abilità dell'infermiere è quella delle simulazioni a computer o su manichini, ed è in questa direzione che dovrebbero iniziare a pensare gli organi direttivi delle realtà sanitarie.

Un altro punto che si vorrebbe portare all'attenzione è la necessità di lavorare su tutti quegli elementi che possono provocare uno stress e un accumulo di emozioni tali da arrivare a intaccare la sfera psicofisica dell'infermiere: per evitare questi rischi sono stati sviluppati meccanismi guidati come il *debriefing*, ossia un incontro strutturato in cui ci si confronta tra colleghi in presenza di un moderatore. È importante, e la ricerca lo ha confermato, anche il fatto che gli infermieri abbiano a disposizione un supporto psicologico nel momento in cui dovessero sentirne il bisogno: questo servizio dev'essere fatto però più conoscere, ne va spiegata l'importanza e negli operatori va costruita una fiducia nei confronti del professionista incaricato e, ancor prima, del servizio stesso.

I risultati della ricerca sono evidentemente sormontabili ai miglioramenti operativi consigliati dagli infermieri intervistati: una formazione più puntuale a partire dal percorso universitario fino e dopo l'assunzione, con corsi, retraining e simulazioni; un'attenzione al benessere psicofisico degli infermieri occupati ogni giorno a salvare vite di adulti e bambini e la cui emotività viene spesso dimenticata, sono elementi fondamentali per poter garantire l'assistenza migliore e una vera collaborazione tra diversi professionisti.

BIBLIOGRAFIA

1. Markenson DS. Pediatric Prehospital Care. Torino: Centro Scientifico Editore; 2007.
2. Sirbaugh PE, Shah MI. Pediatric considerations in prehospital care. UpToDate. 2013 (modificato maggio 2014; consultato 10 luglio 2015).
3. Young SR, Sang SK. The effect of computer-based resuscitation simulation on nursing students' performance, self-efficacy, post-code stress, and satisfaction. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*. 2014; 28:127-39.
4. Sirbaugh PE, Meckler G. Prehospital pediatrics and emergency medical services (EMS). UpToDate. 2012 (modificato 8 settembre 2014; consultato 10 luglio 2015).
5. Finan E, Bismilla Z, Whyte HE, LeBlanc V, McNamara PJ. High fidelity simulator technology may not be superior to traditional low-fidelity equipment for neonatal resuscitation training. *Journal of Perinatology*. 2011; 32:287-92.
6. Ventre KM, Collingridge DS, DeCarlo D. End-user evaluations of a personal computer-based pediatric advanced life support simulator. *Sim Healthcare*. 2011; 6:134-42.
7. Cloutier RL, Walthall JDH, Mull CC, Nypaver MM, Baren JM. Best educational practices in pediatric emergency medicine during emergency medicine residency training: guiding principles and expert recommendations. *Acad Emer Med*. 2010; 17:104–113
8. Borelli G. Il maltrattamento e l'abuso sessuale sul bambino: approccio in pronto soccorso pediatrico al Regina Margherita di Torino. *Agorà*. 2010; 45:20-4.

9. Robins PM, Meltzer L, Zelikovsky N. The experience of secondary traumatic stress upon care providers working within a children's hospital. *Journal of Pediatric Nursing*. 2009; 24:270-79.
10. Meadors P, Lamson A. Compassion fatigue and secondary traumatization: provider self care on intensive care units for children. *J Pediatr Health Care*. 2008; 22:24-34.
11. Storti M, Visonà M. Il disturbo post-traumatico da stress nel personale di emergenza: una revisione della letteratura. *Scenario*. 2010; 27:19-24.
12. Levi HB, Thomas NJ, Green MJ, Rentmeester CA, Ceneviva GD. Jading in the pediatric intensive care unit: implications for healthcare providers of medically complex children. *Pediatr Crit Care Med*. 2004; 5:275-277.
13. Salston M, Figley CR. Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *J Trauma Stress*. 2003;16:167-74
14. Peebles-Kleiger MJ. Pediatric and neonatal intensive care hospitalization as traumatic stressor: implications for intervention. *Bull Menninger Clin*. 2000;64:257-80.
15. Collins S, Long A. Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers-a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2003; 4:417-24.
16. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Treatment for post-traumatic stress disorder, operational stress injury, or critical incident stress: a review of guidelines. 2015.

SITOGRAFIA

1. www.unipd.it
2. www.medicina.univr.it
3. www.uniud.it
4. www.studiare.unife.it
5. www.unibo.it
6. www.unifi.it
7. www.unipi.it
8. www.uniroma1.it
9. www.meyer.it

ALLEGATI

Allegato 1 - Questionario di indagine epidemiologica rivolto agli infermieri del P.S./118

Allegato 2 – Disegno 2a e Disegno 2b

Allegato 3 - Disegno 4a e Disegno 4b

Allegato 4 - Disegno 6a e Disegno 6b

Allegato 5 – Disegno 7

Allegato 6 - Disegno 8

Allegato 7 – Disegno 9

ALLEGATO 1

QUESTIONARIO DI INDAGINE EPIDEMIOLOGICA RIVOLTO AGLI INFERMIERI DEL P.S./118

Caro/a futuro/a collega,

sono una studentessa laureanda in Infermieristica e per la mia tesi vorrei condurre un'indagine che analizzi le problematiche infermieristiche nell'approcciarsi a un'urgenza pediatrica, soprattutto dal lato dell'implicazione emotiva, anche per capire se ciò possa essere legato al fatto che il percorso universitario non ci forma adeguatamente sotto questo punto di vista. L'obiettivo è far riflettere sul fatto che il PBLS dovrebbe far regolarmente parte del nostro curriculum, tanto quanto il suo equivalente per adulti.

Le chiedo perciò di rispondere a queste semplici domande, ricordandoLe che il questionario è anonimo e che non ci sono risposte giuste o sbagliate. Nel rispondere pensi a situazioni in cui, a prescindere dal codice di uscita o di triage, vi sia realmente una compromissione delle funzioni vitali del bambino.

Grazie!

1. E' genitore?

- Si
- No

2. E' donna o uomo?

- Donna
- Uomo

3. Quanti anni ha?

4. E' in possesso della laurea o del diploma?

- Laurea
- Diploma
- Altro:

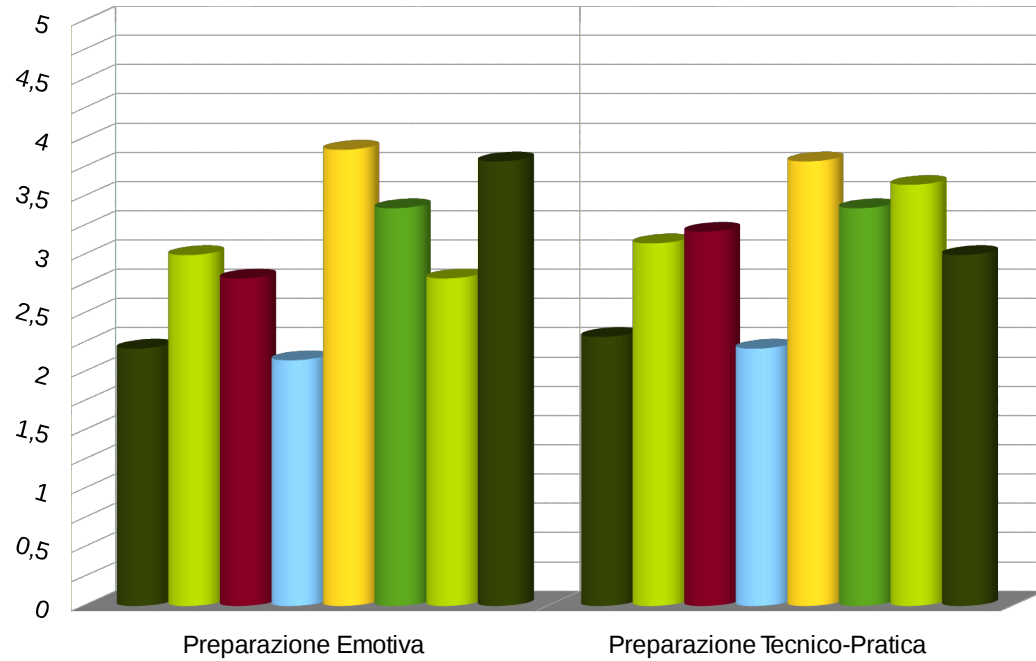
- Se ha conseguito la laurea universitaria, in quale Ateneo?

- Se ha conseguito la laurea universitaria, crede che la preparazione fornita in campo pediatrico sia sufficiente? o Si o No

5. Da quanti anni lavora al P.S./118?
6. Ha avuto precedenti esperienze in U.O. pediatriche?
- Si
 - No
 - Se si, quali?
7. Durante il percorso di studi, ha frequentato corsi di gestione di emergenze pediatriche?
- PBLS/PBLSD
 - PALS
 - EPLS
 - Trauma Pediatrico
 - Emergenze Pediatriche
 - Altro: _____
8. Dopo l'assunzione, ha frequentato corsi di gestione di emergenze pediatriche?
- PBLS/PBLSD
 - PALS
 - EPLS
 - Trauma Pediatrico
 - Emergenze Pediatriche
 - Altro: _____
9. Se ha frequentato qualche corso, ha mai seguito retraining? Si No
10. Indichi in questa scala, che va da un minimo di "Insufficiente" a un massimo di "Ottimo", in che grado si sentirebbe pronto ad affrontare una situazione di emergenza pediatrica..
- Dal punto di vista tecnico/pratico: Insufficiente Sufficiente Discreto Buono Ottimo
 - Dal punto di vista emotivo: Insufficiente Sufficiente Discreto Buono Ottimo

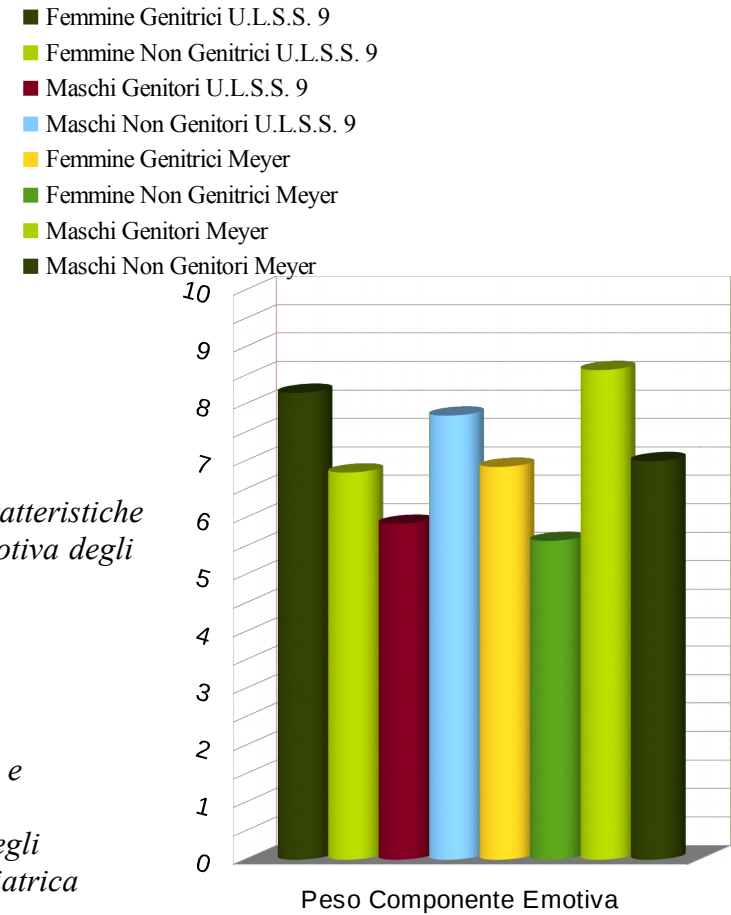
11. Si è mai trovato impegnato nella gestione di un'emergenza pediatrica?
- Si No
12. Secondo Lei, da 1 a 10 (1=non influenza per niente, 10=influenza in modo assoluto) quanto, in tali circostanze, la componente emotiva può influenzare l'efficienza dell'operatore? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
13. Se nella domanda 12 la Sua risposta è stata da 5 in su, crede che questo senso di inadeguatezza dell'infermiere possa essere dovuto a: (più risposte possibili)
- Preparazione insufficiente
 - Motivi "personali", ad es. il fatto di avere figli in età pediatrica
 - Scarsa pratica
 - Altro: _____
14. In caso di interventi difficili dal punto di vista del coinvolgimento emotivo, è disponibile un supporto psicologico?
- Si
 - No
 - Se sì, lo ritiene utile? Perché? _____
 - Se no, ritiene sarebbe utile istituirlo? Perché? _____
15. Nel Suo servizio vengono realizzati debriefing dopo aver gestito emergenze pediatriche?
- Si
 - No
 - Se sì, li ritiene utili? Perché? _____
 - Se no, ritiene sarebbe utile istituirli? Perché? _____
16. Potendo influenzare le scelte strategiche operative, suggerirebbe dei miglioramenti operativi?
- Si
 - No
 - Se sì, quali? _____

ALLEGATO 2

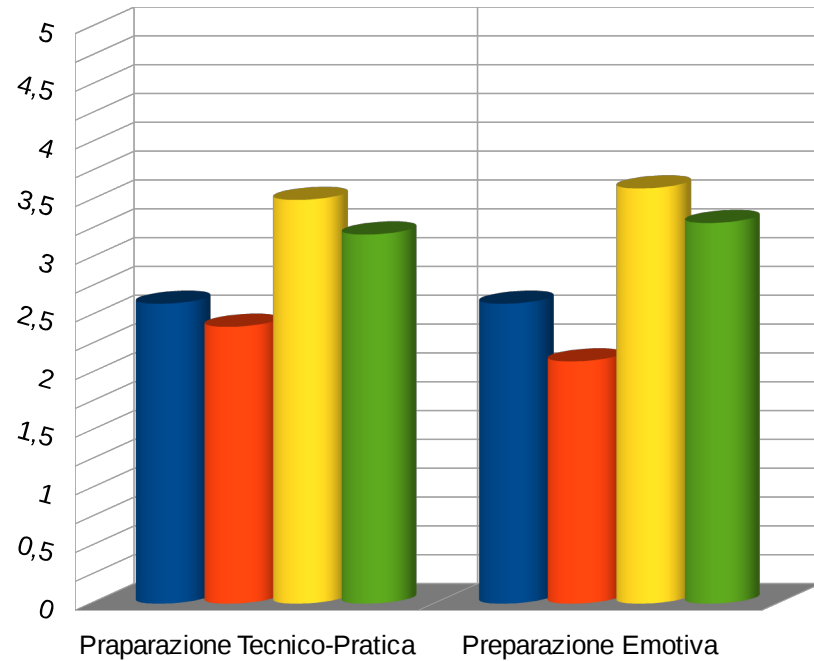


Disegno 2a: Grafico a colonna rappresentante l'influenza delle caratteristiche anagrafiche (sesso e genitorialità) sulla preparazione tecnico-pratica e emotiva degli infermieri di affrontare e gestire un'urgenza pediatrica

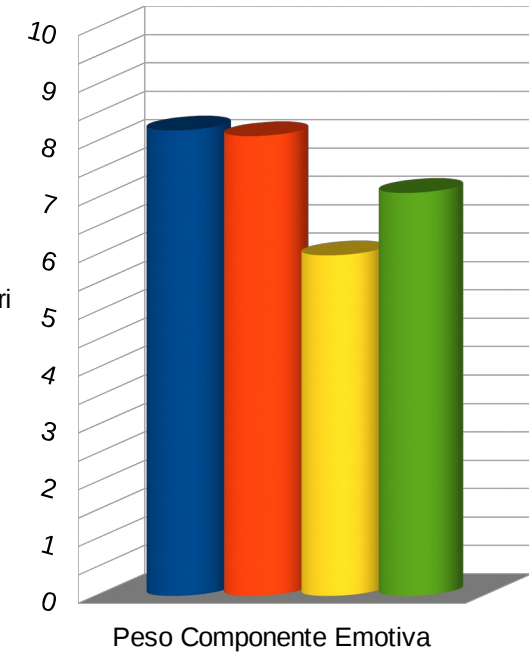
Disegno 2b: Grafico a colonna rappresentante l'influenza delle caratteristiche anagrafiche (sesso e genitorialità) sulla percezione del peso della componente emotiva degli infermieri durante un'urgenza pediatrica



ALLEGATO 3



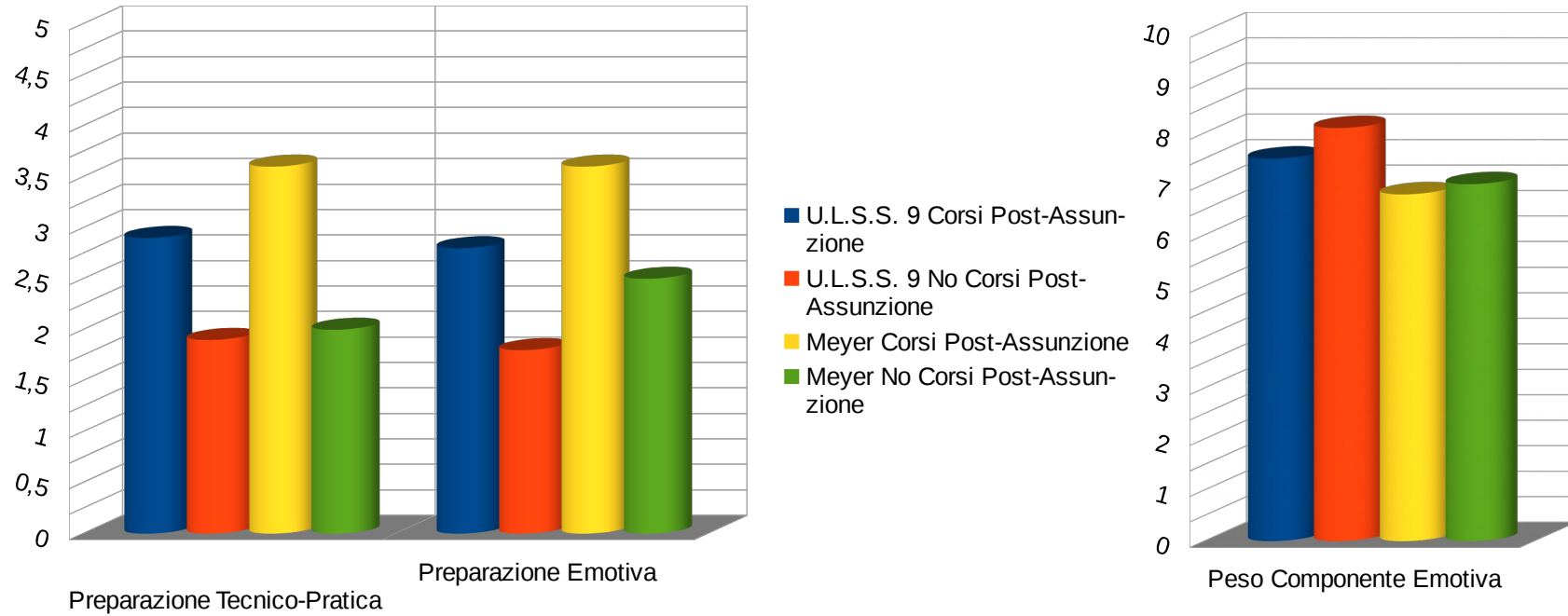
■ U.L.S.S. 9 Corsi Universitari
■ U.L.S.S. 9 No corsi Universitari
■ Meyer Corsi Universitari
■ Meyer No Corsi Universitari



Disegno 4a: Grafico a colonna rappresentante l'influenza della partecipazione a corsi pediatrici, durante gli studi universitari, sulla preparazione tecnico-pratica e emotiva degli infermieri nell'affrontare e gestire un'urgenza pediatrica

Disegno 4b: Grafico a colonna rappresentante l'influenza della partecipazione a corsi pediatrici, durante gli studi universitari, sulla percezione del peso della componente emotiva degli infermieri durante un'urgenza pediatrica

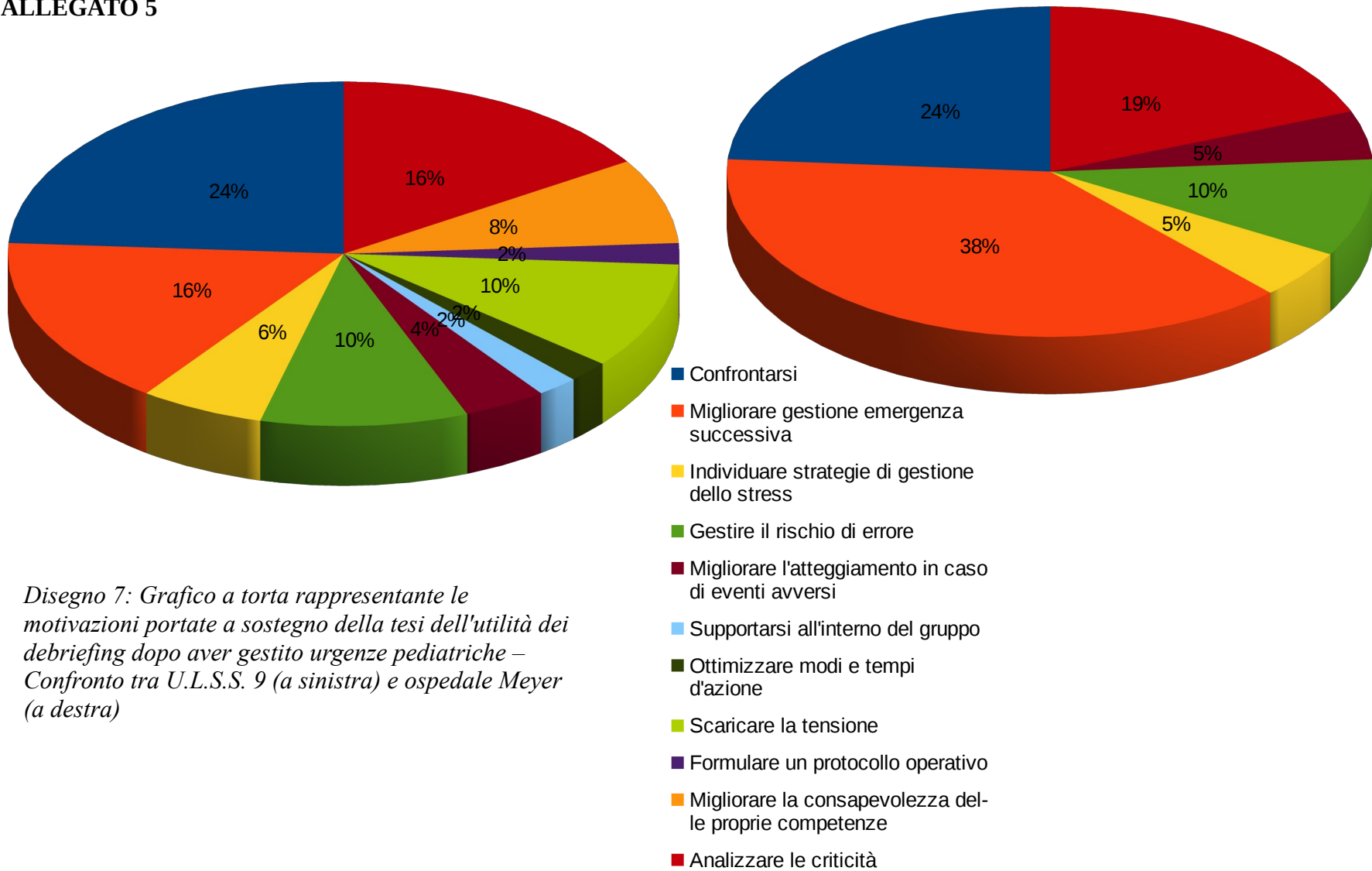
ALLEGATO 4



Disegno 6a: Grafico a colonna rappresentante l'influenza della partecipazione a corsi pediatrici, dopo l'assunzione, sulla preparazione tecnico-pratica e emotiva degli infermieri nell'affrontare e gestire un'urgenza pediatrica

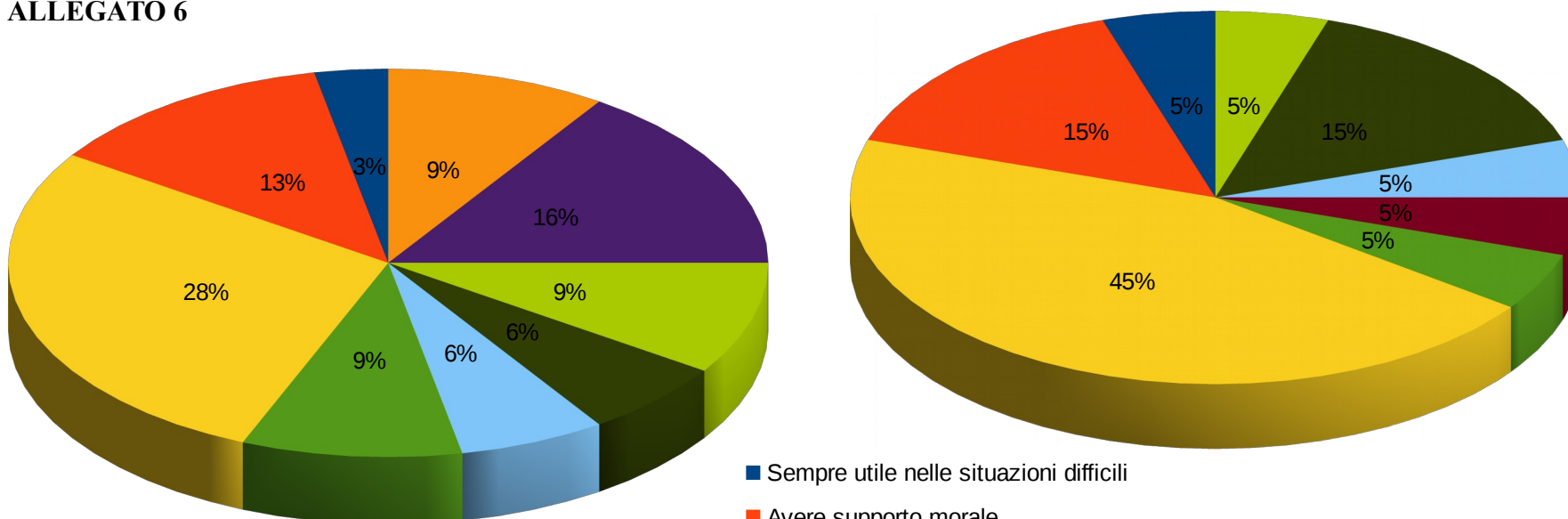
Disegno 6b: Grafico a colonna rappresentante l'influenza della partecipazione a corsi pediatrici, dopo l'assunzione, sulla percezione del peso della componente emotiva degli infermieri durante un'urgenza pediatrica

ALLEGATO 5



Disegno 7: Grafico a torta rappresentante le motivazioni portate a sostegno della tesi dell'utilità dei debriefing dopo aver gestito urgenze pediatriche – Confronto tra U.L.S.S. 9 (a sinistra) e ospedale Meyer (a destra)

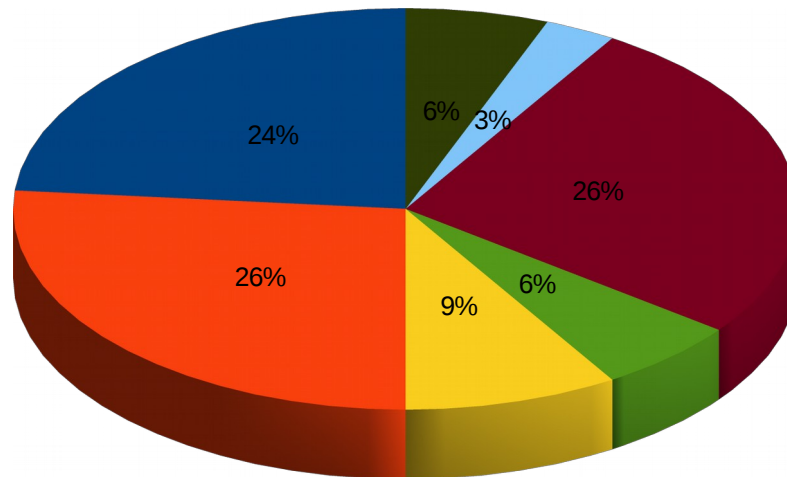
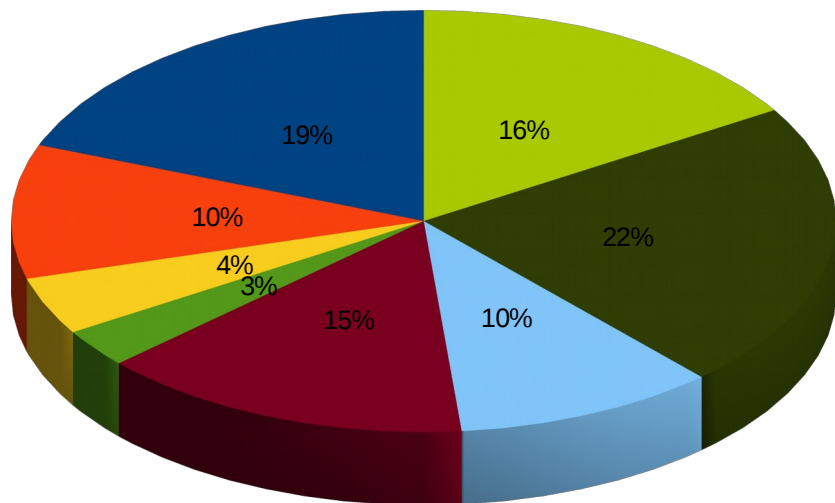
ALLEGATO 6



Disegno 8: Grafico a torta rappresentante le motivazioni portate a sostegno della tesi dell'utilità del supporto psicologico a disposizione degli infermieri – Confronto tra U.L.S.S. 9 (a sinistra) e ospedale Meyer (a destra)

- Sempre utile nelle situazioni difficili
- Avere supporto morale
- Sfogarsi e gestire le emozioni
- Lavorare poi con più serenità, garantendo una buona assistenza
- Presenza di uno psicologo durante i debriefing
- Per migliorare il rapporto con i genitori
- Migliorare l'approccio agli eventi avversi e i successivi interventi
- Preservare la sfera emotiva dell'operatore di emergenza
- Razionalizzare e confrontarsi
- Casistica scarsa

ALLEGATO 7



Disegno 9: Grafico a torta rappresentante i più frequenti suggerimenti migliorativi presentati dagli infermieri – Confronto tra U.L.S.S. 9 (a sinistra) e ospedale Meyer (a destra)

- Debriefing più frequenti, favorire il confronto tra colleghi e l'analisi dei casi
- Più simulazioni di emergenze pediatriche
- Creare gruppi di ascolto - sostegno psicologico
- Maggior preparazione durante gli studi, PALS-EPLS obbligatori all'università
- Più corsi adeguati a prepararsi all'emergenza pediatrica, attenzione verso i neoassunti
- Aggiornamenti per tutti gli operatori
- Retraining regolari
- Corsi obbligatori per poter lavorare