

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in Infermieristica

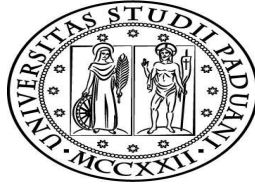
**IL DEBRIEFING NELL'EMERGENZA-
DALLA CLINICA ALLE EMOZIONI**

Relatore: Prof. Secco Silvano

Correlatore: Rizzo Luca

Laureando: Breda Ilenia

anno accademico 2014-2015



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in Infermieristica

**IL DEBRIEFING NELL'EMERGENZA-
DALLA CLINICA ALLE EMOZIONI**

Relatore: Prof. Secco Silvano

Correlatore: Rizzo Luca

Laureando: Breda Ilenia

matricola: 1047907

anno accademico: 2014-2015

INDICE

Abstract

Introduzione

CAPITOLO I

1. I SOCCORRITORI

1.1.1.	Introduzione	pag. 3
1.1.2.	Lo stress nell'attività lavorativa	
1.1.3.	L'evento critico	pag. 4
1.1.4.	Le emozioni	pag. 5
1.1.5.	Lo stato di salute dei soccorritori	
1.1.6.	La valutazione cognitiva	pag. 6

CAPITOLO II

2. IL DISTRUBO POST TRAUMATICO DA STRESS

2.1.1.	Lo Stress	pag. 7
2.1.2.	Le strutture coinvolte	
2.1.3.	Disturbo acuto da stress	pag. 8
2.1.4.	Disturbo post traumatico da stress	
2.1.5.	Le fasi	pag. 9
2.1.6.	Fattori di rischio e di resilienza	pag. 10
2.1.7.	La diagnosi	
2.1.8.	Il trattamento	pag. 11

CAPITOLO III

3. IL DEBRIEFING

3.1.1.	La storia	pag. 13
3.1.2.	La definizione	
3.1.3.	CISD	pag. 14
3.1.4.	Le caratteristiche definenti	pag. 15

3.1.5.	Le fasi del processo	pag. 16
3.1.6.	Limiti e benefici	pag. 17

CAPITOLO IV

4.	Il modello organizzativo del SUEM di Treviso	pag. 21
----	--	---------

CAPITOLO V

5. LO STUDIO

5.1.1.	Background	pag. 23
5.1.2.	Metodo	
5.1.3.	Questionario	pag. 24
5.1.4.	Limiti	
5.1.5.	Risultati	

CONCLUSIONI		pag. 25
--------------------	--	---------

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

*" quando ci troviamo di fronte a persone
colpite da un forte stress
è allora che diverse variabili
possono influenzare il corso del debriefing "*

J.Mitchell

ABSTRACT

Problema

Durante il mio periodo di tirocinio presso l'unità operativa del SUEM di Treviso ho isolato un elemento critico nella gestione degli interventi critici di soccorso.

Obbiettivo

L'obbiettivo è quello di evidenziare i traumi psicologici dei soccorritori e di sottolineare i punti chiave della tecnica di debriefing per creare una sinergia tra i due elementi. L'obbiettivo finale è quello di inserire nell'unità il momento di debriefing, con scopo il sostegno psicologico, evitando così il burn out, e il sostegno clinico, per dare la migliore risposta al paziente.

Strategie ed Interventi

fase 1. approfondimento delle tematiche attraverso la ricerca bibliografica

È stata avviata una ricerca mirata tramite i siti specializzati riguardo alle tematiche principali.

Fase 2. sviluppo di questionari a risposta singola

Sono stati costruiti dei questionari a risposta singola che indagano il pensiero degli operatori. Nel questionario sono state inserite domande riguardanti sia l'aspetto psicologico che quello prettamente tecnico clinico.

Fase 3. l'applicazione del debriefing nell'unità operativa.

Successivamente è stato creato processo operativo da integrare nella quotidianità dell'unità operativa.

Fattibilità del progetto

Le risorse necessarie hanno attraversato la disponibilità di tempo passando per le abilità per la ricerca nei siti specializzati.

Verifica ed Indicatori

Gli indicatori di verifica ipotizzati sono:

1. Miglioramento delle tecniche applicate negli interventi;
2. Creazione di procedure/protocolli più all'avanguardia;
3. Sostegno psicologico ai professionisti sanitari;
4. Diminuzione dei sintomi del burn out e del disturbo post traumatico da stress;
5. Maggiore comunicazione tra l'equipè.

INTRODUZIONE

L'attenzione a questa problematica è nata da un'esperienza personale che ho avuto durante il tirocinio al Suem di Treviso.

".. era la fine di un turno pomeridiano quando è arrivata la chiamata da parte di un passante che chiedeva aiuto per un uomo che era caduto a terra. Il tragitto è stato breve e quando siamo arrivati sul posto ci siamo incrociati con la vita di un padre con una crisi convulsiva. Era andato a prendere il latte per il suo bambino e si è sentito male, abbiamo cercato di contattare la moglie che nel frattempo lo aveva cercato insistentemente ma sul cellulare c'era la password e non riuscivamo a ricontattarla. Quando l'abbiamo lasciato nelle mani del medico del pronto soccorso non eravamo ancora riusciti a dire alla moglie perchè il marito non tornava a casa e lui non si era ancora stabilizzato da poterci dire il codice. Mi ricordo ancora l'ansia che avevo dentro quando sono tornata in sede e l'impossibilità di poter comunicarla al resto del team perchè non c'era il tempo ed il momento per farlo".

Da quel giorno ho condiviso il mio interesse con il resto dei professionisti i quali mi hanno confermato che è un'esperienza comune, ma che con il tempo ci si crea una "corazza" e si interviene soffermandosi sull'aspetto clinico e meno su quello emozionale.

Creare un momento di debriefing potrebbe far sì che si possa agire pensando sia all'aspetto tecnico-clinico ma ampliandolo con il lato emozionale senza andare incontro ad una compromissione psicologica che a lungo andare può modificare l'emotività del soccorritore.

CAPITOLO I

1. Introduzione

Negli ultimi vent'anni il progresso tecnologico ha compiuto un'accelerazione tale da cambiare i ritmi. La velocità risulta quindi essere la parola chiave, questa ha causato una serie di fenomeni da distress che producono una sintomatologia a cascata nell'ambiente ecologico, psicosociale e lavorativo.¹

Nell'Unione Europea lo stress legato all'attività lavorativa risulta essere il problema principale sul posto di lavoro (28%); tanto da incidere su almeno un quarto delle assenze lavorative effettuate nell'arco di due settimane. Questo tipo di stress può essere la causa o concausa di altri disturbi come la depressione, l'ansia, il nervosismo, l'affaticamento e le malattie cardiovascolari. Per tale motivo nel 1989 si arrivò a formulare una direttiva affinché il datore di lavoro si assumesse la responsabilità di salvaguardare la salute dei dipendenti. Il compito di salvaguardia prevede che si individuino i rischi e ciò che potrebbe causare stress, stabilire a chi questi agenti possono nuocere e creare modalità per prevenire.

1.1 Lo stress nell'attività lavorativa

Lo stress nell'attività lavorativa si manifesta quando le richieste dell'ambiente di lavoro superano le capacità del lavoratore di affrontarle e nel nostro caso quando il coinvolgimento emotivo appare eccessivo.

Negli ultimi anni i ricercatori hanno evidenziato come gli operatori dei servizi di emergenza ed urgenza risultino essere soggetti maggiormente a rischio di sviluppare i sintomi legati allo stress. In studi recenti infatti si è individuato come i soccorritori abbiano una percentuale molto alta di sviluppo dei sintomi del disturbo da stress post traumatico (15% al 22%)². Le reazioni da stress possono infatti essere scatenate da eventi traumatizzanti come aiutare una persona in difficoltà.

L'opera di aiuto, l'incontro con la sofferenza di altre persone, l'incontro con la morte violenta o con resti umani, il lavoro disorganizzato, l'inefficacia dei tecnici, gli errori umani e l'identificazione con la vittima o i familiari sono solo alcuni dei fattori di rischio con cui convivono i professionisti.

1.2 L'evento critico

I soccorritori usano il termine "*incidente/evento critico*" per riferirsi ad una categoria di fattori di stress sul posto di lavoro.³ Mitchell definì l'evento critico come "*qualsiasi situazione affrontata dal personale dell'emergenza che gli causi una reazione emotiva significativa che può interferire con le loro abilità*".

Attraverso le interviste ai professionisti si è riusciti a definire gli eventi che vengono ritenuti traumatizzanti⁴:

- morte in culla;
- vittime conosciute dal team dei soccorritori;
- vittime bruciate, decapitate o con problemi di salute mentale;
- sensazione di inutilità;
- problemi di disorganizzazione e di gestione del luogo di lavoro.

La definizione quindi non si discosta molto da quella data da Mitchell "*è un fenomeno che si differenzia da fattori di stress cronico che si vivono sul posto di lavoro*". Si tratta di un fenomeno che potrebbe essere gestito con una buona organizzazione, ma che comunque in qualunque situazione oggettivamente critica scatena emozioni forti come la rabbia e la tristezza. Le emozioni o gli stili di vita evocati dall'evento critico possono essere molteplici: il perfezionismo, il bisogno di controllo su tutto, il bisogno di piacere agli altri e anche la sensazione di incompetenza. Quest'ultima risulta essere la sensazione dominante, ci sono situazioni in cui non si può fare nulla e che rimangono però impresse nella memoria del soccorritore proprio perché esplicitano la sensazione di incompetenza, incapacità. La sensazione di nullità è collegata all'aspettativa di poter far ciò che si era prefissati anche se la situazione poi non lo consente, il tutto è dovuto ad aspettative e ambizioni più alte di quelle che si riescono a mettere in pratica.

Il sentimento del fallimento può condurre alla rabbia che a sua volta può lasciare spazio alla tristezza e alla compassione⁵, emozioni che si mantengono poi nel tempo. Con l'esperienza lavorativa, infatti, non si riesce a mitigare quello che si prova, anzi le emozioni si accentuano in quanto gli eventi traumatizzanti si accumulano fino ad arrivare al limite. Il 26% dei soccorritori vanno incontro ad una depersonalizzazione in seguito a queste reazioni e il 36% invece raggiunge una bassa realizzazione professionale.

1.3 Le emozioni

L'essere così vulnerabili ha condotto i ricercatori a sviluppare una serie di modalità con le quali gestire gli eventi critici:

- la distrazione e la prevenzione in modo da respingere i pensieri negativi nel più breve tempo possibile;
- il black humor, è una forma di coping che aiuta a trasformare i sentimenti in qualcosa di più tollerabile;
- il parlare con i colleghi, serve per prender coscienza che ciò che si prova è comune a tutti. È un momento in cui si può intervenire senza giudicare quegli eventi in cui si è sentiti inutile e non in grado di aiutare.

1.4 Lo stato di salute nei soccorritori

Sono diversi i disturbi che possono colpire i soccorritori e molteplici gli studi che hanno tentato di individuare la percentuale di salute dei professionisti. Uno studio svedese ha individuato che il 15%-22% dei professionisti presentano i sintomi del disturbo post traumatico da stress; una percentuale molto alta rispetto al resto della popolazione (2,6%). Anche il burnout presenta una percentuale elevata (8,6%) correlato ad uno stato di compassion fatigue pari al 10%. Un altro disturbo è l'ansia (22%) e la depressione (10%). Questi dati permettono di confermare l'ipotesi di sofferenza psicologica dei lavoratori dell'emergenza ma sono altrettanto preoccupanti in quanto vengono associati a sintomi fisici come i problemi muscolo-scheletrici e circolatori che aggravano il quadro generale. Uno studio giapponese ha associato ai soccorritori anche altri problemi come quelli alla schiena, al collo, alle spalle e alle ginocchia oltre al rischio di ischemia che rende questa categoria di professionisti la più a rischio di morte, incidenti fatali o ferite mortali. L'analisi complessiva degli studi che hanno permesso di creare questi dati ha anche permesso di sottolineare la necessità di un intervento immediato che aiuti i soccorritori ad allentare la tensione e volgersi verso uno stato di salute migliore.⁶

1.5 Valutazione cognitiva

Negli ultimi anni il 66%-85% dei soccorritori sono stati esposti ad un evento critico e circa

il 20% ha riportato i sintomi del PTSD.

Uno studio in particolare si è preposto l'obiettivo di analizzare una modalità di coping da far utilizzare ai soccorritori. Questa stimola una facilitazione top down, ovvero una strategia di elaborazione e controllo che procede dalla corteccia cerebrale superiore a quella inferiore dove sono localizzate le emozioni.

La *valutazione cognitiva* permette ai soccorritori di diminuire l'impatto *emotivo*. Riducendo le emozioni negative e l'eccitazione fisiologica collegata agli stimoli dolorosi. Il giudizio cognitivo negativo è spesso legato all'obiettività dell'individuo e alle sue strategie di coping. Nello studio di L.Shephered e J.Wild è stato confermato il legame tra i tre elementi (coping, obiettività e valutazione cognitiva) ricordando che una valutazione negativa è dovuta ad una strategia di coping debole. Questo legame instaura a sua volta una relazione con l'ansia e la depressione creando un circuito patologico. Il giudizio cognitivo positivo invece si lega con una buona strategia di coping riducendo le emozioni spiacevoli. Questa visione è usata spesso nelle tecniche cognitivo-comportamentali che vedremo nel terzo capitolo.

CAPITOLO II

2.0 Lo Stress

Lo stress venne definito da Selye⁷ come una *reazione aspecifica dell'organismo ad una richiesta di adattamento*. Lo stress con il tempo ha assunto una definizione negativa ma di per sé consiste in una risposta organica che il nostro corpo attua per adattarsi a qualsiasi sollecitazione gli venga posta di fronte ,e come tale lo si può considerare come un evento fisiologico positivo che ci salvaguarda. Assume un carattere negativo perché, le sollecitazioni fisiologiche perdurando nel tempo richiedono al nostro organismo un alto dispendio energetico.

Sono molti i fattori che possono causare uno stress come la difficoltà del compito, la novità di una situazione oppure il pericolo proprio o altrui.

Alcuni studi evidenziano come si debba differenziare lo stress dal trauma prima di trattare il disturbo post traumatico da stress. La differenza sostanziale risiede nella velocità di reversibilità dei sintomi e nella capacità di coping del soggetto coinvolto.

2.1 Le strutture coinvolte

Molti scienziati si stanno occupando di individuare i geni che giocano un ruolo importante nel PTSD. Di fatto la risposta non dipende univocamente dall'evento traumatico ma da una serie di fattori dipendenti dalla persona e dal contesto. Nel nostro cervello è presente una struttura, l'Amigdala, che sembra essere legata al PTSD in quanto ha il compito di creare emozioni e ricordi. Il legame è dato dal fatto che è attiva nell'acquisizione della paura e nell'apprendere le modalità di reazione ad essa. Possiamo inoltre differenziare vari tipi di stress anche in relazione alla variabile tempo di esposizione e distanza dall'evento oggettivamente traumatizzante.

2.2 Disturbo Acuto da Stress

Il disturbo acuto da stress (ASD) si sviluppa entro un mese dall'esposizione all'evento traumatico con la comparsa di ansia associata a tre dei seguenti sintomi dissociativi: sensazione di insensibilità, distacco o assenza di reattività, riduzione della consapevolezza, derealizzazione e depersonalizzazione.

È un disturbo che si sviluppa non oltre le 4 settimane e che per essere diagnosticato deve causare un disagio clinicamente significativo. Secondo il DSM 5 l'ASD si ha quando la persona è stata esposta ad un evento traumatico in cui si presentano entrambi gli elementi:

- la persona ha vissuto o si è confrontata con un evento che ha comportato la morte o l'incolumità fisica propria o altrui,
- durante o dopo l'esperienza l'individuo presenta tre o più sintomi dissociativi.

Il disturbo causa disagio non associato agli effetti di una sostanza o di una condizione medica generale. Nell'eventualità che dopo le 4 settimane i sintomi persistano allora bisogna considerare la possibilità di un disturbo post traumatico da stress.

2.3 Il Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD)

Il PTSD è stato portato all'attenzione del pubblico grazie ai veterani di guerra del Vietnam, ma come vedremo in seguito può essere collegato a molti incidenti traumatici. Il PTSD è un disturbo che si presenta nel soggetto con sintomi precisi che seguono l'esposizione all'evento ed è direttamente proporzionale all'intensità e alla vicinanza al fattore stressante. Nello specifico il DSM 5 definisce il disturbo in relazione a due caratteristiche che devono essere presenti contemporaneamente:

- la persona ha assistito o si è confrontata con un evento o più che hanno implicato la morte o gravi lesioni o minacce all'integrità fisica propria o altrui,
- la risposta della persona comprende: paura intensa, sentimenti di impotenza o di orrore.

I sintomi possono essere divisi in tre categorie:

- sintomi di ri-esperienza: flashback, sogni spiacevoli, pensieri di paura
- sintomi di evitamento: allontanarsi da posti, eventi che ricordano l'esperienza, sentirsi emotivamente inerme e in colpa, perdita di interesse verso le attività
- sintomi di ipereccitazione: frequente sensazione di paura, sentimento di instabilità, ritmo sogno-veglia alterato

Ad essi sono associati dei sintomi fisici quali l'aumento della frequenza cardiaca, della sudorazione e della contrazione muscolare. Questi sintomi devono essere presenti per 4 settimane; si parla di PTSD acuto se la durata è inferiore ai 3 mesi e cronico se i sintomi perdurano oltre questo periodo.

2.4 Le fasi del PTSD

Quando si vive un evento traumatico l'individuo può sperimentare delle reazioni che Solomon R. M. ha diviso in fasi.

*Fase in cui si verifica l'evento.*⁸

È il momento che si colloca nell'apice della crisi. Solitamente la risposta è una dissociazione peritraumatica con sconnessione delle funzioni della coscienza, della memoria, della identità, della percezione dell'ambiente, sconnessione tra mente e corpo.

Fase dello shock (prime 24-72 ore o anche oltre)

Fase dell'emergere della realtà e dell'impatto emotivo (dopo le 72 ore e anche dopo settimane o mesi).

Superate le fasi precedenti la persona inizia a prendere contatto, coscienza con quanto è accaduto, incluse le sue emozioni. I tempi di insorgenza sono molto variabili, dipendono dal tipo di persona e se la persona è vittima o soccorritore.

Fase del coping.

Il termine coping (= fronteggiamento, cavarsela, affrontare con successo) è stato introdotto in psicologia nel 1966 da R. Lazarus con l'opera Psychological stress and the coping process.

Il processo di coping può essere suddiviso in due componenti distinte e contrapposte: la gestione dei problemi e la gestione delle emozioni. La prima consiste nel cercare di liberarsi dal problema; la seconda, nel cercare di liberarsi dalla sofferenza causata dal problema. La valutazione della situazione e delle risorse a disposizione per fronteggiare l'evento, condizione o situazione stressante, quindi, sono di primaria importanza per comprendere la qualità emotiva e l'intensità stessa dello stress negativo della persona.

Fase della risoluzione e della integrazione.

L'evento in tale fase viene assimilato in una propria visione del mondo che come conseguenza causa un adattarsi della persona.

Fase dell'apprendere a convivere con gli effetti dell'evento.

Dopo un evento catastrofico la visione del mondo cambia. Possiamo per tale motivo osservare, ovvero scoprire, cose del mondo e di noi che prima non conoscevamo, anche

aspetti positivi.

2.5 Fattori di Rischio e di Resilienza

Il PTSD è un disturbo a cui può andare incontro chiunque, compresi i bambini; nelle ultime ricerche però si è individuato come le donne abbiano una maggiore propensione nello sviluppo di questa sindrome. Ci sono diversi fattori che influenzano più o meno lo sviluppo e possono essere divisi in due gruppi:

- *fattori di rischio*: storia di disagi mentali, vivere in situazioni pericolose, autolesionismo, vedere persone malate o morte, avere un supporto sociale assente o molto limitato;
- *fattori di resilienza*: cercare supporto dalle altre persone, trovare il supporto da un gruppo dopo l'evento traumatico, buone strategie di coping.

In uno studio di Antonovsky si è descritto un altro fattore che sembra essere collegato con⁹ lo sviluppo del disturbo: *il senso di coerenza (SOC)*. Il *senso di coerenza* : " ...è un orientamento globale che esprime l'entità con la quale un individuo ha pensieri diffusi e duraturi, una sensazione di dinamica fiducia nei confronti di stimoli interni o esterni che nel corso della nostra vita sono stati strutturati. Le risorse che ognuno di noi ha sono disponibili in relazione a qualsiasi stimolo che rappresentano delle sfide degne di impegno..". Nel suo Salutogenic model Antonovsky suggerisce che il SOC sia la chiave del mantenersi in salute, chi ha un SOC forte ha le capacità per capire, interpretare i segnali di stress e di saperli gestire autonomamente. Questa teoria è stata applicata nella ricerca di Jonsson che ha riscontrato un legame tra i due elementi pari al 66%.¹⁰

2.6 La diagnosi

La diagnosi richiede la presenza di almeno un sintomo di ri-esperienza, tre sintomi di evitamento e due sintomi di ipereccitamento. L'ICD 10 ha sviluppato cinque criteri che aiutano nella diagnosi:

- A. Il paziente deve essere stato esposto ad una situazione stressante.
- B. Devo essere presenti e persistenti ricordi con flashback, sogni ricorrenti o situazioni in cui il paziente si sente angosciato, .
- C. Il paziente mostra un comportamento di evitamento.

D. Incapacità di ricordare alcuni aspetti importanti dell'evento stressante, aumento della sensibilità psicologica e dell'eccitamento, difficoltà nel dormire, irritabilità, difficoltà nel concentrarsi, ipervigilanza.

Nella diagnosi i criteri B, C e D devono essere tutti soddisfatti entro i sei mesi dall'evento.

2.7 Il trattamento

Il PTSD mostra sostanzialmente un recupero naturale nel primo mese dall'evento ma una porzione consistente di individui coinvolti arrivano a sviluppare i sintomi rimanendo sintomatici per tre anni. Per questi motivi sono state individuate due modalità di trattamento. Quando si concorda la tipologia è bene che l'operatore sanitario garantisca al paziente tutte le informazioni utili in modo che sia totalmente consapevole.

I trattamenti principali sono divisi in due: la *psicoterapia* e l'uso di *terapia farmacologica*. È importante ricordare per inciso che siamo persone diverse e ciò che può funzionare per una persona non è detto che funzioni per un'altra. È bene quindi che ogni trattamento venga personalizzato in base alle caratteristiche dell'individuo. La *terapia del parlare* consiste nel condividere i propri pensieri trasformati in verbalizzazioni con uno psicologo e dura circa 6-12 settimane a seconda dell'intensità delle sedute. È una terapia che non cessa alla fine dell'incontro ma che può continuare in contesti ecologici naturali quali ad esempio la famiglia o gli amici, attraverso il loro supporto. Lo scopo del sostegno psicologico è quello di insegnare delle vie attraverso le quali è possibile reagire a eventi traumatizzanti e ai sintomi causati dal PTSD.

La terapia farmacologica invece è legata al fatto che il disturbo può essere accompagnato da altri disordini come la depressione, fobie specifiche, adattamento ai disordini, cambiamenti nella personalità e disordini dissociativi. Al fine di stabilire se il PTSD sia il focus principale è utile chiedere al paziente "*quale è secondo Lei il problema o sintomo che lo preoccupa di più?, quale problema ha più bisogno di aiuto se dovesse guarire il disturbo post traumatico da stress?, quale sintomo si presentava anche prima dell'evento?*".

Una volta stabilita la priorità è possibile stabilire la terapia farmacologica adeguata che si alterna tra Sertaline (Zoloft) e Paroxetina (Paxi).

È possibile che gli individui non rispondano al trattamento demoralizzando il paziente, ci

sono delle evidenze che suggeriscono che tornare in trattamento per la seconda volta può avere dei benefici per l'assistito questo perché il trauma, come un albero, può avere delle radici profonde non individuate con il primo trattamento. È importante, quindi, dire al paziente che il fallimento della prima seduta non implica il fallimento delle altre. Raggiungere la riuscita è possibile anche grazie al fatto che la psicoterapia comprende al suo interno diverse modalità che possono essere alternate a seconda delle caratteristiche dell'assistito.

Le metodiche psicoterapiche comprendono:

- terapia cognitivo-comportamentale, che permette di creare una relazione tra pensieri, emozioni e comportamenti. L'obiettivo viene raggiunto attraverso un programma di psico-educazione finalizzato alla normalizzazione dei sentimenti. La tecnica prevede il susseguirsi di esposizione, terapia cognitiva e stress management;
- desensibilizzazione e rielaborazione, è basata sulla teoria secondo la quale emozioni e intrusioni hanno uno stoccaggio improprio nella memoria;
- terapia di supporto, è una modalità di counseling indiretta che indaga come l'individuo si relaziona;
- terapia psicodinamica, è basata sulla teoria psicoanalitica, si crea una meccanica di adattamento con lo scopo di capire il senso degli eventi stressanti;
- ipnoterapia, è un modo di dare istruzioni al paziente in maniera passiva per indurre uno stato di alta attenzione e per indurre consapevolezza e responsabilità negli stimoli sociali. Lo scopo è migliorare il controllo dei sintomi di ipereccitazione e delle emozioni legate allo stress.

CAPITOLO III

3.0 La storia del debriefing.

Il debriefing è una metodica introdotta per la prima volta durante la seconda guerra mondiale dal comandante delle forze armate U.S, S.L.A Marshall. Venne ideato non come forma di sostegno psicologico ma come metodo di interrogatorio alternativo per mettere in luce gli eventi successi in combattimento. La sessione d'incontro avveniva con un gruppo ristretto di soldati superstiti guidata da un ufficiale di grado superiore immediatamente dopo il combattimento. Grazie a questi incontri si riusciva a creare una comunicazione tra i soldati e a ricreare il gruppo che si allontanava durante la battaglia. Con questi interrogatori si riuscì a verificare come gli stessi eventi vissuti dai soldati venivano interpretati in maniera completamente diversa dando connotazioni disomogenee; fu a partire da questa osservazione che si focalizzò l'attenzione di psicologi e psichiatri sul debriefing. Con la guerra in Korea e in Vietnam⁸ psicologi e psichiatri misero a punto la tecnica di debriefing come supporto ai soldati; il tutto era sostenuto dall'idea che parlare dell'esperienza aiutasse il recupero psicologico.¹²

3.1 Definizione di debriefing.

Negli ultimi 20 anni l'attenzione rispetto a questa particolare tecnica di intervento è aumentata a tal punto da permettere la creazione di definizioni differenti:¹³

" il debriefing è sia una riunione di gruppo che un incontro individuale tra soccorritori e debriefers in grado di aiutare le persone a parlare di sentimenti e di reazioni legate ad un incidente critico" J. Mitchell

" il debriefing è un gruppo creato con lo scopo di integrare le più profonde esperienze, sia cognitive che emozionali, per prevenire lo sviluppo di reazioni avverse" Dyregrov;

"il debriefing è un termine generico che può essere comparato con il primo aiuto emozionale dopo un trauma" G.J.Devilly, P.Cotton

" il debriefing è considerato una forma integrante di un processo di simulazione" T. Levett-Jones, S. Lapkin

Debriefing significa stendere un rapporto dopo una missione di ciò che è stato fatto; briefing invece significa prepararsi ad una missione. Quindi riassumendo il debriefing

psicologico è un procedimento strutturato che serve ad aiutare i superstiti ad un evento oggettivamente traumatico a comprendere ciò che è accaduto per poter gestire al meglio gli eventi futuri.

Esistono due tipi di debriefing quello post-traumatico e quello tecnico. Per questo progetto di tesi ci interesseremo in modo particolare al primo.

Il debriefing post-traumatico non è una psicoterapia ma una metodica attraverso la quale il debriefer o persona preparata e qualificata per esercitare la tecnica del debriefing) aiuta a ricostruire i passaggi dell'evento al fine di riattivare l'orientamento. Lo scopo, come si vedrà nei paragrafi successivi, è quello di sollecitare il naturale processo di guarigione rendendo la ferita compatibile con la vita.¹⁴

Si parla di debriefing post-traumatico in relazione ad un *critical incident*.

3.3 CISD

La più recente descrizione definisce il CISD come " un incontro strutturato che viene organizzato per gruppi ma anche per singoli individui reduci di un episodio particolarmente destabilizzante". Spesso le conseguenze di un evento traumatico comportano un deterioramento più o meno lento delle capacità adattive e socio-comunicative di un individuo. In tal contesto un intervento psicologico è di fondamentale rilievo; il CISD permette alle vittime di un trauma di avere la possibilità di esternare e confrontare con altri i proprio pensieri, ricordi ed emozioni in modo tale da comprenderli e normalizzarli.

3.4 Le caratteristiche definenti

L'obbiettivo

L'obbiettivo è quello di prevenire le difficoltà emotive e di proteggere la salute mentale di quanti siano stati vittime di un evento traumatico.

La dinamica consiste in un analisi dettagliata dell'incidente critico per fare il punto su pensieri e sensazione e su reazioni ed emozioni che si sono verificate. Tutto ciò permette alle persone di verbalizzare l'angoscia e di capire le reazioni prima che lo stress causi un interpretazione erronea dell'evento.

Riassumendo gli obbiettivi del CISD sono:

- riduzione dello stress traumatico,
- rassicurazione,
- fornire informazioni utili alla comprensione delle proprie reazioni,
- fornire informazione per la gestione dello stress,
- creare legami interpersonali.

Osservando gli obiettivi si può intuire come l'intervento rientri nell'ottica della prevenzione e che quindi la sua efficacia si osservi nel tempo. Prima di procedere è importante chiarire che se anche fa parte della prevenzione, il debriefing si differenzia notevolmente dal soccorso psicologico primario. Quest'ultimo può essere indicato come "trattamento ricostituente", con lo scopo di trattare attivamente la patologia per far tornare il paziente allo stato psicologico iniziale e non quello di prevenire gli eventi avversi a lungo termine .

La tempistica

Il momento più adatto per il debriefing si ha quando sono trascorse 24-48 ore dall'esposizione all'evento. Il tempo è indicativo ma più passano i giorni e più i ricordi si fanno fievoli. È importante però che non si superino le 12 settimane.

Gli incontri hanno una durata che varia dai 45 minuti alle 3 ore a seconda del numero dei partecipanti e dalla complessità dell'evento.

Il setting

Il luogo ideale è rappresentato da una stanza tranquilla, priva di intrusioni esterne. All'interno dovrebbe essere presente un tavolo attorno al quale si siederanno i partecipanti ed il debriefer.

Il conduttore e i partecipanti

Il conduttore o debriefer è il professionista che presenta la formazione specifica, osserva ed interpreta i comportamenti durante il meeting e fornisce ai partecipanti l'analisi finale dell'esperienza. Per questi motivi è necessario che abbia delle capacità specifiche che vanno dalla familiarità con i lavori di gruppi alla sicurezza e padronanza nel lavorare con le emozioni. Il debriefer entra in contatto con un gruppo di partecipanti di 15 unità massime, con un co-leader rappresentato da un collega esperto che controlla i segni di disagio ed un collaboratore che impedisce che la seduta venga disturbata.

3.5 Le fasi del debriefing

La tecnica di debriefing può essere suddivisa in fasi chiaramente distinte l'una dall'altra per ottenere il risultato.(vedi allegato 1)

Introduzione

È una fase molto importante, infatti se l'introduzione è chiara diminuiscono le possibilità di mal riuscita dell'incontro, si riducono le ambiguità, le ritraumatizzazioni. La figura fondamentale in questo momento è quella del conduttore che presenta ai partecipanti il team e le finalità.

Nella fase introduttiva il conduttore sottolineerà che l'incontro è volontario e che nessuno avrà da ridire se non si desidera partecipare, tutti quelli che rimarranno dovranno compilare un modulo con le loro generalità e il legame che hanno avuto con l'evento. Tra le regole che verranno elencate si richiederà il massimo silenzio e rispetto verso coloro che hanno preso parola, garantendo la privacy e la non critica.

Il conduttore chiederà che si parli individualmente dei propri sentimenti e pensieri in modo da assumersi tutte le responsabilità e avvertirà che il sentirsi sopraffatti dai sentimenti sarà dovuto ai ricordi che rinascono, quindi è normale. Verrà inoltre detto che la seduta andrà avanti ininterrottamente ma che se qualcuno sarà colto da una crisi d'ansia potrà uscire ed essere seguito dal co-leader, per poi rientrare nel gruppo, poiché il gruppo ha bisogno anche della sua presenza.

Fase del Fatto

In questa fase ogni partecipante descriverà cosa gli è accaduto con lo scopo di delineare un chiaro e corretto quadro dello svolgersi dell'evento. Questa fase è necessaria perché a causa del punto di osservazione e di altre variabili ogni soggetto può aver avuto una percezione diversa dell'evento. Con i racconti di tutti gli individui si può raggiungere una piena formulazione degli eventi e una totale sensazione di organizzazione cognitiva dell'individuo/gruppo.

Fase del Pensiero

È un momento di focalizzazione sulle decisioni e sui processi di pensiero, in particolare sul primo pensiero che riflette ciò che successivamente diventa il nucleo centrale dell'ansia.

È possibile indagarli attraverso delle domande precise (vedi Allegato 1), al termine delle quali è bene approfondire le impressioni ricevute. Le impressioni sensoriali sono le basi

per la formazione delle immagini, sarà quindi importante focalizzare le domande sui cinque sensi fondamentali.

Verbalizzare e confrontare i pensieri e le percezioni permette di renderle meno possenti, condividere infatti permette di ridimensionare la connotazione che abbiamo attribuito alla percezione o al pensiero.

Fase della Reazione\emozioni

È la fase dei sentimenti, bisogna che i partecipanti condividano tutti i propri sentimenti perché_l'esclusione di qualcuno rende vana la fase. È sicuramente la parte più complessa del debriefing. Richiamare i sentimenti può ricordare vivamente l'evento traumatico e sta nell'abilità del conduttore nell' aiutare a superare i ricordi con i giusti consigli, ovvero aiutare a lasciar andare per integrare i ricordi stessi.

Fase dei Sintomi

Vengono discussi i sintomi emotivi,cognitivi e fisici dal momento iniziale dell'evento fino ai giorni precedenti all'incontro al fine di normalizzare i sintomi stessi e trovare delle forme sane di fronteggiamento o gestione degli stati d'ansia.

I partecipanti presenteranno un quadro che può ricordare i sintomi del disturbo post traumatico. Tali reazioni possono anche verificarsi 48 ore dopo l'evento scatenando delle reazioni fobiche, come non uscire più di casa o non stare a contatto con la gente.

Fase della Formazione

È la fase della sintesi delle reazioni, della loro normalizzazione attraverso la comparazione, e dell'educazione riguardo ai sintomi che si possono verificare con il passare dei giorni. Quest'ultima fase è particolarmente importante perché permette agli individui di costruire delle sane aspettative e di formulare delle strategie di coping. Il compito del debriefer sarà quello di insegnare delle tecniche di gestione dello stress ed incoraggiare l'autoaiuto indicando modalità comportamentali sane.

Fase del Reinserimento

È il momento conclusivo in cui si spinge il gruppo a parlare dei progetti futuri e delle strategie di fronteggiamento, questo aiuta anche a creare una maggiore coesione tra i componenti.

È la fase di risoluzione delle problematiche rimaste in sospeso, del ridimensionamento dell'esperienza e del fornire indicazioni per il futuro facendo in modo che i partecipanti

possano contattare il team di cura in caso di necessità.

Nel protocollo di Mitchell l'autore individua due tipi di debriefing post-traumatico: quello emozionale e quello educativo che si differenziano tra loro perché nel debriefing educativo viene saltata la fase delle reazioni. Nello studio di Marit Sijbrandij e colleghi le due tecniche sono state messe a confronto senza individuare differenze significative ad esclusione dell'influenza benefica maggiore da parte del debriefing educativo sui pazienti che presentano un'iper eccitazione precoce.

3.6 Benefici e Limiti

Il CISD negli ultimi anni è stato messo in luce dando vita a numerosi dibattiti. Molti studi hanno voluto documentarne l'efficacia mentre altri si sono concentrati sull'individuare i limiti. In questo paragrafo si cercherà di elencare sia gli aspetti positivi che quelli negativi in modo da avere una panoramica completa.

Le Critiche:

- La volontà dei partecipanti rappresenta uno dei limiti principali in quanto nei volontari si è individuata una maggiore necessità di parlare dell'evento rispetto a quei membri che entrano a far parte di un gruppo di controllo automaticamente. Gli stessi autori hanno menzionato la loro consapevolezza riguardo al limite, ma nonostante ciò sottolineano la volontà di proseguire nelle ricerche per enfatizzare l'importanza di un debriefing rapido e organizzato localmente rispetto al luogo dell'evento.
- Un intervento troppo precoce. Nello studio di Lee, Slade e Lygo è stato descritto un intervento di debriefing inefficace la cui caratteristica principale era l'essere stato organizzato nell'immediatezza dell'evento. Il risultato ha messo in luce come le donne che ne hanno preso parte non sono state in grado di descrivere l'evento. Nello schema proposto infatti si sottolinea come siano necessarie 24-48 ore per poter elaborare pensieri, sentimenti ed emozioni. Di fatto subito dopo l'evento traumatico sono maggiormente efficaci altri tipi di interventi quali ad esempio il defusion.
- Guarigione fisica e psicologica. Nello studio di Hobbs, Mayou, Harrison e Worlock sono stati individuati diversi limiti che hanno reso inefficace il meeting. Il primo è

stato creare sedute individuali dopo la totale ripresa fisica e quindi superando le 12 settimane di tempo indicate nel protocollo come limite temporale massimo. Altro limite è stato proporre incontri di durata non superiore all'ora senza possibilità di follow-up. Una delle conseguenze del debriefing è quella di stimolare reazioni ed emozioni che richiedono un aiuto o un punto di riferimento anche dopo la seduta in modo che il paziente possa aggrapparsi per non cadere di nuovo in valutazioni o percezioni sbagliate.

- Debriefing come unica scelta. Alcuni studi hanno proposto questa tecnica come unica possibilità di guarigione. Come detto nei capitoli precedenti il debriefing è una tecnica che fa parte di una catena più complessa di aiuto psicologico che ricade nel management psicologico (CISM).
- Il passato dei partecipanti. In nessuno studio che è stato analizzato viene preso in considerazione il passato dei pazienti. Le nostre esperienze vengono filtrate e interpretate in base a ciò che abbiamo vissuto precedentemente e per questo nelle sedute di debriefing è bene integrare l'evento con il passato.

I benefici:

Nello studio di Everly, Boyle e Lating gli autori hanno commentato come i benefici siano legati a tre aspetti principali:

- L'ampia varietà di soggetti che fanno parte del gruppo. Questa caratteristica viene legata all'importanza di valutare anche il passato del paziente e sul fatto che ogni individuo interpreti i fatti in maniera differente.
- L'ampio raggio dell'evento traumatico
- La diversità dei metodi di misura. Anche nello studio di Chentob, Jonas e Cremniter il beneficio dell'intervento viene attribuito alle scale usate prima e dopo l'intervento per valutare l'impatto del fatto.
- Altro beneficio sottolineato in molteplici studi è il follow-up. L'efficacia nel prevenire le reazioni avverse a lungo termine sta nell'abilità del debriefer di seguire i partecipanti nei sei-nove mesi successivi all'evento

CAPITOLO IV

4. Il modello organizzativo del SUEM di Treviso

Il SUEM per la Provincia di Treviso, che assume la denominazione "Treviso Emergenza", è il sistema di gestione dell'emergenza e dell'urgenza sanitaria.

Le sue finalità principali sono quelle di garantire una pronta ricezione di tutte le richieste sanitarie indifferibili, pianificare e attivare lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle risorse, garantire il soccorso medico pre-ospedaliero avanzato a tutti i pazienti critici.

Il sistema deve sforzarsi di garantire il perfetto trattamento di ciascun paziente mediante il coordinamento di tutte le risorse interne ed esterne.

La Centrale Operativa (CO) è la struttura che coordina il sistema su tutto l'ambito provinciale, e garantisce altresì la ricezione delle chiamate e l'intervento con propri mezzi sul territorio della ULSS in cui ha sede il Pronto Soccorso, è dotata di un organico medico, infermieristico e tecnico autonomo.

La ricezione della chiamata, l'identificazione del livello di gravità e la scelta delle risorse da inviare competono in via esclusiva alla CO, secondo protocolli interni stabiliti dal Direttore della CO. Il trattamento del paziente ed il trasporto in ospedale dovranno essere regolati dai protocolli messi appunto dai gruppi tecnici, nonché dal rapporto tra il Direttore della CO ed i Direttori dei PS.

Secondo il Decreto Ministeriale del 14 settembre 1994 n. 739, si riconosce una maggiore autonomia decisionale ed una completa assunzione di responsabilità professionale. Questo ha fatto sì che si sviluppasse protocolli e procedure centrali ideati dal Ministero della Salute, in modo da indirizzare l'agito dei professionisti verso una linea corretta. Di conseguenza la decisionalità dei professionisti del SUEM viene basata sia su protocolli centrali che da quelli aziendali.

Per ciascun intervento, a cui partecipano i professionisti del Suem, dovrà essere compilato un report di missione su un modello unico predisposto dalla CO secondo le indicazioni del competente gruppo di lavoro.

Per quanto riguarda il personale infermieristico il Direttori delle UO di PS stabilisce i requisiti psico-attitudinali, formativi e professionali per il personale che opera sulle ambulanze, nonché le relative certificazioni e verifiche.¹⁶

CAPITOLO IV

4.1 Background

Come abbiamo visto dai capitoli precedenti la salute dei soccorritori, che prestano servizio nelle ambulanze, ha ricevuto ben poche attenzioni se non fino a pochi anni fa.¹⁷

I ricercatori hanno iniziato a prendere consapevolezza del rischio a cui vanno incontro i soccorritori giorno dopo giorno. È importante quindi, non solo per la salute dei professionisti ma anche per la risposta alla domanda di salute del paziente, trovare una modalità che aiuti ad allentare la pressione sopportata dai soccorritori.

4.2 Metodo

Strategia di ricerca e selezione degli studi:

La letteratura empirica significativa è stata identificata attraverso le banche dati maggiori come PUBMED, JOANNA BRIGGS INSTITUTE, NIH, SIGN, NICE (.vedi allegato 2 tabella 1); oppure attraverso conoscenze personali che hanno reindirizzato a siti indicizzati.

La ricerca è stata ipotizzata attraverso l'uso di un linguaggio restrittivo che potesse facilitare l'individuazione dei testi inerenti come debriefing*, PTSD*, posttraumatic stress disorder*, psychological debriefing*, distress*, ambulance workers*, emergency personnel*. Le parole chiave sono state usate per identificare articoli in cui tale chiave risultasse nell'abstract, nel titolo e nella descrizione. Come si può vedere nella tabella 1 sono stati usati dei limiti di ricerca che potessero restringere i risultati e poi in base all'abstract e alla descrizione sono stati selezionati i testi.

Oltre alla letteratura si è creato un questionario che potesse accertare l'ipotesi della sofferenza dei soccorritori ma anche il pensiero degli stessi.

4.2 Questionario

Il questionario somministrato agli infermieri è stato identificato a partire dalla lettura di alcune opere letterarie che hanno permesso di comprendere quali domande sarebbero state utili per raggiungere l'obiettivo preposto. Nel questionario sono state inserite 10 domande a risposta chiusa, di cui 7 dedicate all'indagine psicologica e 3 dedicate al ramo pratico-clinico (vedi allegato questionario).

Questo aspetto è stato introdotto in quanto le decisioni prese dall'equipè sono basate su protocolli e procedure aziendali che alle volte possono sembrare obsolete; è stato quindi ipotizzato che ci potesse essere bisogno di un aggiornamento continuo basato proprio sulle esperienze che vengono vissute quotidianamente. Tale aggiornamento potrebbe essere rappresentato proprio dal momento di debriefing, il quale potrebbe risultare utile sia per la decompressione psicologica che per l'aggiornamento clinico poichè di fatto tale tecnica prevede al suo interno una fase dedicata all'apprendimento, ovvero a cosa ogni evento pur traumatico ha insegnato.

I questionari sono stati somministrati dopo l'accettazione da parte della dirigenza medica dal 01/09/2015 al 1/10/2015 riuscendo ad ottenere il 100% delle risposte.

4.5 I limiti

I limiti di questo studio sono legati soprattutto alle tempistiche burocratiche e alle problematiche inevitabili che sono presenti in un'azienda ospedaliera. Altro limite, che però è stato superato, è quello di ottenere la risposta del 100% dei questionari da parte dello staff dell' SUEM di Treviso che ha richiesto la partecipazione del correlatore Luca Rizzo.

4.6 I risultati

Come si può osservare nella tabella 4 in allegato si è potuto analizzare n 24 questionari che hanno evidenziato come il 95,8% dei soccorritori senta il bisogno di avere un momento di decompressione in cui poter discutere dell'evento accaduto; inoltre il 54% ha dichiarato che la professione l'ha reso emotivamente più freddo, il 29% emotivamente più fragile e l' 71% emotivamente più forte. Questi dati ci confermano l'ipotesi di partenza. Lavorare a contatto con eventi critici, con situazioni difficili causano nell'individuo un assimilamento delle emozioni tali da causare un cambiamento emotivo. Dal punto di vista clinico invece ha messo in evidenza come l' 83% dei lavoratori senta il bisogno di rivalutare le procedure/protocolli clinici mentre il 100% crede sia necessario un momento di confronto sulle procedure in modo da crene delle nuove. Il 100% dei soccorritori ammette di conoscere il debriefing questo ci aiuta notevolmente nel poter definire tale metodica come un'opportunità effettiva di decompressione delle emozioni e confronto clinico.

CONCLUSIONI

Visti i risultati ottenuti attraverso la ricerca bibliografica e lo studio da noi condotto si è riusciti a confermare l'ipotesi. Esiste una sofferenza psicologica e fisica da parte dei lavoratori dei servizi di emergenza causata dal continuo contatto con eventi critici e difficili da gestire. Attraverso la nostra ricerca si è riusciti a sottolineare come il contatto continuo con queste criticità senza un intervento psicologico riparativo, attuato ad esempio mediante il debriefing, causi la formazione di difese patologiche quali ad esempio il cinismo, l'indifferenza o per contro fenomeni di burnout o PTSD. Questi cambiamenti patologici possono causare una diminuzione della qualità dell'assistenza prestata ma anche ad una mancanza di soddisfazione nel proprio lavoro.¹⁸

Come visto nel primo capitolo i soccorritori hanno una percentuale molto alta di andare incontro allo sviluppo del disturbo post traumatico da stress (15-22%) poiché il contatto con eventi critici risulta essere all'ordine del giorno. L'evento critico è una qualsiasi situazione che causa una reazione emotivamente significativa e che interferisce con le abilità del professionista. Questo contatto ha fatto sì che gli operatori sviluppassero delle modalità di difesa che per contro causano effetti collaterali fisici come problemi cardiaci o muscolo-scheletrici.

Il disturbo post traumatico da stress è legato quindi allo stress lavorativo che di per sé è una risposta fisiologica positiva ma che diventa nociva quando richiede un dispendio energetico elevato. Il PTSD può essere acuto o cronico, viene diagnosticato in relazione a sintomi specifici e il suo trattamento può essere farmacologico o psicologico attraverso la terapia della parola.

All'interno di questo trattamento si colloca il debriefing che previene i problemi di salute mentale e protegge chi è stato vittima di un evento traumatico. Lo sviluppo del debriefing trova spazio all'interno del CISD (il debriefing per il disturbo da stress causato da incidente critico) ed è un incontro strutturato di persone che hanno vissuto un evento destabilizzante. Spesso le conseguenze di un evento traumatico comportano un deterioramento più o meno lento delle capacità adattive e socio-comunicative di un individuo. In tal contesto un intervento psicologico è di fondamentale rilievo. Il debriefing è una metodica strutturata in sette fasi differenti l'una concatenata all'altra. Le sue

caratteristiche sono le fondamenta per una buona riuscita. È importante che venga proposto a distanza di 24-48h dall'accaduto in modo che si possa rielaborare l'evento ma che non vengano superate le 12 settimane; è opportuno che si svolgano le sedute in un luogo tranquillo lontano da distrazione. Oltre al debriefer sarà presente un collaboratore che sosterrà chi si sente a disagio o emotivamente instabile.

Molte le critiche che sono state avanzate alla metodica di Mitchell ma molti sono stati anche i benefici che sono stati ricavati da chi è stato assistito. Per questo motivo, il debriefing è stato individuato come metodica per il progetto che si vorrebbe integrare all'interno della quotidianità del SUEM di Treviso.

Il modello operativo da noi proposto dovrebbe essere così composto:

- all'interno dell'equipè si individuerà un responsabile della gestione della salute (tutor of health o coaching) dei professionisti dell'unità operativa e uno psicologo che si occupi degli incontri di debriefing quando si sviluppa la necessità;
- verrà inserito nella modulistica del reparto un " foglio di descrizione dell'evento" (vedi allegato n°5) che verrà compilato ogni qualvolta l'equipè che ha preso parte all'intervento abbia bisogno di aiuto;
- in tale foglio verrà richiesta una breve descrizione dell'accaduto, le generalità di coloro che ne hanno preso parte e una serie di date in cui possa avvenire l'incontro; compilato questa descrizione la si invierà telematicamente allo psicologo che prenderà contatto con il responsabile dell'unità per fissare l'appuntamento;
- nel primo incontro sarà necessaria la presenza di tutta l'equipè mentre lo sviluppo di incontri successivi avverrà solo con chi sente la necessità di proseguire con il sostegno psicologico.
- Il modello operativo proposto avrà come tecnica operativa il debriefing che come descritto ampiamente nei capitoli precedenti risulta essere una metodica completa che non si ferma solo alla decompressione emotiva ma che cerca di metter ordine anche nei pensieri fornendo un metodo di apprendimento. Tale metodo verrà seguito secondo tutte le fasi che la compongono in modo da essere il più efficace possibile. Le sedute che verranno chiamate dal team che ne ha sentito la necessità avranno sede all'interno della stessa unità operativa e avranno una durata proporzionale alla gravità dell'evento.

Questo processo è stato così ipotizzato poiché nella vita quotidiana dei reparti le comunicazioni telematiche sono ormai all'ordine del giorno e perché aiuterebbe rispetto alla forma cartacea ad avere sempre a disposizione un modulo per la compilazione. Telematicamente il contatto con lo psicologo risulta diretto, garantendo così la continuità dell'assistenza. Il contatto telematico permette anche ai partecipanti alle sedute di non interrompere mai la linea con il debriefer.

Come già messo in luce il debriefing non è solo decompressione emotiva e quindi può risultare utile come momento di discussione clinica e pratica, per discutere sull'agito e per ideare anche nuove strategie di intervento. Come visto infatti nel capito IV il personale del SUEM di Treviso basa le sue decisioni su protocolli/procedure aziendali che possono alle volte risultare poco consoni con le necessità del paziente; attraverso questo momento di riflessione si potrà aggiornare costantemente le pratiche.

Migliore qualità di salute del professionista- migliore qualità pratico-clinica- migliore qualità di risposta alla domanda di salute dell'assistito

BIBLIOGRAFIA

- 1: P.De Pascalis, "Corso di perfezionamento in psicologia dell'emergenza in situazioni di calamità naturale o umane in ambito internazionale e nazionale", 2003
- 2: T.Sterud, O.Ekeberg, E.Hem, "Health status in the ambulance services: a systematic review", 2006
- 3: J.Halpern, M.Gurevich, B.Schwartz, P.brazeau , "What means incident critical for ambulance workers? Emotional outcomes and implications for intervention", 2009
- 4: P.Alexander, S.Klein, "Ambulance personnel and critical incidents. Impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being", 2001
- 5: J.Halpern, M.Gurevich, B.Schwartz, P.brazeau , "What means incident critical for ambulance workers? Emotional outcomes and implications for intervention", 2009
- 6: E.Van der Ploeg, R.J.Kleber, "Acute and chronic job stressors among ambulance predictors of health symptoms", 2015
- 7: A.Lo Iacono , M.Troiano, "Psicologia dell'emergenza", 2002
- 8: S.Secco, "Nascere, Crescere nel ciclo della vita, apprendere a vivere in contatto con la malattia"
- 9: A.Antonovsky, "How people manages stress and stay well"
- 10: A.Jonsson, K.Segesten, B.Mattson, "Post-traumatic stress among Swedish personnel", 2003
- 11: W.Berger, E.S.F.Coutinho, I.Figueira, C.Marquez-Portel, T.C.Neylan, C.R. Marmar, M.V.Mendelowicz, "Rescues at risk: a systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers", 2012
- 12: Z.Kaplan, I.Iancu, E.Bodner, "A review of psychological debriefing of extreme stress", 2005
- 13: A.Dyregrov, "Psychological debriefing- an effective method?", 1998
- 14: J.Devilly Grant, P.Cotton," Psychological debriefing and the workplace: debriefing concept, controversies and guidelines for intervention", 2003
- 15: P.Pascalis, "Corso di perfezionamento in psicologia dell'emergenza in situazioni di calamità naturale o umane in ambito internazionale e nazionale", 2003
- 16: A.Brosolo, D.Frezza, N. De Monaco, P.Rosi, G.Zanardo, G. Toffolon, M.Troncon,

"Protocollo operativo del sistema SUEM-118 della provincia di Treviso", 2004
17: A.Lo Iacono, m.Troiano, "Psicologia dell'emergenza", 2002

ALLEGATI

ALLEGATO 1. LO SCHEMA DELLE FASI DI DEBRIEFING

INTRODUZIONE	<p>" Io sono ... Questa procedura è già stata utilizzata con persone vittime di un evento drammatico simile al vostro ricavandone un beneficio. Essa ci darà modo di scambiarsi impressioni e stati d'animo che abbiamo provato, in tal modo riusciremo a capire che sono elementi condivisi tra noi e che quindi sono del tutto normali. Questo momento vi aiuterà a tenere sotto controllo tutti quei pensieri carichi emotivamente che potrebbero sopraffarvi".</p> <p>L'obiettivo è far ordine nelle idee, spiegare come avverrà la seduta e soffermarsi sull'importanza di aprirsi al dialogo e alle emozioni.</p>
FASE DEI FATTI	<p>"Cos'è successo? Come si è svolto il fatto?" "Vi sembra che..?" "Le sembra di aver vissuto un déjà vu?" queste domande facilitano la generazione di ipotesi e l'esame della realtà. Suggestiscono relazioni causa-effetto, incoraggiando a sostenere o rifiutare le ipotesi e a creare analogie con le esperienze quotidiane.</p> <p>L'obiettivo è raccogliere i dati rievocando esperienze e scoprendo <u>somiglianze</u>, <u>differenze</u> e modelli</p>
FASE DEI PENSIERI	<p>"Può raccontare i suoi pensieri...che cosa ha pensato in quei momenti?...quali pensieri le sono passati per la mente?...quali pensieri ricorda?...quali ragionamenti ha fatto?"</p> <p>"Cerchi di dare la propria valutazione sul suo intervento rispetto ai propri valori, norme e regole che sono stati rispettati o lesi durante l'evento traumatico?"</p> <p>L'obiettivo è consentire e preparare il passaggio alla fase successiva.</p>
FASE DELLE EMOZIONI	<p>"Quali emozioni, sentimenti ha provato durante l'evento?"</p> <p>"Quali sensazioni si accompagnavano a queste emozioni?... caldo o freddo, senso di peso, tensione"</p> <p>"In una scala da 1 a 10 quale valore darebbe e questa sensazione?"</p> <p>L'obiettivo è consentire lo scarico emozionale rendendo più facile l'esame delle esperienze.</p>
FASE DEI SINTOMI	<p>"Quello che Lei ha provato è normale e naturale. Il problema esisterebbe se lei non avesse provato emozioni!"</p> <p>L'obiettivo è aiutare l'individuo a gestire lo stress; quando la persona subisce un trauma vicariante è importante ritrovare l'equilibrio psicofisico consigliando di:</p> <p>ristabilire quanto prima la vita quotidiana, seguire una corretta alimentazione e pianificare il sonno-veglia, <u>ristabilire</u> le relazioni d'amicizia e avere passatempi attivi; invece bisogna sconsigliare di barricarsi in casa, di smettere di lavorare, evitare di assumere alcool o droghe e non avere passatempi pericolosi.</p>

FASE DELLA FORMAZIONE	<p>“Dovremmo ora pensare di trovare un rito che possa aiutarci. Lo scopo è di cominciare un'altra vita".</p> <p>L'obiettivo è aiutare a superare le difficoltà e a volgere l'attenzione al futuro e ai nuovi progetti.</p>
FASE DEL REINSERIMENTO/ CHIUSURA	<p>“Mi complimento con voi perché siete riusciti a raccontare, a dare un nome alle emozioni.”“Siete riusciti a trovare la strada per trovare le risorse che ogni persona ha.”“Ci rivedremo... (trovare una data dopo 4-6 settimane)” “Se qualcuno vuole parlare da solo con me può farlo!”</p> <p>L'obiettivo è di concludere creando un legame per gli incontri successivi e per non far sentire solo il paziente.</p>

ALLEGATO 2. TABELLA N°1

Sito	Parola chiave	Filtri	Risultati	Selezionati
PUBMED	Debriefing	Review free full text humans	18	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Post-trauma support in the workplace: the current status and practice of critical stress management (CISM) and psychological debriefing within organization inthe UK."</i> <i>stephen Regel;2007;57;411-416;</i> • <i>" Inteventions for post-traumatic stress disorde and psychological distress in mergency ambulance personnel: s review of the literatue"</i> <i>A.Smith, K. Roberts;2003;20:75-78;</i>
PUBMED	Stress in ambulance workers	Review free full text humans	3	<ul style="list-style-type: none"> • <i>" Rescues at risk: asystematic review and meta-regression analysus of the worldwide current prevelence and correlates of PTSD in rescue workers"</i> <i>W.Berger, E.S.F. Coutinho, i.Figueira, C.Mareques-Portella, M.Pirez Luz, T.Neylan,C R.Marmar, M.V.Mendlowics;2012; 47(6):1001-1011;</i>
PUBMED	PTSD in ambulance workers	Review free full text humans	22	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel"</i> <i>A.Jonsson, K. Segesten, B.Mattsson;2003; 20:79-84;</i> • <i>"Health status in the ambulance services: a systematic review";</i> <i>T.Sterud, o.Ekeberg, e. Hem;2006;6:82</i> • <i>"Prevalence and factors associated with PTSD in emergency workers: a systematic literature review"</i> <i>E. De Paula Lima, A.Avila Assuncao; 2011; 14(2):217-30</i> • <i>"Cognitive appraisals, objectivity and coping in ambulance workers:</i>

				<p><i>a pilot study"</i> <i>L.Shepherd, J.Wild;2014; 31:41-44</i></p>
PUBMED	Debriefing for preventing PTSD	Review free full text	16	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder "</i> <i>Rose SC, Bisson J, Churchill R, Wessely S; 2009</i>
NATIONAL GUIDLINE SUMMARY	Debriefing	/	1	<ul style="list-style-type: none"> • <i>" The effectiveness of debriefing in simulation-based learning for health professionals: a systematic review"</i> <i>T.Levtt-Jones, S.Lapkin</i>
PUBMED HEALTH	PTSD	Free full text humans 10 years	2	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Post-traumatic stress disorder: the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care" Nice Clinical Guidelines n°26; 2005;</i>
NIH (national institute of mental health)	PTSD	/	1	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"what is Post-traumatic Stress Disorder?",</i> <i>T.Insel;2015</i>
MEDLINE	Psychological Debriefing	Free full text review humans	4	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Psychological debriefing- an effective method?"</i> <i>A.Dyregrov,1998;4:2</i> • <i>"A review of psychological debriefing after extreme stress"</i> <i>Z.Kaplan, I.Iancu, E. Bodner; 2001</i>
PUBMED	Distress	Free full text review humans	18	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"What makes an incident critical for ambulance workers?Emotional outcomes and implications for intervention"</i> <i>J.Halpern, M.Gurevich, B.Schwartz, P.Brazeau; 2009;173-189</i> • <i>" Ambulance personnel and critical incidents"</i> <i>D.A.Alexander, S.Klein;2001;178,76-81</i>

				<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Acute and chronic job stressor among ambulance personnel: predictors of health symptoms"</i> E. van der Ploeg, R.J. Kleber; 2003;60:i40-i46
JOANNA BRIGGS INSTITUTE	Debriefing	/	4	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Psychologicaldebriefing and the workplace: defining a concept, controversies and guidelines for intervention"</i> G. Devilly, P.Cotton; 2003; 144-150

ALLEGATO 3. QUESTIONARIO

QUESTIONARIO: IL DEBRIEFING NELL'EMERGENZA- DALLA CLINICA ALLE EMOZIONI

1. qual è l'emozione predominante dopo un intervento critico,estremamente coinvolgente?

2. troverebbe utile, dopo un intervento critico, avere un momento per potersi calmare, per poter decomprimere le sue emozioni, per riprendere il controllo di sè, per poter ritrovare le risorse?

SI NO

3. pensa possa essere utile un momento per valutare come sono state messe in atto le procedure durante l'intervento?

SI NO

4. troverebbe utile creare momenti di confronto/discussione dopo un intervento critico,estremamente coinvolgente?

SI NO

5. troverebbe utile creare un momento per rivalutare i protocolli/procedure che sono in atto?

SI NO

6. troverebbe utile creare un momento di confronto clinico per creare nuove procedure?

SI NO

7. conosce il debriefing?

SI NO

8. crede che la sua professione all'interno dell'Unità operativa di urgenza ed emergenza l'abbia resa emotivamente più fredda ?

SI NO

9. crede che la sua professione all'interno dell'Unità operativa di urgenza ed emergenza l'abbia resa emotivamente più fragile?

SI NO

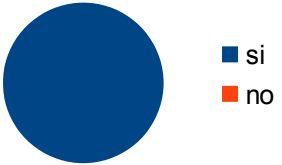
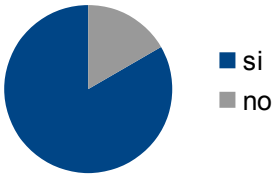
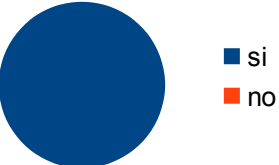
10. crede che la sua professione all'interno dell'Unità operativa di urgenza ed emergenza l'abbia resa emotivamente più forte?

SI NO

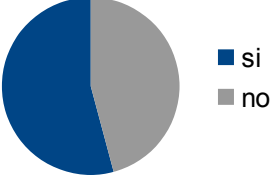
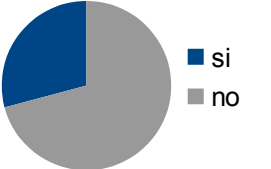
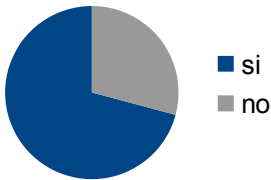
note: _____

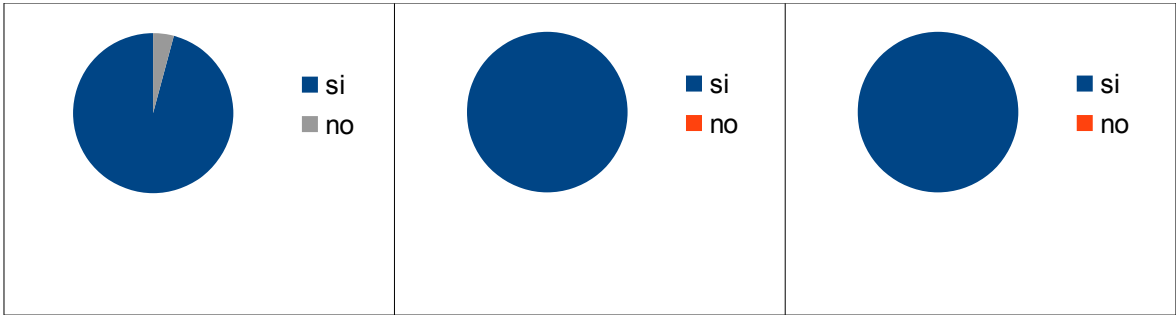
ALLEGATO 4. ANALISI DEI QUESTIONARI

confronto risultati questionari: aspetto pratico clinico

<p>Pensa possa essere utile un momento per valutare come sono state messe in atto le procedure?</p>  <p>■ si ■ no</p>	<p>Troverebbe utile creare un momento per rivalutare i protocolli/procedure che sono in atto?</p>  <p>■ si ■ no</p>	<p>Troverebbe utile creare un momento di confronto clinico per creare nuove procedure?</p>  <p>■ si ■ no</p>
--	--	---

Analisi questionari: aspetto psicologico

<p>Crede che la sua professione all'interno dell'Unità operativa di urgenza ed emergenza l'abbia resa emotivamente più fragile?</p>	<p>Crede che la sua professione all'interno dell'Unità operativa di urgenza ed emergenza l'abbia resa emotivamente più fragile?</p>	<p>Crede che la sua professione all'interno dell'Unità operativa di urgenza ed emergenza l'abbia resa emotivamente più forte?</p>
 <p>■ si ■ no</p>	 <p>■ si ■ no</p>	 <p>■ si ■ no</p>
<p>troverebbe utile, dopo un intervento critico, avere un momento per potersi calmare, per poter decomprimere le sue emozioni, per riprendere il controllo di sé, per poter ritrovare le risorse?</p>	<p>troverebbe utile creare momenti di confronto/discussione dopo un intervento critico, estremamente coinvolgente?</p>	<p>Conosce il debriefing?</p>



domande aperte

<p>Qual è l'emozione predominante dopo un intervento critico, estremamente coinvolgente?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Stanchezza psico-fisica • soddisfazione/rabbia, tristezza • impotenza/sconforto • euforia/rabbia/dispiacere • ansia • ipercinesia • aumento dell'adrenalina • nessun emozione • nervosismo • apprensione
<p>note</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Debriefing indispensabile, bisogna fare qualcosa per renderlo attivo • troverei assolutamente utile il debriefing post-intervento e in tale sede la possibilità di esprimere eventuali criticità sulle procedure e sull'operato dello staff • trovo importante concentrarsi sul burnout

ALLEGATO N°5-. MODULO RICHIESTA INTERVENTO

Psicologo: _____

numero di telefono: _____

e-mail: _____

DESCRIZIONE DELL'EVENTO	
COMPONENTI DELL'EQUIPÈ	(Nome, Cognome e Ruolo che si ha avuto durante l'intervento)
DATE DISPONIBILITÀ	(Indicare una serie di date dsponibili per far avvenire l'incontro)

Nome e Cognome tutor of health:
indirizzo e- mail/ n° di telefono di riferimento