

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA TOR VERGATA
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
Centro di Formazione Padre Luigi Monti IDI - Saronno
Master di primo livello in Management Infermieristico
per le Funzioni di Coordinamento



RUOLO E FUNZIONI DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO
NELL'IDENTIFICAZIONE PRECOCE DELLO STRESS EMOTIVO
MANIFESTATO DAL PERSONALE IN *INTENSIVE CARE UNIT*

Relatore: Prof. Gianluca PALERMO

Relatore: Prof.ssa Francesca REATO

Tesi di Master di:
Alessandro PICONE
Matricola 0169330

Anno Accademico 2011-2012

INDICE

INTRODUZIONE

CAPITOLO 1

LO STRESS EMOTIVO

1.1 Lo stress: definizione e teorie

1.2 Cause che scatenano lo stress

1.3 I Meccanismi di difesa

1.4 Le emozioni

1.5 Manifestazioni dello stress

CAPITOLO 2

GLI STRUMENTI FINALIZZATI ALL' IDENTIFICAZIONE DELLO STRESS EMOTIVO

2.1 Strumenti per la valutazione dello stress emotivo

2. 2 La Nursing Stress Scale

CAPITOLO 3

LO STRESS EMOTIVO DEL PERSONALE IN INTENSIVE CARE UNIT

3.1 L'Intensive Care Unit

3.2 Struttura dell'Intensive Care Unit

3.3 Professionisti che esercitano in Intensive Care Unit

3.4. Le persone assistite in Intensive Care Unit

3.5 Fattori che influenzano lo stress emotivo in Intensive Care Unit

CAPITOLO 4

RUOLO E FUNZIONE DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO NELL'IDENTIFICAZIONE PRECOCE DELLO STRESS EMOTIVO IN INTENSIVE CARE UNIT

4.1 Ruolo e funzioni del Coordinatore infermieristico

4.2 Ruolo e funzioni del coordinatore infermieristico nell'identificazione precoce dello stress emotivo in Intensive Care Unit

4.3 Ruolo e funzioni dell'infermiere coordinatore infermieristico nella prevenzione dello stress emotivo in Intensive Care Unit

CAPITOLO 5

LA SOMMINISTRAZIONE DELLA NURSING STRESS SCALE IN INTENSIVE CARE UNIT

5.1 Identificazione e definizione del problema:

5.2 Scelta del metodo di ricerca

5.3 Raccolta dei dati

5.4 Analisi dei dati

5.5 Utilizzazione dei risultati

CONCLUSIONI

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATO 1. Lettera inviata al SITRA dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Como per richiedere l'autorizzazione alla somministrazione della Nursing Stress Scale

ALLEGATO 2. Presentazione del questionario ai colleghi dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Como che esercitano la professione infermieristica in Intensive Care Unit

INTRODUZIONE

Il motivo che mi ha portato ad elaborare questa tesi è semplice, e mi riguarda da vicino.

Ogni giorno varcando la soglia della terapia intensiva cardiovascolare dove lavoro, mi chiedo cosa mi attenderà.

Mi sono sempre reso conto dell'importanza della figura del coordinatore infermieristico come fulcro sul quale ruotano molteplici professionisti fatti però di individui con vissuti ed esperienze diverse.

Durante la mia esperienza lavorativa ho avuto modo di raffrontarmi con diversi coordinatori, che hanno dato al mio lavoro e al mio modo di viverlo impronte diverse.

E' grazie anche ad alcuni di loro che ogni giorno affronto il lavoro e gli ostacoli che mi si presentano in maniera differente.

La tesi che tratterò avrà lo scopo di capire e comprendere quali sono i meccanismi, gli input negativi che si vengono a presentare durante la quotidianità in terapia intensiva tra i professionisti infermieri.

Lo Stress nella società odierna, e in particolar modo nel contesto sanitario delle terapie intensive, rappresenta un disagio e un fenomeno in continua crescita.

Con questo lavoro di tesi ci riproponiamo di individuare e sviluppare strategie per riconoscere precocemente e prevenire l'insorgenza di questo fenomeno all'interno delle U.O. (gli approfondimenti sono presenti nel capitolo 4.3)

In una realtà complessa e in continua evoluzione segnata dalla presenza di pazienti ad alta intensità assistenziale e con necessità di cure intensive (capitolo 3.1, 3.2) il professionista infermiere si trova quotidianamente a far fronte a situazioni di disagio psico fisico derivate dall'importante carico di lavoro, dalla sua complessità e dalle emozioni che spontanee nascono dal continuo contatto con la sofferenza, la malattia e spesso la morte.

E' in questo contesto difficile e complesso (sia dal punto di vista emotivo che gestionale) che il coordinatore infermieristico interviene nel prevenire o riconoscere tempestivamente i segnali che il personale infermieristico da lui gestito manifestano più o meno evidentemente. (capitolo 4.1)

Sintetizzando, l'obiettivo principale dello studio è.

- ✓ guidare il coordinatore infermieristico nell'arduo compito di riconoscimento, interpretazione e canalizzazione dei meccanismi emotivi il tutto finalizzato alla prevenzione o alla precoce risoluzione di situazioni di stress;

- ✓ guidare il coordinatore infermieristico verso la difficile conquista del ruolo di leader positivo impegnato nella gestione delle emozioni che emergono dai rapporti tra persone, e dei meccanismi di difesa ad esse correlati
- ✓ fornire uno strumento utile al coordinatore ,un questionario, per valutare “lo stato di stress” del proprio gruppo di lavoro ogni qualvolta emergano situazioni difficili.

Ciò che ricaverò dalla ricerca deriva da letteratura scientifica internazionale. (Approfondimenti capitolo 2.1)

Altri spunti sono stati tratti dai più moderni manuali di strategia di management e gestione delle risorse umane, in formato cartaceo e/o telematico, ma soprattutto dalla somministrazione diretta di un questionario a colleghi infermieri di varie realtà di terapie intensive.

Fortunatamente c'è chi nel settore infermieristico si sta avvicinando a questo genere di argomenti e utilizza appunto l'ambito sanitario come campo di studi e di valutazione delle proprie teorie.

Le situazioni di ogni giorno, la quotidianità (per tanti banale routine), rappresentano invece rischiosa fonte di stress per il professionista che quotidianamente affronta forti emozioni.

Sono proprio quest'ultime ad influenzarne lo stato di salute, che talvolta può addirittura contagiare un'organizzazione determinando un clima negativo in cui operare.

Il coordinatore infermieristico sta al centro della tempesta di emozioni che nascono dai rapporti umani egli è metaforicamente parlando il parafulmine su cui si scaricano questi fulmini emotivi.

Ci porremo poi una domanda: ma può il coordinatore infermieristico essere influenzato da tutto ciò?

Ci auguriamo che questo nostro studio sia un invito ad un cambio di prospettiva per coloro che diventeranno coordinatori e uno strumento di auto-etero valutazione, un up-grade per tutti coloro che già rivestono questo ruolo.

Gli operatori che svolgono la loro attività in contesti che assolvono l'emergenza sono molto esposti, se non supportati psicologicamente, a cadere nella depressione professionale, perché non avranno possibili incontri con i pazienti trattati e con loro, verificare i successi della tempestività dei loro interventi.

Pertanto il loro bisogno di autostima sarà soddisfatto se troveranno nei loro interventi strategie di coinvolgimento motivazionale, che possono emergere anche nelle situazioni più devastanti

La professionalità è una qualità che non si acquisisce solo tramite un titolo, ma è una caratteristica personale che nasce e cresce con il professionista, che si sviluppa insieme alla consapevolezza e al credo in valori e principi che rendono la professione di infermiere così importante nella società.

Ma prima ancora l'infermiere deve conoscere se stesso, valorizzarsi, saper scegliere, deve avere la capacità di analizzare ed intraprendere in modo sistematico la situazione assistenziale anche in situazioni di stress. Spesso egli si trova a dover prendere decisioni, a organizzare e agire in regime di urgenza con limitate risorse a disposizione.

L'infermiere di emergenza deve essere ben integrato all'interno del gruppo, soprattutto quando si parla di un'organizzazione come l'Area Critica, dove vengono chiamate in campo tutte le risorse disponibili per costituire i gruppi operativi organizzati, ovvero l'*equipe*. A questi gruppi vengono richiesti determinati requisiti, come la professionalità, la capacità di riconoscere il proprio spazio d'azione, la propria posizione nel gruppo, un insieme di capacità utili a svolgere compiti tecnico-pratici, la conoscenza, l'utilizzo delle risorse disponibili, ed una buona capacità di adattamento e di relazione.

Anche nei migliori sistemi di emergenza molte volte i professionisti addestrati a salvare le vite, non riescono a raggiungere il loro scopo; nonostante questa consapevolezza, soprattutto in relazione con la morte di giovani ed eventi catastrofici, si possono avere alterazioni psicologiche persistenti nei soccorritori; con emozioni incontrollabili e reazioni negative. Gli infermieri che entrano in contatto emotivo con i pazienti hanno una sorta di compito paradossale che è quello di funzionare in modo "sano" all'interno di uno scenario nel quale gli altri hanno il diritto di funzionare in modo "folle". Con il termine "folle" s' intende comprendere tutti quei comportamenti difensivi e di adattamento che la persona mette in atto di fronte ad un evento patologico, come può legittimamente essere considerata un' emergenza o una catastrofe.

Lavorare costantemente a contatto con la sofferenza ed esposti a situazioni di pericolo comporta una possibile sofferenza psicologica che non può essere trascurata. Pearlman e Saakvitne¹, hanno definito "traumatizzazione vicaria" il trauma psicologico che colpisce l'infermiere dell'emergenza, è una sorta di processo attraverso il quale l'esperienza interna del soccorritore viene trasformata in senso negativo a causa del suo coinvolgimento empatico con il vissuto traumatico della persona di cui si sta occupando.

Si può parlare di "contagio psichico", che può portare a delle vere modifiche strutturali nell'identità personale e professionale della persona coinvolta.

Quando il rapporto con la vittima o la situazione incontrata evoca nel soccorritore delle situazioni personali irrisolte, egli risponderà in modo non oggettivo. Il processo di identificazione che è collegato a questo vissuto può comportare un coinvolgimento diretto del soccorritore, per cui nell'intervento egli può perdere le caratteristiche necessarie di professionalità.

¹ Antonio Zuliani, Manuale di psicologia dell'emergenza, Maggioli Editore, 2007

Il soccorritore, con l'accumularsi della fatica psichica può giungere a modificare il suo modo di vedere le cose, la sua autostima e la percezione della propria competenza e capacità professionale.

Ciò accade perché il professionista, nel suo lavoro, è costretto a rapportarsi con forti carichi emotivi, a gestire manifestazioni di angoscia e di aggressività, a confrontare se stesso con le prospettive di morte, dolore e paura che animano le vittime di cui si sta occupando.

Il forte impatto emotivo è un problema che si presenta non soltanto nelle situazioni drammatiche di emergenze extraospedaliere, ma è una costante per chi lavora in area critica, nei reparti di terapia intensiva;

Tra le situazioni più significative che l'infermiere può riscontrare nel corso della sua attività troviamo²:

- La difficoltà di comunicazione che si può incontrare nel primo contatto con il paziente ed i suoi familiari, per difficoltà soggettive ed oggettive che ostacolano la relazione terapeutica d'aiuto;

- L'evoluzione incontrollabile delle patologie più gravi, con delusione sul piano professionale ed eventualmente anche attribuzione ingiustificata di responsabilità;

- La comunicazione del lutto ai familiari per un evento inaspettato e a volte inspiegabile;

Ne consegue la necessità per gli infermieri di area critica di uno specifico addestramento e supporto per affrontare numerose occasioni di forte impatto psicologico ed emotivo, in modo da unire alla competenza professionale infermieristica, anche la competenza relazionale e quella emozionale (autocontrollo).

Non soltanto sapere e saper fare, ma è anche fondamentale saper essere i professionisti dell'emergenza

La mancanza di capacità nell'adattamento ai quotidiani ostacoli durante l'attività lavorativa produce disagio, e questo disagio si tramuta in malattia.

La sindrome da stress e burnout descritta da Christina Maslach, viene intesa come una vera e propria malattia professionale, che si diffonde nel tempo con costanza e gradualità.

Oggi il panorama delle malattie professionali, è profondamente cambiato in quanto la legislazione ha ampliato la normativa a supporto del bisogno emozionale dei lavoratori. Non vengono tutelati solo gli infortuni sul lavoro, ma tutte le patologie causate dall'attività lavorativa.

Nel 1946 l'OMS (organizzazione Mondiale della Sanità) ha definito la salute non semplicemente come assenza di malattia ma come "stato di benessere fisico, mentale e sociale". Nel 1986 l'OIL (Organizzazione Internazionale del Lavoro) ha definito i rischi psicosociali in termini di interazione tra contenuto del lavoro, gestione ed organizzazione del lavoro, condizioni ambientali e organizzative da un lato, competenze ed esigenze dei lavoratori dall'altro.

² Maurizio Chiaranda, Urgenze ed Emergenze, Piccin, 2009

L'obbligo della valutazione, tra i diversi rischi per la sicurezza e la sicurezza dei lavoratori, anche dello stress lavorativo, veniva stabilito in modo indiretto da diverse disposizioni come:

- ✓ Decreto Legislativo n° 626 del 19/09/1994, riguardante il Miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori;
- ✓ Direttiva 24 marzo 2004 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n° 80 del 5 aprile 2004, riguardante le Misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle Pubbliche Amministrazioni;
- ✓ Accordo Quadro Europeo sullo stress nei luoghi di lavoro siglato l'8 ottobre 2004, dove viene identificato lo stress da lavoro, come elemento di preoccupazione sia per gli imprenditori che per i lavoratori, a livello europeo, nazionale ed internazionale. Lo stress viene definito come “una condizione, accompagnata da sofferenze o disfunzioni fisiche, psichiche, psicologiche o sociali, che scaturisce dalla sensazione individuale di non essere in grado di rispondere alle richieste o di non essere all'altezza delle aspettative”;
- ✓ Il Testo Unico 2008 “*Sicurezza sul lavoro*”, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n° 101 in data 30 aprile 2008 ed entrato in vigore il 15 maggio 2008, rappresentava l' “*Attuazione dell'Articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n° 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro*”;

L'Articolo 28 del Testo Unico 2008 pone l'attenzione anche ai rischi riguardanti lo *stress lavoro-correlato*. In riferimento a questo argomento, l'Articolo 28 cita esplicitamente l'Accordo Europeo dell'8 ottobre 2004, siglato a Bruxelles tra Confindustria Europea (UNICE), Associazione Europea Artigianato e PMI (UEAPME), Associazione Europea delle Imprese partecipate dal pubblico e di interesse economico generale (CEEP) e Sindacato Europeo (CES).

Detto accordo ha riconosciuto quanto lo *stress* possa interessare qualsiasi lavoratore in qualunque luogo di lavoro, indipendentemente dal settore di attività lavorativa, dalla tipologia del rapporto di lavoro instaurato, dalla dimensione dell'azienda lavorativa; lo *stress* può manifestarsi sotto forma di malessere, di disfunzioni fisiche, sociali e psicologiche, e la sua manifestazione può scaturire da diversi elementi, che possono essere inerenti alla tipologia del lavoro eseguito, la sua organizzazione, l'ambiente di lavoro e la presenza di una scarsa comunicazione al suo interno.

Questo fattore di rischio, lo *stress* (capitolo 1.1) appunto, avrà bisogno di un'analisi specifica, dettagliata ed approfondita, che riguarderà gli elementi inerenti al lavoro sopra citati; al di là delle responsabilità, derivanti dall'inosservanza di dette misure di prevenzione, le conseguenze più gravi riguarderanno comunque in prima persona il lavoratore stesso, che dovrà successivamente essere messo in condizione di superare l'eventuale disagio subito.

Con il Testo Unico 2008, inoltre, le aziende in Italia sono tenute a valutare l'eventuale presenza del *Rischio Psicosociale*, definito pure con il termine di *stress lavoro-correlato*, e definiti in letteratura come “*quegli aspetti relativi alla progettazione, organizzazione e gestione del lavoro, nonché ai rispettivi contesti ambientali e sociali che dispongono del potenziale per dar luogo a danni di tipo fisico, sociale e psicologico*”.

Diverse situazioni cosiddette *stressogene* possono rappresentare, per i lavoratori, un concreto rischio per la loro sicurezza sia fisica che legata al loro malessere psico-sociale ed emozionale.

Grazie all'introduzione legislativa del *Rischio Psicosociale* si è quindi delineata una prospettiva nella quale si riesce ad individuare una forte correlazione tra la *Qualità del lavoro*, la *Prevenzione* e la *Sicurezza* all'interno delle attività lavorative; grazie ad alcuni riferimenti legislativi citati nel Testo Unico 2008, la *salute* viene sempre di più considerata e trattata sia da un punto di vista *biologico*, che *sociale*, che *psichico*, che *emozionale*.

Giuridicamente, la *Legge* afferma che tutti i *Datori di lavoro* debbano avere l'obbligo di individuare e controllare lo stress legato a qualsivoglia attività lavorativa, al pari di qualsiasi altra tipologia di rischio, sia per la salute che per la sicurezza, oltre ad effettuare con regolarità delle “*Valutazioni dei rischi sui luoghi di lavoro*”.

CAPITOLO 1

LO STRESS EMOTIVO

Stress e meccanismi di difesa sono concetti fortemente collegati alle emozioni in quanto il primo può sopraggiungere in seguito ai più differenti stati emozionali e i secondi insorgono nell'individuo nel tentativo di metabolizzare l'evento stressante.

Entrambi sono una risposta alle sollecitazioni interne o esterne³.

La formazione dei moderni coordinatori infermieristici dovrebbe lasciare maggiore spazio a concetti come: la gestione delle emozioni e i relativi meccanismi di difesa nelle organizzazioni lavorative accanto ai non meno importanti concetti manageriali di gestione delle risorse umane, gestione del budget etc...

Saper individuare i meccanismi di difesa che derivano da un evento stressante sarà molto utile al coordinatore per prevenire l'insorgenza di energie negative tra i vari membri della propria equipe.

Il coordinatore infermieristico si circonda inevitabilmente di malessere emotivo, che va ad influenzare il suo stato d'animo e quello di tutto il gruppo, causa di conflittualità e calo delle performance.

Saper individuare i meccanismi che si instaurano nei soggetti nel momento in cui sono consapevoli di provare emozioni negative, *di essere sotto stress* per potrà servire a :

1. risolvere al meglio l'evento stressante (poiché non è possibile annullarli del tutto), prima che esso abbia ripercussioni pericolose su se stesso, su uno o più membri della sua equipe.
2. aiutare i membri della sua equipe a venire fuori dalla ragnatela delle proprie angosce;
3. trasformare le emozioni negative in momenti costruttivi e di confronto.

1.1 Lo stress: definizione e teorie

³ Farnè M., *Lo Stress*. Il Mulino, Bologna; 1999

Questo termine veniva utilizzato, in principio nell'industria metallurgica per indicare lo stato di un metallo che sottoposto a diverse sollecitazioni, come flessioni, calore etc. subiva delle modificazioni sostanziali.

Fu poi adottato per indicare la risposta dell'individuo sottoposto a particolari sollecitazioni esterne o interne.

A tal proposito, è possibile far riferimento essenzialmente a due modelli di ricerca sullo stress:

- il *modello fisiologico*: lo stress è visto come situazione particolare o come risposta specifica dell'individuo
- *modello psicologico*: lo stress è una variabile relazionale tra l'individuo e la situazione.

Padre del modello fisiologico fu senz'altro Cannon⁴.

Cannon centrava l'attenzione sul sistema autonomo di risposte d'emergenza che viene riconosciuto all'organismo, per affrontare o, viceversa, evitare stimolazioni nocive e situazioni avverse, considerate soprattutto come minacce per i suoi equilibri interni.

In questa prospettiva, il funzionamento dell'organismo stesso è affidato a quei meccanismi di regolazione omeostatica che tendono a mantenere entro certi limiti le fluttuazioni indotte dall'ambiente esterno.

Le idee di Cannon (1932), sulla risposta fisiologica a ciò che minaccia l'omeostasi dell'organismo, sono state in seguito compiutamente sviluppate da Selye⁵ (1956).

Selye osservò che nella risposta fisiologica, qualunque fosse il tipo di minaccia, erano presenti un numero di elementi comuni, tali da far avallare l'ipotesi che esistesse, nei meccanismi biologici che presiedono alle risposte di adattamento di un organismo a fronte di un agente nocivo, un insieme di segni e di sintomi tra loro correlati e coerenti costituenti una sindrome generalizzata di risposte.

Selye sosteneva che le reazioni fisiologiche di allarme studiate da Cannon non erano che il primo anello di una serie di eventi concatenati.

In altre parole, mentre Cannon definisce lo stress come una stimolazione di forte intensità da parte dell'ambiente, Selye definisce lo stress come la risposta dell'organismo alle esigenze dell'ambiente. Egli si fa portatore dei principi innovatori del modello della sindrome generale di adattamento (costituita da *fase di allarme*, la *fase di resistenza* e la *fase di esaurimento*) e mette in luce

⁴ Fisiologo statunitense (Prairie du Chien, Wisconsin, 1871-Franklin, New Hampshire, 1945). Gli si devono importanti studi sulla fisiologia dell'apparato digerente. Studiò inoltre il meccanismo delle emozioni, ipotizzando per primo l'esistenza di un "centro delle emozioni".

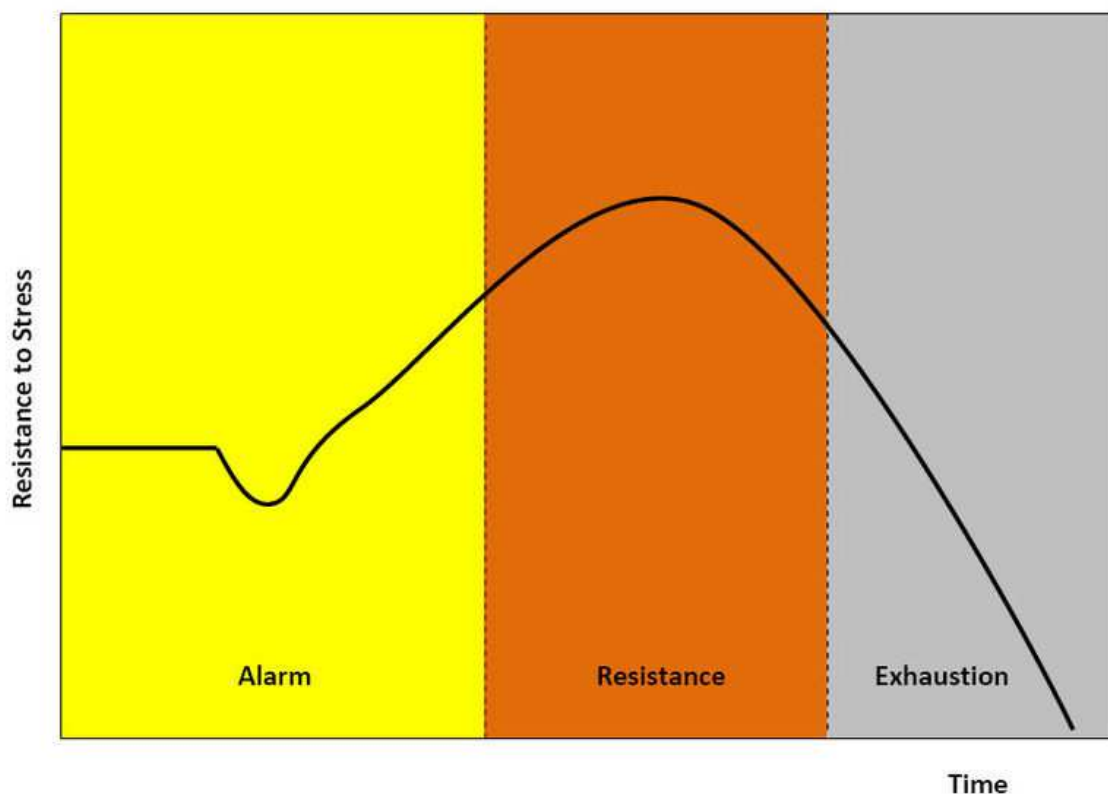
⁵ Hans Selye (Vienna 26/1/1907-Montreal 16/10/1982). Viene ricordato per le ricerche effettuate sullo stress e per la Sindrome generale di adattamento da lui identificata e descritta.

l'esistenza di un meccanismo complesso di risposta dell'organismo che elude la tradizionale visione che un effetto, una risposta biologica, sia sempre riconducibile ad una sola causa (per esempio il caldo induce un incremento di sudorazione, l'attività muscolare un incremento della frequenza cardiaca).

Selye enfatizza il fatto che questi stessi stimoli possono indurre una risposta stereotipata, chiamata appunto sindrome generale di stress, in cui il rilievo principale non viene dato alla natura dello stimolo, quanto piuttosto all'intensità dello stimolo stesso.

“Lo stress è la risposta non specifica dell'organismo ad ogni richiesta effettuata su di esso”

INTERPRETAZIONE GRAFICA DI STRESS DA PARTE DI SELYE



Il modello psicologico mette invece l'accento sui processi psicologici che mediano la relazione tra persone e ambiente.

Si possono distinguere due tipi di modelli che considerano lo stress come variabile mediatrice:

- i *modelli interazionali*

- i modelli *transazionali*

Secondo alcuni autori (di cui i maggiori esponenti furono Fisher, Bell e Baum, 1984) delle *teorie interazionali*, lo stress è il risultato di una relazione dinamica tra l'individuo, le esigenze dell'ambiente, le risorse individuali e sociali per far fronte a queste domande e la percezione, da parte dell'individuo, di questa relazione.

Le *teorie transazionali* (il cui maggiore esponente fu Cox) affermano che lo stress si manifesta quando c'è uno squilibrio tra la percezione delle esigenze e la percezione della capacità di affrontare queste esigenze.

L'accento viene posto, in tale definizione, sulla valutazione cognitiva della situazione potenzialmente stressante e sulla stima che l'individuo può avere delle proprie possibilità di affrontare questa situazione.

La risposta all'evento stressante genera comportamenti più disparati nell'individuo

Questi comportamenti sono i Meccanismi di Difesa.

1.2 Cause che scatenano lo stress

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

Molteplici sono le variabili che influenzano lo stato emozionale ed inducono allo stress il professionista:

-La concentrazione continua, da parte del professionista, impegnato per tutta la durata del turno di lavoro, (a volte 10 ore e durante la notte) ad osservare, monitorare, eseguire terapie e prestazioni complesse

-Il carico di lavoro: spesso elevato vista la criticità del malato e il rapporto disomogeneo tra numero pazienti e infermieri.

- La morte frequente: fenomeno purtroppo non occasionale in INTENSIVE CARE UNIT (d'ora in poi I.C.U) e che a volte coinvolge pazienti come bambini o giovani.
- La parentela del paziente: in I.C.U, si instaura uno stretto rapporto tra i parenti dell'assistito e l'equipe che durante il ricovero si trova a dover sostituire completamente il paziente nelle azioni quotidiane dalle piu' complesse alle piu' elementari e personali.
- La turistica: il professionista sanitario infermiere e' sottoposto a turistica e quindi a logorio dei ritmi circadiani e incapacità di mantenere uno stile di vita equilibrato.
- Elevata richiesta intellettuale: A differenza dei medici, gli infermieri devono possedere conoscenze a 360° e spaziare su contesti clinici differenti, guardare olisticamente la persona in tutte le sue sfaccettature, riconoscere prontamente segni e sintomi o mutazioni nell'atteggiamento.

Un altro elemento indagato è la tipologia di utenza che il personale si trova ad assistere

. Il soccorso a vittime giovani, a maggior ragione coetanei e bambini sono in assoluto le situazioni maggiormente emerse dagli studi.^{6 78}

Burns e Harm (1993)⁹ avevano identificato la morte dei bambini e quella dei colleghi infermieri, come fattori più stressanti per gli infermieri, su una lista di 18 eventi clinici, e con conseguenze psicologiche importanti.

- morte o ferimento di colleghi;
- eventi catastrofici;
- lesioni gravi, mutilazioni e deformazioni del corpo delle vittime;
- fallimento dell'obiettivo con morte delle vittime;
- necessità di scelte inadeguate al proprio ruolo.
- carichi di lavoro eccessivi e non compensati da adeguati turni di riposo;
- logistica non adeguata alla situazione;
- problemi dei processi di comunicazione tra colleghi;
- conflitti interni all'organizzazione;
- selezione e informazione inadeguata al profilo professionale richiesto;

⁶ Cudmore J. (1996) Preventing Post traumatic stress disorder in accident and emergency nursing (a review of the literature). *Nursing in Critical Care*; **1** (3)

⁷ O'Connor J. & Jeavons S. (2003) Nurses' perceptions of critical incidents. *Journal of Advanced Nursing*; **41** (1): 53-62

⁸ Jonsson A., Segesten K., Mattsson B. (2003) Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*; **20**: 79-84

⁹ O'Connor J. & Jeavons S. (2003) Nurses' perceptions of critical incidents. *Journal of Advanced Nursing*; **41** (1): 63-70

- mancanza di programma di supporto emozionale.
- presenza di preesistenti problematiche psicologiche del professionista
- pregressi traumi psichici, anche a livello inconscio ma mai elaborati;
- scarsa conoscenza della normale risposta fisiologica e psicologica allo stress;
- ignoranza dei propri limiti di tolleranza allo stress;- mancanza di strategie personali per affrontare lo stress; presenza di lesioni fisiche riportate durante il trauma;
- tendenza ad identificarsi con la vittima;

1.3 I meccanismi di difesa

Stress e meccanismi di difesa sono concetti fortemente collegati alle emozioni in quanto il primo può sopraggiungere in seguito ai più differenti stati emozionali e i secondi insorgono nell'individuo nel tentativo di metabolizzare l'evento stressante.

Entrambi sono una risposta alle sollecitazioni interne o esterne.

La formazione dei moderni coordinatori infermieristici dovrebbe lasciare maggiore spazio a concetti come: la gestione delle emozioni e i relativi meccanismi di difesa nelle organizzazioni lavorative accanto ai non meno importanti concetti manageriali di gestione delle risorse umane, gestione del budget etc...

Saper individuare i meccanismi di difesa che derivano da un evento stressante sarà molto utile al coordinatore per prevenire l'insorgenza di energie negative tra i vari membri della propria equipe.

Il coordinatore infermieristico si circonda inevitabilmente di malessere emotivo, che va ad influenzare il suo stato d'animo e quello di tutto il gruppo, causa di conflittualità e calo delle performance.

Saper individuare i meccanismi che si instaurano nei soggetti nel momento in cui sono consapevoli di provare emozioni negative, *di essere sotto stress* per potrà servire a :

1. risolvere al meglio l'evento stressante (poiché non è possibile annullarli del tutto), prima che esso abbia ripercussioni pericolose su se stesso, su uno o più membri della sua equipe.
2. aiutare i membri della sua equipe a venire fuori dalla ragnatela delle proprie angosce;
3. trasformare le emozioni negative in momenti costruttivi e di confronto.

Nella teoria psicoanalitica i meccanismi di difesa sono costruiti dall'IO nel tentativo di fronteggiare e gestire le comuni richieste pulsionali(esterne o interne) in rapporto alla propria coscienza morale. Sono perciò momenti fondamentali di adattamento.

Questi meccanismi sono da considerarsi inconsci e strettamente correlati alle fasi evolutive di ogni individuo¹⁰.

Si distinguono infatti meccanismi emotivi immaturi (propri dell'infanzia) e maturi (propri dell'età adulta). In questa sede prenderemo in considerazione i meccanismi che si sviluppano nella fase matura poiché un gruppo di lavoro è costituito sostanzialmente da soggetti con una personalità ormai consolidata.

I meccanismi di difesa sono 28 secondo la classificazione DMRS ideata da Perry¹¹.

1.4 Le emozioni

Solo le persone superficiali impiegano anni per liberarsi da un'emozione. Chi sia padrone di sé può porre termine a una sofferenza con la stessa facilità con cui inventa un piacere. Non voglio essere in balia delle mie emozioni. Voglio servirmene, goderle e dominarle.

Oscar Wilde, da *“Il ritratto di Dorian Gray”*

La questione della differenza tra emozione e pensiero è al centro del dibattito sulle emozioni.

Si crede abitualmente che il pensiero sia una qualità specificatamente umana e basata sulla ragione, mentre gli istinti e le emozioni sono bestiali e infantili, ingannevoli e irrazionali.(Oatley, 1997¹²)

Per gli stoici l'emozione è una malattia che si impadronisce dell'anima intera in seguito al cedimento della ragione: Crisippo ne parla come di un'agitazione sfrenata, una corsa inarrestabile che fa uscire l'Io fuori di sé. Anche per Aristotele l'emozione agisce come un fattore di destabilizzazione del baricentro razionale dell'uomo. (Sarsini, 1998) e Kant, a sua volta, considera le emozioni come un “cancro della ragione”.

Per lungo tempo il concetto di *emozione* si è sempre contrapposto a quello di *ragione* dando vita ad visione di tipo dicotomico, che oppone le cognizioni alle emozioni nella spiegazione della condotta umana.

Tutte queste concezioni hanno contribuito a creare ed alimentare sempre più il pregiudizio nei riguardi delle emozioni tanto da ritardarne notevolmente lo studio sperimentale e la formazione di un'autonoma teoria degli affetti.

Dobbiamo attendere il XIX secolo perché si abbia la comparsa dei primi studi scientifici sulle emozioni.

¹⁰ Freud Anna, “L'Io e i meccanismi di difesa”, Giunti Editore, Firenze, 1997

¹¹ Perry J.C., (1991), *Defense Mechanisms Rating Scale*. Cambridge Hospital-Harvard Medical School Psicologia ed emozioni (Collezione di testi e di studi)**Keith Oatley**

¹² Psicologia ed emozioni, 1997 Keith Oatley

Questi studi, condividevano la prevalente concezione scientifica dell'emozione come un fenomeno essenzialmente non cognitivo ed involontario.

Fu soprattutto la teoria di Darwin (1872)¹³ ad esercitare un'enorme influenza sul modo di pensare alle emozioni.

Darwin ha sostenuto che le emozioni sono fondate sull'attivazione fisiologica di energie istintive ed innate e che esse hanno una funzione centrale per la sopravvivenza dell'individuo poichè rappresentando una risposta istintiva, universale alle minacce ambientali attraverso queste l'individuo interagisce con l'esterno.

In altre parole le emozioni nascono dall'attivazione di funzioni corporee che dipendono dai rispettivi organi e tra questi organi vengono collocati quelli corrispondenti al sentimento e alla sensazione. Le emozioni nello stesso tempo svolgono una funzione di interazione sociale poichè sono segnali facilmente riconoscibili e nel momento in cui si manifestano rappresentano un modo di comunicare il proprio stato d'animo.

Dopo Darwin altri studiosi quali Ekman¹⁴, James, Cannon, hanno sviluppato le ricerche su tale argomento ponendo l'enfasi sul ruolo delle emozioni ai fini della sopravvivenza umana. Verso la fine degli anni 60 Paul Ekman si recò presso una popolazione sperduta della Nuova Guinea, i Fore, raccontò alcune storie di emozioni particolari e successivamente mostrò delle foto di espressioni facciali di soggetti americani.

Chiese poi agli stessi membri della tribù di associare ad ogni storia un'espressione facciale.

Approdato poi negli stati uniti , fece lo stesso con alcuni soggetti americani mostrando loro espressioni facciali appartenenti alla popolazione dei Fore.

Tutti furono in grado di associare le emozioni alle giuste espressioni facciali.

Giunse alla conclusione che le emozioni fondamentali sono innate, antiche e ben riconoscibili da chiunque.

Le espressioni facciali sono veri e propri segnali di comunicazione, fornendo informazioni sugli antecedenti (per esempio, la presenza di un pericolo), sull'emozione in atto (la paura), sull'attivazione fisiologica (l'impallidirsi del viso) e sulle azioni prevedibili (la fuga).

Di seguito abbiamo un esempio di espressioni facciali relative alle sette emozioni fondamentali

¹³ C.Darwin, *L'espressione delle emozioni nell'uomo e negli altri animali* 1872

¹⁴ Paul Ekman (Washington D.C, 15 febbraio 1934) è uno psicologo statunitense. È divenuto, grazie alle sue ricerche scientifiche, un pioniere nel riconoscere le emozioni e le espressioni facciali



Fig.1 Le espressioni facciali universali: in alto a sinistra : rabbia,paura,disgusto,sorpresa,felicità tristezza

Dalla fine dell'Ottocento, fino alla metà del Novecento, si concentrano due schieramenti opposti: da un parte i sostenitori di una teoria periferica che considerano le emozioni come delle reazioni conscie del cervello a cambiamenti viscerali, somatici ed istintivi (James e Lange 1890), dall'altro la teoria centrale di Cannon (1920), il quale sostiene che la "causa" dell'emozione è da ricercarsi nei processi superiori di elaborazione dello stimolo.

In altre parole, la teoria di James e Lange implica un cambiamento di prospettiva rispetto alle precedenti teorie delle emozioni, le quali ponevano la modificazione del corpo dopo l'emozione. La modificazione viscero-somatica assume dunque il ruolo di "innesco" dell'esperienza emozionale.

Prima di Cannon si pensava che il cervello , ricevesse dai territori periferici, dai muscoli, dai vasi, e così via, dei segnali che lo fanno "emozionare".

La teoria di Cannon sostiene, invece, che bisogna porre più attenzione agli aspetti cognitivi del processo emozionale, poiché l'esperienza emozionale dipende dall'attività di alcune strutture del sistema nervoso centrale.

In base a quanto detto fin ora, risulta, quindi evidente che i primi contributi scientifici allo studio delle emozioni sono ancora parzialmente legati ad una arcaica e classica distinzione tra pensiero ed emozioni, cognizioni e affetti.

Il superamento dell'antagonismo emozione-cognizione avviene intorno agli anni '60 con le teorie cognitive.

Queste ultime hanno cercato di collegare il comportamento emozionale, non solo a fattori puramente biologici, ma anche al giudizio e alla valutazione del contesto.

Tre sono i filoni in cui si raggruppano tali teorie:

- *le teorie interpretative* (Schacter e Singer, 1962; Mandler, 1984);
- *le teorie delle valutazioni cognitive* e delle tendenze all'azione (Arnold, 1960; Frijda, 1986; Smith ed Ellsworth, 1985, Roseman, 1991; Scherer, 1984);
- *le teorie della rappresentazione cognitiva* (Fehr e Russel, 1984; Conway e Bekerian, 1987).

Secondo *le teorie interpretative* l'emozione è composta da uno stato di attivazione dell'organismo e dalla conseguente interpretazione cognitiva della situazione.

Secondo Mandler uno degli esponenti di questo filone di pensiero l'esperienza emotiva è il risultato dell'interazione tra l'attivazione del sistema nervoso autonomo e un'elaborazione cognitiva, che si basa sull'analisi del significato che gli eventi hanno in rapporto alle aspettative della persona.

Tale elaborazione è responsabile della qualità e del contenuto delle emozioni. L'esperienza emotiva, richiede dunque la consapevolezza da parte dell'individuo dei fattori che determinano il processo emotivo.

Secondo *le teorie delle valutazioni cognitive* il sorgere di un'emozione è connesso alla valutazione di una situazione e l'insieme di risposte fisiologiche dipendono dalla specifica valutazione cognitiva dell'evento. Dunque non è la natura dell'evento a suscitare l'emozione ma l'interpretazione che la persona dà all'evento in relazione al proprio benessere.

Secondo *le teorie della rappresentazione cognitiva*, le esperienze emotive sono concettualizzate nella mente delle persone in forma di prototipo queste strutture e i loro contenuti regolano le aspettative delle persone nei confronti dell'ambiente nonché la codifica e decodifica degli eventi emotigeni.

Il merito delle teorie cognitive è quello di aver portato le emozioni fuori dal mondo dell'inconscio e del biologico e di aver siglato la loro comparsa nel mondo delle esperienze coscienti.

Oggi le emozioni sono descritte come delle reazioni affettive, in genere brevi ma intense, che insorgono all'improvviso in risposta a degli stimoli esterni o interni all'organismo.

I moderni studiosi concordano anche nel ritenere che l'emozione è accompagnata da modificazioni fisiologiche talvolta molto vistose, da espressioni facciali particolari e comportamenti abbastanza caratterizzati.

Ultima, ma non meno importante, caratteristica dell'emozione è il suo stretto rapporto con l'azione.

La radice stessa della parola emozione deriva dal verbo latino moveo, ossia muovere, con l'aggiunta del prefisso "e" (da"), per indicare che in ogni emozione è implicita una tendenza ad agire, che parte dall'interno dell'organismo.

L'emozione muove l'organismo all'azione adattandolo all'ambiente esterno, essa guida e orienta il comportamento e la condotta.

La vita psichica non può dunque, essere concepita senza tener conto della fondamentale importanza che le dinamiche emozionali rivestono, o meglio senza considerare il privilegiato rapporto di complementarità che esse instaurano con il pensiero.

1.5 Manifestazioni dello Stress

Lo stress si esprime in diverse fasi, esse compaiono gradualmente a seconda delle sollecitazioni esterne a cui l'individuo è sottoposto e alla continuità o meno di quest'ultime

La prima fase è costituita dalla:

Fase di allarme: lo stress suscita nell'organismo un senso di allerta, con conseguente attivazione di processi psicofisiologici quali aumento del battito cardiaco, iperventilazione, sudorazione.

La seconda fase è:

Fase di resistenza: l'organismo tenta di adattarsi alla situazione, e gli indici fisiologici si normalizzano.

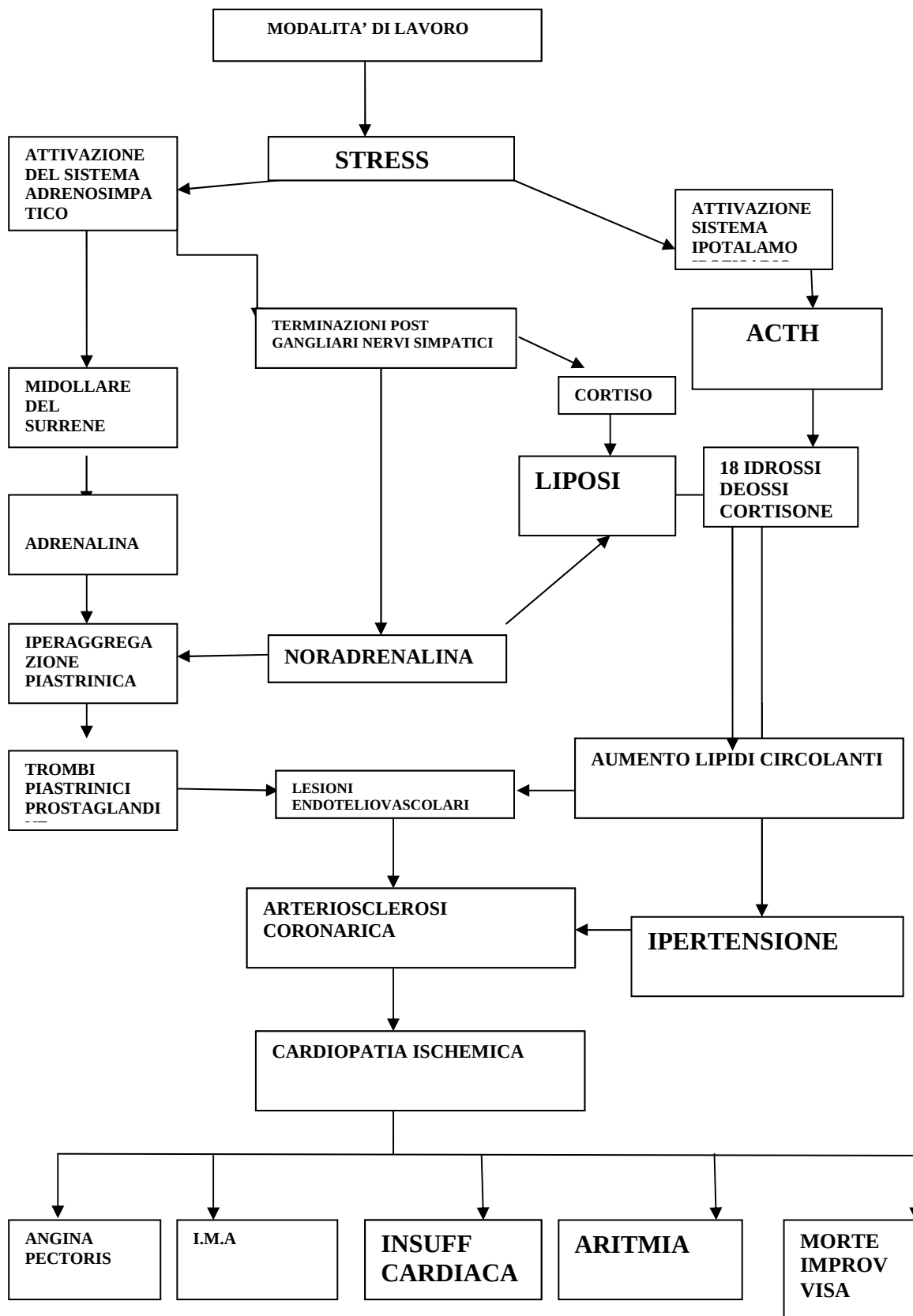
Nel caso in cui l'adattamento non sia sufficiente, subentra la terza fase:

Fase di esaurimento: l'organismo non riesce a difendersi, e viene a mancare la sua naturale capacità di adattamento. L'esposizione prolungata ad una situazione di stress può provocare l'insorgenza di malattie psichiche o fisiche.

E' da qui che nasce la definizione di stress da lavoro "correlato" definito quale stato mentale accompagnato da malessere e disfunzioni fisiche, psicologiche o sociali.

Consegue al fatto che le persone non si sentono in grado di superare i gap tra le **richieste** avanzate nei loro confronti e le **risorse** a disposizione per far fronte a tali richieste, cio' diviene un **rischio** per la salute nel momento in cui è prolungato nel tempo può condurre a problemi di salute mentale e fisica.

TABELLA 1.1 EFFETTI DELLO STRESS secondo alcuni autori¹⁵



¹⁵ Tratta da Scenario, n4, 1995 pagina 13

TABELLA 1.2 Segni e sintomi dello stress lavorativo negli operatori del servizio sanitario¹⁶

1	<i>Alta resistenza ad andare al lavoro ogni giorno</i>
2	<i>Sensazione di fallimento</i>
3	<i>Rabbia e risentimento</i>
4	<i>Senso di colpa e disistima</i>
5	<i>Scoraggiamento ed indifferenza</i>
6	<i>Negativismo</i>
7	<i>Isolamento e ritiro</i>
8	<i>Senso di stanchezza e esaurimento tutto il giorno</i>
9	<i>Guardare frequentemente l'orologio</i>
10	<i>Notevole affaticamento dopo il lavoro</i>
11	<i>Perdita di sentimenti positivi nei confronti degli utenti</i>
12	<i>Rimandare i contatti con gli utenti</i>
13	<i>Modello stereotipato di utenti</i>
14	<i>Incapacità di concentrarsi</i>
15	<i>Sensazione di immobilismo</i>
16	<i>Cinismo verso gli utenti</i>
17	<i>Seguire in modo crescente procedure fortemente standardizzate</i>
18	<i>Insonnia</i>
19	<i>Evitare discussioni di lavoro con i colleghi</i>
20	<i>Preoccupazione per se</i>
21	<i>Maggiore approvazione di misure di controllo del comportamento come i tranquillanti</i>
22	<i>Frequenti influenze e raffreddori</i>
23	<i>Frequenti cefalee e malesseri gastrointestinali</i>
24	<i>Rigidità di pensiero</i>
25	<i>Sospetto e paranoia</i>
26	<i>Eccessivo uso di farmaci</i>
27	<i>Conflitto coniugale e con i familiari</i>
28	<i>Alto assenteismo</i>

CAPITOLO 2

¹⁶ Tratta da Berkeley Planning Associated (1977), Freudenberg (1974), e Shwartz e Will (1998)

GLI STRUMENTI FINALIZZATI ALL' IDENTIFICAZIONE DELLO STRESS EMOTIVO

2.1 Strumenti per la valutazione dello stress emotivo

La rilevanza della ricerca infermieristica è principio fondamentale della nostra professione tanto da essere citata in un articolo del profilo professionale entrato in vigore attraverso il Decreto Legislativo 739/94, recita: *"L'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca."*

Mentre i paesi anglosassoni possono vantare una tradizione infermieristica più longeva, in Italia il concetto scientifico di infermiere è piuttosto recente. Le differenze che sono maturate nei decenni tra il nostro paese e gli altri, hanno segnato il cammino professionale infermieristico italiano.

Lo stress morale è uno dei maggiori problemi della professione infermieristica e coinvolge gli infermieri in tutti gli ambiti sanitari. E' più diffuso laddove vi è un numero insufficiente di personale o lo staff non è adeguatamente addestrato e le politiche organizzative e le procedure mettono gli infermieri in situazioni di difficoltà o addirittura rendono loro impossibile incontrare e soddisfare i bisogni del paziente e della sua famiglia¹⁷. Nella loro pratica gli infermieri possono ogni giorno incontrare situazioni dove le decisioni eticamente appropriate sono difficili o impossibili a causa di fattori legati all'ambiente. Alcune esperienze possono essere fonte di quello che Jameton¹⁸ definì come stress morale: una dolorosa sensazione e/o un psicologico disequilibrio che avviene quando gli infermieri sono a conoscenza dell'azione morale appropriata richiesta dalla situazione ma non possono portare avanti l'azione stessa a causa di ostacoli istituzionali.

Lo stress morale è correlato a:

- Turnover del personale
- Soddisfazione lavorativa
- Problemi di salute fisici e psicologici
- Problemi relativi ad autostima e spiritualità
- Evitamento dei pazienti da parte degli infermieri, dovuto al senso di frustrazione, rabbia e colpa dettato dallo stress morale

¹⁷ Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. Nurs Ethics. 2002; 9(6): 636-650

¹⁸ Jameton A. Nursing Practice: The ethical issues. 1984. Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

-Dimissioni lavorative

La letteratura scientifica mette a disposizione dei professionisti molteplici studi e strumenti atti alla rilevazione dello stato emotivo del professionista sanitari

QUESTIONARIO MULTIDIMENSIONALE DELLA SALUTE ORGANIZZATIVA – MOHQ

F. Avallone, A.Paplomatas

Il Questionario Multidimensionale della Salute Organizzativa (MOHQ - Multidimensional Organizational Health Questionnaire) è stato costruito sulla base delle dimensioni e degli indicatori che compongono il costrutto di salute organizzativa. Il MOHQ è utile alle organizzazioni che intendano promuovere e sviluppare la salute e il benessere collettivo. Il Questionario consente di monitorare le dimensioni della salute organizzativa nel contesto lavorativo, nel suo complesso e/o per singoli settori, evidenziando le aree di maggior benessere e quelle di criticità, rendendo quindi “visibili” aspetti organizzativi sui quali è auspicabile un intervento di miglioramento e sviluppo.

Le informazioni raccolte attraverso il Questionario vengono elaborate e sintetizzate sotto forma di tabelle e grafici che rappresentano una “fotografia” dell’organizzazione per come essa viene “vista” e percepita dai dipendenti, in termini di aree di maggior benessere e salute e aree di maggior criticità.

MORAL DISTRESS SCALE- PEDIATRIC VERSION

Corley et al. sviluppano la Moral Distress Scale (MDS-PV) per misurare due aspetti dello stress morale: frequenza e intensità.

La metodologia utilizzata per sviluppare e valutare la MDS è descritta e pubblicata da Corley et al.¹⁹

Quest’ultima è nata per misurare lo stress morale soprattutto in Neonatal Intensive Care Unit o Perinatal Intensive Care Unit e la sua affidabilità è già stata valutata ma non pubblicata.

La MDS-PV si compone originariamente di 38 item elencati uno di seguito all’altro. Ad ogni item è

¹⁹ Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. J Adv Nurs 2001; 33(2): 250

associata una scala di Likert da 0 a 6 per l'intensità e una seconda scala di Likert per la frequenza. Grazie a Jameton si dispone di una definizione precisa circa il "malessere" che molte volte l'infermiere sperimenta in corsia e che troppo spesso non trovando una definizione univoca, si fa coincidere ad esempio con i termini burnout o dilemma morale. Le unità operative di oncematologia Pediatrica si associano ad una complessità assistenziale ed etica che si presta ad essere teatro situazionale di sviluppo di stress morale così come descritto da Jameton ma non esiste una correlazione diretta tra la terapia intensiva neonatale o pediatrica e quella per adulti in quanto differente il coinvolgimento emotivo²⁰

Gli items inseriti all'interno della scala MDS-PV non risultano quindi adattabili alla realtà della terapia intensiva e rianimazione per adulti.

Dalla mia ricerca però, ho potuto constatare che questi strumenti non sono improntati alla precoce riconoscimento dello stress emotivo, bensì al burnout.

La seconda scala da me presa in considerazione è la:

L'Health Professions Stress and Coping Scale (HPSCS) questionario self-report appositamente elaborato per la valutazione dello stress percepito e l'utilizzo del coping in ambito sanitario.

L'HPSCS propone una serie di situazioni lavorative potenzialmente stressanti nel contesto sanitario, rispetto alle quali misura sia il livello di stress percepito associato a ciascuna situazione, sia i meccanismi di coping abitualmente utilizzati per fronteggiarla. Queste caratteristiche ne fanno uno strumento del tutto innovativo rispetto ad altri più tradizionali che solitamente prevedono risposte a situazioni genericamente definite come "stressanti" o "problematiche", e spesso non riferite a uno specifico contesto di vita o ambito lavorativo.

Le situazioni proposte dall'HPSCS sono state individuate attraverso un'attenta analisi della letteratura sui fattori di stress e sulle cause del burnout in ambito sanitario, che ha consentito di estrapolare una serie di difficoltà e problematiche che si configurano come potenziali stressor per il professionista sanitario.

Parallelamente, sono stati condotti interviste e lavori di gruppo con medici e infermieri, che hanno consentito un ulteriore ampliamento e un approfondimento dei potenziali stressor.

L'HPSCS prevede, infatti, due forme alternative contenenti le situazioni definite come più problematiche rispettivamente per gli infermieri e per i medici. Per quanto alcune aree e situazioni problematiche siano comuni alle due categorie professionali (ad esempio "Avere un paziente in grave pericolo di vita"), altre sono invece specifiche per l'uno o l'altro professionista (ad esempio

²⁰ Wilkinson JM. Moral distress in nursing practice: experience and effect. Nurs Forum 1987; 23(1): 16-19

"Avere la necessità di comunicare al paziente una diagnosi infausta", specifica per la figura del medico e "Danni imprevisi all'equipaggiamento sanitario del suo reparto rendono difficoltoso l'espletamento delle sue mansioni", specifica per la figura dell'infermiere).

Per ciascuna delle situazioni proposte, al professionista sanitario viene chiesto, in prima istanza, di indicare il livello di stress a essa associato, servendosi di una scala Likert a 4 punti (0 = "Per nulla"; 1 = "Poco"; 2 = "Abbastanza"; 3 = "Molto"); in secondo luogo, è richiesto di indicare, utilizzando la medesima scala di risposta, la frequenza con cui fa ricorso a ciascuna di quattro strategie di coping proposte.

L'aspecificità dei contenuti e l'assimetrica assegnazione di items (23 per i medici e 19 per gli infermieri) fa sì che la scala non sia indirizzata univocamente agli infermieri e quindi non presa in considerazione come strumento valido per la somministrazione del questionario.

RISK ORGANIZATION ASSESSMENT QUESTIONNAIRE – ROAQ

E. Cordaro, D. Di Nicola. Il test ROAQ (Risk Organizational Assessment Questionnaire) e il ROAQ-R (forma ridotta) sono composti rispettivamente di 68 items e di 28 items. Il ROAQ-R è valido per pressoché tutte le realtà lavorative, mentre il ROAQ nella forma intera è stato validato per gli enti pubblici e per il terzo settore. Il ROAQ nella sua forma complessiva ha avuto una validazione iniziale su un campione stratificato per ruolo sesso e qualifiche di 833 soggetti, a verifica della soluzione fattoriale si sono state effettuate altre due validazioni a distanza di due anni l'una dall'altra, che hanno confermato la stabilità dell'elaborazione statistica, in totale sono stati sottoposti al test 2500 soggetti.

Il test ROAQ e ROAQ-R sono organizzati per raccogliere le impressioni dei soggetti che compongono il sistema, secondo una visione costruttivista dei processi d'apprendimento. I Cinque fattori analizzano le variabili conversazionali secondo le due dominanti di variabili conversazionali d'azione e variabili conversazionali emozionali; le prime tese a recuperare un'azione con una predominanza delle componenti cognitive (dimensione hard dell'organizzazione), le seconde con una predominanza delle componenti emotive (dimensione soft dell'organizzazione).

- F1 variabile conversazionale d'azione: **"Adeguatezza dei flussi di azioni Comunicazionali"**.

Quanto il rapporto fra il dipendente e il servizio/azienda è flessibile e corretto, grazie alla definizione di regole chiare, trasparenti e coerenti.

- F2 variabile conversazionale emozionale: **“Coinvolgimento con l’oggetto di lavoro”**.

Quanto il lavoro svolto gratifica gli aspetti reali, ideali e relazionali del SE’;

- F3 Variabile conversazionale d’azione: **“Rispetto del rapporto tra vita privata e vita lavorativa”**.

Quanto l’organizzazione dei processi lavorativi rispetta l’equilibrio fra l’orario di lavoro e la vita privata, considerando tale equilibrio una variabile che incide sulla struttura organizzativa.

- F4 Variabile conversazionale emozionale: **“clima relazionale”**. Quanto l’organizzazione favorisce

un clima relazionale adeguato, riconosce e stimola le potenzialità del dipendente, ne favorisce l’autonomia, lo sostiene nel suo operato, attua coerenza di comportamenti, garantendo procedure chiare, precise, trasparenti.

- F5 Variabile conversazionale d’azione: **“non si adottano comportamenti e/o modelli organizzativi finalizzati a definire e/o creare un disagio lavorativo”**. Quanto l’organizzazione utilizza strategicamente o incrementa comportamenti tra i dipendenti tendenti a determinare il disagio. Quanto adotta comportamenti squalificanti, emarginanti, basati su prepotenza e violenza psicologica, disinteressandosi della dimensione emozionale dei singoli e del gruppo.

LE PERSONE E IL LAVORO – ISPESL

E’ stato costruito facendo riferimento al modello teorico di Cox e Griffiths (1995) e alle indicazioni dell’Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro che individua nel contesto lavorativo e nel contenuto del lavoro i fattori di rischio stressogeni, nonché all’Accordo Quadro Europeo sullo stress lavoro correlato.

E’ composto di 55 items a risposta chiusa più un’area di miglioramento.

Al momento non esiste un programma informatico per l’acquisizione dei dati e la predisposizione di un rapporto narrativo standardizzato. L’interpretazione dei dati ha valore descrittivo e non è generalizzabile.

EFFORT REWARD IMBALANCE – ERI

Il questionario di J. Siegrist è composto da 23 domande, 6 relative all'impegno lavorativo (scala **E, effort**), 11 alle ricompense (scala **R, reward**), e 6 all'eccessivo impegno (O, overcommitment).

Le risposte ai quesiti dell'ERI vengono espresse mediante una scala Likert a 5 livelli. Le scale si ottengono sommando i punteggi dati dalle risposte.

La scala **E (“effort”)** è composta di 5 domande per le professioni impiegatizie, 6 per i “blue collar workers”; la differenza è una domanda sullo sforzo fisico nel lavoro. Mediante analisi fattoriale si è dimostrato che tale variabile è uni-dimensionale.

La scala **R (“reward”)** è composta da 11 items. Pur essendo sufficientemente uni-dimensionale, nel suo ambito è possibile riconoscere 3 subscale: stima (cinque domande); promozione e salario (quattro domande); stabilità del lavoro (due domande).

La variabile **O (“overcommitment”)** è composta da 6 items ed esprime il fatto di sentirsi obbligato ad uno sforzo superiore alle proprie capacità di realizzazione.

È stato tradotto e usato in molti paesi.

Ricordiamo tra l'altro, oltre alla versione tedesca, applicata anche in Svizzera, la versione cinese, francese, spagnola, brasiliana, coreana, canadese, giapponese, finlandese, olandese, danese, italiana e quelle di altri paesi europei.

Secondo il modello teorico di Siegrist lo stress origina dalla discrepanza tra lo sforzo e le ricompense ricevute dal lavoratore.

Il modello ERI tiene conto di fattori di rischio per lo stress lavoro-correlato (precarietà, intensificazione del lavoro, ineguaglianze nei livelli retributivi, erosione dei contesti sociali dovuta all'aumento della competitività) associati a cambiamenti rilevanti avvenuti di recente nel mondo del lavoro, in relazione soprattutto alla globalizzazione dell'economia.

Il modello ERI aggancia l'esperienza individuale dello stress al concetto di “ricompensa” (reward), che un contesto di lavoro dovrebbe fornire all'individuo
– in maniera bilanciata rispetto agli sforzi prodotti (effort).

Una recente integrazione del questionario (non ancora tradotta e validata) riguarda il senso di ingiustizia percepito sia per le “procedure” che per le “relazioni”: tale parametro rafforza i risultati acquisiti con il rapporto effort/reward.

JOB CONTENT QUESTIONNAIRE – JCQ

R. A. Karasek: Il JCQ è uno strumento che valuta lo stress lavorativo, facendo direttamente riferimento al modello originale che definisce il job strain o perceived job stress“ (stress lavorativo percepito) come la relazione tra elevata domanda lavorativa (job demand, JD) e bassa libertà decisionale (decision latitude, DL), in grado di spiegare i livelli di stress cronico e l’incremento del rischio cardiovascolare.

Le due principali dimensioni lavorative (domanda vs. controllo) sono considerate variabili indipendenti e poste su assi ortogonali. La job demand si riferisce all’impegno lavorativo richiesto ovvero: i ritmi di lavoro, la natura impositiva dell’organizzazione, il numero di ore lavorative e le eventuali richieste incongruenti. La decision latitude è definita da due componenti: la skill discretion e la decision authority: la prima identifica condizioni connotate dalla possibilità di imparare cose nuove, dal grado di ripetitività dei compiti e dall’opportunità di valorizzare le proprie competenze; la seconda individua fondamentalmente il livello di controllo dell’individuo sulla programmazione ed organizzazione del lavoro

Il JCQ standard è composto da 49 items, risultato di due precedenti versioni di cui rappresenta quella maggiormente raccomandata.

JCQ si articola in 8 macrovariabili: 3 sulla dimensione controllo i cui items indagano su “giudizio circa le proprie capacità”, “potere decisionale in rapporto al compito specifico” e “potere decisionale a livello di politica aziendale”; 3 sulla dimensione domanda i cui items indagano su “carico di lavoro psicologico”, “carico di lavoro fisico” e “insicurezza lavorativa” mentre le 2 restanti dovrebbero consentire valutazioni sugli aspetti relazionali (supporto sociale da parte dei superiori e supporto sociale da parte dei colleghi, rispettivamente). Vi è autorevole testimonianza in letteratura che, al di là delle due dimensioni fondamentali controllo e domanda, il supporto sociale sia da intendersi come ulteriore risorsa disponibile e come “modulatore” delle richieste che provengono dal contesto lavorativo.

OCCUPATIONAL STRESS INDICATOR – OSI

L’OSI è stato sviluppato su solide basi teoriche e mette in pratica la conoscenza acquisita in oltre venticinque anni di ricerca nelle aziende. Anche se nella sua attuazione è stata data piena

considerazione alle complessità teoriche dello stress, delle sue origini e dei suoi effetti, il progetto è stato quello di proporre un modello operativo di stress da raffinare nel tempo. Una seconda versione preliminare è stata saggiata presso un campione di quadri intermedi, selezionati casualmente da una gamma di aziende.

Lo strumento prevede l'autosomministrazione collettiva, ma non esclude l'elaborazione individuale dei dati dei singoli partecipanti. Le risposte possono essere analizzate complessivamente o in dettaglio per far fronte alle diverse esigenze dell'azienda. L'informazione raccolta in questo modo può essere trasferita in un piano d'azione pratico, volto al cambiamento e al miglioramento.

MAJER D'AMATO ORGANIZATIONAL QUESTIONNAIRE 10 - M_DOQ 10

A. D'Amato e V. Majer :Un questionario multifattoriale per la diagnosi delle organizzazioni.

Un buon clima organizzativo consente alle organizzazioni di conseguire gli obiettivi che si pongono. Esso è una variabile critica non solo per la qualità della vita lavorativa, con la sua dimostrata influenza su motivazione, impegno e efficienza lavorativa, ma anche per le relazioni interpersonali e la fiducia verso l'organizzazione. Il M_DOQ10 permette una diagnosi certa del clima in azienda e può rappresentare per i responsabili delle risorse umane un supporto di fondamentale importanza.

TEST DI VALUTAZIONE DELLO STRESS LAVORO CORRELATO NELLA PROSPETTIVA DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO - Q-BO

N. A. De Carlo, D. Capozza, A. Falco e Coll. Grazie all'adozione di un approccio sistemico le scale rilevano un ampio spettro di dimensioni lavorative, organizzative e individuali fra loro interagenti. Il test è stato somministrato ad un campione di oltre 20.000 occupati, operanti in organizzazioni pubbliche e private di piccole-medie e grandi dimensioni, suddivisibile in vari sub-campioni a seconda delle esigenze di benchmarking e di valutazione comparativa, nonché a seconda di specifiche mansioni. Sono disponibili standard di riferimento per i diversi settori produttivi (pubblici e privati)*.

Le proprietà psicometriche del test sono state confermate dalle analisi condotte su vari campioni (analisi fattoriali esplorative e confermate, analisi di validità e di attendibilità, analisi descrittive). Il test è composto di vari moduli, in una configurazione massima di 350 items con scale di risposta di tipo Likert a cinque passi valutativi.

La risposta a tutte le domande richiede un arco di tempo di circa un'ora.

Modello teorico/applicativo: le principali variabili rilevate mediante il Q-Bo sono si possono distinguere in variabili determinanti lo stress-lavoro correlato e in conseguenze di malessere e di benessere.

ORGANISATIONAL & PSYCHOSOCIAL RISK ASSESMENT – OPRA

M. Magnani, G.A. Mancini, V. Majer (GIUNTI O.S.) Il pacchetto OPRA per la valutazione dello stress lavoro correlato si articola su tre assi principali:

un agile indice di rischio, l'analisi delle fonti di pressione sul lavoro e gli eventuali outcomes psicofisici. I dati raccolti in diverse indagini possono contribuire a progetti più vasti di monitoraggio e gestione delle eventuali problematiche riscontrate.

Dimensioni indagate: - relazioni interpersonali, sviluppo di carriera, carico di lavoro, ruolo, autonomia, interfaccia casa/lavoro, soddisfazione e salute psicofisica.

Il procedimento di validazione dello strumento si è realizzato con un campione complessivo di 2392 soggetti distribuiti in 16 strutture di varia natura e dimensione del territorio italiano. La versione definitiva ha coinvolto 1213 soggetti.

L'interpretazione e l'utilizzo dei risultati OPRA si fondano sull'assunto (condiviso da molti autori) che le percezioni degli individui inseriti all'interno di un contesto organizzativo siano condivisi dagli stessi. L'interpretazione dei dati verrà svolta analizzando le dimensioni in cui i vari gruppi hanno ottenuto punteggi più o meno elevati di altri con cui viene effettuato un confronto.

La parte A permette di identificare un "risk index" non esaustivo, ma che fornisce indicazioni che verranno associate ai parametri della parte B (Fonti di rischio) e alla parte C (salute psicofisica).

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

Sviluppato nel 1981 da Christina Maslach insieme alla sua collega Susan Jackson, è un questionario di 22 *item*, ognuno con 6 gradi di risposta su scala Likert.

L'MBI è un questionario multidimensionale che affronta tre diversi campi della professionalità:

- esaurimento emotivo,
- depersonalizzazione,
- realizzazione personale.

Originariamente era rivolto alle professioni di aiuto, ovvero quelle mansioni che contemplano una notevole interazione emotiva tra l'operatore e l'utente (ad es. psicologi, operatori sociali e del volontariato, insegnanti, medici, ecc.), ma nel tempo il suo utilizzo si è ampliato verso tutti quei lavori e professioni che richiedono un costante contatto con il pubblico o con persone in stato di bisogno, riabilitazione e segregazione, producendo "fenomeni di stress e burnout che si verificano anche fra il personale di custodia nelle istituzioni segreganti e riabilitative".

Il modello che scaturisce dal MBI, viene anche definito "modello Maslach".

La scale però sopracitate tengono in considerazione quello che è la conseguenza dello stress accumulato nei confronti dei professionisti sanitari e non rappresentano quindi un valido strumento di *prevenzione* quale la nostra ricerca si pone di trovare.

Per questo motivo la scala non è stata considerata adattabile al contesto da noi considerato.

E' per questo motivo che la mia tesi si è indirizzata verso una scala esclusiva e che considera univocamente la professione infermieristica e la ricerca dei fattori di stress che ne inficiano l'attività ma soprattutto il benessere della persona.

E' emersa alla mia attenzione verso:

THE NURSING STRESS SCALE: DEVELOPMENT OF AN INSTRUMENT²¹

Malgrado la crescente attenzione in merito allo stress vissuto da personale infermieristico che lavora in ambito ospedaliero e dei suoi effetti sul burnout, la soddisfazione professionale, cambiamenti, e la cura del paziente, esistono pochi strumenti che possono essere utilizzati per misurare lo stress. Questo articolo descrive lo sviluppo di uno strumento, la scala dello stress Nursing (NSS).

Si compone di 34 items che descrivono situazioni che sono state identificate come causa di stress per gli infermieri nell'esercizio delle loro funzioni.

Esso fornisce un punteggio totale allo stress percepito e differenti punteggi a ciascuna delle sette sottoscale che misurano la frequenza di stress sperimentato da infermieri in ambito ospedaliero.

²¹ JOURNAL OF BEHAVIORAL ASSESMENT MARCH 1981, VOLUME 3, ISSUE1, PP 11-23
Pamela Gray-Toft, James G.Anderson

La scala di stress Nursing è stata somministrata a 70 infermieri su cinque unità operative. L'analisi dei fattori indica sette principali fonti di stress che appartengono strettamente a categorie concettuali su cui si fonda la scala.

L'affidabilità del test è garantita da quattro misure di coerenza interna e indicano la Scala di stress infermieristica e le sue sette sottoscale come affidabili.

La validità è stata determinata correlando il punteggio totale della scala Nursing stress con la misurazione di ansia, del turnover del personale, la soddisfazione sul lavoro, ipotizzandone una correlazione con la presenza di stress. Inoltre, la capacità della scala di adattarsi a differenti gruppi infermieristici e diverse realtà ospedaliere ha dato modo di connotare la considerevole presenza di stress causato dal turnover nel personale considerato.

2.2 La Nursing Stress Scale

La Nursing Stress Scale scala riuniva i 34 items in 6 gruppi:

- Morte del Paziente
- Conflitto con parenti e pazienti
- Inadeguata preparazione
- Possibilità e opportunità di supporto emotivo
- Conflitti con altri infermieri
- Carico di lavoro

Essa consente all'utente di questo strumento di disporre di una visione olistica dei problemi e delle fonti di stress che vengono a crearsi nel contesto delle terapie intensive, nel quotidiano confronto tra infermieri ed equipe sanitaria ma anche nei confronti dei degenti ricoverati.

La scala utilizzata non considera età, sesso, anni di anzianità di servizio, ne tantomeno implica un vincolo di somministrazione verso la struttura (non indicazione alla quantità di letti appartenenti all'U.o di terapia intensiva) e alla tipologia di quest'ultima (Rianimazione-Stroke Unit-Terapia Intensiva Cardiovascolare).

Lo strumento da me utilizzato è di rapida consultazione di veloce compilazione e facile interpretazione, inoltre in solo 34 items vengono raggruppate molteplici fattispecie.

Il percorso da me seguito nell'ambito della ricerca, ha preso in considerazione come valido supporto l'utilizzo delle banche dati online.

Partendo dal “circuito” SBBL attraverso Pub-Med Med-Line, la Cochrane Library, mi è stato possibile ricercare articoli scientifici e pubblicazioni che tenessero in considerazione lo stress all’interno delle strutture sanitarie in particolar modo del personale infermieristico.

Molteplici sono stati i risultati anche se la maggior parte delle pubblicazioni e delle revisioni riguardavano soprattutto il burnout e non lo stress.

E’ per questo motivo che la mia ricerca si è spinta sino alla ricerca di strumenti mirati al riconoscimento dei fattori di stress e al quantificare quanto i professionisti possano essere stressati.

La consultazione di letteratura scientifica mi ha consentito di ottenere un modello universale per organizzare raccogliere valutare e validare i dati raccolti.

Versione Originale : Nursing Stress Scale²²

²² JOURNAL OF BEHAVIORAL ASSESMENT MARCH 1981, VOLUME 3, ISSUE1,PP 11-23
Pamela Gray-Toft, James G.Anderson

Table I. Items and Item Statistics for the Nursing Stress Scale^a

			Item correlation with		
Item	Mean	SD	Total scale score	Subscale score	
Factor I: Death and dying					
3	Performing procedures that patients experience as painful	2.44	0.71	0.41	0.45
4	Feeling helpless in the case of a patient who fails to improve	2.41	0.69	0.42	0.51
6	Listening or talking to a patient about his/her approaching death	2.23	0.75	0.39	0.51
8	The death of a patient	2.26	0.62	0.25	0.60
12	The death of a patient with whom you developed a close relationship	2.26	0.73	0.37	0.48
13	Physician not being present when a patient dies	1.88	0.96	0.15	0.36
21	Watching a patient suffer	2.81	0.76	0.45	0.56
Factor II: Conflict with physicians					
2	Criticism by a physician	2.12	0.76	0.51	0.49
9	Conflict with a physician	1.75	0.70	0.55	0.54
10	Fear of making a mistake in treating a patient	2.03	0.69	0.28	0.33
14	Disagreement concerning the treatment of a patient	2.02	0.61	0.49	0.40
19	Making a decision concerning a patient when the physician is unavailable	1.84	0.80	0.42	0.44
Factor III: Inadequate preparation					
15	Feeling inadequately prepared to help with the emotional needs of a patient's family	2.25	0.70	0.47	0.57
18	Being asked a question by a patient for which I do not have a satisfactory answer	2.21	0.62	0.27	0.48
23	Feeling inadequately prepared to help with the emotional needs of a patient	2.22	0.58	0.48	0.70
Factor IV: Lack of support					
7	Lack of an opportunity to talk openly with other unit personnel about problems on the unit	2.13	0.86	0.44	0.42
11	Lack of an opportunity to share experiences and feelings with other personnel on the unit	1.83	0.68	0.29	0.58
16	Lack of an opportunity to express to other personnel on the unit my negative feelings toward patients	1.70	0.64	0.33	0.38
Factor V: Conflict with other nurses					
5	Conflict with a supervisor	1.66	0.64	0.41	0.43
20	Floating to other units that are short-staffed	2.44	1.07	0.29	0.39
22	Difficulty in working with a particular nurse (or nurses) outside the unit	1.77	0.68	0.42	0.48
24	Criticism by a supervisor	1.86	0.72	0.53	0.47
29	Difficulty in working with a particular nurse (or nurses) on the unit	2.03	0.75	0.40	0.50

Table I. Continued.

				Item correlation with	
				Total scale score	Subscale score
		Mean	SD		
Factor VI: Work load					
1	Breakdown of computer	3.23	0.86	0.30	0.38
25	Unpredictable staffing and scheduling	2.97	0.87	0.52	0.52
27	Too many nonnursing tasks required, such as clerical work	2.22	0.95	0.53	0.56
28	Not enough time to provide emotional support to a patient	2.83	0.80	0.39	0.53
30	Not enough time to complete all of my nursing tasks	2.52	0.80	0.47	0.58
34	Not enough staff to adequately cover the unit	3.20	0.81	0.39	0.55
Factor VII: Uncertainty concerning treatment					
17	Inadequate information from a physician regarding the medical condition of a patient	2.09	0.75	0.51	0.57
26	A physician ordering what appears to be inappropriate treatment for a patient	2.02	0.63	0.50	0.57
31	A physician not being present in a medical emergency	2.15	0.81	0.62	0.69
32	Not knowing what a patient or a patient's family ought to be told about the patient's condition and its treatment	2.31	0.81	0.41	0.58
33	Uncertainty regarding the operation and functioning of specialized equipment	2.06	0.64	0.39	0.49

^aItem correlations with the total scale score and the subscale score are item-remainder correlations.

TABELLA 1.4

QUESTIONARIO: Sotto, riporto il questionario somministrato a 70 infermieri che lavorano nelle aree di terapia intensiva dell'ospedale S Anna Como tradotto dall'originale dallo Scrivente

FATTORI DI STRESS	MAI	OCCASIONALMENTE	FREQUENTEMENTE	ESTREMAMENTE
ESECUZIONE DI PROCEDURE DOLOROSE PER IL PAZIENTE	0	1	2	3
FREQUENTI INTERRUZIONI NELL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE	0	1	2	3
SENTIRSI IMPOTENTE DI FRONTE AL DOLORE DEL PAZIENTE	0	1	2	3
PARLARE CON UN PAZIENTE CONSAPEVOLE DELLA SUA PROGNOSI INFAUSTA	0	1	2	3
NON ESSERE IN GRADO DI COMPRENDERE LE RICHIESTE DI UN PAZIENTE	0	1	2	3
LA MORTE DEL PAZIENTE	0	1	2	3
PROBLEMI A RAPPORTARSI CON UNO O PIU' MEDICI	0	1	2	3
TIMORE DI COMMITTERE ERRORI NEL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE	0	1	2	3
NON AVERE LA POSSIBILITA' DI CONFRONTARSI CON ALTRI COLLEGHI	0	1	2	3
MORTE DI UN PAZIENTE CON PARENTELA O ANOI CARO.	0	1	2	3
ASSENZA DEL MEDICO DURANTE LA MORTE DEL PAZIENTE	0	1	2	3
DISACCORDO SUL PIANO DI CURA DEL PAZIENTE E LE PROCEDURE	0	1	2	3
SENTIRE DI NON ESSERE PREPARATO AD ASSISTERE EMOTIVAMENTE I FAMIGLIARI DELLA PERSONA RICOVERATA	0	1	2	3
VENIRE A CONOSCENZA DI PROBLEMATICHE PERSONALI DELLA PERSONA	0	1	2	3
NON RICEVERE INFORMAZIONI NECESSARIE/SUFFICIENTI SULL'ASSISTITO DALLO STAFF MEDICO	0	1	2	3
NON ESSERE IN GRADO DI RISPONDERE ALLE DOMANDE DEI PZ	0	1	2	3

FATTORI DI STRESS	MAI	OCCASIONALMENTE	FREQUENTEMENTE	ESTREMAMENTE
PRENDERE DECISIONI QUANDO IL MEDICO NON E' PRESENTE	0	1	2	3
NON POTER ASSISTERE IL PAZIENTE CORRETTAMENTE PERCHE' CONSAPEVOLI DELLA MANCANZA DI PERSONALE E RISORSE	0	1	2	3
SENTIRSI EMOTIVAMENTE IMPREPARATI	0	1	2	3
CRITICA DEL COORDINATORE E/O SUPERIORE	0	1	2	3
CAMBIAMENTO IMPROVVISI E REPENTINO DELL'EQUIPE DI LAVORO	0	1	2	3
CRITICA DA PARTE DI UN MEDICO	0	1	2	3
INAPPROPRIATEZZA DI UNA PRESCRIZIONE MEDICA	0	1	2	3
PRESENZA DI MOLTEPLICI PRATICHE BUROCRATICHE	0	1	2	3
DIFFICOLTA' A LAVORARE CON I COLLEGHI IN EQUIPE	0	1	2	3
NON AVERE ABBASTANZA TEMPO PER ESAURIRE LE ATTIVITA' PREPOSTE	0	1	2	3
ASSENZA DEL PERSONALE MEDICO DURANTE EMERGENZA	0	1	2	3
NON ESSERE IN GRADO DI RAPPORTARMI CON I PARENTI DURANTE LA COMUNICAZIONE DI EXITUS	0	1	2	3
IL TRATTAMENTO DEI COLLEGHI NEI MIEI CONFRONTI	0	1	2	3
PROBLEMI CON IL COORDINATORE	0	1	2	3
IMPOTENZA DI FORTUNA AL DECLINO DI UN PAZIENTE CHE NON MIGLIORA NONOSTANTE LE NOSTRE CURE.	0	1	2	3
VEDERE UN PAZIENTE CHE SOFFRE	0	1	2	3
TROVARSI DI FRONTE A MACCHINARI DI NUOVA GENERAZIONE DEI QUALI NON CONOSCIAMO IL FUNZIONAMENTO	0	1	2	3
PERSONALE NON IN NUMERO ADEGUATO PER COPRIRE I TURNI	0	1	2	3

CAPITOLO 3

LO STRESS EMOTIVO DEL PERSONALE IN INTENSIVE CARE UNIT

3.1 *L'Intensive Care Unit*

La terapia intensiva è il reparto ospedaliero dove vengono garantite al paziente critico cure intensive che sono rese necessarie dal particolare stato di salute del paziente, quali ad esempio il supporto delle funzioni vitali (respiratore meccanico, farmaci inotropi, ecc.), dopo recente intervento chirurgico maggiore, necessità di monitoraggio continuo e intervento immediato.²³

3.2 *Struttura dell'Intensive Care Unit*

La struttura fisica delle terapie intensive, varia a seconda delle realtà lavorative, ma si uniforma (anche se con differenti presidi) l'una all'altra.

La terapia intensiva dispone normalmente per ogni unità letto di un respiratore automatico, monitor multiparametrico, un defibrillatore manuale, pompe infusionali, impianto d'aspirazione; nel reparto è garantita assistenza infermieristica specializzata in numero non inferiore ad una unità ogni due letti e di un medico, normalmente anestesista-rianimatore.

È classicamente costituita da un unico spazio di degenza in modo da poter garantire in qualsiasi momento, da parte di tutto il personale presente, il controllo agevole di ciò che avviene nel reparto e la garanzia di immediati interventi in caso di necessità. Esistono terapie intensive specializzate in cardiocirurgia, cardiologia, neurochirurgia, traumatologia, trapianti. In tutte le culture mediche europee e nordamericane il termine terapia intensiva equivale a quello di rianimazione. In Italia esiste ancora un diffuso equivoco terminologico che considera il paziente di terapia intensiva "meno" critico di quello del reparto di rianimazione.

²³ INTENSIVE CARE UNIT: England journal of medicine 2010

Il Dpr del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 Gazzetta Ufficiale 20 febbraio 1997, Serie generale, n. 42 definisce i requisiti per l'accreditamento , in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private

Il Presidente della Repubblica

Decreta il seguente atto di indirizzo e coordinamento.

Articolo 1 Approvazione requisiti

1.Ferma restando la competenza delle Regioni e delle Province autonome nel disciplinare la materia delle autorizzazioni sanitarie, sono approvati i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, riportati nell'allegato, che fa parte integrante del presente decreto.

Articolo 2 Definizione dei requisiti

1.Le strutture di cui al successivo articolo 4 sono tenute a rispettare e ad adeguarsi ai requisiti minimi generali e specifici, di cui all'articolo 1. Restano ferme le prescrizioni contenute nella normativa nazionale regionale e nei regolamenti edilizi comunali.

2.Le Regioni disciplinano le modalità per l'accertamento e la verifica del rispetto dei requisiti minimi.

3La verifica della permanenza dei requisiti minimi deve essere effettuata con periodicità almeno quinquennale e ogni qualvolta le Regioni ne ravvisano la necessità ai fini del buon andamento delle attività sanitarie.

4.Le Regioni determinano, ai sensi del combinato disposto dei commi 4 e 7 dell'articolo 8, del Dlgs 30 dicembre 1992, n. 502, e successivi ve modificazioni ed integrazioni, gli standards di qualità che costituiscono requisiti ulteriori per l'accreditamento di strutture pubbliche e private in possesso dei requisiti minimi per l'autorizzazione di cui all'articolo 1.

5.Nella determinazione dei requisiti ulteriori, le Regioni si attengono ai seguenti criteri generali, volti ad assicurare:

- a. che l'accreditamento della singola struttura sia funzionale alle scelte di programmazione regionale, nell'ambito delle linee di programmazione nazionale;
- b. che il regime di concorrenzialità tra strutture pubbliche e private sia finalizzato alla qualità delle prestazioni sanitarie e si svolga secondo il criterio dell'eguaglianza di diritti e doveri delle diverse strutture, quale presupposto per la libera scelta da parte dell'assistito;

- c. che sia rispettato il livello quantitativo e qualitativo di dotazioni strumentali, tecnologiche e amministrative correlate alla tipologia delle prestazioni erogabili, nonché alla classe di appartenenza della struttura;
- d. che le strutture richiedenti presentino risultanza positiva rispetto al controllo di qualità anche con riferimento agli indicatori di efficienza e di qualità dei servizi e delle prestazioni previsti dagli articoli 10, comma 3, e 14, comma 1, del Dlgs 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni.

6. Le Regioni disciplinano le modalità per la richiesta di accreditamento da parte delle strutture autorizzate, la concessione e l'eventuale revoca dello stesso, nonché la verifica triennale circa la permanenza dei requisiti ulteriori richiesti per l'accREDITamento medesimo.

7. La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le Aziende e gli Enti del Servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli appositi rapporti di cui all'articolo 8, commi 5 e 7 del Dlgs 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, nell'ambito del livello di spesa annualmente definito.

8. I requisiti ulteriori, di cui ai commi 4 e 5, oltre che presupposto per l'accREDITamento, costituiscono altresì il fondamento dei piani annuali preventivi, così come previsti e definiti dalla normativa vigente.

Articolo 3 Modalità di applicazione

1. Le Regioni entro un anno dalla pubblicazione del presente decreto, nell'ambito della propria autonomia, danno attuazione alle presenti disposizioni.

2. I requisiti minimi di cui al presente decreto trovano immediata applicazione nel caso di realizzazione di nuove strutture e di ampliamento o trasformazione di strutture già esistenti. Per ampliamento si intende un aumento del numero dei posti o l'attivazione di funzioni sanitarie aggiuntive rispetto a quelle precedentemente svolte; per trasformazione si intende la modifica delle funzioni sanitarie già autorizzate o il cambio d'uso, con o senza lavori, degli edifici o di parti di essi destinati a ospitare nuove funzioni sanitarie.

3. Con lo stesso provvedimento le Regioni dettano disposizioni circa i tempi e le modalità per l'adeguamento delle strutture sanitarie pubbliche e private già autorizzate e in esercizio ai requisiti minimi stabiliti dal presente decreto, da prevedersi nell'arco massimo di cinque anni.

4. Le Regioni disciplinano l'accesso all'accREDITamento delle strutture

pubbliche e private in possesso dei requisiti ulteriori di cui ai commi 4 e 5 dell'articolo 2, ancorché in precedenza non convenzionate.

Articolo 4 Classificazione delle strutture

1. Le Regioni classificano le strutture in relazione alla tipologia delle prestazioni

contemplate dai livelli di assistenza in:

a. strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti;

b. strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio;

c. strutture che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo e/o diurno.

2. Le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno possono essere distinte:

a. in relazione alla destinazione funzionale: secondo le attività per l'acuzie e la post-acuzie;

b. in relazione alla tipologia dell'Istituto: Aziende ospedaliere di rilievo nazionale e di alta specializzazione, Aziende ospedaliere regionali, presidi ospedalieri della Usl, policlinici universitari, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ospedali militari.

3. Le strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale possono essere distinte a seconda dell'entità e delle tipologie delle prestazioni erogabili e delle dotazioni strumentale, tecnologica ed organizzativa possedute.

4. Le strutture che erogano prestazioni in regime residenziale, in riferimento all'attività a ciclo continuativo e/o diurno, possono essere distinte in tipologie connesse ai livelli di assistenza previsti dal Piano sanitario nazionale.

Articolo 5 Norma di garanzia per le Province autonome

1. Le Province autonome di Trento e di Bolzano provvedono alle finalità del presente atto di indirizzo e coordinamento nell'ambito delle proprie competenze, secondo quanto previsto dai rispettivi ordinamenti.

PREMESSA

Ai fini dell'applicazione dei requisiti minimi e tenuto conto che con il termine di requisito organizzativo si intende l'azione organizzativa, si definisce:

Azienda: il soggetto giuridico, pubblico e privato che offre attività o prestazioni sanitarie.

Presidio: Struttura fisica (ospedale, poliambulatori o, ambulatorio ecc.) dove si effettuano le prestazioni e/o le attività sanitarie.

Struttura organizzativa:

Dimensione organizzativa complessiva della funzione svolta.

Valutazione e miglioramento della qualità:

Tali attività hanno lo scopo di garantire all'utente che le prestazioni od i servizi ricevuti siano di buona qualità. Per iniziative di valutazione e miglioramento della qualità si intendono progetti che prevedono:

1. l'identificazione di un problema (intesa come occasione di miglioramento);
2. la determinazione delle cause possibili; 3. la definizione dei criteri, degli indicatori e dei livelli soglia di buona qualità;
4. la progettazione e l'effettuazione di uno o più studi per precisare la differenza tra i valori attesi e quelli osservati nonché per identificare le cause di tale discrepanza;
5. la progettazione e l'effettuazione dell'intervento migliorativo;
6. la valutazione di impatto a breve e medio termine dell'intervento migliorativo nei confronti del problema affrontato;
7. la diffusione dei risultati a tutti gli interessati.

Tali iniziative possono riguardare processi/e siti di prestazioni dirette agli utenti o processi/esiti delle attività di supporto (gestionali, organizzativi, amministrative, ecc.).

Linee guida: Insieme di indicatori procedurali suggerite, finalizzate ad assistere gli operatori in specifiche circostanze.

Regolamenti interni: Definiscono le modalità di comportamento o successione di azioni definite da documenti formali o dalla normativa, che devono essere sistematicamente ottemperate.

Procedure: Insieme di azioni professionali finalizzate ad un obiettivo.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI GENERALI

Il presente documento indica i requisiti minimi relativi ai seguenti aspetti organizzativi:

1. politica, obiettivi ed attività;
2. struttura organizzativa.
3. gestione delle risorse umane;
4. gestione delle risorse tecnologiche;
5. gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni;
6. sistema informativo.

1. Politica, obiettivi ed attività La Direzione aziendale provvede alla definizione delle politiche complessive dell'Azienda ed esplicita gli obiettivi da raggiungere, sia per la tipologia ed i volumi

che per la qualità delle prestazioni e dei servizi che intende erogare. La Direzione deve esplicitare ai presidi, alle unità operative ed alle altre articolazioni organizzative, il ruolo, gli obiettivi e le funzioni agli stessi. È adottato un documento in cui sono esplicitati:

- la missione, e cioè la ragion d'essere dell'organizzazione ed i valori cui si ispira;
- le politiche complessive, e cioè l'utilizzo dato dalla Direzione generale, che consiste nel definire i campi prioritari di azione e quali metodi adottare per raggiungere gli obiettivi;
- gli obiettivi:
 - a. devono essere articolati nel tempo; b. devono risultare congruenti con gli obiettivi dei livelli organizzativi sovraordinati;
- l'organizzazione interna con particolare riferimento a:
 - a. l'organigramma con il quale vengono individuati i responsabili delle articolazioni operative e delle funzioni di supporto tecnico-amministrativo e definite le loro funzioni;
 - b. i livelli di responsabilità;
 - c. le modalità di erogazione del servizio;
 - d. le prestazioni e/o le attività erogate.

La Direzione definisce annualmente il piano di lavoro che comprende:

- la tipologia ed il volume di attività previste;
- il piano organizzativo.

La Direzione predispone materiale informativo a disposizione dell'utenza, che specifichi tipologia delle prestazioni erogate, operatori responsabili delle prestazioni, orari, costi.

2. Struttura organizzativa

La Direzione definisce ed esplicita l'organizzazione e le politiche di gestione delle risorse umane ed economiche per:

- le attività ambulatoriali;
- le attività di ricovero a ciclo continuativo e diurno (acuti e post-acuti).

La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici).

3 Gestione delle risorse umane

La Direzione definisce il fabbisogno di personale:

- in termini numerici (equivalenti a tempo pieno) per ciascuna professione o qualifica professionale;

- per posizione funzionale;
- per qualifica;
- in rapporto ai volumi ed alle tipologie delle attività, secondo criteri specificati dalle normative regionali.

È indispensabile che tutti i ruoli e le posizioni funzionali siano ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente. Deve essere predisposto un piano di formazione-aggiornamento del personale, con indicazione del responsabile. Devono essere normalizzate le modalità per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione.

4. Gestione delle risorse tecnologiche Si devono prevedere specifiche procedure di programmazione degli acquisti delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici che devono tenere conto dell'obsolescenza, dell'adeguamento alle norme tecniche, della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria.

La Direzione adotta un inventario delle apparecchiature in dotazione. Deve esistere un piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche. tale piano deve essere documentato per ciascuna apparecchiatura e reso noto ai diversi livelli operativi. La Direzione deve provvedere affinché in ogni presidio sia garantito l'uso sicuro, appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche.

5. Gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni La Direzione è responsabile della creazione delle condizioni organizzative che facilitino e consentano la promozione e il supporto ad attività valutative e di miglioramento dei processi di erogazione dei servizi e delle prestazioni, secondo le indicazioni contenute in questo stesso documento o nella normativa già emanata a livello nazionale o locale.

In tutti i presidi devono essere attivati programmi di valutazione e miglioramento delle attività. I programmi vengono selezionati in rapporto alle priorità individuate. In ogni Azienda deve esistere una struttura organizzativa o un responsabile in relazione alla complessità della stessa) che presiede alle attività di valutazione e miglioramento della qualità.

Annualmente ogni struttura organizzativa effettua al proprio interno o partecipa ad almeno un progetto di valutazione e verifica di qualità favorendo il coinvolgimento di tutto il personale. Tale attività sarà utilizzata anche per lo studio dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento agli episodi di ricovero e all'utilizzo di tecnologie complesse (Rmn, Tac, Angioplastiche, ecc.).

I laboratori di analisi, i servizi di anatomia-istologia-citologia patologica e i centri

trasfusionali devono prevedere attività di controllo di qualità interne ed esterne e partecipare a programmi di miglioramento della qualità.

In tutte le articolazioni organizzativo-funzionali è favorito l'utilizzo delle Linee guida predisposte dalle Società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche. Inoltre devono essere predisposte con gli operatori, Linee guida, regolamenti interni che indichino il processo assistenziale con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità

Ogni struttura organizzativa predispone una raccolta di regolamenti interni, Linee guida, aggiornati per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti (selezionate per rischio, frequenza, costo). Il personale deve essere informato sull'esistenza di tali documenti, che sono facilmente accessibili, e che vanno confermati o aggiornati almeno ogni tre anni.

Devono essere predisposti documenti simili per lo svolgimento delle principali attività di supporto tecnico-amministrativo, in particolare:

- criteri e modalità di accesso dell'utente (programmazione liste di attesa, accoglimento e registrazione);
- modalità di prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento;
- modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori;
- pulizia e sanificazione degli ambienti;
- modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria.

6. Sistema informativo

Il sistema informativo è finalizzato alla raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito, con gli obiettivi di:

- sostanziare e ridefinire le politiche e gli obiettivi del presidio e della Azienda;
- fornire il ritorno informativo alle strutture organizzative, necessario per le valutazioni di loro competenza;
- rispondere al debito informativo nei confronti dei livelli sovra-ordinati.

La Direzione assicura:

- l'individuazione dei bisogni informativi dell'organizzazione;
- la struttura del sistema informativo;
- le modalità di raccolta;

- la diffusione ed utilizzo delle informazioni;
- la valutazione della qualità del dato;
- l'integrazione delle informazioni prodotte nelle attività correnti delle singole unità operative, servizi, uffici, ecc. Deve essere individuato un referente del sistema informativo responsabile delle procedure di raccolta e verifica della qualità (riproducibilità, accuratezza, completezza) e diffusione dei dati, ferme restando le responsabilità previste da norme nazionali.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI

Tutti i presidi devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di:

- protezione antisismica
- protezione antincendio
- protezione acustica
- sicurezza elettrica e continuità elettrica
- sicurezza anti-infortunistica
- igiene dei luoghi di lavoro
- protezione delle radiazioni ionizzanti
- eliminazione delle barriere architettoniche
- smaltimento dei rifiuti
- condizioni microclimatiche
- impianti di distribuzione dei gas
- materiali esplosivi

In merito a tali problematiche si ritiene di fare riferimento alle specifiche norme nazionali, regionali, locali e, per la prevista parte di competenza, alle disposizioni internazionali.

Omissis

Requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi specifici per le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti:

- Pronto soccorso ospedaliero
- Area di degenza
- Reparto operatorio
- Punto nascita – blocco parto
- **Rianimazione e terapia intensiva**
- Medicina nucleare

- Attività di radioterapia
- Day hospital
- Day surgery
- Gestione farmaci e materiale sanitario
- Servizio di sterilizzazione
- Servizio di disinfezione
- Servizio mortuario

3.3 I Professionisti che esercitano in Intensive Care Unit

Il personale che ruota intorno ad una terapia intensiva è molto vasto e numeroso.

E' composto per il maggior numero da infermieri (tra cui il coordinatore), medici, operatori socio sanitari e operatori ausiliari, nonché tecnici di radiologia fisioterapisti e consulenti medici di svariate specialità a seconda delle necessità del paziente.

Il personale infermieristico ed ausiliario è gestito e coordinato da un infermiere dirigente del servizio infermieristico preposto al personale dell'area critica.

Quest'ultimo avrà rapporti costanti con gli infermieri dirigenti delle altre aree ospedaliere e della rete dell' emergenza territoriale.

L'infermiere dirigente coordina in pool di professionisti infermieri, specializzati nell' assistenza al paziente in condizioni critiche, che saranno coloro che assicureranno la consulenza o l'intervento tempestivo e competente, quando si verificheranno situazioni di emergenza/criticita' anche nei reparti non intensivi. Il professionista infermiere in particolare, si occupa dell'assistenza della persona a seguito di una carriera universitaria secondo un preciso codice deontologico profilo professionale e ordinamento didattico.

Di seguito propongo la bozza, dell' ultimo aggiornamento del profilo professionale dell'infermiere, elemento cardine della nostra professione²⁴

Nel contesto del servizio sanitario nazionale e in modo più estensivo nell'assistenza alla persona, si sta assistendo ad una significativa evoluzione delle componenti organizzativo-assistenziali conseguenti all'obiettivo manifestarsi di alcuni fenomeni, legati in particolare, all'aumento dell'età media, della popolazione con fragilità e malattie cronico-degenerative, a cui si associa la costante e profonda evoluzione scientifica e tecnologica.

²⁴ Congresso bologna 21-24/03/2012 ipasvi

Ciò, rende necessario ridefinire gli ambiti di cura e di assistenza, perseguendo processi basati sulla continuità, data dai percorsi assistenziali tendendo, da un lato, a standardizzare e sistematizzare le principali prestazioni e, dall'altro, ponendo le basi per la personalizzazione dell'assistenza.

Il generarsi con forza di nuove esigenze nell'istituire servizi, rivisitare luoghi di cura, sia ospedalieri che territoriali, rende peculiare la modificazione del ruolo professionale, dato dalle competenze, abilità e capacità dell'infermiere. La ridefinizione degli ambiti di attività con modalità multi professionali, e il conseguente ampliamento delle competenze/responsabilità acquisite nel percorso formativo - laurea triennale, laurea magistrale, master di primo e secondo livello percorsi formativi modulari strutturati dalle Regioni in base a specifiche esigenze - costituisce l'ambito di azione e lo spazio istituzionale in cui proporre le necessarie modifiche.

Le sfide che dovranno essere affrontate nell'immediato futuro dal Sistema Sanitario (sostenibilità, equità, appropriatezza, efficacia, efficienza, consenso) inducono ad affrontare alcuni nodi problematici al fine di contemperare il raggiungimento degli obiettivi di sistema indicati nel PSN e dai rispettivi Piani Sanitari Regionali. Investire nella professione infermieristica ponendo le basi per una nuova autonomia e responsabilità professionale, consente di favorire un sistema professionale capace di sostenere e soddisfare le esigenze dei servizi e della popolazione.

Uno dei più significativi determinanti del buon andamento/qualità dei servizi sanitari e socio sanitari è costituito dall'insieme degli operatori che, costituendo l'interfaccia principale tra il sistema e i cittadini, assumono un ruolo centrale nella realizzazione di risposte di qualità, efficienza/appropriatezza dei processi e dei percorsi di cura e di assistenza, efficacia della relazione umana e professionale e di un proattivo risk management.

Il quadro normativo delle professioni infermieristiche

L'evoluzione delle professioni infermieristiche (d'ora in poi: la professione) vede il suo inizio con il D.lgs 30 dicembre 1992 n.502 che, nell'adeguare l'impianto del SSN nato dalla legge 833/78, trasferisce la formazione infermieristica dalla sede regionale a quella universitaria e statuisce che la conseguente ridefinizione del profilo professionale dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico dovrà aversi tramite specifico decreto del Ministero della sanità (ora ministero della salute).

Il Ministero della Sanità (ora Ministero della Salute), con Decreto 14/09/1994 n. 739 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere", delinea il profilo professionale dell'infermiere che viene definito responsabile dell'assistenza generale infermieristica - e specifica che l'assistenza infermieristica, preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale, educativa.

Il Ministero della Sanità (ora Ministero della Salute), con Decreto 17/01/1997 n. 70 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere pediatrico", delinea il profilo professionale dell'infermiere pediatrico con funzioni analoghe a quelle dell'Infermiere per quanto attiene il neonato, il bambino, l'adolescente.

L'impianto normativo sopra descritto viene successivamente perfezionato:

- dalla legge 26/02/1999 n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" che sancisce che quella infermieristica è una professione sanitaria a tutto tondo e che "Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992. n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali".

- dalla legge 10 agosto 2000 n. 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica" che all'art.1, comma 1,2 e 3 recita:

- "1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza .

- 2. Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative di indirizzo, di programmazione ed amministrative, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico - ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione nel Servizio Sanitario Nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'Unione europea.

- 3. Il Ministero della Sanità, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, emana linee guida per:

- l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni;

- la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata".

Per effetto del su riportato quadro normativo è dato osservare che:

a) le professioni infermieristiche sono professioni autonome (art. 1 L. n. 42/1999 e art. 1 , comma 1, l. 251/2000), essendo stata abrogata la definizione di "professione sanitaria ausiliaria" ex art. 1, comma 1 ;

b) l'oggetto della professione è costituito dalle "attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva" (art. 1 , comma 1, l. n. 251/2000);

c) le funzioni proprie della professione sono definite "dalle norme istitutive dei relativi profili professionali, dai contenuti degli ordinamenti didattici, nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza " (art. 1, comma 1 , l. 251/2000);

d) ulteriori funzioni possono essere stabilite dallo Stato e dalle Regioni "nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative".

Appare evidente che i criteri per la determinazione delle competenze proprie della professione, vengono sostanzialmente individuati:

a) nel criterio guida - introdotto dall' art. 1 , comma 1 , l. n. 251/2000 - che preordina la professione allo svolgimento delle "attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva ";

b) nei criteri limiti - previsti dall'art. 1 l. n. 42/1999 e dall'art. 1, comma 1, l. 251/2000 - costituiti dai profili professionali, dall'ordinamento universitario e formativo post-base e dai codici deontologici.

E', altresì, evidente che i criteri limiti di cui alla sopra riportata lett. b) configurano una dinamicità

in progresso di attribuzione di competenze/responsabilità e funzioni secondo quanto già previsto o potrà essere stabilito da disposizioni normative ed amministrative, preordinate a definire i profili professionali, gli ordinamenti universitari e formativi, le regole deontologiche.

Il tutto è esaltato e rafforzato dalla portata della previsione dell' art. 1, comma 2, l. n. 251/2000 che attribuisce espressamente allo Stato e alle Regioni il compito di promuovere, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, "la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico - ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione nel Servizio Sanitario Nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'Unione europea".

Quanto sopra indica che la valorizzazione e responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo della professione ad opera dell'attività legislativa ed amministrativa dello Stato e delle Regioni, deve essere realizzata alla luce e nel rispetto:

- a) della competenza propria della professione, che si identifica con le "attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva " (art. 1, comma 1, l. n. 251/2000);
- b) dell'evoluzione dei percorsi formativi definiti dalle istituzioni universitarie e formative per le professioni sanitarie.

La statuizione dell'art. 1 della Legge 42, "Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie ... è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario... nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali", ha provocato, anche recentemente, un significativo dibattito tra la professione infermieristica e quella medica soprattutto per quanto concerne la ridefinizione dei campi di attività e delle competenze/responsabilità nei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), la continuità dell'assistenza e la presa in carico territoriale di numerose tipologie di pazienti, l'innovazione dell' organizzazione del lavoro.

In considerazione della complessità quotidiana del funzionamento degli ospedali, dei servizi sanitari e socio sanitari territoriali e della necessaria innovazione dei processi dell'organizzazione e dei percorsi-clinicoassistenziali-riabilitativi si pone, con evidenza, la necessità del lavoro interdisciplinare e multiprofessionale all'interno delle attività clinico assistenziali dirette alla tutela della salute degli individui e della

collettività. Tale scenario richiede l'acquisizione di saperi elevati per ciascuna professione dell'equipe e competenze agite in una logica di integrazione, collaborazione e cooperazione tra professionisti e non solo dell'area sanitaria.

Metodo di lavoro: partecipazione, comprensione e condivisione

La modalità di esercizio professionale chiede di innovare i rapporti tra le diverse professionalità sanitarie e socio-sanitarie e l'organizzazione dei processi produttivi. Allo scopo diviene rilevante la capacità di relazionarsi nell'intento di fornire appropriate prestazioni e luoghi di lavoro dove il clima favorisce comprensione, partecipazione e condivisione della reciproca evoluzione professionale.

Nell'ottica di cui sopra, diviene fondamentale che la politica orienti azioni programmatiche e piani di studio che valorizzino i concetti precedentemente illustrati; nel contempo diviene fondamentale anche che i Ministeri in condivisione con le Regioni producano, nell'ambito delle rispettive competenze istituzionali, gli atti di aggiornamento/adeguamento normativo e gli strumenti di pianificazione, attuazione e valutazione dell'impatto di tali innovazioni sulla salute dei cittadini e sulla sostenibilità economica.

Gli strumenti operativi

Per attuare quanto disposto dal presente documento risulta necessaria l'innovazione e la ridefinizione delle competenze del profilo professionale dell'infermiere veicolata da strumenti operativi quali, ad esempio:

- accordo Stato-Regioni che fornisce indirizzi per la gestione del sistema;
- provvedimenti di Giunta Regionale per l'implementazione di modelli organizzativi basati sull'intensità di cura e la complessità assistenziale sia a livello ospedaliero che dei servizi territoriali;
- provvedimenti di Giunta Regionale per l'individuazione e attivazione di percorsi formativi professionalizzanti nell'ambito dei Sistemi Sanitari Regionali;
- accordi fra Regione e Università per l'attivazione di percorsi formativi post-laurea triennale;
- indirizzi interministeriali per la ridefinizione dei piani di studio curriculari della laurea triennale e magistrale;
- linee guida allegate al Piano Sanitario Nazionale o ai Piani Sanitari Regionali;
- linee progettuali/sperimentali nazionali o regionali per determinati campi di attività, o per percorsi

diagnostico terapeutico assistenziali o processi clinico assistenziali.

La ridefinizione, l'implementazione e l'approfondimento delle competenze e responsabilità professionali degli infermieri riguarda, in prima fase, le competenze che possono essere esercitate, dando atto agli strumenti sopra presentati, nelle seguenti aree professionali:

- AREA CURE PRIMARIE (cronicità, sanità pubblica, comunità e fragilità);
- AREA CRITICA E DELL'EMERGENZA URGENZA;
- AREA CHIRURGICA;
- AREA PEDIATRICA;
- AREA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE;

La declinazione delle competenze di ciascuna area è specificata nell'allegato tecnico che è parte integrante del presente documento.

Quanto rappresentato fonda il proprio razionale attraverso una visione integrata delle seguenti componenti:

- formativa regionale: dove attivare una formazione modulare che risponda alla professionalizzazione degli infermieri in conformità agli obiettivi posti in programmazione;
- formativa curricolare universitaria: dove ridefinire i piani di studio della laurea triennale e magistrale nonché dei master condivisi in accordi tra ministeri e regioni al fine di rispondere alle necessità di sviluppo della professione infermieristica percorrendo in tal modo positive esperienze già mature in ambito internazionale.

Nella definizione dei nuovi percorsi formativi è essenziale una forte integrazione fra l'Università e il SSR affinché la formazione universitaria faccia proprie le necessità che nascono sia dall'evoluzione dei sistemi sanitari sia dalla necessità di sviluppare competenze professionalizzanti.

Ciò nell'ottica di porre in essere un sistema di flessibile dinamicità, escludendo ingessature organizzative, nelle progressioni di carriera e favorendo meccanismi di valorizzazione professionale capaci di riconoscere il valore e il contributo posto da parte del singolo professionista nel processo assistenziale/organizzativo per il tempo di effettivo e positivo esercizio della competenza;

Bozza di Accordo, ai sensi dell'art. 4 del D. Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo e le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, recante ridefinizione implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e

dell'infermiere pediatrico

Nell'odierna seduta visti gli articoli 2, comma 2, lett. B) e 4. comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, che affidano a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502. recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";

vista la legge 26 febbraio 1999 n.42, recante Disposizioni in materia di professioni sanitarie";vista la legge 10 agosto 2000 n. 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica";tenuto conto che il PSN 2012-2014, la cui proposta è stata approvata dalla Conferenza Stato-Regioni, al punto 1.6 prevede lo sviluppo di nuove competenze e responsabilità da parte delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, consolidando quanto già in atto nel nostro Paese ed uniformandosi così agli altri sistemi europei;considerato che il Ministero della Salute ha concordato sulla necessità di ampliare le competenze dei professionisti della sanità e tenuto conto dell'accorpamento delle figure dell'infermiere e dell' infermiere pediatrico; la costante e profonda evoluzione nei settori scientifico, epidemiologico, demografico, formativo/professionale nonché lo sviluppo dell'informatizzazione e delle tecnologie con conseguente rimodulazione dei processi assistenziali e organizzativi in ambito sanitario e socio sanitario;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo e le Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, nei seguenti termini:

Art. 1

(Oggetto)

1. Il presente Accordo definisce lo sviluppo delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere, al fine di favorirne l'approfondimento nonché l'attribuzione di ulteriori funzioni avanzate, in connessione con gli obiettivi di prevenzione, cura, assistenza e riabilitazione, previsti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale, anche a seguito di ulteriore formazione complementare e specialistica.

Art. 2

(Aree di intervento)

1. Sono individuate cinque grandi aree di intervento:

Area cure primarie (cronicità, sanità pubblica, comunità e fragilità);

Area critica e dell' emergenza urgenza;

Area chirurgica;

Area pediatria;

Area salute mentale e dipendenze;

2. L'allegato tecnico, parte integrante e sostanziale del presente accordo, individua le competenze descritte all'interno di ciascuna area.

Art. 3

(Formazione)

1. Nell'ambito di quanto stabilito all'art.1 é prevista una formazione complementare modulare, post laurea, sulla base di programmi definiti tra Ministero della Salute, Regioni e Province Autonome, da svolgersi nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale.

Con successivo provvedimento del Ministero dell'Università e della Ricerca scientifica d'intesa di concerto con il Ministero della Salute, d'intesa con le Regioni e Province Autonome, saranno rivisitati i piani di studio della Laurea in infermieristica, della Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e dei Master universitari di I e II livello.

Art. 4

(Invarianza)

Dal presente accordo non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

INFERMIERE AREA CRITICA E EMERGENZA URGENZA

1 COMPETENZE TECNICO PROFESSIONALI

1.1 PROCESSI ASSISTENZIALI IN EMERGENZA URGENZA

1.1.1 Gestire l'intervento di emergenza

1.1.1.1 Individuare i processi organizzativi del contesto

1.1.1.2 Gestire la documentazione del processo di assistenza

1.1.1.3 Individuare i livelli di responsabilità professionale in relazione all'organizzazione di appartenenza e alla pianificazione delle attività

1.1.1.4 Garantire la continuità assistenziale con l'ospedale attraverso una comunicazione efficace

1.1.1.5 Riconoscere le principali alterazioni metaboliche, respiratorie e cardiache nel paziente acuto

1.1.1.6 Riconoscere le principali alterazioni ematochimiche nella diagnostica di laboratorio in

emergenza

1.1.1.7 Gestire, con funzioni di Team Leader, l'assistenza nelle situazioni di emergenza-urgenza territoriale

1.1.1.8 Gestire efficacemente ed in sicurezza i casi non critici

1.1.1.9 Applicare linee guida, procedure e protocolli nel setting dell'emergenza

1.1.1.10 Utilizzare score di gravità clinica e indicatori di outcome

1.1.1.11 Sviluppare percorsi multi professionale clinico assistenziali in equipe

1.1.1.12 Garantire livelli di sicurezza adeguati ai livelli di criticità clinico-assistenziale delle persone assistite nel trasporto intra e interospedaliero dei pazienti

1.1.1.13 Gestire la terapia su protocolli concordati

1.1.1.14 Eseguire la sutura di ferite sulla base di protocolli condivisi

1.1.2 Garantire l'intervento nel contesto Extraospedaliero

1.1.2.1 Valutare la richiesta di soccorso

1.1.2.2 Gestire le tecnologie e i sistemi informativi nelle centrali operative

1.1.2.3 Garantire la selezione della strategia di intervento più efficace

1.1.2.4 Identificare i problemi prioritari sottesi alla richiesta urgente

1.1.2.5 Assicurare il corretto utilizzo della tecnologia per la gestione della chiamata

1.1.2.6 Assicurare la corretta trasmissione dell'allarme agli equipaggi sul territorio

1.1.2.7 Assicurare appropriate informazioni e istruzioni al chiamante

1.1.3 Garantire la presa in carico del paziente attraverso il Triage Ospedaliero

1.1.3.1 Applicare gli algoritmi decisionali di triage

1.1.3.2 Utilizzare modalità comunicative efficaci specifiche per il contesto di attività

1.1.3.3 Valutare la persona assistita con assegnazione di codice colore di priorità e individuazione di percorsi assistenziali

1.1.3.4 Rivalutare le persone assistite con frequenza temporale adeguata ai livelli di priorità e alle condizioni cliniche, gestendo l'attesa dei familiari

1.1.3.5 Garantire la corretta gestione dei casi difficili in attesa con particolare riguardo a quelli in allontanamento spontaneo

1.1.3.6 Individuare le priorità vitali immediate anche di fronte alla contemporaneità di molteplici richieste

1.1.3.7 Applicare i concetti di priorità psico-sociale

1.1.3.8 Adattare i piani e i programmi in base alle nuove priorità

1.1.4 Garantire l'intervento assistenziale nel contesto del DEA

1.1.4.1 Trattare la casistica minore secondo protocolli condivisi

- 1.1.4.2 Gestire il rischio infettivo nella persona assistita in trattamento
- 1.1.4.3 Utilizzare l'ecografia e altri strumenti di diagnostica semplice a sostegno dell'attività assistenziale
- 1.1.4.4 Assicurare l'attuazione di protocolli terapeutici condivisi nell'ambito del dolore acuto e del dolore cronico
- 1.1.4.5 Controllare l'adeguatezza del funzionamento e il corretto utilizzo delle apparecchiature
- 1.1.4.6 Garantire l'assistenza alla persona assistita con disturbi comportamentali
- 1.1.4.7 Gestire le tecnologie per il supporto delle funzioni vitali, nelle interazioni complesse persona assistita-macchina e nella risoluzione di problemi tecnici complessi
- 1.1.4.8 Gestire le tecnologie per la valutazione e il monitoraggio delle funzioni vitali, nei rilievi strumentali complessi e nella risoluzione di problemi tecnici complessi
- 1.1.5 Garantire l'assistenza in età pediatrica in Emergenza- Urgenza
 - 1.1.5.1 Applicare gli algoritmi di triage
 - 1.1.5.2 Attuare le manovre di BLS pediatrico
 - 1.1.5.3 Trattare la casistica minore in età pediatrica secondo protocolli condivisi
 - 1.1.5.4 Garantire la sicurezza del bambino nel trasporto primario e secondario
- 1.1.6 Garantire l'intervento nelle Maxiemergenze
 - 1.1.6.1 Affrontare le situazioni di emergenza e urgenza che pongono più persone in condizioni critiche
 - 1.1.6.2 Applicare i principi di Triage nelle maxiemergenze
 - 1.1.6.3 Assicurare il corretto funzionamento del posto medico avanzato
 - 1.1.6.4 Gestire gli eventi NCR
 - 1.1.6.5 Descrivere il piano di maxiemergenza del proprio territorio
 - 1.1.6.6 Descrivere le misure da adottare per la decontaminazione, la derattizzazione e la disinfestazione
 - 1.1.6.7 Informare la popolazione sui piani di intervento

1.2 TERAPIA INTENSIVA

- 1.2.1 Gestire i percorsi assistenziali in terapia intensiva
 - 1.2.1.1 Pianificare le attività infermieristiche complessive della terapia intensiva in integrazione con altri professionisti
 - 1.2.1.2 Gestire i sistemi informativi sui percorsi assistenziali
 - 1.2.1.3 Gestire le tecnologie per la valutazione e il monitoraggio delle funzioni vitali
 - 1.2.1.4 Gestire problemi complessi clinici, relazionali ed organizzativi nel processo di donazione

degli organi in ottica multi professionale

1.2.1.5 Mantenere livelli sicurezza adeguati alla criticità clinico-assistenziale delle persone assistite nel trasporto intra e interospedaliero

1.2.2 Gestire il trattamento sulla base di valori di monitoraggio e la terapia intensiva in un'ottica multi professionale

1.2.2.1 Gestire lo svezzamento da ventilazione meccanica, in ottica multi disciplinare

1.2.2.2 Collaborare nella gestione dell'emergenza-urgenza in equipe multi professionale nei contesti di terapia intensiva ed intraospedalieri

1.2.2.3 Gestire problemi complessi derivanti dalle tecnologie per la somministrazione delle terapie

1.2.2.4 Collaborare all'attività di sorveglianza e farmaco-vigilanza nelle condizioni croniche identificando gli eventuali segnali di destabilizzazione specifici per ogni patologia

1.2.2.5 Favorire l'applicazione delle raccomandazioni di buone pratiche nella gestione complessiva della persona assistita

1.2.2.6 Gestire i problemi complessi correlati alle lesioni cutanee e wound care in terapia intensiva

1.2.2.7 Collaborare alla gestione del processo di prevenzione, programmazione diagnostica e di intervento per il rischio infettivo nella persona assistita in alta intensità di cura

1.2.3 Gestire l'educazione e la relazione

1.2.3.1 Partecipare alla pianificazione di interventi relazionali multi disciplinari

1.2.3.2 Educare i care givers

1.2.3.3 Gestire la pianificazione di servizi in ottica multidisciplinare con individuazione di criteri ammissione e dimissione ai diversi livelli di intensità di cura

1.2.3.4 Gestire in ottica multidisciplinare i servizi di follow up post intensivo delle persone assistite, anche nel long term dopo la dimissione al domicilio

1 COMPETENZE TECNICO PROFESSIONALI TRASVERSALI

1.1 GESTIONE

1.1.1 Pianificare il lavoro

1.1.1.1 Individuare gli obiettivi di salute in relazione alle risorse disponibili in collaborazione con altri profili

1.1.1.2 Analizzare criticamente gli aspetti etici legati al proprio profilo

1.1.1.3 Condurre il gruppo di lavoro

1.1.1.4 Coordinare l'operato di più professionisti

1.1.1.5 Partecipare al processo di technology assessment

1.1.1.6 Gestire le apparecchiature elettromedicali e videoscopiche in termini di appropriatezza e

sicurezza

1.1.1.7 Promuovere la reingegnerizzazione dei processi

1.1.2 Analizzare il contesto socio-sanitario

1.1.2.1 Individuare i principali modelli sanitari

1.1.2.2 Analizzare i processi di cambiamento istituzionale e organizzativo del SSN PSSIR PAL

1.2 FORMAZIONE

1.2.1 Sviluppare percorsi formativi nel gruppo di lavoro

1.2.1.1 Rilevare il gap formativo del proprio gruppo di lavoro

1.2.1.2 Elaborare un progetto formativo

1.2.1.3 Condurre l'incontro formativo

1.2.1.4 Facilitare l'apprendimento dei discenti tramite sistemi innovativi

1.2.1.5 Valutare l'efficacia della formazione a livello organizzativo in collaborazione con il formatore

1.2.2 Gestire l'ambito di apprendimento

1.2.2.1 Progettare percorsi di tirocinio in collaborazione con il formatore

1.2.2.2 Valutare percorsi di tirocinio in collaborazione con il formatore

1.2.2.3 Effettuare tutorato clinico a studenti del proprio profilo o di operatori di supporto

1.2.2.4 Facilitare l'inserimento del personale di nuova assegnazione

1.2.2.5 Facilitare l'applicazione delle competenze di contesto

1.3 QUALITA' E SICUREZZA

1.3.1 Analizzare i percorsi per la qualità

1.3.1.1 Identificare aree di miglioramento della qualità dell'assistenza

1.3.1.2 Promuovere progetti di miglioramento

1.3.1.3 Elaborare un progetto di miglioramento

1.3.1.4 Utilizzare i sistemi informativi/informatici per la raccolta e analisi dei dati

1.3.1.5 Definire standard e indicatori di efficacia e efficienza in termini di struttura processo ed esito

1.3.1.6 Utilizzare gli indicatori di efficacia ed efficienza dei servizi sanitari

1.3.1.7 Valutare il funzionamento dei servizi coinvolgendo la cittadinanza

1.3.1.8 Implementare le buone pratiche

1.3.2 Gestire il rischio clinico

1.3.2.1 Gestire gli strumenti di analisi reattiva

1.3.2.2 Gestire gli strumenti di analisi proattiva

1.3.2.3 Elaborare la mappa del rischio nei contesti operativi di pertinenza

1.3.2.4 Applicare strumenti e metodologie per la gestione del rischio clinico

1.3.2.5 Gestire audit multidisciplinari

1.3.2.6 Gestire il Mortality & Morbidity Review come strumento di miglioramento per il raggiungimento di standard clinico-assistenziali attesi

1.4 RICERCA APPLICATA

1.4.1 Sviluppare Progetti di Ricerca

1.4.1.1 Leggere i fenomeni e i bisogni di comunità

1.4.1.2 Identificare specifici problemi e aree di ricerca e sviluppo

1.4.1.3 Effettuare la ricerca bibliografica su specifici problemi e aree di interesse

1.4.1.4 Redigere un protocollo di ricerca in collaborazione multi professionale e multidisciplinare

1.4.1.5 Effettuare studi epidemiologici in ambienti di vita e di lavoro in collaborazione con altri professionisti

1.4.1.6 Verificare l'applicazione dei risultati delle ricerche per ottenere un miglioramento della qualità

1.4.1.7 Divulgare i risultati delle ricerche all'equipe

1.4.1.8 Redigere un report di ricerca secondo gli attuali canoni della letteratura scientifica

1.4.1.9 Analizzare criticamente la letteratura scientifica secondaria, evidenziandone gli elementi di validità per l'applicazione dei risultati nella pratica clinica

1.4.1.10 Produrre interventi clinico-assistenziali basati sulle indicazioni contenute in linee guida clinico-assistenziali

1.5 CONSULENZA

1.5.1 Fornire il supporto tecnico in qualità di esperto

1.5.1.1 Offrire consulenza su processi ad elevata complessità nei diversi contesti clinici

1.5.1.2 Redigere un rapporto di consulenza

1.5.1.3 Utilizzare tecniche di coaching

3.4 *Le persone assistite in Intensive Care Unit*

Si differenziano in Critici e Intensivi.

I pazienti Critici, che richiedono un'assistenza e un ricovero in ambito della I.C.U sono pazienti in condizioni di insufficienza acuta di un organo e di un sistema, o di più organi e sistemi correlati con conseguente rischio per la vita.

Essi necessitano di osservazione continua e prestazioni personalizzate.

Tali condizioni possono verificarsi in ambiti differenti e riguardare diverse età.

I pazienti Intensivi sono pazienti ad alto bisogno assistenziale sia dal punto di vista tecnico che nei bisogni di base.

Anche un paziente depresso o plegico può essere considerato intensivo dal punto di vista dell'assistenza infermieristica a causa della richiesta continua di interventi e della presenza dell'operatore per la risposta dei bisogni di base sia fisici che psicologici.

I pazienti degenti nell'area sopra descritta sono da considerarsi sia critici che intensivi.

Sono caratterizzati da un'alta intensità assistenziale e tecnica.

Gli operatori di questo contesto si trovano quotidianamente a dover gestire una situazione di lavoro in cui *urgenza ed emergenza non sono un'eccezione ma la quotidianità*.

Devono pertanto sviluppare competenze specifiche, capacità organizzative, ed essere particolarmente preparati, per riconoscere precocemente segni e sintomi del paziente e darvi risposte immediate e corrette²⁵

3.5 *Fattori che influenzano lo stress emotivo in Intensive Care Unit*

La possibilità che l'operatore sanitario in area critica viva, durante la giornata lavorativa, un "trauma emotivo", è elevata ed il rischio è proporzionale al tipo di coinvolgimento che si ha con la persona che si sta assistendo. Tale trauma è l'effetto collaterale delle professioni d'aiuto che se non gestito può a lungo produrre sequele psicologiche di forte disagio in grado di interferire non solo sulla sfera personale ma anche su quella professionale, incidendo drasticamente sulla qualità del loro operato. La relazione d'aiuto non deve essere più unicamente intesa con una visione "operatore verso paziente" ma bisogna focalizzare l'attenzione sull'importanza del sostegno psicologico nell'operatore sanitario stesso.

²⁵ Il paziente critico: Clinica e assistenza infermieristica in rianimazione (2008)

L'operatore sanitario impegnato nell'assistenza in area critica è esposto al dolore altrui. Il quotidiano e continuo confronto con le dimensioni della malattia, della cronicità, del disagio, dell'handicap comporta fatica e stress e richiede equilibrio personale, capacità professionali, condivisione in équipe. L'incontro con la morte e il lutto, in particolare, sollecita vissuti ed emozioni intense, anche riferite alla morte dei propri cari, già avvenuta o prefigurata, e alla propria morte; richiede inoltre specifiche competenze relazionali e abilità tecnico/professionali. Il concetto di trauma causa/effetto tende ad identificare come traumatici solo gli eventi di tipo fisico, trascurando l'aspetto sicuramente traumatico che possono avere situazioni di stress costanti come ad esempio anni di contrasti o di contatti con sofferenza e morte.

Unendo l'aspetto fisico con quello psichico possiamo definire genericamente il trauma come: "un'esperienza di particolare gravità che compromette il senso di stabilità e continuità fisica o psichica di una persona". In ogni tipo di relazione entrano in gioco, in base ai vissuti, gli stati emotivi ed affettivi dei singoli individui che si relazionano tra loro; in alcuni casi questi stati d'animo possono trasformarsi in "traumi emotivi". Nella relazione d'aiuto le implicazioni emozionali, difficilmente controllabili e non sempre positive, possono compromettere l'equilibrio psichico dell'aiutante generando in esso una sintomatologia psicosomatica con disturbi comportamentali quali depressione, stanchezza, irritabilità, insonnia, ansia, affaticamento eccessivo, isolamento, variabilità dell'umore, ecc. che possono durare nel tempo e sfociare in un vero e proprio stato di malattia, in una reazione emozionale creata dal contatto continuo con altri esseri umani, in particolare quando essi hanno problemi o motivi di sofferenza. L'operatore nel suo contesto lavorativo è continuamente sottoposto a questo tipo di sollecitazioni che talvolta vanno a determinare l'insorgenza di stati emotivi, semplici o complessi, responsabili della diminuzione o addirittura della perdita di un equilibrio interiore indispensabile nella performance lavorativa. Nell'ambito professionale sanitario si usa intendere come relazione d'aiuto un rapporto a senso unico, operatore/paziente, contando sul fatto che il bisogno da soddisfare sia solo in chi sta nella condizione di svantaggio, in questo caso di malattia, trascurando quelle che sono le implicazioni emozionali di chi assiste e tutte le sue sequele psicologiche. In altre parole è questo un tipo di approccio, unidirezionale/professionale/razionale in cui il professionista, investito del proprio ruolo, tende a "dissociarsi" dai propri vissuti, esigenze, emozioni e paure senza accorgersi che queste, inevitabilmente ed inconsciamente, vanno ad intrecciarsi con la malattia stessa del proprio assistito. Il "distacco emotivo" può avere carattere volontario o involontario per sottrarsi nell'immediatezza della situazione o successivamente a situazioni stressanti e da questo si possono sviluppare, come meccanismo di difesa, atteggiamenti negativi quali l'indifferenza, il distacco, il cinismo, l'ostilità nei confronti delle persone con cui si lavora o che si assiste. Si ha l'illusione di costruirsi una sorta

di “immunità” dalle malattie e dalla morte. La possibilità che l’operatore in area critica viva, durante la giornata lavorativa, questo genere di “trauma emotivo”, è elevata ed il rischio è proporzionale al tipo di coinvolgimento che si ha con la persona che si sta assistendo. Tale trauma è l’effetto collaterale delle professioni d’aiuto che se non gestito può a lungo produrre sequele psicologiche di forte disagio in grado di interferire non solo sulla sfera personale ma anche su quella professionale, incidendo drasticamente sulla qualità del loro operato. La relazione d’aiuto non deve essere più unicamente intesa con una visione “operatore verso paziente” ma bisogna focalizzare l’attenzione sull’importanza del sostegno psicologico nell’operatore sanitario stesso. L’utilizzo strutturato di tecniche di sostegno psicologico avrebbe la finalità di rielaborare, in ambito professionale, i vissuti emozionali dell’evento in modo da ridurre gli stress ed impedire che l’accumulo di questi, associati ad altri fattori usuranti, diano luogo ad un disagio personale che, trasferito in ambito lavorativo, ridurrebbe le capacità professionali, diminuirebbe il livello di coinvolgimento ed aumenterebbe le difficoltà a relazionarsi con l’utente e con gli altri operatori della stessa équipe. E’ evidente che il continuo accumularsi di questi eventi stressogeni, senza la possibilità che vengano rielaborati successivamente, si trasformino in “angosce” interiori difficilmente controllabili e che inducano l’operatore a ricorrere a svariate forme di difesa quali appunto “il distacco” fino ad arrivare, nei casi più gravi, all’assenteismo o alla necessità di cambiare ambiente lavorativo. Un operatore “stressato” non è nelle condizioni migliori per fornire, in una relazione d’aiuto, il giusto ed equilibrato apporto “umano” all’assistenza e potrebbe risultare fortemente pericoloso per se stesso, per gli altri operatori e per gli utenti. Allo stesso modo l’eccessivo coinvolgimento o il distacco impediscono di vivere serenamente la propria professione, limitandola alla sola risposta tecnica dei bisogni fisici dell’ammalato, senza considerare la persona con cui ci si relaziona e le sue richieste inesprese (di sicurezza, di fiducia, ecc.). Nonostante la consapevolezza dell’esistenza del problema, i programmi di sostegno procedono a rilento poiché culturalmente si è soliti pensare che chi esprime le proprie emozioni sia un elemento debole, non capace di controllarsi e quindi inaffidabile. Il sostegno psicologico è considerato in antitesi con la figura stessa dell’Infermiere e non si è abituati ad investire sulla crescita personale per incidere qualitativamente su quella professionale. Nell’ambito sanitario ogni realtà produttiva ha caratteristiche proprie di unicità ma tra queste esiste un elemento che li accomuna: il coinvolgimento emozionale ripetuto nel tempo, una lunga serie di microtraumi che nella maggior parte dei casi, se isolati, non producono effetti significativamente negativi sulla persona ma che divengono angoscienti e dolorosi se non gestiti. Il contatto costante con la sofferenza può interiorizzarsi come un trauma e creare un senso d’impotenza e di disagio che può minare il proprio equilibrio professionale e personale. Il contatto con questi eventi comporta un forte dispendio di

energie mentali con conseguente logoramento psichico dell'operatore stesso ad alto rischio di Stress poiché l'impegno fisico e psichico di ogni intervento non è né quantificabile né prevedibile e spesso richiede forti responsabilità con decisioni e valutazioni immediate. Gli studi scientifici confermano che l'esposizione ad esperienze potenzialmente stressanti o traumatiche possono dare origine, nel corso della vita, a molti tipi di problemi e disturbi psicologici ma c'è da sottolineare che solo una percentuale relativa di queste persone, coinvolte in casi particolarmente gravi, va incontro a conseguenze psicologiche durature e croniche. Con ciò si vuol ribadire che non tutto il personale dell'emergenza vive patologicamente la propria attività professionale e che debba essere per forza "sostenuto". Infatti ognuno reagisce in base al proprio vissuto ed all'indole caratteriale ma è importante non sottovalutare il problema che innegabilmente esiste. E' importante quindi non sottovalutare gli eventi ed un intervento di sostegno rapido ed efficace unito ad una attività di prevenzione attraverso percorsi formativi di sostegno psicologico potrebbe evitare in chi è in contatto quotidiano con morte, disabilità e sofferenza l'instaurarsi di forti disturbi psichici e del Burnout.

Oggi viene riconosciuta l'importanza dei fattori psicologici lavorativi e dell'impatto che possono avere sul benessere dell'individuo, prendendo atto di una letteratura scientifica ampiamente consolidata. Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 riconosce come accanto alle patologie da rischi noti stiano acquisendo rilievo le patologie da rischi emergenti come le "Patologie da fattori psico/sociali associate a stress" meglio identificate come "Malattie psichiche e psicosomatiche da disfunzioni dell'organizzazione del lavoro". Queste patologie causate da costrittività organizzativa sono riconosciute come malattie professionali e prevedono la obbligatorietà della denuncia all'INAIL (Gazzetta Ufficiale n.70 del 22/3/2008, Suppl. 68). Al professionista di oggi la società richiede flessibilità, competenza e maggiore professionalità quali esiti di una formazione alla professione più globale, che comprende aspetti tecnici, psicologici, manageriali. Tale importanza scaturisce dall'interesse attuale per fenomeni come burnout, direttamente correlati a condizioni di stress lavorativo con conseguenze negative che possono essere causa di "errore professionale", "difficoltà nel rapporto con il paziente con minore empatia e sensibilità", "tensione e depressione dell'operatore". Queste conseguenze si riflettono inevitabilmente sulla efficacia del servizio sanitario nazionale e comportano una complessiva riduzione della qualità delle prestazioni. Secondo l'Osservatorio per le politiche sociali in Europa (Inca CGIL di Bruxelles) l'Italia è lo Stato dell'Unione in cui si registra il maggior numero di stressati da lavoro: ben il 27% del totale contro una media europea del 22%. Da qui la necessità di realizzare adeguati programmi di prevenzione dello stress lavorativo attraverso strategie mirate alla formazione degli operatori ed all'organizzazione del lavoro. Il livello dei servizi è garantito solo disapplicando in modo

sostanziale una normativa europea su recuperi, turni, guardie, riposi, varata per garantire la salute degli operatori e la sicurezza degli utenti dei servizi sanitari. Gli studi dimostrano come dopo 12 ore di veglia la risposta individuale sia molto alterata e come l'alterazione sia maggiore quanto più si rimanga svegli. Inoltre nei casi in cui sono richieste prestazioni impegnative dal punto di vista fisico o emotivo diminuisce ancora di più la capacità di controllo. Alcune ricerche hanno addirittura rilevato che nelle ore finali dei turni di notte, il 30 % circa di errori poteva essere evitato. Ci sono segnali contrastanti che si muovono in direzione opposta: da un lato l'iniziativa di tutelare il professionista d'aiuto con un disegno di legge sul Burnout, dall'altro il voler derogare al decreto legislativo 66 del 2003 di adeguamento alla normativa europea per diminuire il numero di ore di riposo tra un turno lavorativo e l'altro, con la motivazione di mantenere lo standard organizzativo del servizio sanitario nazionale.

Diventa importante, dunque, prendere in considerazione l'individuo, tenendo conto non solo delle ferite fisiche, ma anche delle sofferenze psichiche. Invero, quando una persona subisce un trauma in seguito ad un evento eccezionale, unico ed imprevedibile, a cui assiste o di cui è vittima, vive una situazione di stress. E' statisticamente dimostrato che all'incirca tre quarti dei soccorritori professionisti (ambulanze, pompieri, polizia, protezione civile, ecc.) che intervengono in occasione di avvenimenti gravi o di catastrofi, subiscono uno stato di stress acuto. Esso è un insieme di reazioni naturali (disturbi del sonno – ricordi intrusivi) che possono durare alcuni giorni o settimane. L'individuo in genere tende a riassorbire autonomamente queste reazioni. Se però non vi riesce e non vengono curate, si può sviluppare uno stato di stress posttraumatico (Post Traumatic Stress Disorder – PTSD) difficile da guarire. Non vi sono indicazioni per stabilire con che frequenza e chi può sviluppare questa malattia. Spesso sono proprio coloro che “continuano a funzionare normalmente” che possono in seguito sviluppare sintomi di PTSD. Non bisogna mai minimizzare gli effetti di un avvenimento in quanto la sua gravità non è sempre indicatore sufficiente per determinare chi ha bisogno di sostegno ognuno reagisce in base alla propria storia personale e al proprio vissuto. Inoltre un intervento rapido ed efficace evita, di principio, l'insediamento di traumi gravi e cronici. Il Debriefing non è una psicoterapia ma un processo che favorisce la mobilitazione delle notevoli capacità di superamento del vissuto traumatico di un individuo: ognuno di noi ha risorse talvolta insospettate per elaborare lesioni alla propria psiche. Può prevenire efficacemente l'insorgere di disturbi psichici più gravi, ma non deve necessariamente essere effettuato da professionisti del ramo psicoterapeutico o psichiatrico. Spesso è addirittura più indicato l'intervento di persone provenienti dalla medesima categoria delle persone coinvolte, adeguatamente formate e coadiuvate, se necessario, da una persona formata in salute mentale. Il debriefer non si occupa di scoprire il perché delle sensazioni vissute ma unicamente di ricostruire la

storia completa dell'evento, in modo da trovare un filo logico, un filo conduttore che sappia dare un senso agli avvenimenti. Questo per consentire di verbalizzare (quindi di portare a livello cognitivo) l'accaduto, descrivendo i fatti, i pensieri e i sentimenti, e di informare sulla normalità dei disturbi, facendoli rientrare nella realtà quotidiana per permettere a chi interviene di restare operativo e di evitare un esaurimento personale e professionale. Il tema del Debriefing psicologico o Critical Incident Stress Debriefing (CISD) ha avuto un ruolo centrale nello sviluppo del settore della psicologia dell'emergenza, soprattutto in ambito anglosassone.

A partire dall'originale proposta di Mitchell, il CISD si è diffuso in tutto il mondo, tanto da essere a volte "confuso" con l'intera "pratica" della psicologia dell'emergenza, superando in popolarità la stessa matrice di intervento (CISM Critical Incident Stress Management).

Il Debriefing è anche un processo educativo che si usa dopo un gioco, una simulazione, un role-play o un'altra attività esperienziale per aiutare i partecipanti a riflettere sulle loro precedenti esperienze al fine di ricavarne significativi insight

I seguenti tipi di attività traggono beneficio dal Debriefing;

- a) esperienze emozionali;
- b) impegnative attività di gruppo;
- c) traumi della vita reale come la morte di un familiare.

La letteratura sulla simulazione giocata contiene diversi rendiconti specifici. Vi è un modello procedurale per la simulazione e tre modi di facilitare l'apprendimento degli adulti. Nel "modo gerarchico" il facilitatore guida il processo di apprendimento; nel "modo cooperativo" il facilitatore condivide il suo potere; nel "modo autonomo" il facilitatore dà totale autonomia al gruppo. Questi tre modi si possono applicare anche al processo di Debriefing. Sebbene gruppi specifici di discenti (e tipi specifici di attività esperienziali) possano trarre beneficio dal primo e dal terzo modo, è stato notato che la maggior parte dei discenti e delle attività esperienziali si orientano verso il modo cooperativo. La procedura di Debriefing utilizza un approccio strutturato per assicurare l'arricchimento congiunto del facilitatore e dei partecipanti. I passi iniziali nell'analizzare un'attività esperienziale, specialmente se provoca forti sensazioni, dovrebbero far emergere le differenti emozioni risultanti dall'attività. Questo può essere seguito da una ricerca più riflessiva delle generalizzazioni cognitive desiderate. Alcuni autori hanno suggerito una serie di domande per strutturare la cronologia di una sessione di Debriefing, specialmente la sua componente cognitiva. E' stata fornita un'esauriente lista di domande chiave di analisi per ciascuna delle seguenti fasi del ciclo di apprendimento esperienziale:

- Fase di esperienza (per es. «Che cosa succede?»);
- Fase di condivisione (per es. «Come vi siete sentiti per questo?»);

- Fase di interpretazione (per es. «Come vi siete spiegati tutto questo?»);
- Fase di generalizzazione (per es. «Che cosa avete appreso da questo?»);
- Fase di applicazione (per es. «Che cosa vi piacerebbe fare con questo?»);
- Fase di analisi (per es. «Che novità buone/cattive ci sono?»).

Lederman e Stewart (1986) usano un quadro differente per strutturare le domande usate durante il Debriefing:

- Domande di validità (per es. «Che cosa riguardava tutto questo?»)
- Domande di attendibilità (per es. «Perché è successo?»)
- Domande di utilità (per es. «Quanto vi è costata l'esperienza?»).

Van Ments (1989) suggerisce tre fasi di domande per fare il Debriefing di un role-play. Questa struttura è facilmente generalizzabile a tutti gli altri tipi di apprendimento esperienziale:

- Stabilire i fatti (per es. «Che cosa credete che sia accaduto?»)
- Analizzare le cause del comportamento (per es. «C'è un'altra possibilità?»)
- Pianificare l'azione (per es. «Come applichereste queste strategie alla vita reale?»).

Il nostro modello procedurale del Debriefing è riassunto in sette fasi di domande da usare con flessibilità di sequenza cronologica. Descrivo brevemente queste sette fasi:

- *Come vi sentite?* Queste domande forniscono uno scarico emozionale. Le domande e le discussioni in questa fase rendono più facile analizzare più obiettivamente le esperienze dei partecipanti nelle fasi successive
- *Che cosa è successo?* Queste domande hanno la fondamentale funzione di raccolta dati. Durante questa fase, i partecipanti rievocano le loro esperienze dell'attività principale e scoprono somiglianze, differenze e modelli
- *Vi sembra che...?* Queste domande facilitano la generazione di ipotesi e l'esame di realtà. Suggestiscono relazioni causa/effetto ed incoraggiano i partecipanti a sostenere o rifiutare le ipotesi in base ai dati dell'attività principale
- *Déjà vu?* Queste domande esaminano la rilevanza dei dati dell'attività principale rispetto al mondo reale. Incoraggiano i partecipanti a discutere analogie con le esperienze quotidiane sul loro posto di lavoro. Rinforzano anche applicazioni future degli "insight" attuali
- *Che cosa fareste in modo diverso?* Queste domande fanno emergere i ripensamenti dei partecipanti. Prendono fondamentalmente questa forma: «Se voi vi trovaste di nuovo nella stessa esperienza, come vi comportereste sapendo ciò che sapete ora?»
- *Che cosa succederebbe se...?* Queste domande incoraggiano i partecipanti ad applicare i loro "insight" in nuovi contesti. Richiedono ai giocatori di fare ipotesi sull'impatto dei cambiamenti nel contesto

• *Potete migliorare questa attività?*

Queste domande invitano i partecipanti a suggerire variazioni dell'attività esperienziale. Si producono più idee possibili per migliorare l'impatto educativo e motivazionale dell'attività. Spesso il Debriefing apre nuove prospettive che richiedono di avviare un nuovo processo di problem setting. Tutto comincia con il Briefing e finisce con il Debriefing. Con il Briefing si entra nel gioco, con il Debriefing se ne esce. Nel processo si fanno esperienze dirette. Fuori dal gioco siamo spettatori, critici, giudici. Siamo in grado di vedere da fuori il funzionamento del gioco, e noi stessi come giocatori. Con il gioco si impara facendo, dopo del gioco con il Debriefing si impara riflettendo su ciò che si è fatto. Quindi:

- 1) Briefing: che cosa dobbiamo fare?
- 2) Debriefing: che cosa abbiamo fatto?
- 3) Benchmarking come problem setting: dal confronto con i migliori nasce il disagio e si riesce ad individuare l'area di miglioramento;
- 4) Debug = eliminazione dei difetti che porta al miglioramento delle procedure Verifica = valutazione dei risultati;
- 5) Debriefing = riflessione finale su tutto ciò che è accaduto, di bene e di male, considerando retrospettivamente ciò che è stato e trovando le motivazioni per azioni che non erano state richieste esplicitamente dal briefing ma che era necessario eseguire per ottemperare al briefing.

Il Debriefing "classico" detto anche "Critical Incident Stress Debriefing / Psychological Debriefing (CISD/PD)", una delle parti del più ampio e complesso protocollo del "Critical Incident Stress Management (CISM)", dovrebbe essere rivolto esclusivamente a gruppi relativamente omogenei di soccorritori (e quindi non di vittime), ed è composto da sette fasi distinte e questo è un fattore ritenuto da molti come aspetto di eccessiva rigidità funzionale del protocollo iniziale). Viene svolto tra le 24 e le 96 ore che seguono l'avvenimento cioè quando l'esperienza si è potuta strutturare psicologicamente almeno un minimo ma non si è comunque ancora "cristallizzata" del tutto nel vissuto delle persone coinvolte. Il CISD permette, attraverso lo scambio strutturato e "significante" dell'esperienza gruppale, di ridurre le possibili conseguenze negative di un avvenimento traumatico a livello psichico, come per esempio l'insorgere della sindrome da stress post-traumatico (Post-Traumatic Stress Disorder) ed altre sindromi collegate. Nel corso del lavoro di gruppo, attraverso le varie fasi, si affrontano progressivamente fatti, pensieri, emozioni e sintomi al fine di proporre una prima rielaborazione e ristabilire una migliore comprensione dell'avvenimento per permettere di reinserirlo nel corso della propria esistenza dandogli almeno un parziale significato, condiviso con gli altri membri del gruppo.

Le sette fasi procedurali "classiche" del protocollo di Mitchell sono:

1. Introduzione (alla situazione ed al lavoro di gruppo);
2. Discussione dei Fatti (ricostruzione degli eventi occorsi, attraverso le “narrazioni” e le prospettive multiple dei partecipanti);
3. Discussione dei Pensieri/Cognizioni (che i partecipanti hanno avuto durante l’evento);
4. Discussione delle Emozioni (condividendo quelle provate durante l’evento, e comprendendo così che è “legittimo e normale” sentirsi a disagio dopo un evento critico, e che anche altri colleghi possano aver avuto emozioni simili alle proprie);
5. Discussione dei Sintomi (eventualmente provati nelle ore o nei giorni successivi all’evento critico);
6. Fornire Informazioni (sulle reazioni post-traumatiche e su eventuali “punti di contatto” in caso di necessità personali future);
7. Conclusione (che “chiude” l’esperienza, sfumando dopo – a volte – verso una chiusura anche informale – spesso bevendo e mangiando qualcosa insieme per rinsaldare i legami sociali di gruppo dopo l’evento critico e la “fatica emotiva” del Debriefing).

In alcuni approcci europei, si aggiunge tra la sesta e la settima fase una fase aggiuntiva, detta del “Rito” di particolare valore simbolico. Generalmente, il Debriefing è preceduto da un incontro di Defusing, soprattutto con gli specialisti dell’aiuto (infermieri, pompieri, soccorritori, etc.) se svolto al termine del servizio in cui si è verificato l’evento critico ed il Defusing viene detto Demobilization

CAPITOLO 4

RUOLO E FUNZIONE DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO

NELL'IDENTIFICAZIONE PRECOCE DELLO STRESS EMOTIVO IN INTENSIVE CARE UNIT

4.1 *Ruolo e funzioni del Coordinatore infermieristico*

La nomina di *infermiere coordinatore professionale* viene attribuita per la prima volta al caposala dal D.P.R. 821/1984 che lo colloca nei cosiddetti quadri intermedi. Tuttavia fino a questo momento l'operatore professionale coordinatore svolge funzioni di assistenza diretta.

Nel corso di un convegno, sul "*Management infermieristico*", svoltosi a Milano nel 1985, viene presentato uno studio promosso dagli infermieri docenti presso l'Università di Milano sulle competenze manageriali nell'ambito assistenziale, dal quale emerge l'esigenza di un ruolo di coordinamento completamente diverso rispetto al passato in quanto: i servizi erogati dagli ospedali sono più eterogenei e lo sviluppo tecnologico impone la necessità di competenze diverse ed ulteriori da quelle proprie del lavoro infermieristico in senso stretto; inoltre, l'aumento della specializzazione di certi compiti infermieristici e l'aumento della professionalità degli infermieri stessi costringono il coordinatore a una funzione di "integratore".

Emerge, dunque, l'esigenza di collegare sempre di meno le responsabilità dell'infermiere coordinatore allo svolgimento di attività assistenziali per fare spazio ad una nuova figura di coordinatore infermieristico sempre più orientata alla soluzione di problemi di funzionamento dell'unità organizzativa per il raggiungimento di più adeguati risultati assistenziali.

Le competenze tecnico-specialistiche, quindi, diminuiscono sempre più a favore degli elementi tipici della funzione manageriale in termini di contenuto di lavoro e, di conseguenza, del contenuto formativo.

La formazione del coordinatore deve pertanto essere orientata all'acquisizione di abilità/competenze quali :

- Pianificare;
- Organizzare;
- Coordinare;
- Gestione
- Controllo

- Verificare;
- Ricercare

per garantire: un'efficacia assistenza infermieristica, un uso efficiente delle risorse, una corretta amministrazione della propria unità operativa, la partecipazione ad attività di formazione e di aggiornamento, la partecipazione ad attività di ricerca.

Nel corso dello stesso convegno viene altresì ribadito che "la professionalità dell'infermiere coordinatore non si misura in riferimento a competenze specifiche ma relativamente alla capacità di creare le condizioni organizzative tali da garantire risposte qualitativamente valide ai bisogni di assistenza degli utenti."

Tre anni dopo, il DM del 13/09/1988 stabilisce che il coordinatore non debba essere considerato parte dell'organico del personale di assistenza diretta, in considerazione delle sue funzioni di coordinamento delle attività del personale infermieristico e ausiliario e di supervisione sulle attività di tirocinio e di formazione a livello dell'unità operativa a cui è preposto.

Tuttavia il D.P.R. 3 febbraio 1993 n° 29, prevede (art. 56) che il coordinatore possa essere adibito a svolgere compiti specifici prevalenti della qualifica superiore, ovvero, occasionalmente e ove possibile con criteri di rotazione, compiti o mansioni immediatamente inferiori.

Oggi, rispetto ad allora, si è fatta molta strada e la disciplina infermieristica ha raggiunto importanti traguardi nel processo di professionalizzazione, coronato con l'ingresso in università (nel 1992) e, dall'anno accademico 2004/2005, anche dalla laurea specialistica.

Il nuovo Profilo Professionale (D.M. 739/1994) sancisce l'autonomia dell'infermiere definendolo professionista "responsabile dell'assistenza generale infermieristica" in grado di garantire una risposta complessiva ai bisogni di salute del singolo e della collettività.

La Legge 42/99 abroga il mansionario (DPR 225/74) segnando un passaggio epocale ed insieme all'emanazione del Nuovo Codice Deontologico (1999), completa questo importante processo di professionalizzazione.

Le mansioni del DPR 225/74 richiama una forma di responsabilità limitata e limitante relativa agli atti in sé, alle singole mansioni, con compiti prevalentemente esecutivi.

La professionalità dell'agire infermieristico, invece, si caratterizza per una metodologia scientifica, esplicitamente dichiarata nel Profilo Professionale nelle sue fasi principali (sottoforma di processo di nursing), ripresa poi nel Codice nei termini di competenza professionale e competenza scientifica.

Tale competenza si realizza attraverso la combinazione di conoscenze, capacità, orientamento assistenziale e gestionale: sono infatti questi elementi che effettivamente connotano un

professionista, non tanto le prestazioni in sé, dato che le competenze professionali non possono né devono essere fissate in modo rigido e definitivo, perché appunto evolvono in concomitanza al verificarsi di cambiamenti del contesto in cui gli infermieri si trovano ad operare.

Il Codice Deontologico si rivolge all'infermiere nelle sua generalità, senza distinzioni fra livelli operativi (infermiere, infermiere coordinatore, dirigente), ciononostante, pur senza alcuna direttiva specifica si potrebbe affermare che ogni articolo del codice comporta implicazioni per l'azione dirigenziale ad ogni livello.

Infatti, dietro ogni modello di comportamento atteso dall'infermiere vi è un'azione diretta o indiretta di pertinenza dirigenziale, in termini di scelte politico-gestionali nell'ambito sia della Direzione Aziendale che della Direzione Infermieristica con ricadute sull'implementazione delle attività e quindi dell'operatività infermieristica. Dal 1994 ad oggi, tuttavia all'evoluzione formativa e disciplinare non sempre è corrisposto un altrettanto significativo e coerente riconoscimento della funzione infermieristica nell'organizzazione del lavoro.

Infatti la figura del coordinatore, che riveste un ruolo critico all'interno delle nuove organizzazioni sanitarie e che avrebbe dovuto assumere il difficile compito di sostenere la trasformazione della figura infermieristica, oltre a non avere un sufficiente ed adeguato riconoscimento contrattuale (almeno fino al nuovo CCNL 2002-2005), ha anche subito le conseguenze di una fase di stallo nella formazione che è durata quasi dieci anni dal 1994 (chiusura dei corsi per caposala) al 2002 (attivazione dei master in management infermieristico per il coordinamento): gli stessi anni cruciali in cui è avvenuto il grande cambiamento dello scenario socio-sanitario italiano.

Questa situazione ha creato confusione e insoddisfazione fra i capo sala i quali, legati ad un vecchio modello organizzativo che li vedeva più vicini alle competenze cliniche, a contatto diretto con pazienti e con ritmi scanditi da rituali come il "giro visite", si sono visti improvvisamente privare dello spazio riservato alle attività clinico assistenziali, interamente assorbito da un'attività gestionale sempre più complessa.

Un appropriato percorso formativo avrebbe fornito loro gli strumenti per affrontare e gestire adeguatamente il cambiamento organizzativo, anziché subirlo (come invece talvolta è accaduto), e per motivare e coinvolgere tutto il gruppo infermieristico nel raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Questo consente al coordinatore di concentrare la propria attenzione e le proprie energie alla gestione dei processi organizzativi del sistema.

A titolo esemplificativo, quelle qui di seguito elencati sono gli obiettivi delle Competenze previste nelle Linee Guida della Federazione Nazionale Collegi Ispasvi, per l'attivazione dei Master in Management Infermieristico per le Funzioni di Coordinamento. Il master fa parte dei percorsi

formativi post-laurea previsti e disciplinati dal Decreto del MURST 3 novembre 1999 n. 509, pubblicato nella G.U. del 4 gennaio 2000 n. 2.e, nella fattispecie, prevedono l'indirizzo per lo sviluppo di un percorso formativo per i

Master di primo livello in Management infermieristico per le funzioni di coordinamento, e hanno come obiettivo l'acquisizione di competenze specifiche nell'area organizzativa e gestionale, allo scopo di rendere il professionista in grado di garantire il raggiungimento degli obiettivi del sistema organizzativo sanitario mediante l'attuazione di politiche di programmazione sanitaria e interventi volti al miglioramento continuo della qualità dei servizi .

Al termine di tale percorso formativo ogni coordinatore riceverà nozioni utili alla sua pratica quotidiana.

Le conoscenze riguardano:

Gestire persone e relazioni:

- Definire la mission e la vision del Servizio coordinato in coerenza con quelli dell'Azienda
- Promuovere identità e senso di appartenenza al Servizio coordinato e all'Azienda
- Valorizzare attitudini, competenze, impegno e risultati
- Coinvolgere i collaboratori nella costruzione dei progetti
- Gestire un sistema premiante orientato alla qualità esplicitandone i criteri
- Preparare e condurre riunioni e gruppi di lavoro
- Promuovere e pianificare la formazione permanente orientata alla qualità
- Gestire direttamente momenti formativi specifici
- Gestire relazioni interpersonali e conflitti, negoziare, presidiare il clima
- Costruire e mantenere una rete di relazioni esterne al Servizio coordinato
- Promuovere e sviluppare processi di valutazione tra pari
- Gestire quanti/ qualitativamente la dotazione organica
- Promuovere lo sviluppo professionale e di carriera dei collaboratori
- Collaborare con i dirigenti infermieristici per sviluppare linee strategiche aziendali

- Attribuire compiti, responsabilità, poteri e risorse valutando attitudini, competenze e motivazione.

Gestire il budget:

- Identificare i centri di responsabilità e di costo
- Identificare tipologia e costi delle risorse strumentali e ambientali nel Servizio coordinato
- Verificare le risorse disponibili
- Utilizzare le risorse applicando criteri di costo/efficacia
- Valutare la congruità delle risorse In rapporto ai risultati conseguiti
- Collaborare alla definizione degli obiettivi di budget con criteri di qualità coerenti con il piano strategico
- Collaborare alla Negoziazione del budget del servizio coordinato
- Monitorare processi e risultati

Gestire informazioni e comunicare :

- Rendere omogenei e comprensibili a tutti il linguaggio e i modelli di analisi dell'organizzazione utilizzati nel Servizio coordinato
- Diffondere vision e mission del Servizio coordinato garantendone la coerenza con quelli aziendali
- Impostare il sistema informativo del Servizio coordinato garantendone la coerenza con quello aziendale e orientandolo alle finalità di ruolo e al Miglioramento Continuo di Qualità (MCQ)
- Analizzare e interpretare la domanda relativa al Servizio coordinato
- Valutare e utilizzare informazioni finalizzate alla gestione organizzativa e tecnica del Servizio coordinato
- Identificare e proporre soluzioni ai problemi organizzativi del Servizio coordinato
- Fornire consulenza di processo ai collaboratori orientandolo al

miglioramento di qualità

- Identificare definire il ruolo degli interlocutori del Servizio coordinato (esterni ed interni all'Azienda) in base agli obiettivi di salute della comunità *a* alla mission.
- Verificare i processi di comunicazione tra Servizio coordinato e i propri interlocutori
- Collaborare alla costruzione della Carta dei Servizi del Servizio coordinato curandone l'aggiornamento e la pubblicizzazione
- Condurre strategie di comunicazione appropriate agli obiettivi e agli interlocutori
- Impostare e gestire un sistema di supporto per l'accesso all'informazione tecnico-scientifica

Gestire processi, progetti e valutazioni

- Individuare e selezionare problemi in base a criteri di buona qualità
- Identificare la domanda, gli output, gli outcomes del Servizio coordinato
- Selezionare le priorità tra problemi utilizzando tecniche di comparazione costo/risultato
- Formulare progetti operativi rispondenti a criteri di buona qualità di tutte le componenti
- Individuare risorse disponibili o rinegoziabili nel contesto
- Identificare tra quelle disponibili o negoziabili nel contesto, le tecnologie appropriate per la soluzione di problemi pertinenti al mandato
- Organizzare i processi tecnici e gestionali attraverso la definizione e la diffusione di linee guida di buona qualità
- Definire ed esplicitare criteri, indicatori e standard di riferimento e livelli soglia accettabili
- Effettuare valutazioni di struttura, di processo e di risultato utilizzando criteri espliciti
- Identificare i bisogni formativi propri e dei propri collaboratori
- Progettare e valutare percorsi formativi
- Valutare l'impatto delle attività formative promosse/realizzate

Gestire la ricerca:

- Progettare attività di ricerca
- Individuare i campi di ricerca pertinenti alle finalità del servizio Coordinato;
- Gestire le procedure di consultazione di agenzie che finanziano attività di ricerca;
- Impostare e gestire una funzione di supporto per la consulenza tecnico-scientifica;
- Promuovere l'ingresso del servizio coordinato in reti di ricerca; individuare canali di pubblicazione delle ricerche effettuate.

Ciascun coordinatore al termine del suo percorso di studi farà tesoro delle conoscenze apprese le applicherà al suo contesto lavorativo in base alle proprie caratteristiche personali e caratteriali.

Il coordinatore è colui che guida il gruppo verso il raggiungimento degli obiettivi, dovrà essere il leader ma nel contempo avere la capacità di delegare tale ruolo ai suoi membri della sua equipe generando un clima basato sulla fiducia e sulla collaborazione.

Ricordiamo inoltre la legge 43/2006 disposizioni in materia di professioni sanitarie

1.All'ART.1, comma 1 definisce le professioni sanitarie: "Sono professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnicosanitarie e della prevenzione, quelle previste ai sensi della legge 10 agosto 2000, n°251, e del decreto del Ministro della Sanità 29 marzo 2001, pubblicato nella G.U. n°118 del 23 maggio 2001, i cui operatori svolgono, in forza di un titolo abilitante rilasciato dallo Stato attività di prevenzione assistenza cura e riabilitazione.

2.All'ART.2 (Requisiti), comma 3 sancisce che: "l'iscrizione all'albo professionale è obbligatoria anche per i pubblici dipendenti ed è subordinata al conseguimento del titolo universitario abilitante di cui al comma 1, salvaguardando comunque il valore abilitante dei titoli già riconosciuti come tali alla data di entrata in vigore della presente legge"

3.ART.2, comma 4: "l'aggiornamento professionale è effettuato secondo modalità identiche a quelle previste per la professione medica"

4.attività ART.3 (Istituzione degli ordini delle professioni sanitarie), comma 1: "in ossequio all'ART.32 della Costituzione e in conseguenza del riordino normativo

delle professioni sanitarie avviato, in attuazione dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n°421, dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n°502, dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n°517, e dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n°229, nonché delle riforme degli ordinamenti didattici adottate dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, al fine di adeguare il livello culturale, deontologico e professionale degli esercenti le professioni in ambito sanitario a quello garantito negli Stati

membri dell'Unione Europea, la presente legge regola le professioni sanitarie di cui all'ART.1, nel rispetto dei diversi iter formativi, anche mediante l'istituzione dei rispettivi ordini ed albi, ai quali devono accedere gli operatori delle professioni sanitarie esistenti, nonché di quelli di nuova configurazione

5.ART.4 (Delega al Governo per l'istituzione degli ordini ed albi professionali), comma 1: il Governo è delegato ad adottare, entro sei mesi dalla data in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi al fine di istituire, per le professioni sanitarie di cui all'ART.1, comma 1, i relativi ordini professionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, nel rispetto delle competenze delle regioni e sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:

a. trasformare i collegi professionali esistenti in ordini professionali, salvo quanto previsto alla lettera b) e fermo restando, ai sensi della legge 10 agosto 2000, n°251, e del citato decreto del Ministro della Sanità 29 marzo 2001, l'assegnazione della professione dell'assistente sanitario all'ordine della prevenzione, prevedendo l'istituzione di un ordine specifico, con albi separati per ognuna delle professioni previste dalla legge n°251 del 2000, per ciascuna delle seguenti aree di professioni sanitarie:

area delle professioni infermieristiche; area della professione ostetrica; area delle professioni della riabilitazione; area delle professioni tecnico sanitarie; area delle professioni tecniche della prevenzione;

ART.6 (Istituzione della figura di coordinamento), comma 1: in conformità all'ordinamento degli studi dei corsi universitari, disciplinato ai sensi dell'ART.17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n°127, e successive modificazioni, il personale laureato appartenente alle professioni sanitarie di cui all'ART.1, comma 1, della presente legge, è articolato come segue:

a. professionisti in possesso del diploma di laurea o del titolo universitario conseguito anteriormente all'attivazione dei corsi di laurea o di diploma ad esso equipollente ai sensi dell'ART.4 della legge 26 febbraio 1999, n°42;

b.professionisti coordinatori in possesso del master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento rilasciato dall'università ai sensi dell'ART.3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica 3 novembre 1999, n°509, e dell'ART.3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca 22 ottobre 2004, n.270;

c.professionisti specialisti in possesso del master di primo livello per le funzioni specialistiche rilasciato dall'università ai sensi dell'ART.3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica 3 novembre 1999, n°509, e dell'ART.3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca 22 ottobre 2004, n°270

d.professionisti dirigenti in possesso della laurea a specialistica di cui al decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica 2 aprile 2001, pubblicato nel supplemento ordinario della G.U. n°128 del 5 giugno 2001, e che abbiano esercitato l'attività professionale con rapporto di lavoro dipendente per almeno cinque anni,
oppure ai quali siano stati conferiti incarichi dirigenziali ai sensi dell'ART.7 della legge 10 agosto 2000, n°251, e successive modificazioni

4.2 Ruolo e funzioni del coordinatore infermieristico nell'identificazione precoce dello stress emotivo in Intensive Care Unit

L'infermiere coordinatore ricopre un ruolo fondamentale nella prevenzione dello stress attraverso una precoce rilevazione degli stati emotivi degli infermieri da lui coordinati.

La posizione ricoperta dal coordinatore infermieristico diviene punto ideale per l'osservazione dei comportamenti e delle movenze interne all'unità operativa.

L'imparzialità ed il differente registro ne rendono possibile una visione a trecentosessanta gradi .
Esso in qualità di coordinatore potrebbe divenire il comunicatore per eccellenza (in quanto dotato di autorità), ma anche l'oratore ideale grazie alla sua esperienza ed autorevolezza.

Partendo dal presupposto che *l'analisi e la misurazione dello stress sia un compito stressante per chi vi si accinge*, lo scopo della tesi sarà quello di ottenere strumenti metodi che facilitino questo arduo compito.

Un programma che il coordinatore deve promulgare è sicuramente la rilevazione della diffusione del fenomeno, dei suoi effetti nel breve, nel medio e nel lungo termine ma anche valutare i costi nei tre livelli ossia quello delle persone considerate, della struttura di lavoro e quello della collettività.
Alla base della prevenzione vi è una corretta conoscenza.

Il coordinatore dovrebbe svolgere indagini programmate con cadenza regolare e analizzare il fenomeno secondo precisi standard condivisi, al fine di adottare i conseguenti provvedimenti per la salute degli operatori interessati e rendere pubblici i risultati onde stimolare lo studio e facilitare la ricerca di soluzioni.

La prevenzione dello stress si realizza, per molti casi, anche apportando semplici cambiamenti privi di costo e comunque a costi contenuti, agli assetti organizzative/o al contenuto del lavoro.

Alcuni mezzi di prevenzione²⁶ sono rappresentate da innovazioni partecipative tendenti a:

- *Aumentare la sua partecipazione nelle decisioni in merito all'organizzazione del lavoro al quale è adibito.*
- *Assicurarsi che i compiti a lui affidati siano compatibili con le sue motivazioni e le sue effettive capacità*
- *Chiarire ove possibile, gli obiettivi perseguiti dalla struttura e/o dall'organizzazione e i valori cui essi sono rivolti.*
- *Esplicitare agli operatori il ruolo di ciascuno di essi rimarcandone il rilievo nell'intero processo grazie anche alle motivazioni individuali.*

Intuitivamente si può ipotizzare che ciò non solo inciderebbe positivamente sull'efficacia delle prestazioni, ma conferendo un esplicito apprezzamento PREVENTIVO all'attività svolta dall'operatore renderebbe l'attività stessa stimolante e gratificante.

Il coordinatore quindi potrebbe.

- Divulgare gli obiettivi scelti
- Contenere gli adempimenti burocratici e routinari a carico dell'operatore.
- Coinvolgere l'operatore nell'attività della struttura anche attraverso incontri periodici.
- Eliminare dall'ambiente di lavoro i fattori di rischio per la salute degli operatori.
- introdurre incentivi e gratificazioni di natura diversa.
- Formazione permanente degli operatori
- Istituire attività di sostegno/consulenza a favore degli operatori.
- Somministrare periodicamente questionari che analizzino il fenomeno dello stress nella propria U.O. come strumento di prevenzione

In ambito sanitario, si indica come "prevenzione" l'azione tecnico-professionale o l'attività di policy che mira a ridurre la mortalità, la morbilità o gli effetti dovuti a determinati fattori di rischio o ad

²⁶ IRCCS Fondazione Maugeri. Consigli pratici per la gestione dello stress. A cura del servizio di psicologia-Divisione di Cardiologia

una certa patologia, promuovendo la salute ed il benessere individuale e collettivo ("salutogenesi").²⁷

Le attività di prevenzione, essendo parte della più ampia attività di "tutela della salute", sono parte delle competenze professionali tipiche delle professioni sanitarie, nei loro diversi ambiti applicativi (medico, infermieristico, ostetrico, psicologico...).

Esistono tre livelli di prevenzione, che si riferiscono ad atti e fasi diverse:

Prevenzione Primaria: è la forma classica e principale di prevenzione, focalizzata sull'adozione di interventi e comportamenti in grado di evitare o ridurre l'insorgenza e lo sviluppo di una malattia o di un evento sfavorevole. La maggior parte delle attività di promozione della salute verso la popolazione sono, ad esempio, misure di prevenzione primaria, in quanto mirano a ridurre i fattori di rischio da cui potrebbe derivare un aumento dell'incidenza di quella patologia. Frequentemente la prevenzione primaria si basa su azioni a livello comportamentale o psicosociale (educazione sanitaria, interventi psicologici e psicoeducativi di modifica dei comportamenti, degli atteggiamenti o delle rappresentazioni). Un esempio di prevenzione primaria è rappresentato dalle campagne antifumo promosse dai governi.

Prevenzione Secondaria: si tratta di una definizione tecnica che si riferisce alla diagnosi precoce di una patologia, permettendo così di intervenire precocemente sulla stessa, ma non evitando o riducendone la comparsa. La precocità di intervento aumenta le opportunità terapeutiche, migliorandone la progressione e riducendo gli effetti negativi.

Prevenzione Terziaria: è un termine tecnico relativo non tanto alla prevenzione della malattia in sé, quanto dei suoi esiti più complessi. La prevenzione in questo caso è quella delle complicanze, delle probabilità di recidive e della morte (anche se, in tale caso, tutti i trattamenti terapeutici sarebbero in un certo senso, paradossalmente, "prevenzione"). Con prevenzione terziaria si intende anche la gestione dei deficit e delle disabilità funzionali consequenziali ad uno stato patologico o disfunzionale.

La modalità di prevenzione che verrà attuata attraverso la somministrazione del questionario, è riconducibile al tipo Secondario, che meglio si adegua alle esigenze del coordinatore .

²⁷ Chermiss C. La sindrome del Bornout. Lo stress lavorativo degli operatori dei servizi socio sanitari, C.S.T Centro Scientifico Torino 1986

4.3 *Ruolo e funzioni dell'infermiere coordinatore infermieristico nella prevenzione dello stress emotivo in Intensive Care Unit*

La gestione del personale è una variabile fondamentale della funzione organizzativa. Nel ruolo di leader rientra la capacità di influenzare e non di “manipolare” il comportamento delle persone.

Il coordinatore non è solo leader, egli dovrà essere leader positivo e il principale attore nel prevenire lo STRESS all'interno dell'area da lui coordinata.

La variabile umana, le persone ed il loro vissuto son il terreno su cui il coordinatore deve lavorare.

Le persone come già ampiamente detto sono fatte di emozioni e la cultura delle organizzazioni influenza ed è costantemente influenzata dalle emozioni.

La presa di visione di questi aspetti comporta una gestione migliore delle conflittualità e delle resistenze che ne derivano.

Il capo deve saper trasferire positività e coinvolgimento orientando e valorizzando i collaboratori.

A tale proposito inseriamo due nuovi concetti legati all'aspetto manageriale del coordinatore: la *membership* che consiste nel sentirsi parte del gruppo, e la *groupship* che consiste nel riconoscere il gruppo come un'entità che a sua volta ha dei bisogni che trovano soddisfazione tramite i suoi membri.

La leadership assume appunto una funzione equilibratrice tra membership e groupship garantendo che sia consentito a ogni singolo di soddisfare i propri bisogni all'interno del gruppo, e al gruppo di soddisfare i propri bisogni.

Infatti il gruppo tende a concentrarsi sull'esecuzione del compito, trascurando sia la pianificazione che la gestione della relazione tra i membri e tra il gruppo e l'organizzazione ed è qui che si inserisce la figura di coordinatore come leader efficace.

Solo sviluppando capacità di ascolto, assecondando “l'intelligenza emotiva” i coordinatori infermieristici potranno affrontare con successo le complessità del presente e le incertezze del futuro, motivando ed ispirando il proprio gruppo di lavoro.

Il coordinatore infermieristico è a mio parere, il perno intorno al quale ruota un universo fatto di relazioni, di rapporti umani interni ed esterni all'organizzazione stessa.

Per svolgere a pieno il proprio ruolo dovrà essere per questi ultimi la guida, la bussola che indica la direzione, dovrà essere “leader”.

Da questo momento il coordinatore infermieristico sarà per noi sinonimo di leader.

Stabilito il ruolo di coordinatore- leader, ci concentriamo ora sulle tecniche che egli potrà utilizzare a suo favore e a favore dei propri collaboratori nella gestione delle situazioni conflittuali che emergono naturalmente dalle relazioni tra individui.

Il coordinatore per diventare leader positivo elemento trascinante e spinta motivazionale dovrà sviluppare questi tre atteggiamenti, dovrà dunque essere:

- Empatico
- Socievole e teso all'aiuto
- Comunicativo (comunicare in maniera efficace)

Questi tre momenti sono interdipendenti poiché l'atteggiamento empatico ci permette di riconoscere prontamente le emozioni assumendo il punto di vista dell'altro, il riconoscimento delle emozioni ci permette di prevenire o fronteggiare i conflitti e fronteggiare i conflitti ci permette di raggiungere gli obiettivi attesi e creare un clima di collaborazione.

Affinchè il nostro studio non rimanga un concetto astratto cercheremo di applicare quanto stabilito fino ad ora nella pratica quotidiana.

Le emozioni fondamentali, così dette perché hanno delle caratteristiche comuni a tutti gli esseri viventi sono facilmente riconoscibili (vedi cap1.3)

Cinque di queste possono definirsi emozioni negative perché suscitano nel soggetto che è consapevole di provarle una sensazione di malessere.

Il coordinatore infermieristico potrà prevenire l'insorgere delle emozioni negative adottando un atteggiamento di socievolezza e una volta individuate possono essere gestite adottando un atteggiamento di aiuto, attraverso l'ascolto attivo, le consolazioni, il sostegno fornito alle persone in fase di stress.

La socievolezza

Comprende comportamenti mirati all'espressione di emozioni positive (felicità, orgoglio, amore) da parte del coordinatore-leader al fine di ottenere coesione e solidarietà in un contesto gruppale.

In buona sostanza ad ogni emozione negativa dobbiamo far corrispondere una visione positiva, possibile dunque reale e migliore di quella presente.

La visione del coordinatore deve essere

- esplicitata (cioè condivisa)
- “venduta” cioè presentata nei suoi aspetti migliori e vantaggiosi per il dipendente

Un esempio concreto ci aiuterà a comprendere meglio come “vendere” nel migliore dei modi la propria visione per ottenere consenso e collaborazione.

Es. introduzione di una nuova scheda di valutazione infermieristica in un periodo in cui si avverte malcontento per mancanza di risorse umane e materiali.

In questa precisa situazione il coordinatore potrebbe riconoscere il clima di disagio in cui gli operatori sono costretti a muoversi (accetta la situazione attuale come è realmente, quindi è credibile), tuttavia l’inserimento di una nuova scheda potrebbe essere un momento di rivalsa professionale (propone situazioni positive e a vantaggio del dipendente).

Il concetto fondamentale è che il coordinatore infermieristico deve essere capace di trasmettere una visione trascinante, perché crede nella possibilità di un miglioramento e nelle capacità dei propri collaboratori.

L’ascolto attivo

È opinione diffusa che un buon coordinatore ascolti in maniera attiva parli cioè per il 20% e ascolti per 80%.

L’ascolto presuppone una massima attenzione delle componenti non verbali del discorso: postura, gestualità, sguardo, espressione del viso, tono della voce.

Vale la pena di ricordare che l’Ascolto Attivo e la presenza sono veri e propri interventi infermieristici che fanno parte della classificazione della NIC (Nursing Interventions Classification), molto apprezzate a livello internazionale.

Si può affermare di ascoltare una persona nel momento in cui ci distacciamo dai nostri schemi di pensiero e dalle nostre preoccupazioni per entrare completamente nel mondo dell’altra persona.

Per facilitare l’ascolto potrà avvalersi di strumenti come il colloquio, o la riunione creando un ambiente adeguato e consono alla comunicazione.

L’ufficio del coordinatore è luogo di confronto e non di conflitto.

Affinchè l’ascolto sia attivo dovrà assicurare la privacy, (chiudendo la porta, isolando per quanto possibile la linea telefonica), eliminare o utilizzare le barriere architettoniche (scrivanie), ricevere i dipendenti possibilmente fuori orario di servizio e con regolare appuntamento, utilizzare un tono adeguato alla situazione e alla persona con il quale si confronta.

La comunicazione gioca un ruolo fondamentale nella gestione dei conflitti.

Si comunica nei modi più svariati.

Esistono tre livelli di comunicazione:

- verbale : coincide con l'aspetto verbale cioè le parole
- non verbale: coincide con l'aspetto vocale cioè volume tono ritmo della conversazione
- paraverbale : coincide con i movimenti del corpo, espressioni facciali

I messaggi del corpo sono senz'altro quelli che hanno maggiore impatto sul nostro interlocutore.

Assumere una postura piuttosto che un'altra, toccarsi continuamente i capelli, abbassare lo sguardo, possono essere segnali che involontariamente lanciano un messaggio al nostro interlocutore.

A tale proposito saranno senz'altro utili al coordinatore i moderni concetti della NPL (*neuropsicologia linguistica*).

Riconoscere la sindrome da stress non è così facile, spesso si tende a ricondurre il tutto come un problema dell'individuo e non del contesto lavorativo nel suo insieme.

Le organizzazioni quasi sempre ignorano questo problema e questo rappresenta un errore molto pericoloso, in quanto lo stress può incidere pesantemente sull'economia dell'intera organizzazione. La risoluzione del fenomeno dovrebbe essere affrontata sia a livello organizzativo che a livello individuale.

Un'organizzazione che agisce a sostegno dell'impegno nel lavoro è un'organizzazione forte.

L'aiuto maggiormente efficace per la singola persona è sicuramente un intervento da parte di un professionista competente in materia che possa fornire strumenti cognitivi, favorire una maggiore comprensione/consapevolezza del problema, aiutare a comprendere le relazioni esistenti tra il comportamento personale, il proprio vissuto ed il contesto di vita e lavorativo, modificare il proprio comportamento e i propri atteggiamenti in coerenza con quanto acquisito.

Ma tali interventi sul singolo non sono semplici: il singolo può avere difficoltà a rivolgersi ad una figura di riferimento quale lo psicologo per farsi aiutare, ciò a causa sia di pregiudizi verso la categoria di professionisti che si occupa di tali problematiche, sia perché spesso non è in grado di chiedere aiuto e/o si imbatte in altre categorie di professionisti non competenti in tali materie. Purtroppo ancor oggi molti preferiscono pensare di avere un problema organico invece di accettare l'idea di poter avere un problema psicologico anche se causato da fattori esterni.

E' per questo motivo che viene ritenuto fondamentale raccogliere esperienze ed opinioni in maniera individuale partire proprio da quel singolo, che spesso per timidezza orgoglio o altri fattori emotivi personale tende a manifestare atteggiamenti controversi di chiusura personale e rabbia.

Il questionario apparentemente appare come strumento freddo, scientifico ed impersonale. In realtà rappresenta il primo passo verso la consapevolezza personale il dialogo con il coordinatore ed il riconoscimento di situazioni di potenziale criticità.

La prevenzione dello stress rappresenta per la collettività un grosso risparmio in termini di risorse ma soprattutto dal risvolto sociale ed economico.

La prevenzione secondaria consente di minimizzare le occasioni di potenziale dannosità e quindi di ridurre ai minimi termini l' insoddisfazione professionale lo stress emotivo la tensione e quindi eventuali assenze e malattie .

Poche azioni hanno conseguenze importantissime, quali minor assenteismo (e quindi maggior possibilità di seguire una turistica regolare) maggior serenità in equip, alte prestazioni dal punto di vista assistenziali, maggior disponibilità di risorse intellettuali, maggiore disponibilità di esperienze lavorative e quindi garanzia di assistenza ad alto livello.

Minor carico fisico, maggiore possibilità di confronto e condivisione.

CAPITOLO 5

LA SOMMINISTRAZIONE DELLA NURSING STRESS SCALE IN INTENSIVE CARE UNIT

Il processo di ricerca

Il processo di ricerca sopracitato è stato seguito passo passo nella stesura del lavoro.

In esso si possono distinguere cinque fasi standard:

1 Identificazione e definizione del problema

2 Scelta del metodo di ricerca

3 Raccolta dei dati

4 Analisi dei dati

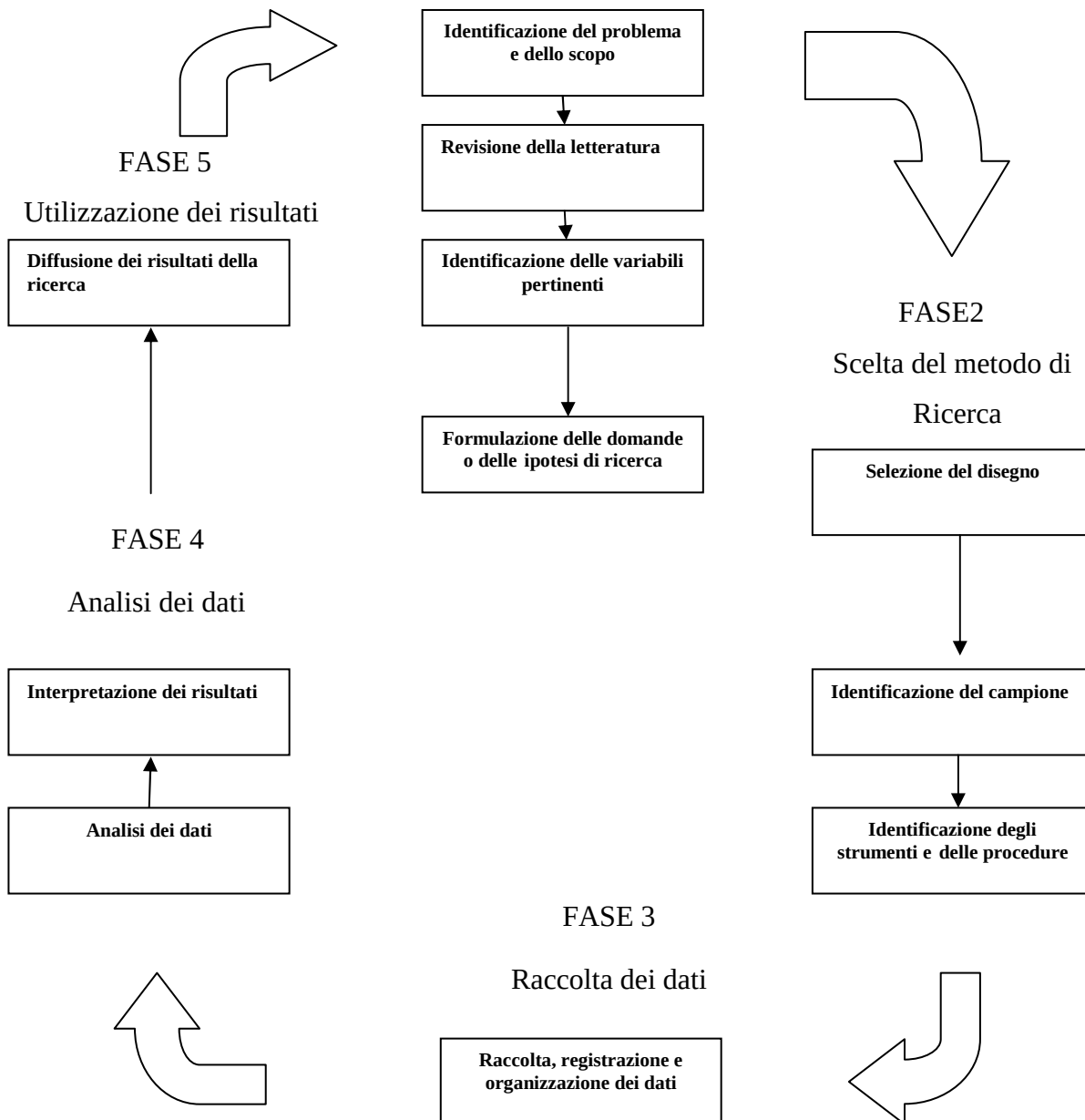
5 Utilizzazione dei risultati

Di seguito riporto lo schema del processo di ricerca:

FASE 1

*TABELLA 1.3*²⁸

Identificazione e definizione del problema



²⁸ James A.Fain: La ricerca infermieristica 2° edizione, Giugno 2004.

La ricerca è stata eseguita proprio seguendo lo schema prefissato analizzando le cinque fasi

5.1. identificazione e definizione del problema:

Il nostro studio di ricerca ha individuato come problema la continua manifestazione di stress del personale in terapia intensiva (ciò emerge dalla lettura di articoli di riviste specializzate, letteratura scientifica ed esperienze dirette).L' Obiettivo della ricerca invece riguarda la possibilità e la capacità del coordinatore infermiere di rilevare precocemente lo stress e prevenirlo.

5.2. scelta del metodo di ricerca:

La ricerca è stata condotta secondo approccio quantitativo con studio non sperimentale di tipo descrittivo, quindi selezionando un campione di professionisti appartenenti strettamente al campo della nostra ricerca, quindi infermieri. Lo strumento per la raccolta dei dati è stato individuato attraverso la ricerca sulle banche dati on-line inserendo come parole chiave : *nursing stress, staff bournout, anxiety, job satisfaction, turnover, stress in intensive care unit*

5.3. raccolta dei dati:

La raccolta dati è avvenuta somministrando nel periodo compreso tra novembre 2012 e gennaio 2013 il questionario a 70 infermieri della terapia intensiva dell' Ospedale S.Anna Como

5.4.analisi dei dati:

I dati sono stati analizzati considerando come variabili i fattori Mai, Occasionalmente, Frequentemente, Estremamente e assegnando un diverso punteggio ad ognuna di esse da 0 a 4, ciò ha reso possibile ottenere elaborazioni numeriche e percentuali in merito alla rilevazione e alla successiva rielaborazione dei dati ottenuti.Il campione considerato riguarda 70 infermieri delle terapie intensive dell' Ospedale S.Anna Como (tra cui Terapia intensiva cardiovascolare, Rianimazione, E terapia intensiva neurochirurgica.)

5.5 utilizzazione dei risultati.

: I risultati saranno poi diffusi presso la struttura sanitaria di appartenenza e verranno comunicati al coordinatore infermieristico afferente alle terapie intensive.Lo scrivente mira a mettere a disposizione attraverso pubblicazione il proprio lavoro di ricerca su riviste scientifiche specializzate.

Gli incombenti e crescenti cambiamenti avvenuti nel processo di globalizzazione hanno definito il modo di modelli di vita e di salute-malattia, causando anche una forte influenza nella struttura di lavoro

Questi nuovi modelli, in un contesto globale, hanno portato preoccupazioni e da qui i fattore di stress, guadagnandosi un posto distinto nella ricerca sulla possibilità di ammalarsi durante il lavoro. Sebbene la risposta dell'organismo allo stress sia ben compresa, è necessario comprendere il ruolo dell'individuo, con la valutazione del soggetto, e delle sollecitazioni che agiscono su di esso.

Diverse indagini sulla salute del lavoratore definiscono lo stress come il risultato di stanchezza emotiva, mancanza di controllo in situazioni di lavoro altamente esigenti, sensazioni di sforzo, fatica

Stress sul lavoro in ambito sanitario è associato a situazioni specifiche, come ad esempio problemi con i colleghi, l'ambiguità e conflitti di funzione, rientri frequenti, la pressione da parte di superiori in base alla percezione dell'individuo e trasformazioni subite nel contesto dell'occupazione. Queste situazioni possono essere importanti fonti di stress.

Tra questi, l'infermiere non è esente dalle conseguenze dello stress sul lavoro, mostrando problemi quali l'insoddisfazione lavorativa, la sindrome di burnout, e l'assenteismo.

La professione infermieristica si espleta per lo più in ambienti ospedalieri, chiedendo un maggiore coinvolgimento del professionista

I Pazienti ricoverati mostrano molta sofferenza a causa della lontananza da casa dalle proprie abitudini creando un sovraccarico emotivo

. Spetta agli infermieri fornire conforto necessario al recupero della serenità smarrita dal paziente.

Pertanto, il professionista è in costante contatto con la sofferenza, il dolore, la disperazione, irritabilità, e altre reazioni che i pazienti possono avere a causa della loro situazione difficile.

Nel contesto ospedaliero, le unità di terapia intensiva sono già stati al centro di numerosi studi di ricerca relativi allo stress infermieri '. E 'noto che questo settore in ospedale ha il compito di prendersi cura di pazienti in uno stato acuto o critico, ma all'interno di queste unità operative, i pazienti necessitano di alta specialità, assistenza permanente da parte medica ed infermieristica.

I pazienti hanno funzioni vitali instabili, che hanno necessità di il supporto di attrezzature speciali per il trattamento e la diagnosi

Pertanto, gli infermieri che lavorano nelle unità in questione sono tenuti ad avere precise conoscenze scientifiche, di essere a conoscenza dei cambiamenti tecnici e tecnologici, e di essere

altamente specializzati. Questo può essere il motivo per cui le prime indagini sullo stress infermieristico, hanno avuto luogo nel 1960, e sono state realizzate in gran parte in unità di terapia intensiva .

In un ambiente di lavoro limitato, con illuminazione artificiale, aria condizionata, , continue richieste da parte di superiori, azioni e prestazioni altamente specializzate, mancanza di risorse umane, apparecchiature rumorose e sofisticate, e la possibilità di trovarsi di fronte spesso a morte e dolore si creano i presupposti per condizioni lavorative non appropriate che possono causare patologie da stress correlato quali sbalzi d'umore, allergie, mal di testa, ansia e, altri sintomi molto più gravi.

Gli autori tendono a concordare che l'assistenza infermieristica è, tra le occupazioni, più stressanti²⁹. Nel trattamento di pazienti critici, è anche considerato faticoso, lo svolgersi di continue attività vitali per il paziente sia di giorno che di notte.

Di fronte a queste indagini, il presente studio è stato condotto con l'obiettivo di identificare la presenza di stress negli infermieri che lavorano nei reparti di terapia intensiva, di individuare gli agenti di stress e di prevenire capirne i sintomi associati

Il tutto attraverso la correlazione tra la presenza di stress, fonti di stress e dei sintomi evidenziati dagli infermieri.

La scelta di somministrare un questionario ad infermieri della terapia intensiva nasce dall' esigenza di concretizzare in maniera scientifica e non empirica la quantità di stress percepita durante un turno lavorativo.

La terapia intensiva è considerata l'ambiente ospedaliero a più alto livello di stress a causa della molteplicità di patologie che afferiscono e all' alta intensità di cure prestate (vista la criticità del malato ricoverato).

La curiosità, la voglia di capire e addentrarmi all' interno di questo importante argomento mi ha portato ad individuare uno strumento idoneo alla raccolta di dati che fossero il più possibili attinenti alla realtà quotidiana.

²⁹ Elpern EH, Covert B, Kleinpell R). Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. Am J Crit Care 2005; 14(6): 523-530

Grazie alla possibilità e alla collaborazione datami dall' Azienda Ospedaliera: Ospedale S. Anna Como dal Sitra dal coordinatore infermieristico e dalla collaborazione di colleghi infermieri è stato possibile sviluppare questo progetto di ricerca.

Il questionario è frutto di ricerca sulle banche dati on line e dalla scernita dello strumento piu' adatto e più semplice ma soprattutto più indicativo e specifico per le terapie intensive.

Esso è stato sviluppato e tradotto fedelmente dall' originale, riportato una breve presentazione che ne esplicava lo scopo e la modalità di compilazione non che il fine.

Attraverso i riscontri diretti e non solo dall' analisi dello strumento ho potuto notare che l'argomento diviene fonte di riflessione e spunto di dialogo tra i professionisti infermieri che spesso, incuriositi cercano di ottenere un resoconto globale di quale possa essere la situazione di stress all' interno della propria unità Operativa .

La somministrazione del questionario è avvenuto all' interno dell' Azienda Ospedaliera S. Anna Como in particolare nei reparti di terapia intensiva.

L'Ospedale S. Anna Como *L'ospedale grande* dedicato a sant'Anna nasce nel 1468 su iniziativa del beato Michele Carcano e su committenza del vescovo Branda Castiglioni con lo scopo di riunire in una unica struttura assistenziale numerosi piccoli ospedaletti ed opere pie medievali sparsi per la città: lo *spedale de' poveri di san Leonardo, di santa Maddalena alla Colombetta, di san Lazzaro de' lebbrosi, di san Gottardo, di san Giorgio in Borgovico, di san Biagio, di san Martino di Zezio, di san Pantaleone, di santa Maria della Cosia, de' poveri di san Tommaso, di san Silvestro e di sant'Antonio* e papa Paolo II concede che le sostanze di questi istituti si fondano per la costruzione del nuovo ospedale^[1]. Papa Sisto IV, con una bolla del 1483 pone le condizioni per l'inizio delle attività.

L'edificio era ubicato nello stabile ora sede del Conservatorio G. Verdi in via Cadorna e la prima pietra venne posta nel 1482. Era destinato alla cura dei degli infermi, dei pellegrini, dei poveri e dei fanciulli esposti.

Nel 1855 vi furono introdotte dal vescovo Romanò le suore della carità dette di Maria bambina, che vi resteranno per 153 anni fino al 2008.

Nel 1932 venne trasferito nella sede di via Napoleona a Camerlata, appositamente costruita su terreno donato dalla benefattrice Teresa Rimoldi, dopo 7 anni di lavori e dopo 23 anni dalla delibera

di trasferimento della sede.

Il complesso era costituito da dodici padiglioni. Negli anni sessanta vennero aggiunti la centrale termica e la scuola infermieri. Infine le nuove esigenze imposero la costruzione tra il 1965 ed il 1975 del grande monoblocco centrale a sette piani, sul luogo e dopo la demolizione della chiesa e dell'edicola con fontana antistante. Altre aggiunte di minore rilevanza vennero effettuate negli anni seguenti.

Il giorno 3 ottobre 2010 segna l'inizio dell'attività operativa del nuovo presidio ospedaliero centrale, ora sito nel comune di San Fermo della Battaglia.

Il Nuovo Ospedale S Anna di Como conta 589 posti letto di cui 62 letti “ tecnici legati alla terapia intensiva” in particolar modo 35 tra cui rianimazione stroke unit unità terapia intensiva cardiovascolare e semiintensiva .

PRESENTAZIONE DEL QUESTIONARIO

Su un campione di 70 professionisti infermieri non tenendo conto di età sesso e anni di lavoro in terapia intensiva(in quanto non statisticamente significativi al fine di ottenere risultati in merito alla percezione di stress in terapia intensiva) si evince che il 95% ha deciso di riconsegnare compilato in tutte le sue parti il questionario solo il 5% non ha restituito il questionario alcuni per dimenticanza altri per mancanza di interesse.

L'analisi dei risultati che tenevano conto di trentaquattro items e 4 variabili di scelta (mai, occasionalmente, frequentemente, estremamente) hanno evidenziato all'interno delle terapie intensive un alta percezione di stress nella quotidianità.

In particolare le stime percentuali indicano che il 6% del campione non percepisce mai stress, il 26% occasionalmente, il **37% frequentemente**, il **31% estremamente**.

Nell'elaborazione dei dati ci siamo accorti che i fattori che principalmente influenzano lo stato di stress negli infermieri delle terapie intensive sono:

ESTREMAMENTE:

- Non poter assistere i pazienti per la mancanza di risorse
- Morte di un paziente con parentela, o a noi particolarmente caro.
- Prendere decisioni quando il medico non è presente
- Presenza di molteplici pratiche burocratiche
- Vedere un paziente che soffre
- Frequenti interruzioni nell'esercizio della professione
- Non essere in grado di rapportarmi con i parenti durante la comunicazione di exitus.
- Personale non adeguato alla copertura della turistica.
- Sentirsi impotenti di fronte al dolore del paziente.
- Non essere in grado di comprendere le richieste di un paziente.

FREQUENTEMENTE.

- La morte di un paziente.
- Disaccordo sul piano di cura del paziente e sulle procedure.
- Non essere in grado di rispondere alle domande di un paziente.
- Sentirsi impreparati
- Esecuzione di procedure dolore per i paziente.
- Problemi a rapportarsi con uno o più medici.
- Difficoltà a lavorare in equipe con i colleghi
- Trattamento dei colleghi nei miei confronti.
- Impotenza dinanzi al declino di un paziente che non migliora nonostante le cure.
- Inappropriatezza di una prescrizione medica.
- Parlare con un paziente consapevole della propria prognosi infausta.
- Timore di commettere errori nel trattamento del paziente.
- Assenza del medico durante la morte del paziente.
- Sentirsi impotente di fronte al dolore del paziente.
- Non ricevere informazioni necessarie sufficienti sull'assistito da parte dello staff medico.

Analizzando i risultati ottenuti ci rendiamo conto che al primo posto nei fattori più stressanti che si presentano quotidianamente vi sono fattori intrinseci all'attività infermieristica in terapia intensiva es:

- Morte di un paziente con parentela, o a noi particolarmente caro.
- Vedere un paziente che soffre
- Sentirsi impotenti di fronte al dolore del paziente.
- Non essere in grado di comprendere le richieste di un paziente.

Questo a causa della complessità clinica, della gravità della patologia e dall' invasività dei presidi utilizzati (fix ossei esterni tubi intubazioni accessi venosi centrali cateteri emodialitici)

Possiamo anche notare la presenza di fattori burocratici e gestionali

Es:

- Non poter assistere i pazienti per la mancanza di risorse
- Prendere decisioni quando il medico non è presente
- Presenza di molteplici pratiche burocratiche
- Frequenti interruzioni nell'esercizio della professione
- Cambiamento repentino e improvviso dell'equipe di lavoro.
- Problemi con il coordinatore.
- Non essere in grado di rapportarmi con i parenti durante la comunicazione di exitus.
- Personale non adeguato alla copertura della turistica.

Essi attraverso il tempestivo riconoscimento e con accortezze dal punto di vista del coordinatore infermieristico divengono ostacoli sormontabili e situazioni risolvibili.

E' proprio su queste variabili che il coordinatore deve agire nell' interesse individuale e collettivo per migliorare la vivibilità all'interno della propria U.O.

Fattori come le pratiche burocratiche, le frequenti interruzioni durante l'attività professionale, il conflitto con il coordinatore, la modificazione improvvisa della turistica e il cambiamento di equipe di lavoro, sono frutto di disorganizzazione interne all' U.O, di mancanza di comunicazione tra professionisti.

ADESIONE DEGLI INFERMIERI ALLA RICERCA

GRAFICO 1

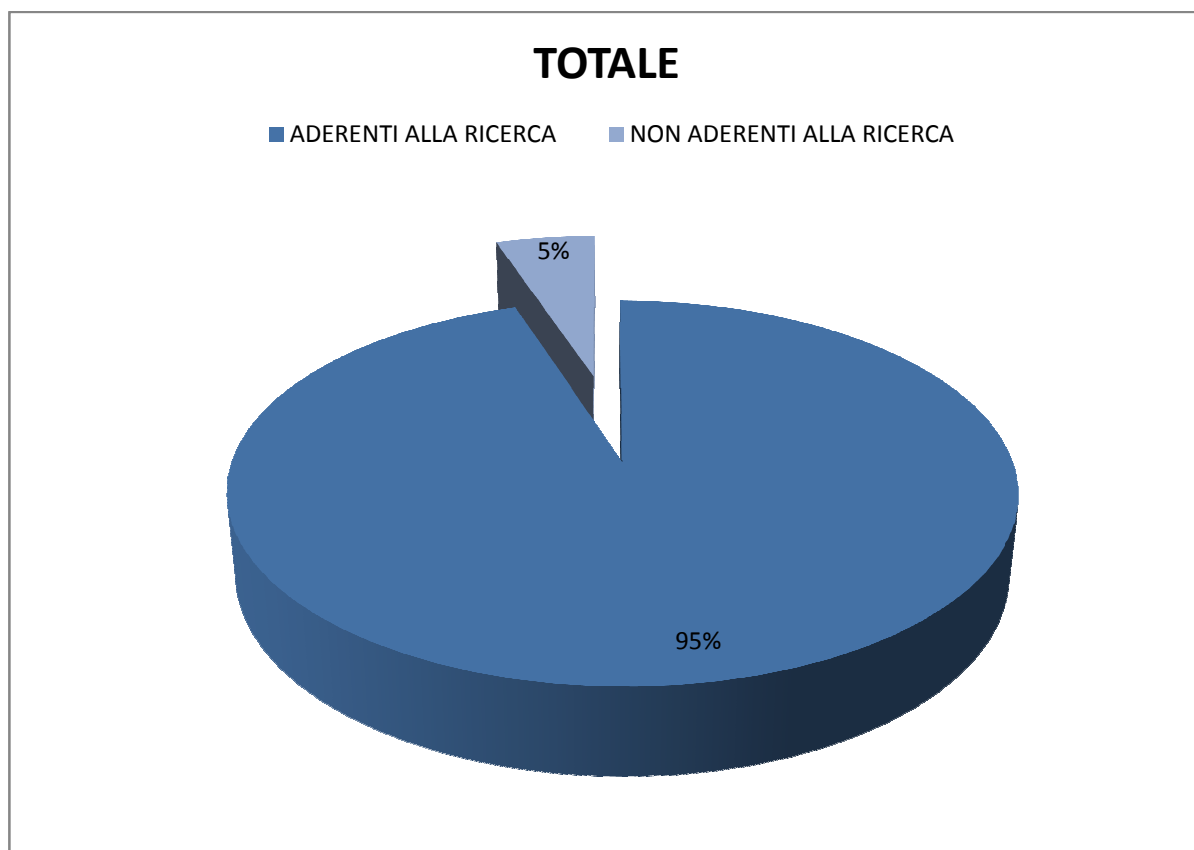
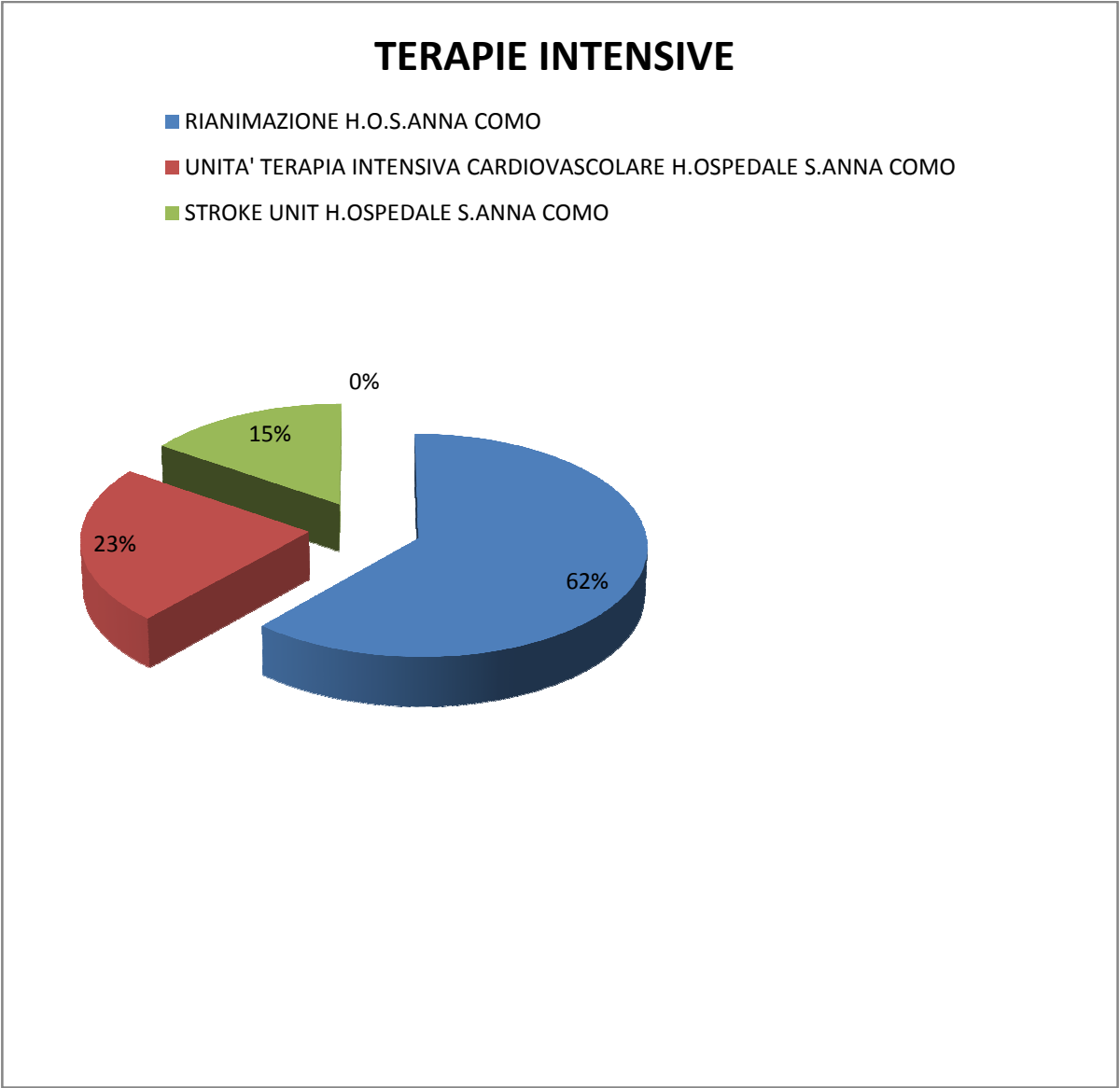
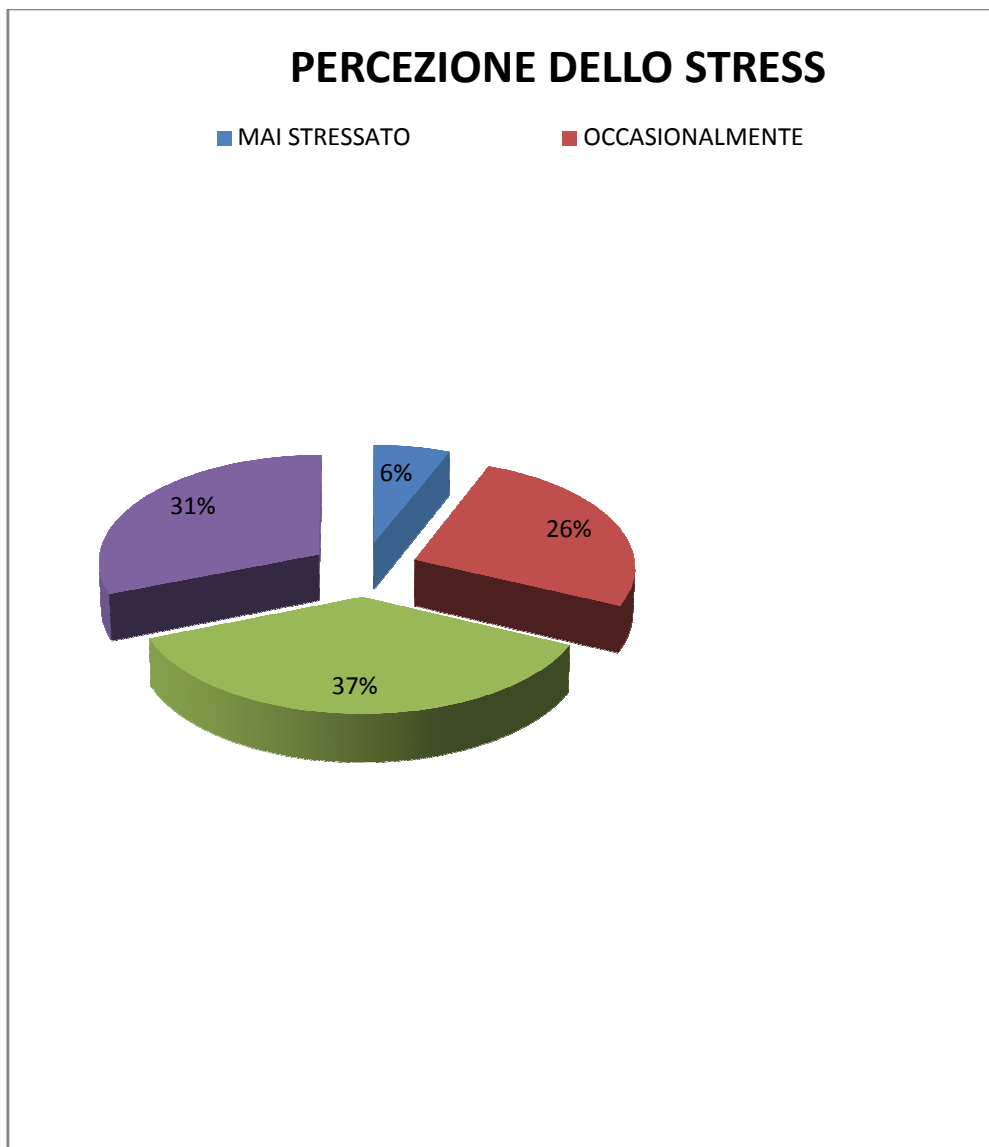


GRAFICO 2



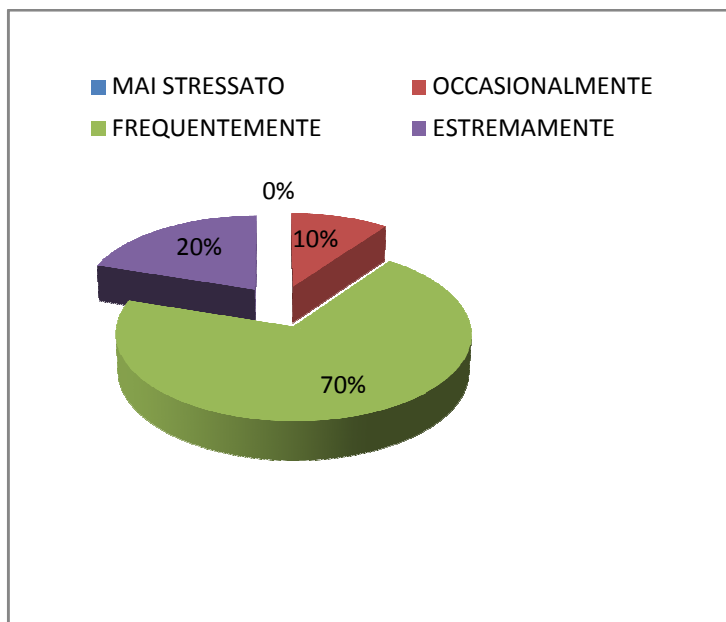
ELABORAZIONE RISULTATI

GRAFICO 3

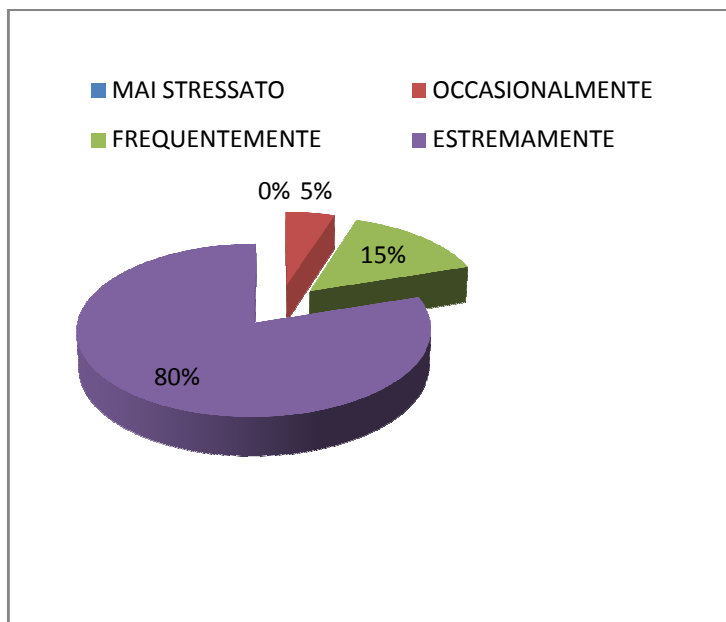


ANALISI DEI RISULTATI OTTENUTI

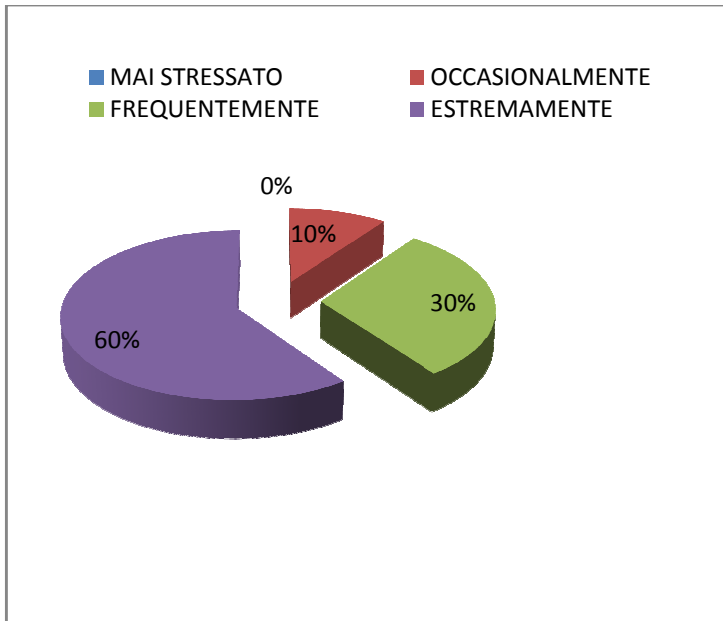
1.ESECUZIONE PROCEDURE DOLOROSE PER IL PAZIENTE



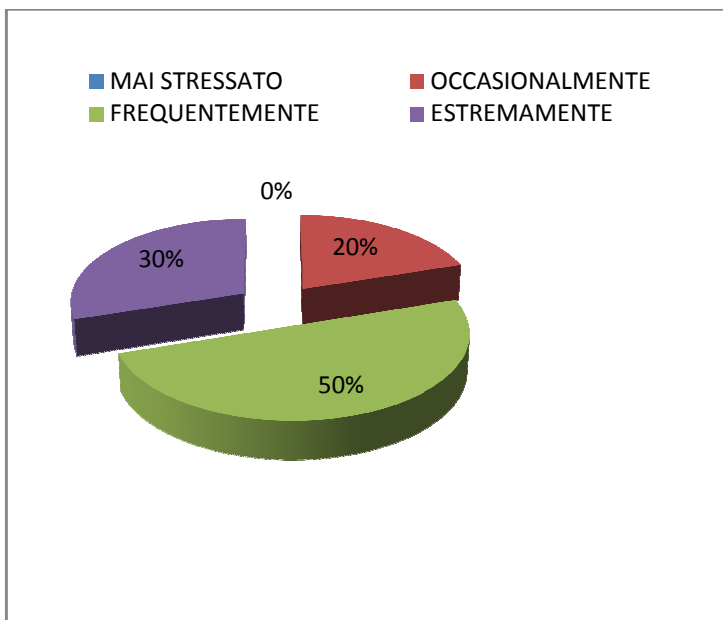
2. FREQUENTI INTERRUZIONI NELL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE



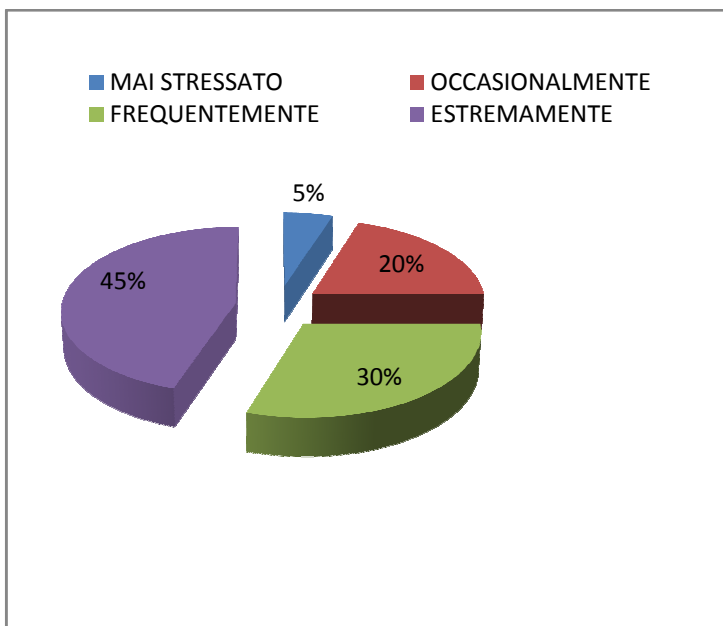
3 SENTIRSI IMPOTENTI DI FRONTE AL DOLORE DEL PAZIENTE



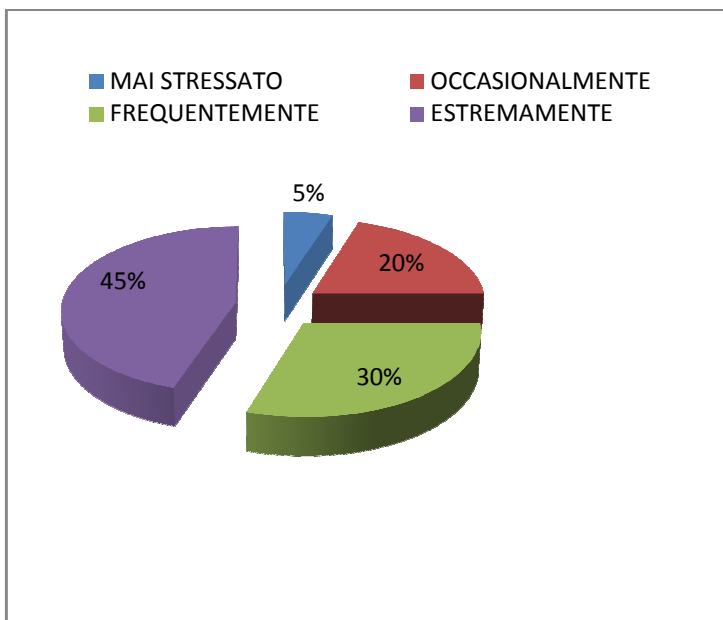
4 PARLARE CON UN PAZIENTE CONSAPEVOLE DELLA SUA PROGNOSI INFAUSTA



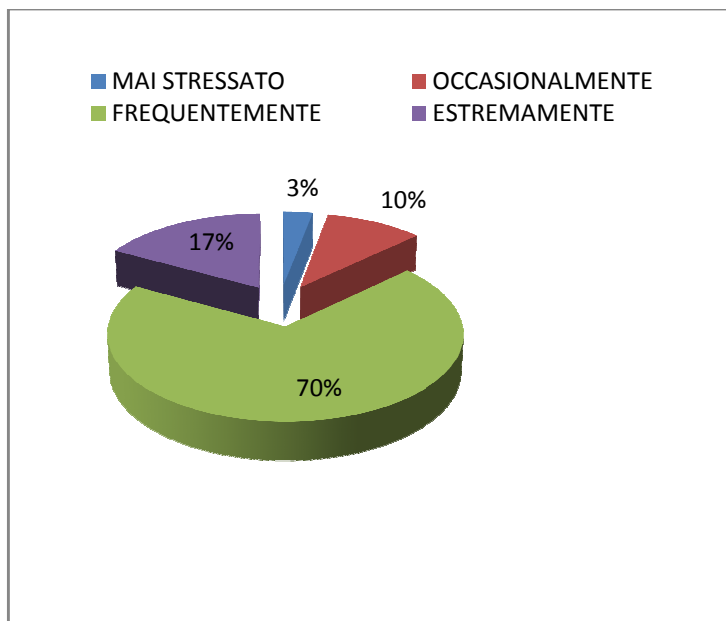
5. NON ESSERE IN GRADO DI COMPRENDERE LE RICHIESTE DI UN PAZIENTE



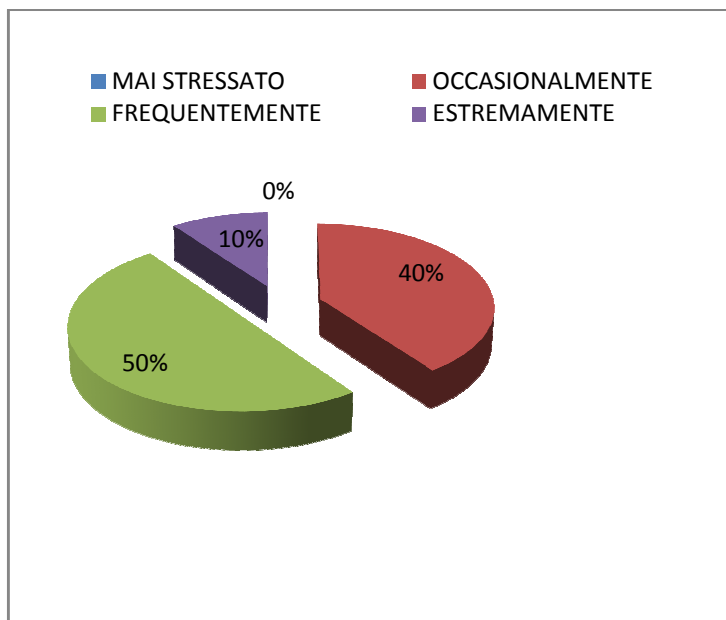
6. LA MORTE DEL PAZIENTE



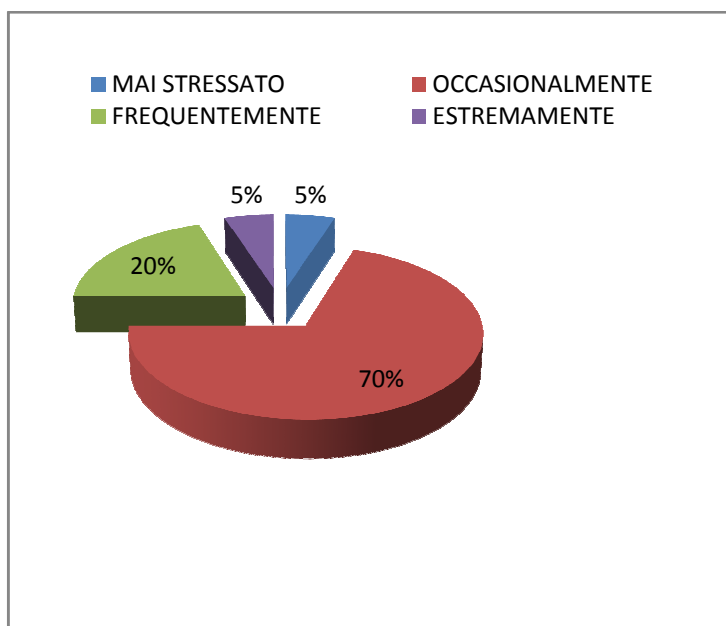
7.PROBLEMI A RAPPORTARSI CON UNO O PIU MEDICI



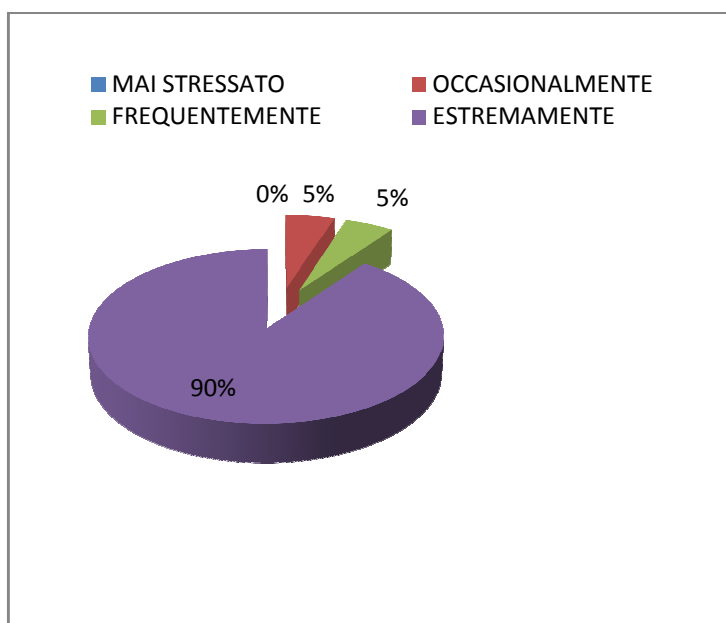
8.TIMORE DI COMMITTERE ERRORI NEL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE



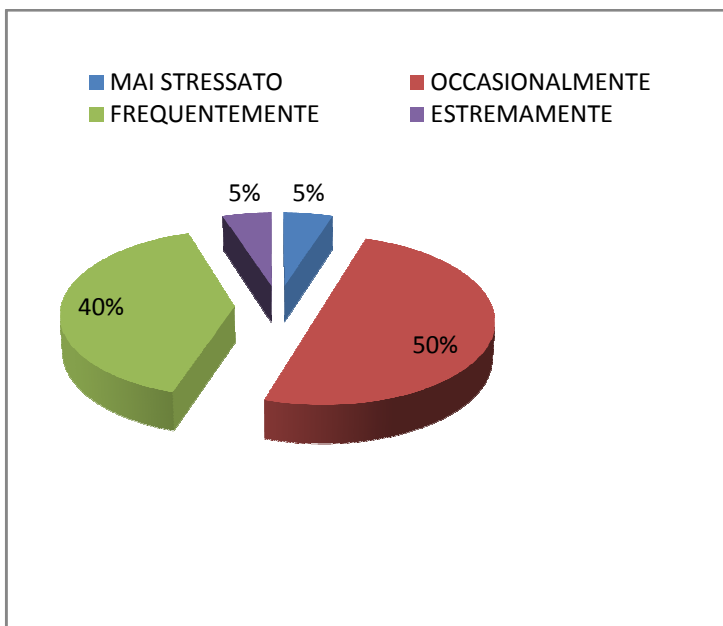
9. NON AVERE LA POSSIBILITA' DI RAPPORTARSI CON IN COLLEGHI



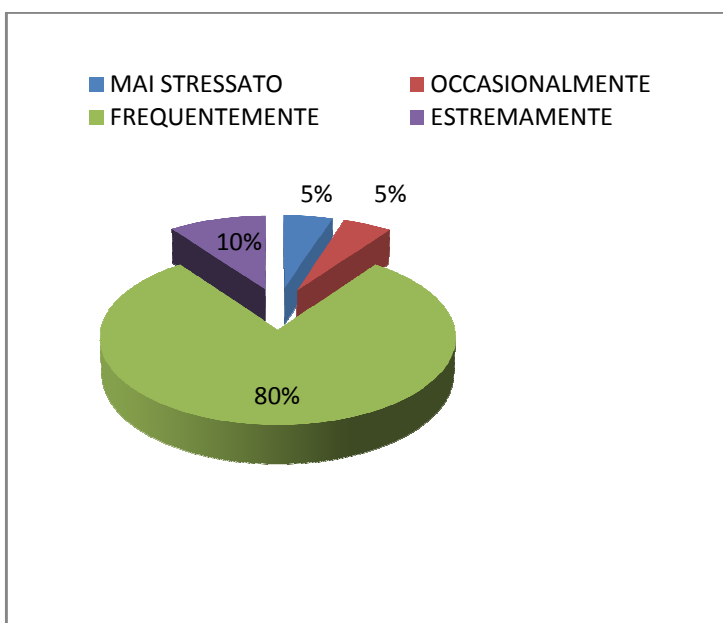
10. MORTE DI UN PAZIENTE CON PARENTELA O A NOI CARO.



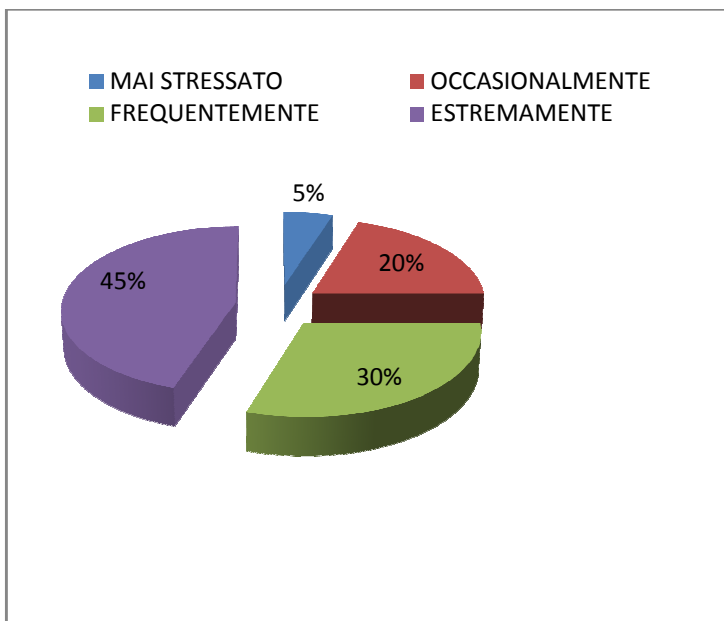
13. ASSENZA DEL MEDICO DURANTE LA MORTE DEL PAZIENTE



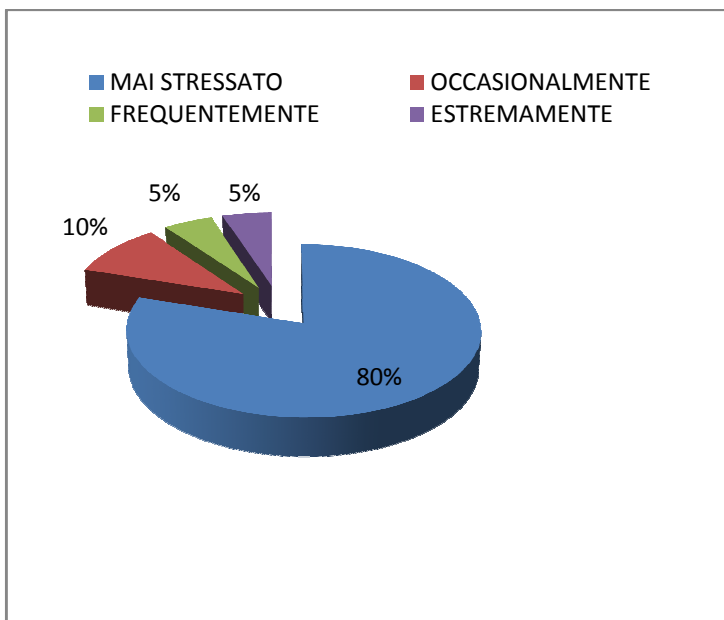
12 DISACCORDO SU PIANO DI CURA DEL PAZIENTE E PROCEDURE.



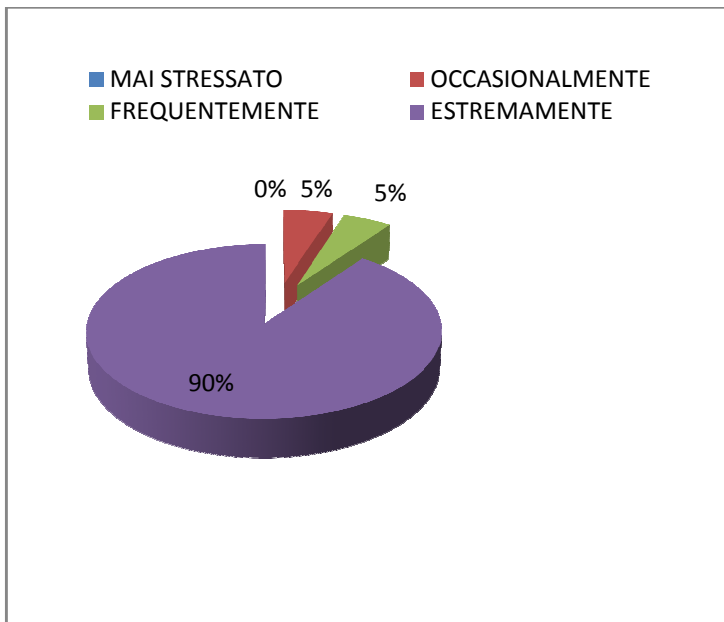
13.SENTIRE DI NON ESSERE PREPARATO AD ASSISTERE EMOTIVAMENTE I
FAMIGLIARI DEL RICOVERATO



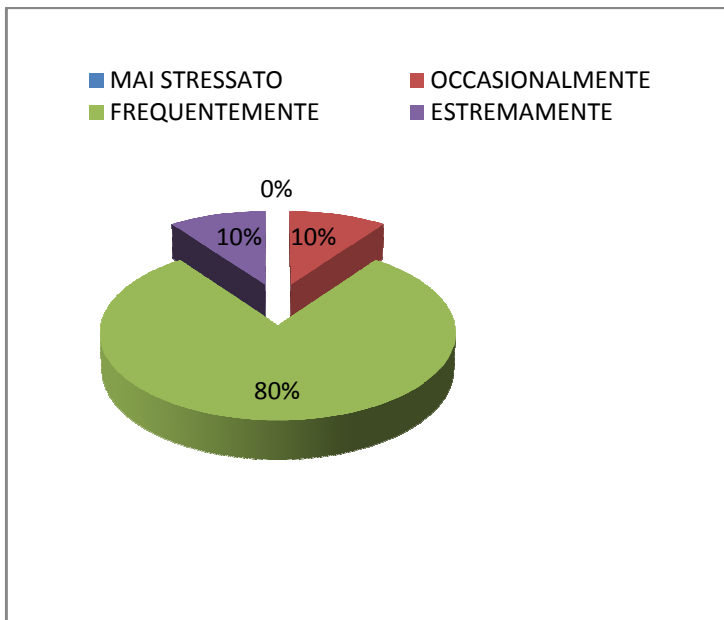
14.VENIRE A CONOSCENZA DI PROBLEMATICHE PERSONALI DELLA PERSONA



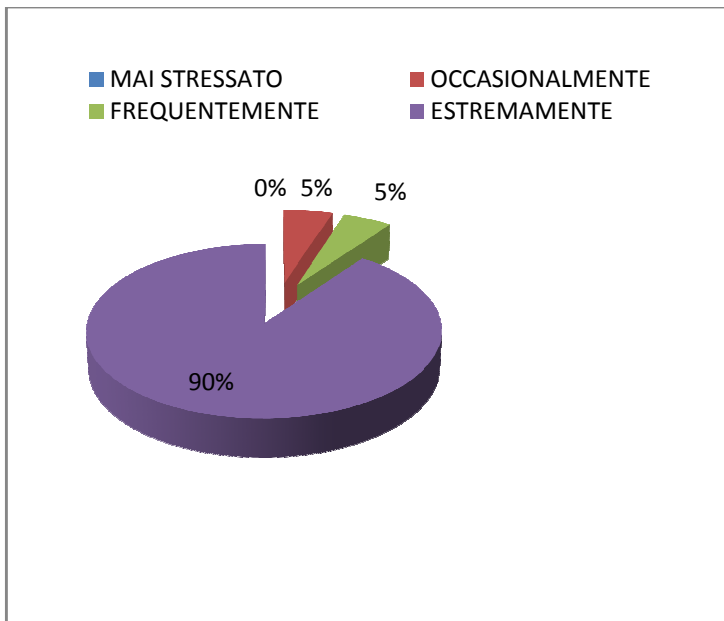
17. NON RICEVERE INFORMAZIONI NECESSARIE/SUFFICIENTI SULL' ASSISTITO
DALLO STAFF MEDICO



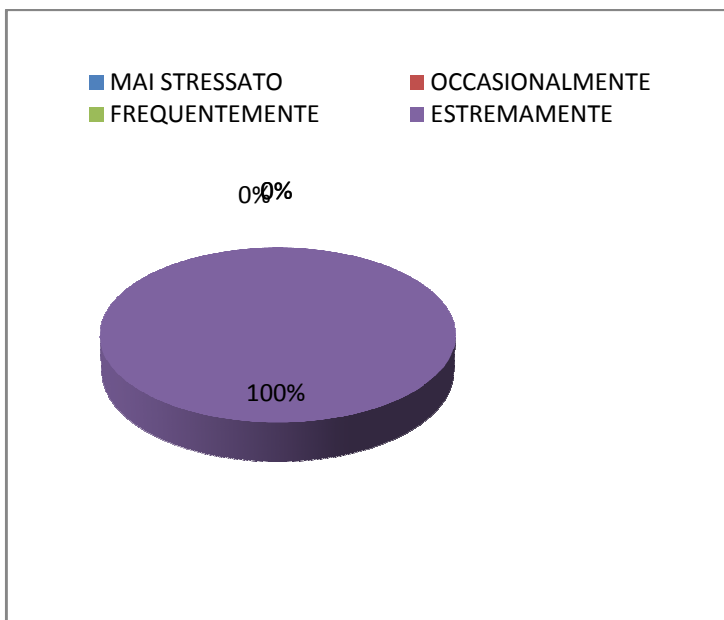
16. NON ESSERE IN GRADO DI RISPONDERE ALLE DOMANDE DEL PAZIENTE



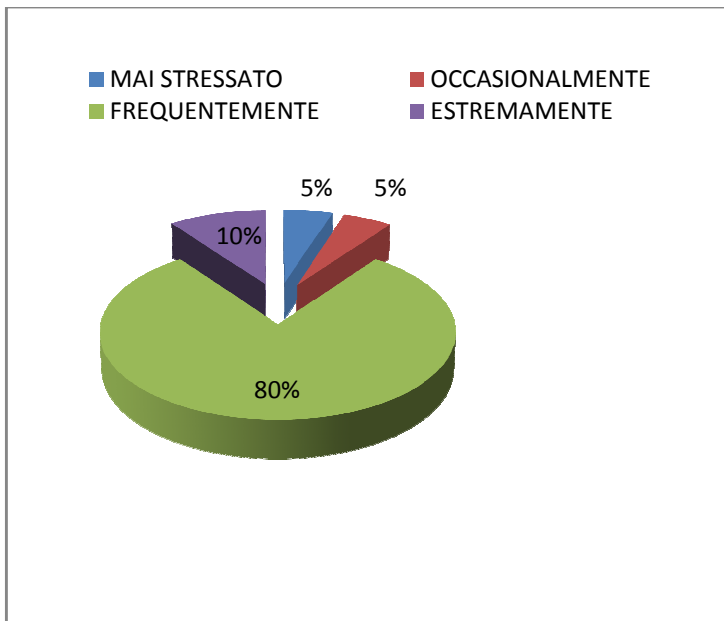
17.PRENDERE DECISIONI QUANDO IL MEDICO NON E' PRESENTE.



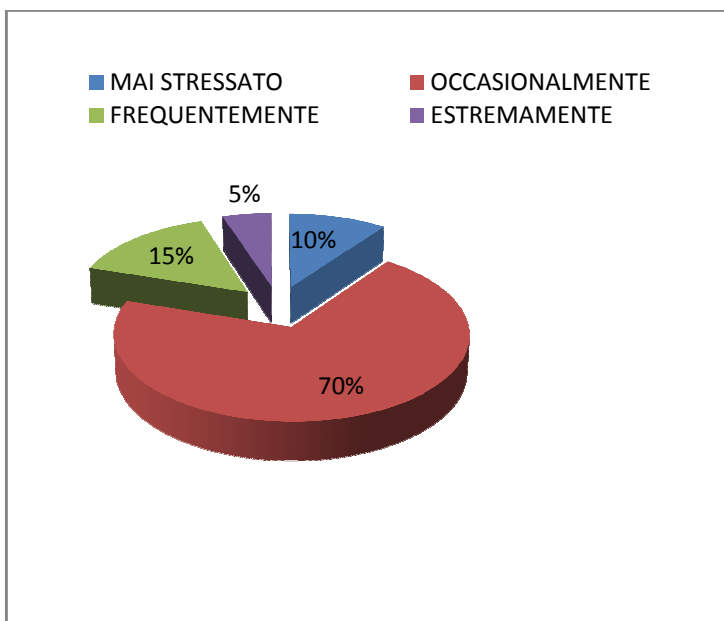
18.NON POTER ASSISTERE IL PAZIENTE CORRETTAMENTE PER MANCANZA DI RISORSE,



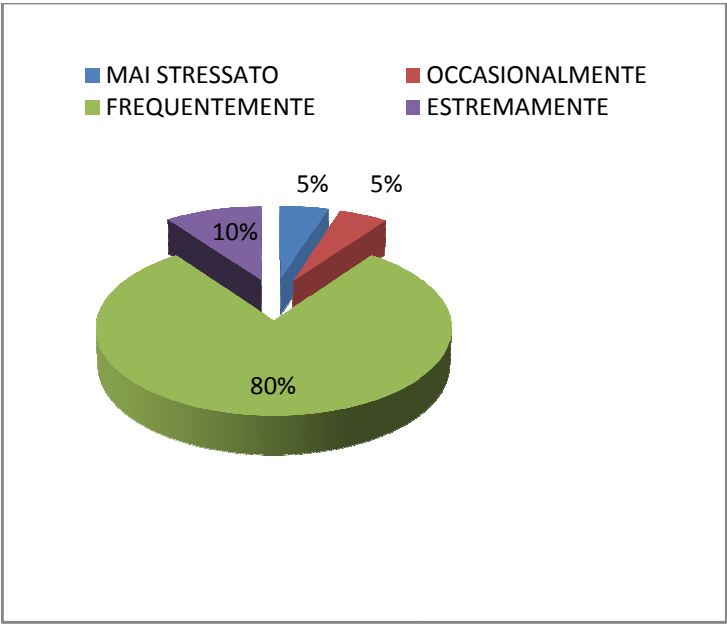
19.SENTIRSI EMOTIVAMENTE IMPREPARATI



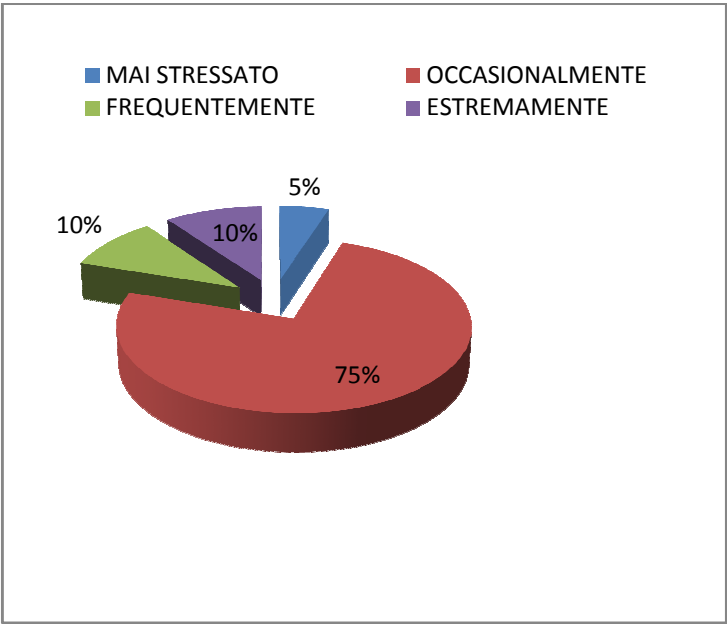
20.CRITICA DEL COORDINATORE E/O SUPERIORE



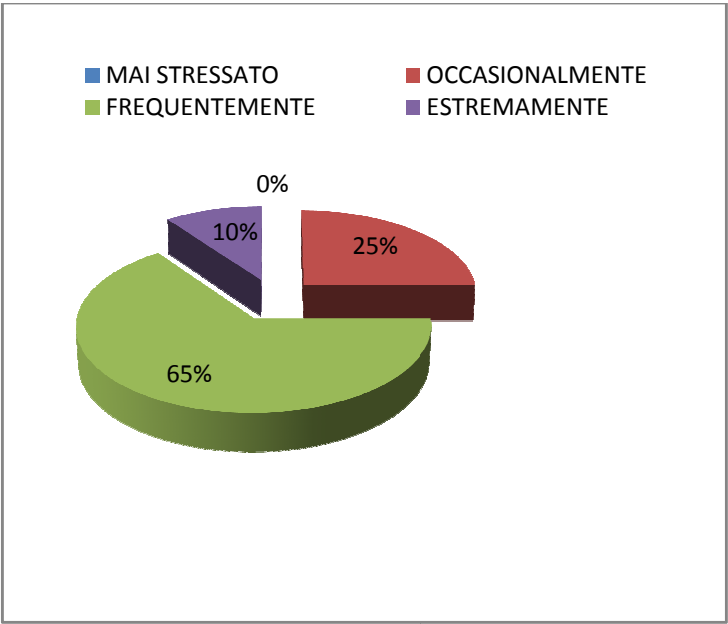
21.CAMBIAMENTO IMPROVVISO E REPENTINO DELL'EQUIPE



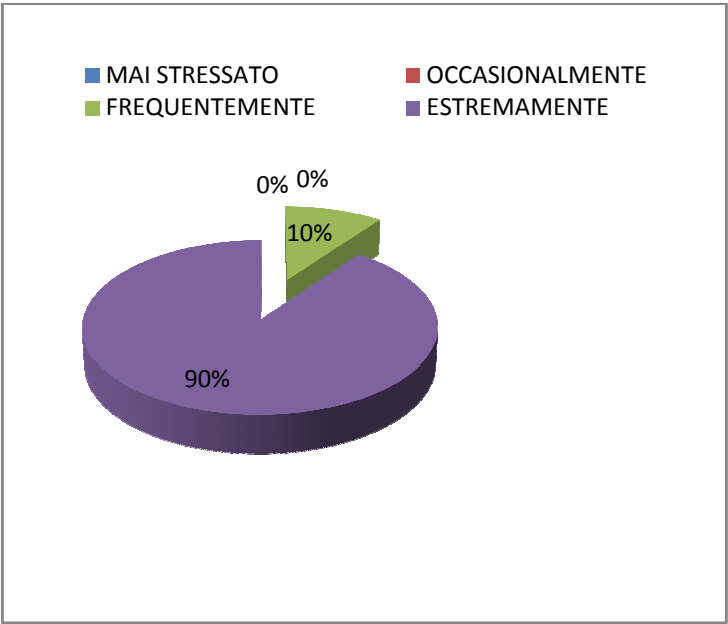
22.CRITICA DA PARTE DEL MEDICO



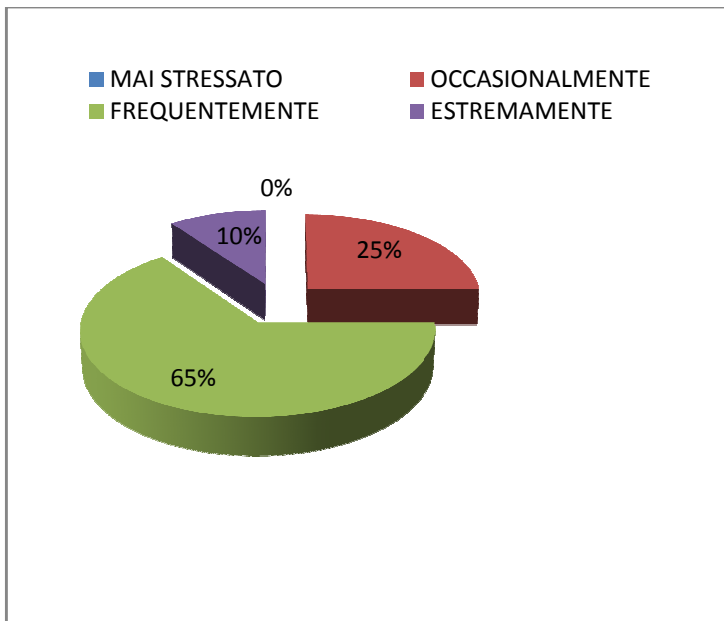
23.INAPPROPRIATEZZA DI UNA PRESCRIZIONE MEDICA



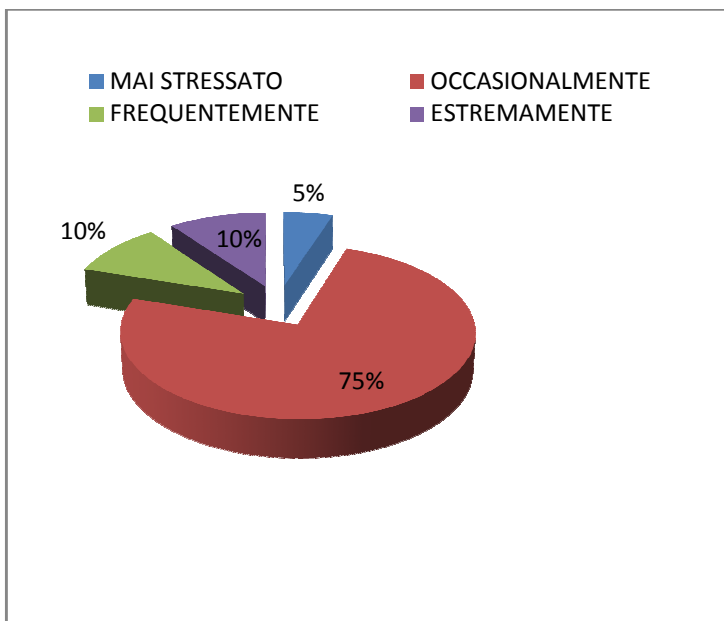
24.PRESENZA DI MOLTEPLICI PRATICHE BUROCRATICHE



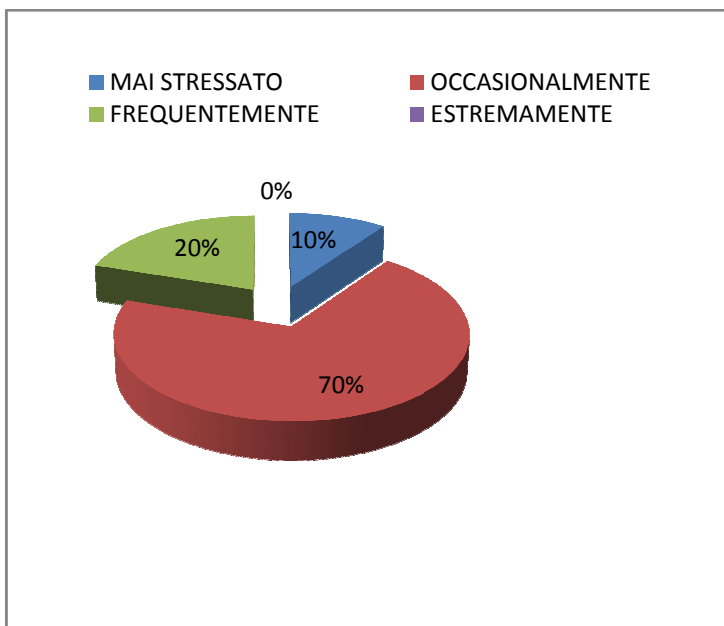
25.DIFFICOLTA' A LAVORARE CON I COLLEGHI IN EQUIPE



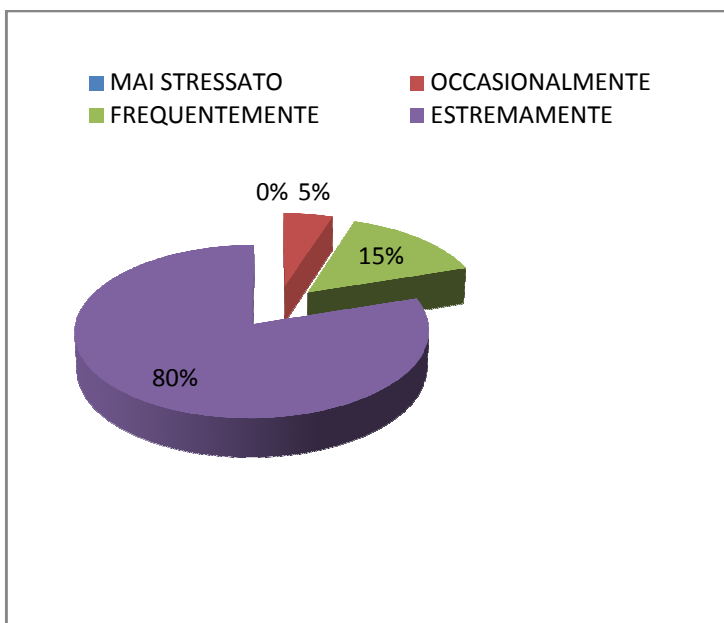
26.NON AVERE ABBASTANZA TEMPO PER ESAURIRE LE ATTIVITA' PREPOSTE.



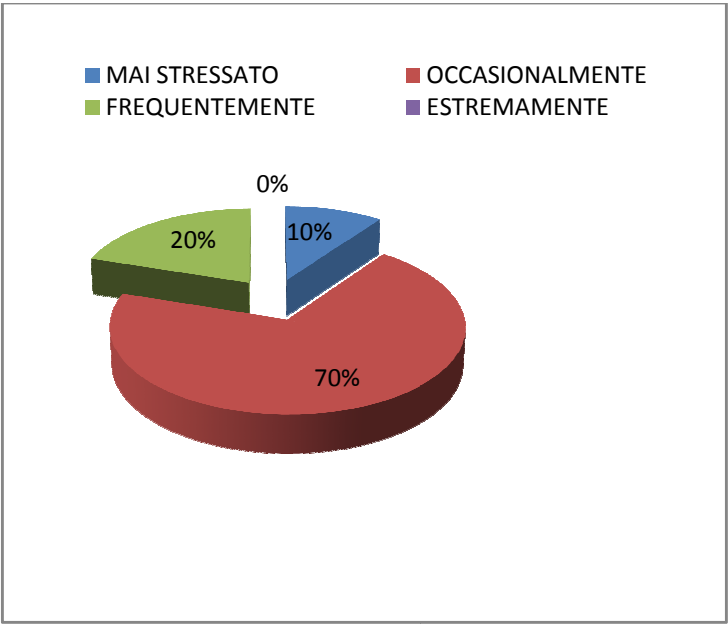
27ASSENZA DEL PERSONALE MEDICO DURANTE EMERGENZA



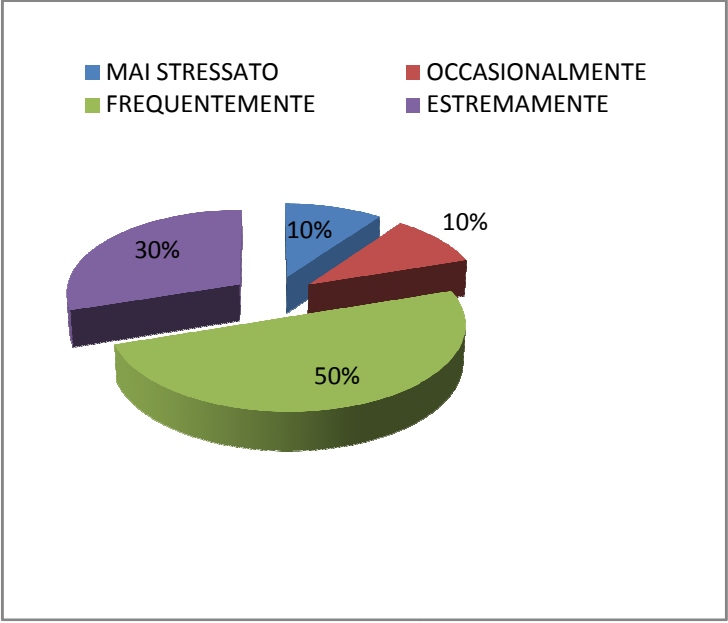
28NON ESSERE IN GRADO DI RAPPORTARMI CON I PARENTI DURANTE LA COMUNICAZIONE DI EXITUS.



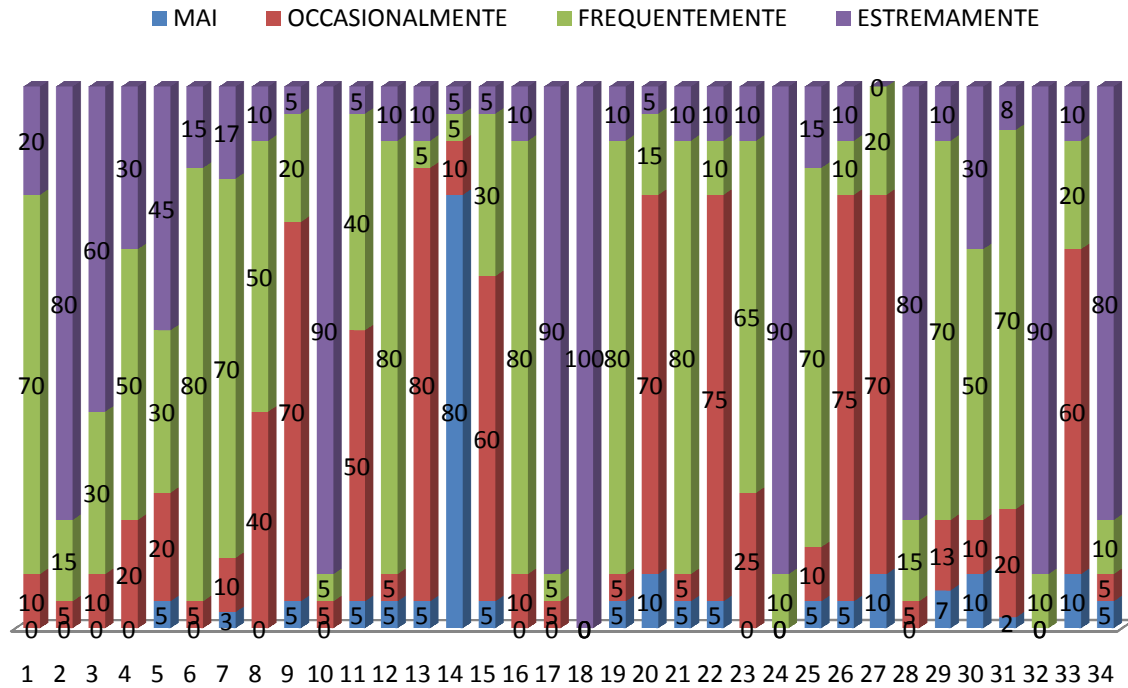
29.IL TRATTAMENTO DEI COLLEGHI NEI MIEI CONFRONTI



30.PROBLEMI CON IL COORDINATORE



ANALISI DEI RISULTATI



Il grafico rappresenta sulle ascisse (da 1 a 34) gli items del questionario, mentre le ordinate la percentuale di stress percepito suddivisa in mai, occasionalmente, frequentemente, estremamente.

CONCLUSIONI

La capacità di gestire lo stress sul posto di lavoro può non solo migliorare la salute fisica ed emotiva, ma anche fare la differenza tra il successo o il fallimento. Le emozioni sono contagiose e lo stress ha un impatto fondamentale sulla qualità della vita e delle interazioni con gli altri. Un infermiere sottoposto a stress sul posto di lavoro, senza un adeguato supporto psicologico e senza un adeguato confronto con gli altri rischia giorno per giorno di imbattersi nel fantomatico ma non meno reale burnout. La corretta gestione dello stress invece influenza positivamente coloro che ci circondano dando spazio al confronto e migliorando nettamente la qualità non solo della vita personale ma anche professionale.

E' per questo motivo che l'obiettivo della nostra tesi mira a riconoscere precocemente lo stress in modo da evitare che questo possa crescere e sostituirsi al benessere emotivo dell' infermiere che lavora in contesti altamente intensivi come l'area critica. La gestione del personale è una variabile fondamentale della funzione organizzativa. Nel ruolo di leader rientra la capacità di influenzare e non di "manipolare" il comportamento delle persone.

Il coordinatore non è solo leader, egli dovrà essere leader positivo e il principale attore nel prevenire lo STRESS all'interno dell'area da lui coordinata.

La variabile umana, le persone ed il loro vissuto son il terreno su cui il coordinatore deve lavorare.

Le persone come già ampiamente detto sono fatte di emozioni e la cultura delle organizzazioni influenza ed è costantemente influenzata dalle emozioni.

La presa di visione di questi aspetti comporta una gestione migliore delle conflittualità e delle resistenze che ne derivano.

Le realtà delle terapie intensive, fatte quotidianamente da sofferenza, dolore e difficili rapporti con la parentela del paziente rappresenta spesso momento di tensione e disagio, ciò che non è permesso all' infermiere è avere tempo, per riflettere sulle proprie emozioni e quelle delle persone che lo circondano. Diverse indagini sulla salute del lavoratore definiscono lo stress come il risultato di stanchezza emotiva, mancanza di controllo in situazioni di lavoro altamente esigenti, sensazioni di sforzo, fatica

Stress sul lavoro in ambito sanitario è associato a situazioni specifiche, come ad esempio problemi con i colleghi, l'ambiguità e conflitti di funzione, rientri frequenti, la pressione da parte di superiori in base alla percezione dell'individuo e trasformazioni subite nel contesto dell'occupazione. Queste situazioni possono essere importanti fonti di stress.

Tra questi, l'infermiere non è esente dalle conseguenze dello stress sul lavoro, mostrando problemi quali l'insoddisfazione lavorativa, la sindrome di burnout, e l'assenteismo.

Proponendoci di ricavare dalla letteratura scientifica specifici strumenti che possano essere adattati e riproposti con cadenza regolare per misurare la quantità di stress del personale, abbiamo preso in considerazione plurime scale che però non si adattavano perfettamente alla situazione tipo della terapia intensiva, oppure non erano esclusivamente rivolte ad un campione di infermieri.

La scala che più si adatta al contesto di stress infermieristico in terapia intensiva è la NURSING STRESS SCALE.

La Nursing Stress Scale scala riuniva i 34 items in 6 gruppi:

- Morte del Paziente
- Conflitto con parenti e pazienti
- Inadeguata preparazione
- Possibilità' e opportunità di supporto emotivo
- Conflitti con altri infermieri
- Carico di lavoro

Essa consente all' utilizzatore di questo strumento di disporre di una visione olistica dei problemi e delle fonti di stress che vengono a crearsi nel contesto delle terapie intensive, nel quotidiano confronto tra infermieri ed equipe sanitaria ma anche nei confronti dei degenti ricoverati.

La scala utilizzata non considera età, sesso, anni di anzianità di servizio, ne tantomeno implica un vincolo di somministrazione verso la struttura (non indicazione alla quantità di letti appartenenti all U.o di terapia intensiva) e alla tipologia di quest'ultima (Rianimazione-Stroke Unit-Terapia Intensiva Cardiovascolare).

Lo strumento da me utilizzato è di rapida consultazione di veloce compilazione e facile interpretazione, inoltre in solo 34 items vengono raggruppate molteplici fattispecie.

La nostra ricerca ha messo in evidenza che il livello di stress nei confronti del personale infermieristico ricopre un volume esteso ma soprattutto che questo disagio coinvolge svariati stadi emozionali e lavorativi.

I fattori che più emergono, e quali difficoltà rappresentano:

- Avere a che fare con le responsabilità elevate, l'organizzazione pratica del lavoro intesa quale spazio, risorse, comunicazione, cura di pazienti con patologie terminali, scarsità feedback dal lavoro.

- Natura dell'impegno lavorativo (contatti con parenti e pazienti, fatica fisica, alti livelli di difficoltà e complessità gestionale).
- Difficoltà nella gestione dei carichi di lavoro.
- Imprevedibilità sul lavoro (numero pazienti, complessità assistenziale, disponibilità risorse).
- Spazio non appropriato.
- Risorse umane inadeguate
- Problemi di comunicazione e formazione.
- Alti livelli di stress.
- Inadeguatezza assistenziale e accanimento terapeutico.
- Insicurezza del lavoro medica (giovani medici inesperti)
- Scarsità feedback

Spesso alcune situazioni, banalmente, appartengono alla sfera della burocrazia e dell'organizzazione del reparto. Ciò fa riflettere e capire quanto spesso la corretta gestione di un U.O. possa incidere sul benessere dell'equipe di lavoro. Negli ambienti di lavoro si crea un ambiente di interdipendenza tra infermieri e dirigenti, essi sono co-responsabili dell'ambiente corporativo dell'organizzazione. L'infermiere ha facoltà di negoziare con il dirigente programmi di formazione nel suo campo di specialità, così come è responsabilità del dirigente provvedere allo sviluppo di programmi per lo staff. Il coordinatore infermieristico, attraverso le sue competenze funge da tramite tra il gruppo infermieristico e la dirigenza, manifestando ad entrambe i livelli disagi e opinioni nell'interesse del benessere e dell'equilibrio della propria U.O.

Il proposito di questo lavoro, mira a mettere a disposizione del coordinatore infermieristico (punto di riferimento e cardine dell'U.O.) uno strumento valido e riproponibile.

Attraverso la ripetizione anche semestrale del questionario, è infatti possibile riscontrare quali possono essere i fattori che mano a mano conducono il professionista a stress.

Il coordinatore infermieristico sarà così in grado di attuare precisi interventi mirati alla diminuzione dello stress ma soprattutto **alla prevenzione** di quest'ultimo.

Un programma che il coordinatore deve promulgare è sicuramente la rilevazione della diffusione del fenomeno, dei suoi effetti nel breve, nel medio e nel lungo termine ma anche valutare i costi nei tre livelli ossia quello delle persone considerate, della struttura di lavoro e quello della collettività. Alla base della prevenzione vi è una corretta conoscenza.

E' quindi necessario, al fine di prevenire l'insorgenza dello stress apportare semplici cambiamenti privi di costo e comunque a costi contenuti, agli assetti organizzative/o al contenuto del lavoro.

Alcuni mezzi di prevenzione sono rappresentate da innovazioni partecipative tendenti a:

- *Aumentare la sua partecipazione nelle decisioni in merito all'organizzazione del lavoro al quale è adibito.*
- *Assicurarsi che i compiti a lui affidati siano compatibili con le sue motivazioni e le sue effettive capacità*
- *Chiarire ove possibile, gli obiettivi perseguiti dalla struttura e/o dall'organizzazione e i valori cui essi sono rivolti.*
- *Esplicitare agli operatori il ruolo di ciascuno di essi rimarcandone il rilievo nell'intero processo grazie anche alle motivazioni individuali.*

Intuitivamente si può ipotizzare che ciò non solo inciderebbe positivamente sull'efficacia delle prestazioni, ma conferendo un esplicito apprezzamento PREVENTIVO all'attività svolta dall'operatore renderebbe l'attività stessa stimolante e gratificante.

Il coordinatore quindi potrebbe.

- Divulgare gli obiettivi scelti
- Contenere gli adempimenti burocratici e routinari a carico dell'operatore.
- Coinvolgere l'operatore nell'attività della struttura anche attraverso incontri periodici.
- Eliminare dall'ambiente di lavoro i fattori di rischio per la salute degli operatori.
- introdurre incentivi e gratificazioni di natura diversa.
- Formazione permanente degli operatori
- Istituire attività di sostegno/consulenza a favore degli operatori.
- Somministrare periodicamente questionari che analizzino il fenomeno dello stress nella propria U.O. come strumento di prevenzione

La prevenzione dei fattori di stress, apparentemente argomento banale, dovrebbe invece rappresentare un fondamentale momento di riflessione per tutti i coordinatori infermieristici.

Il miglioramento della qualità e dell'ambiente lavorativo, della comunicazione tra colleghi, medici e coordinatore stesso, rappresentano i principi cardine del benessere di un'unità operativa'.

In reparti intensivi come le aree critiche il professionista è chiamato a rispondere in brevissimo tempo a situazioni di criticità estreme in cui il paziente è fortemente in pericolo di vita e quindi si necessitano interventi tempestivi spesso dolorosi e invasivi per il paziente.

E' qui che il coordinatore attraverso l'osservazione e l'ascolto deve cercare di comprendere ed intervenire per mediare, evitare e prevenire situazioni di tensione e contrasto.

Solo attraverso l'esperienza, la capacità di rapportarsi con gli altri e l'utilizzo di strumenti scientificamente consolidati (quali questionari etc..) il coordinatore infermieristico puo' mettersi in gioco per ottenere ciò che in ogni Unità Operativa si ricerca: la serenità.

BIBLIOGRAFIA

- Avallone F., *Psicologia del lavoro. Storie, modelli, applicazioni*. Carocci, Roma; 2000
- Bellelli G., *Sapere e sentire*. Liguori, Napoli; 1995
- Borgogni L., *Efficacia organizzativa. Il contributo della teoria sociale cognitiva alla conoscenza delle organizzazioni*. Guerini Studio, Milano; 2001
- Cannavici M., "Trauma psichico: fattori di rischio e fattori protettivi.", Atti delle 1° Giornate di Studio su Gravi Stress, Traumi e Salute, a cura di Maura Sgarro, Ed.Kappa, Roma, 2000.
- Carlo Calamandrei, Annalisa Pennini. *La leadership in campo infermieristico*, Mc.Graw-hill, Milano; 2008
- Carotenuto A., *Il tempo delle emozioni*. Bompiani, Milano; 2003
- Cassidy T., *Stress e salute*. Il Mulino, Bologna; 2002
- Cattarinussi B., *Emozioni e sentimenti nella vita sociale*. Franco Angeli, Milano; 2002
- Chmiel N., *Tecnologia e lavoro*. Il Mulino, Bologna; 1998
- Corigliano E., *Emozioni al lavoro*. Carocci, Roma; 2001
- Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics*. 2002; 9(6): 636-650
- Jameton A. *Nursing Practice: The ethical issues*. 1984. Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics*. 2005; 12: 381-390
- Deahl, M. , " Psychological debriefing: controversy and challenge", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 929-939, 2000.
- Del Rio G., "Stress e lavoro nei servizi. Sintomi, cause e rimedi del Burnout", NIS, Roma, 1990.
- Dyregrov, A. , " The process in critical incident stress debriefings", *Journal of Traumatic Stress*, 10, 589-605, 1997.
- Elpern EH, Covert B, Kleinpell R). Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *Am J Crit Care* 2005; 14(6): 523-530
- Austin W, Lerner Meyer G, Goldberg L, Bergum, V, Johnson M. Moral distress in healthcare professionalist. *Alberta RN Magazine*. 2008; 64: 4-5
- Raines ML. Ethical decision making in nurses. *JONA's Healthcare Law, Ethics and Regulation*. 2000; 2: 29-41.
- Wilkinson JM. Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nurs Forum* 1987; 23(1): 16-19

Cohen JS, Erickson JM. Ethical dilemmas and moral distress in oncology nursing practice. Clin J Oncol Nurs 2006; 10(6): 775-782

Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. J Adv Nurs 2001; 33(2): 250

Maneesriwongul W, Dixon JK. Instrument traslation process: a methods review. J Adv Nurs 2004; 48: 188-196

Everly G. S. Jr., Flannery, R. B., Eyler, V. A.,” Critical Incident Stress Management (CISM): A statistical review of the literature”,Psychiatric Quarterly, 73, 171-182,2002.

Farnè M., *Lo Stress*. Il Mulino, Bologna; 1999

Favretto G., *Lo stress nelle organizzazioni*. Il Mulino, Bologna; 2003

Fineman S., *Emotion in organization*. London, Sage;2000

Goleman D., *Intelligenza emotiva*. Rizzoli,Milano; 1995

Lederman L. C., “Il debriefing. Verso una valutazione sistematica di teoria e pratica”, in Marcato P., Del Guasta C., “Gioco e dopogioco”, La Meridiana, Molfetta, 1997.

Lombardo C., Cardaci M., *Le emozioni. Dalle teorie alle persone*. Carocci, Roma; 1998

Mitchell, J. T. “When disaster strikes. The Critical Incident Stress Debriefing”, Journal of Emergency Medical Services, 8, 36-39,1983.

Raphael B. & Wilson J. P. , “ Psychological debriefing. Theory, practice and evidence” ,Cambridge University Press,Cambridge,2000.

Mitchell, J. T., “ The history, status and future of critical incident stress debriefings”, Journal of Emergency Medical Services, 13, 47-52,1988.

Oatley K., *Psicologia ed emozioni*. Il Mulino, Bologna; 1997

Quadrio A., Venini L., *La comunicazione nei processi sociali e organizzativi*. Franco Angeli, Milano,2000

Santaniello M., “La sindrome del Burnout”, Ed. ERIP, Pordenone, 1990.

Sarchielli G., Riccibitti P.E., “Burnout e stress lavorativo nelle professioni di aiuto”, in Trombini G., 1994.

Sgarro M., Atti del Convegno” Gravi stress, traumi e salute in ambiente ospedaliero”, Ed. Kappa, Roma, 2001.

Tartaglia F., *Affetti e Management*. UTET, Torino; 1998

Thiagarajan S., “Usare i giochi nel debriefing”,in Marcato P., Del Guasta C., “Gioco edopogioco”, La Meridiana, Molfetta 1997.

Weisinger H., *Intelligenza emotiva al lavoro*. Bompiani, Milano;1998

Zucchermaglio C., *Psicologia culturale dei gruppi*. Carocci, Roma; 2002

Zuzelo PR. Exploring the moral distress of registered nurses. Nurs Ethics 2007; 14(3):344-59

SITOGRAFIA

<http://www.evidencebasednursing.it/>

<http://www.infermierionline.it/>

<http://sbbl.it>

ALLEGATO 1 LETTERA DI RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ALL'AZIENDA DI APPARTENENZA PER LA SOMMINISTRAZIONE DEL QUESTIONARIO

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA TOR VERGATA
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
Centro di Formazione Padre Luigi Monti IDI - Saronno
Master di primo livello in Management Infermieristico
per le Funzioni di Coordinamento



**Alla cortese attenzione del
Direttore S.I.T.R.A.
Responsabile Ufficio/Servizio Infermieristico**

Oggetto: compilazione di un questionario relativo al Master di primo livello in Management Infermieristico per le Funzioni di Coordinamento.

Gent.mo Direttore S.I.T.R.A.,

Gent.mo Responsabile Ufficio/Servizio Infermieristico, sono Alessandro Picone, frequento il Master di primo livello in Management Infermieristico per le Funzioni di Coordinamento.

Le scrivo per chiedere cortesemente la sua collaborazione. Ho scelto per la mia tesi di proporre un questionario allo scopo di indagare il **ruolo e le funzioni del coordinatore infermieristico nell'identificazione precoce dello stress emotivo manifestato dal personale in intensive care unit**

Tale indagine vede protagoniste le terapie intensive delle Azienda Ospedaliera .

Chiedo gentilmente il suo aiuto affinché io possa trasmettere il questionario agli infermieri delle terapie intensive dell'ospedale S.Anna per riuscire ad ottenere il maggior numero di dati relativi alla quantità di stress percepito dai colleghi e soprattutto ottenere uno strumento utile al coordinatore per prevenire l'instaurarsi di questo fenomeno all'interno dell'u.o di appartenenza.

Se non fosse possibile identificare uno dei criteri richiesti lascio a lei l'individuazione dell'operatore più idoneo per la compilazione dell'allegato questionario.

Ai fini del completamento del lavoro le chiedo cortesemente il ritorno del questionario entro il 29 febbraio tramite mail o fax.

Ringraziandola per la collaborazione mi rendo disponibile ad un ritorno dei dati raccolti qualora lo ritenga utile.

Cordiali saluti, Alessandro Picone

ALLEGATO 2 PRESENTAZIONE DEL QUESTIONARIO AI COLLEGHI DELLE U.O DI INTENSIVE CARE UNIT OSPEDALE S ANNA.

Gentile collega, sono Alessandro Picone

Frequento il master in coordinamento infermieristico per le professioni sanitarie, ti chiedo 5 minuti del tuo prezioso tempo per rispondere a qualche domanda in forma anonima in merito alle tue sensazioni e a quali sono i fattori che secondo te possono essere vincolo di stress, durante la tua giornata lavorativa.

La mia tesi volge sul:pronto riconoscimento da parte del coordinatore infermieristico dello stress nel personale delle terapie intensive.

Grazie alle tue risposte potrò portare a termine un personale lavoro di ricerca che prevede l'individuazione di alcuni items che portano allo stress nella nostra professione, e cercare di elaborare una metodologia (con gli occhi del coordinatore) per riconoscere precocemente e intervenire interrompendone l'insorgenza.

Il questionario che ti sottoporro individuerà la presenza di 34 situazioni con 4 possibili variabili, ossia.

- MAI (NON PROVO IN ALCUN CASO STRESS)*
- OCCASIONALMENTE (QUALCHE VOLTA PROVO STRESS)*
- FREQUENTEMENTE (SPESSO MI SENTO STRESSATO)*
- ESTREMAMENTE (VIVO LO STRESS QUOTIDIANAMENTE).*

Sei chiamato a barrare con una "x" la risposta che ritieni più adeguata.

Se sarai così gentile da compilare questo documento lo ritirerò il giorno.....oppure puoi inoltrarmelo via mail all'indirizzo Alessandro.picone@XXXXXX.org

Grazie in anticipo per la tua collaborazione

Alessandro.

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio per aver reso possibile questa meravigliosa esperienza mia moglie Stefania mio figlio Achille i miei genitori e la mia famiglia che mi sono stati sempre accanto aiutandomi e sostenendomi durante questo difficile percorso.

Ringrazio inoltre in particolar modo la mia Relatrice la Dott.ssa Francesca Reato che mi ha seguito costantemente durante tutta la stesura della tesi essendo guida e sostegno in ogni momento e per ogni mio dubbio, il Dott. Gianluca Palermo che ha reso possibile questa meravigliosa esperienza, i miei colleghi di lavoro che hanno partecipato alla raccolta dati, il mio caposala Giovanni Vaghini e l'ufficio SITRA dell' Azienda Ospedaliera S. Anna Como.

Un ringraziamento anche alla Dott.ssa Maria Tartaglione che mi ha seguito durante l'esperienza didattica.