

CRCR Centro di Riferimento regionale
sulle Criticità Relazionali



OSSERVATORIO REGIONALE SULLA SICUREZZA STRADALE 6 ottobre 2016

Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali

***L'assistenza post-incidente tramite il supporto ai
pazienti, alle famiglie e agli operatori***

Responsabile CRRCR : Dott.ssa Laura Belloni

A cura di

Dott.ssa Vanessa Zurkirch, Dott.ssa Beatrice Caiulo,

Dott. Davide Giomi e Dott. Lorenzo Lucidi



Alcuni risultati 2007-2016: sviluppo rete e percorso

Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali

2007: Consulenza CRRCR per Terapie Intensive in H: bisogni paziente

2008: Consulenza CRRCR per Terapie Intensive: focus su paziente/caregivers-Operatore-Gruppo-Organizzazione sanitaria

2008: Sviluppo progettualità CRRCR per Traumi e Incidenti Stradali dall'H al territorio

2008 – 2013: Interventi professionali CRRCR su clinica e organizzazioni, formazioni, ricerca, reti, scuole sul tema

2008 – 2012 Tavolo di Coordinamento su tema per Area Metropolitana fiorentina

Sviluppo Rete CRRCR territorio: 118, Polizia Municipale, SdS, associazionismo

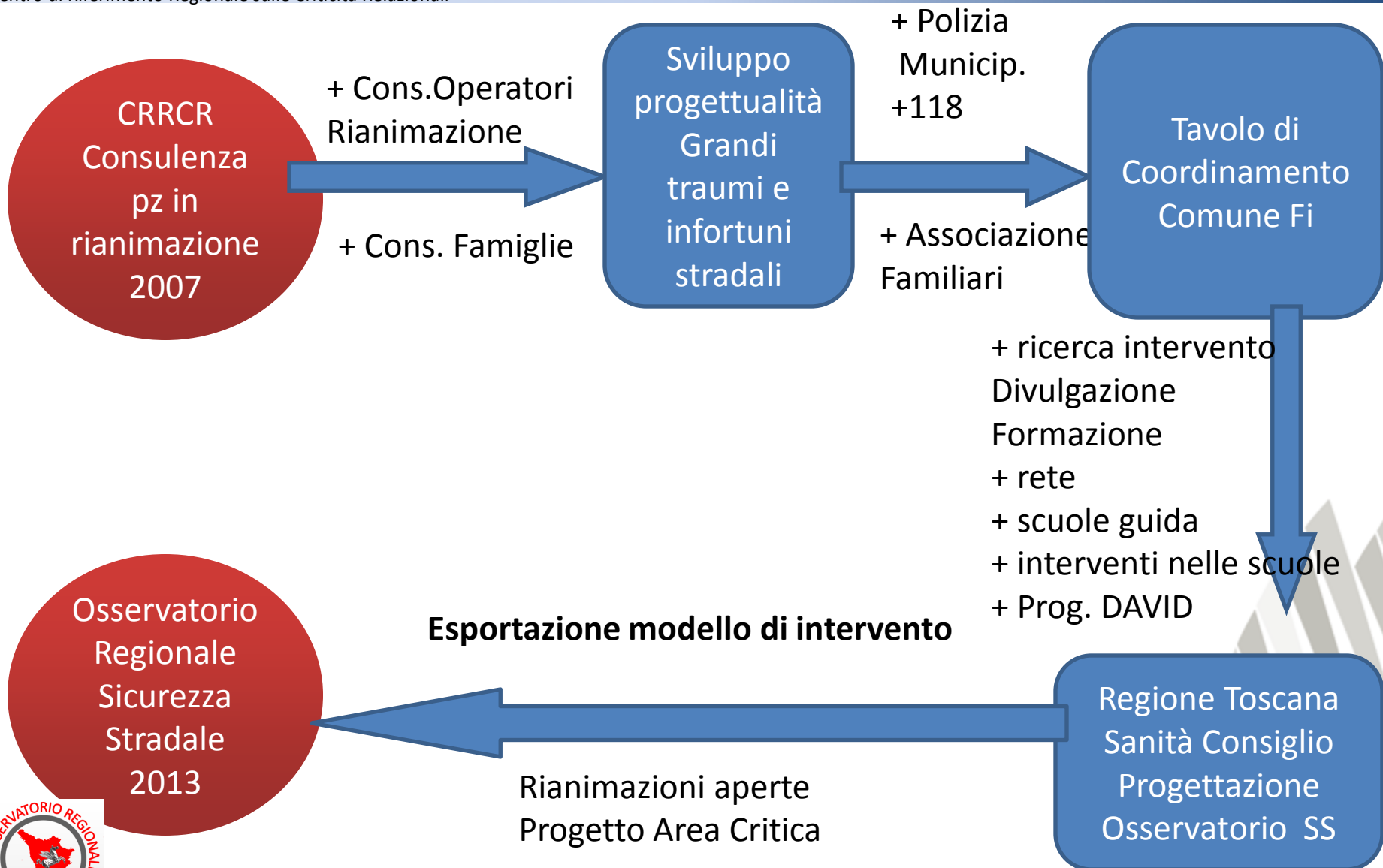
2010 – 2013: Regione Toscana, Ass Salute, CSR, Gruppi EU, CR, Interprofessionalità, SdS...

2011 – 2013 Legge Regionale per OSS; lavoro consulenziale in H per Area Critica, estensioni

2013 – 2016 Esportazioni modelli intervento: Osservatorio Sicurezza Stradale RT, DAVID, progetti CRRCR per Ospedale

CRRCR: Progettualità e ORSS

Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali



Progetti e collaborazioni in essere CRRRCR

Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali

- **Progetto rivolto alle Aree Critiche** «Intervento psicologico per lo sviluppo organizzativo e la prevenzione delle criticità relazionali nei contesti di area critica e ad alta intensità di cure» in pronto soccorso, rianimazione e terapie intensive (da gennaio 2014).
- Membri dell'**Osservatorio Regionale sulla Sicurezza Stradale** (dal 2013).
- Collaborazione con prof.ssa Giannini. Progetto Incidenti Stradali, **Università La Sapienza. Roma** (da Maggio 2015).
- Attività consulenziale CRRRCR rivolta **a vittime di incidenti, loro familiari, operatori sanitari** (dal 2007).
- collaborazione del CRRRCR con le **Istituzioni** (Regione Toscana, AOU Careggi, 118, Polizia Municipale, Società della Salute, Associazioni di vittime della strada), (dal 2007).
- Attività consulenziali e collaborazioni con «**Piano Strategico Sulla Sicurezza Stradale del Comune di Firenze, 2014-2020**».
Progetto DAVID (dal 2012).

I Traumi Stradali

Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali

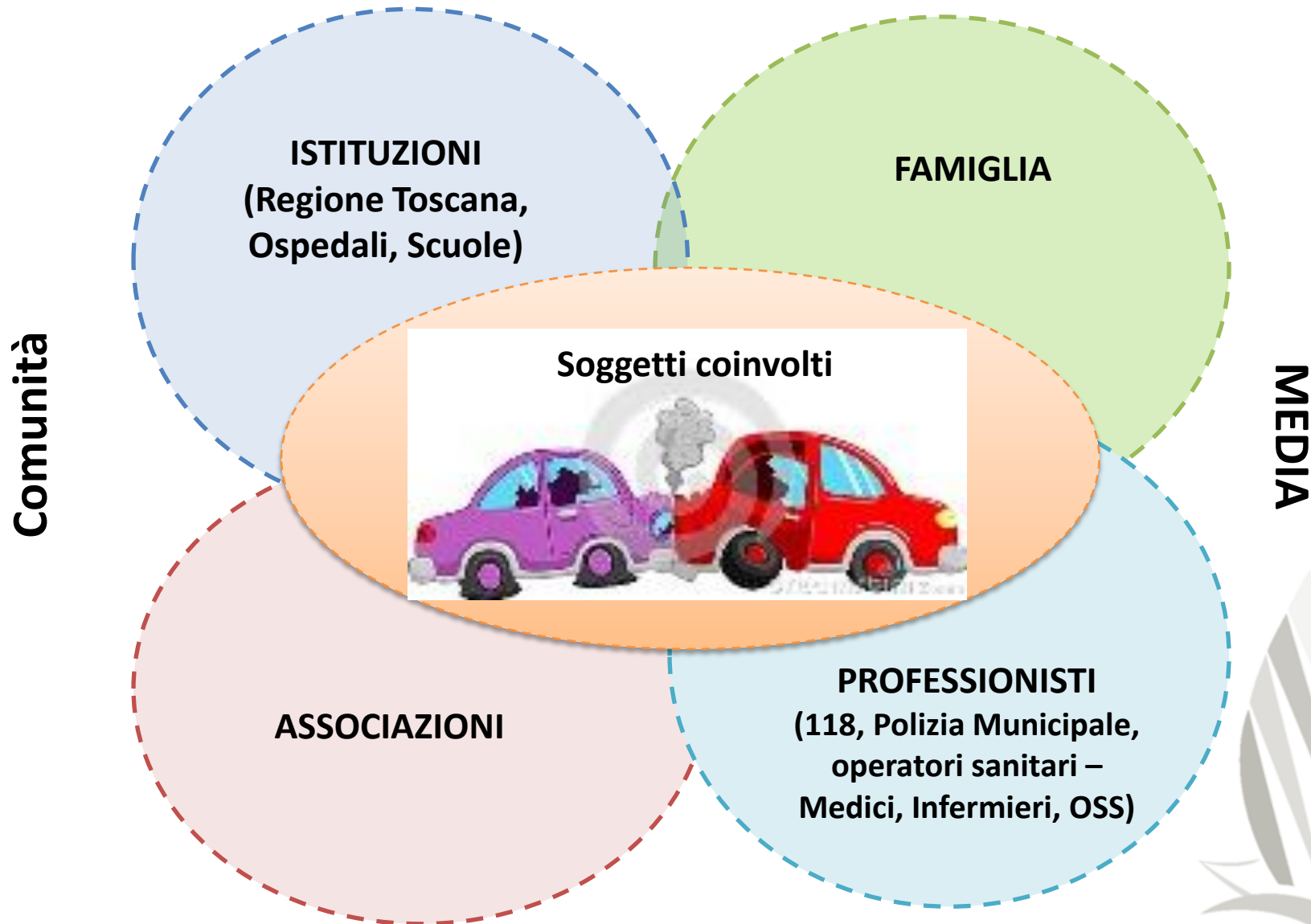
I traumatismi stradali non riguardano solo ed esclusivamente **aspetti bio – medici** sicuramente essenziali ma...

...sono eventi altamente traumatici anche sotto **l'aspetto psico sociale** poiché impattano duramente e in modo drammatico sulla persona, sulla sua famiglia, sulla comunità intera...

...ed implicano **l'esperienza di un senso di impotenza e vulnerabilità** a fronte di una minaccia che può riguardare l'integrità e condizione fisica della persona, il contatto con la morte oppure con elementi della realtà da cui dipende il fondamentale senso di sicurezza psicologica e relazionale dell'individuo.

L'incidente stradale

Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali



CONSEGUENZE PSICOLOGICHE VITTIME

Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali

Fattori stressanti per le vittime di incidenti stradali:

- l'**impotenza** e la **paura** alla minaccia per la propria e altrui incolumità;
- l'**interruzione brusca** del senso di continuità dell'esistenza;
- le **conseguenze fisiche** e la perdita dell'autonomia;
- i **cambiamenti** nei rapporti sociali e nella vita relazionale;
- il **peggioramento della qualità della vita** negli aspetti relazionali, lavorativi, economici.

Dopo un trauma stradale, nelle vittime sono frequenti i sintomi di evitamento, iperreattività, ricordi forzati, depressione, ansia, dissociazione, abuso di sostanze, isolamento sociale, fobia sociale, sentimenti di disperazione e senso di fallimento.

In letteratura (Mayou, Bryant and Duthrie, 1993) emerge come un caso su cinque sviluppi **sindromi da stress acuto** con **disturbi dell'umore, e ansia e depressione nei successivi 12 mesi**.

La traumaticità di un evento è valutabile attraverso l'analisi di fattori quali:

- Intensità e precocità del trauma
- Caratteristiche di personalità dell'individuo che lo subisce
- Capacità della rete di relazioni affettive e sociali cui la vittima appartiene di contenere ed elaborare l'evento (*resilienza al trauma*)



L'incidente stradale in quanto evento traumatico va ad attaccare il **senso di sé dell'individuo e la prevedibilità del mondo** (Tettamanzi e Sbattella, 2007)

Ogni evento assume un significato all'interno della storia personale dell'individuo

Il **trauma** può essere considerato secondo due punti di vista complementari:

Oggettivo



viene valutata la drammaticità dell'evento in sé

Soggettivo



viene considerato il soggetto coinvolto, i suoi processi cognitivi e affettivi

Sono state individuate diverse tipologie di **vittime** (Cusano, 2002):

- Vittime di primo livello, persone che hanno subito **direttamente** l'evento critico
- Vittime di secondo livello, ovvero i **parenti** delle vittime
- Vittime di terzo livello, gli **operatori di soccorso** che intervengono sulla scena dell'evento traumatico e che a sua volta possono riportare conseguenze psicologiche, traumatizzazione vicaria (McCann e Pearlman, 1990).

0-1-6-12 MESI DAL TRAUMA

Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali

Evento Traumatico



Tra le possibili reazioni immediate all'evento, particolare attenzione è stata rivolta alla presenza di dissociazione durante l'esperienza traumatica, chiamata dissociazione peri-traumatica. (Solomon *et al.*, 1996)

Blauchard (2004) evidenzia un modello in cui sono presenti quattro variabili in grado di predire la presenza di PTSD, cioè: la paura di morire, la presenza di una precedente depressione maggiore, la presenza di conseguenze legali dell'incidente e il grado di estensione delle ferite.

1 mese



Alcuni studi indicano che vittime di incidenti stradali hanno una prevalenza di stress traumatico che varia da quasi il 100% nelle ore successive all'incidente, al 40% dopo un mese.

6 mesi



Si evidenzia una remissione media dei sintomi pari al 45,9% tra 6 e 12 mesi dall'incidente (Hickling *et al.*, 1999).

12 mesi



La letteratura evidenzia che dal 5 al 45% dei soggetti coinvolti i sinistri stradali sviluppano un Disturbo Post Traumatico da Stress nell'anno successivo all'incidente e un ulteriore 15-50% presenta una sotto-sindrome.

I FAMILIARI

Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali

Devono affrontare:

- **reazioni psicologiche intense e di difficile gestione:** disorientamento nella fase acuta e depressive in quella sub acuta del trauma (oppure legate al lutto in caso di decesso);
- **gestione sanitaria** del proprio congiunto al rientro a casa, nella ricerca di ausili ed aiuti sanitari e assistenziali;
- **gestione del carico economico**, spesso molto gravoso.

Il 90% delle famiglie di persone decedute e l'85% delle famiglie di persone invalide dichiara un declino significativo e spesso permanente della qualità della loro vita (studio FEVR, 1995).

Spesso c'è un contesto di isolamento sociale, in cui i familiari devono orientarsi per individuare percorsi assistenziali e riabilitativi frammentati o di difficile accesso e generalmente sono esclusi da possibili percorsi di sostegno.

GLI OPERATORI

Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali

Nell'operatore sanitario (118, staff medico – infermieristico ospedaliero) o non sanitario (operatore della Polizia Municipale), l'esposizione all'evento traumatico può provocare:

- risposte emotive intense e dolorose, come impotenza, angoscia, paura, tristezza, forte turbamento;
- meccanismi psicologici di identificazione o di distanziamento difficili da riconoscere e poi gestire;
- reazioni psicofisiologiche intense di disagio.

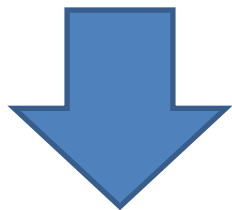
Se tutto questo carico emotivo resta invisibile, inespresso e inascoltato, tutti questi aspetti possono cristallizzarsi in problematiche psicologiche croniche, con forti ricadute sul benessere personale e lavorativo, sulla qualità dei servizi erogati e sulla qualità della vita degli operatori.

Le **risposte sociali** di aiuto hanno un forte impatto sulle reazioni psicologiche al trauma:

- riduzione della sofferenza psicologica
- la diminuzione dello sviluppo di quadri psichiatrici quali il disturbo post traumatico da stress
- il riconoscimento precoce dei fattori di rischio
- la prevenzione della cronicizzazione dello stress post traumatico
- l'incremento di resilienza
- la riattivazione di un funzionamento adattivo
- la possibilità di elaborare l'esperienza traumatica in spazi e tempi dedicati



L'identificazione precoce e l'intervento sui fattori di disagio psicologico nelle vittime di traumi stradali e dei loro familiari consenta di poter ridurre il rischio di cronicizzazione di tali difficoltà e lo sviluppo di disturbi psicopatologici franchi (Cattelani, 2006; Cimbri, 2007; Mazzocchi, 1998; Zettin e Rago, 1995)



La possibilità di individuare un significato nell'evento traumatico, l'opportunità di condividere e comunicare la propria esperienza emotiva all'interno di un gruppo, oltre che ottenere un riconoscimento da parte delle istituzioni e della società, sono tutti fattori che hanno la funzione di rendere maggiormente tollerabile un'esperienza che altrimenti non lo sarebbe



L'osservazione in terapia intensiva

Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali

- Progetto **«Impatto psicologico e sociale dei traumatismi stradali»:** **un'attenzione alla dimensione psico-relazionale** - nei contesti ospedalieri di area critica - nel rapporto con i pazienti diminuisce l'insorgenza di disturbi psicologici e psichiatrici (Belloni et al., 2011; Belloni et al., 2010).
- La modalità con cui il personale **interagisce** con i pazienti e i suoi familiari può avere un ruolo protettivo (o meno) rispetto all'insorgenza di problematiche psicologico relazionali (individui o team) (Belloni , Iozzelli, Giuli, 2013).
- Condizioni ad alto impatto emotivo per gli operatori possono comportare **criticità psico-relazionali a livello individuale, di gruppo di lavoro** (stress, burn-out, turn over elevato, aumento criticità con pazienti e familiari...) **e di organizzazione**. (Azoulay et al., 2011)
- Un intervento psicosociologico di secondo e terzo livello (accanto ed in integrazione ad operatori-gruppo di lavoro-organizzazione, con loro sullo sviluppo di specifiche competenze di lavoro) consente di individuare **interventi protettivi per gli operatori che hanno ricaduta positiva su pazienti e familiari e di effettuare un'azione di sistema** più efficace.

GLI INTERVENTI POSSIBILI

VITTIME E FAMILIARI

CONSULENZA E SUPPORTO
PSICOLOGICO

ACCOMPAGNAMENTO
LUNGO IL PERCORSO DI
CURA

VERIFICA FOLLOW UP E
FACILITAZIONE ATTIVAZIONE
SERVIZI

FORMAZIONE

CONSULENZA

DEBRIEFING

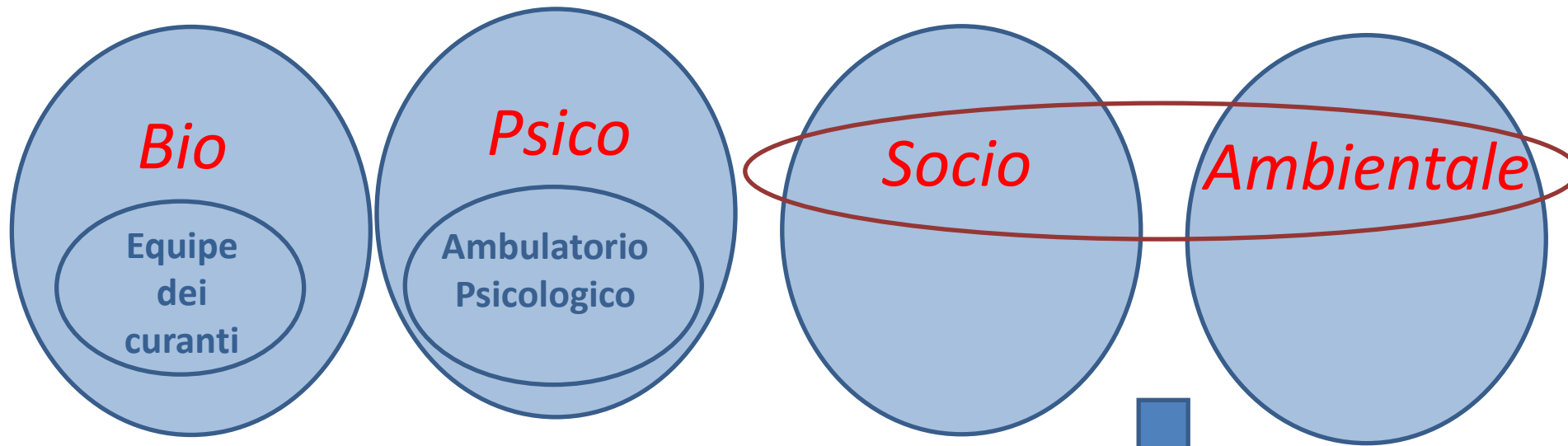
PROGETTUALITA'

PROFESSIONISTI



Modello Attuale-Multifattoriale

Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali



IATROGENIA

Dal greco: composto di *iatros* medico e *genos* che è nato. Causato dal medico.

Impatto sul
sistema



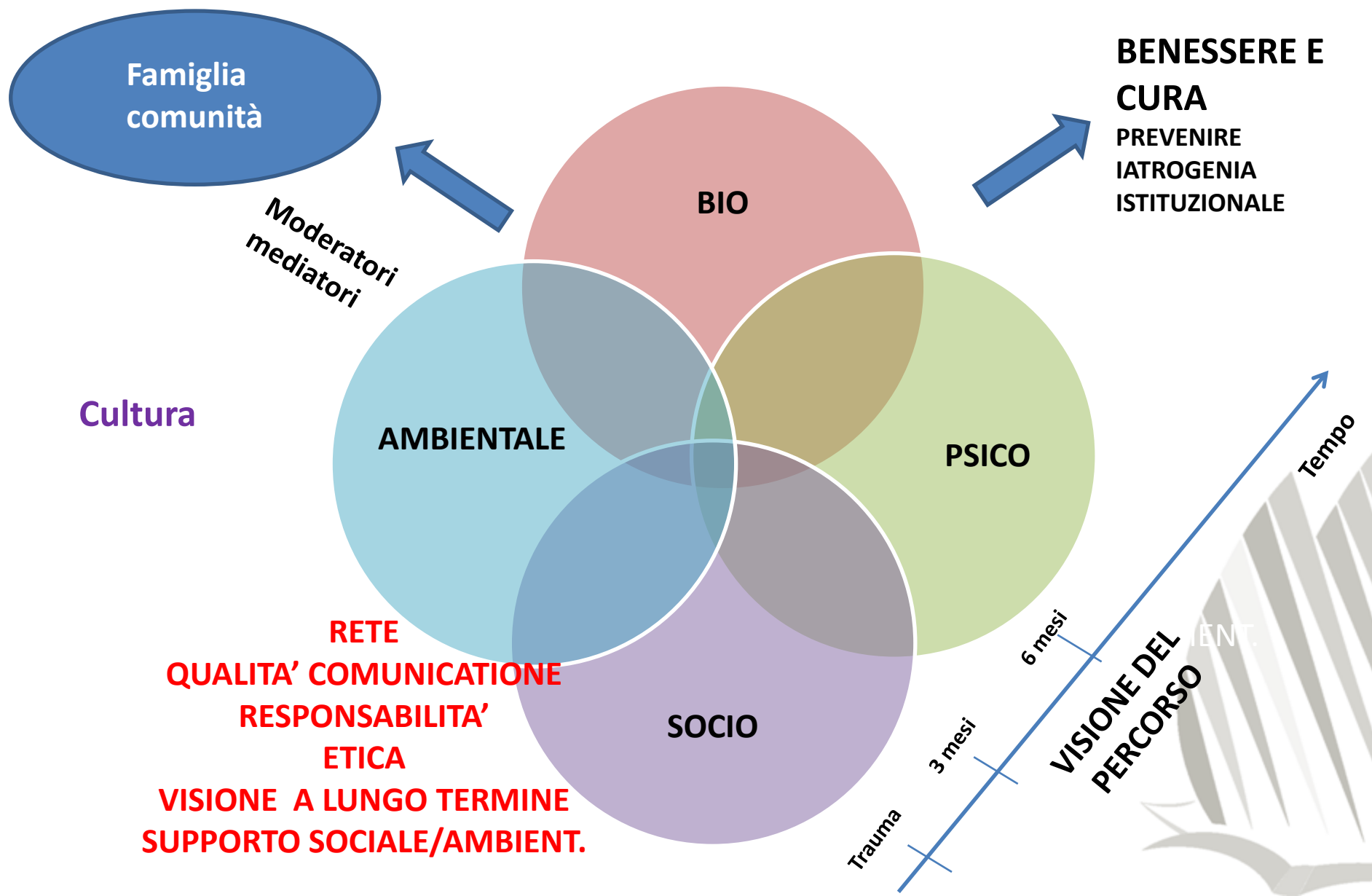
A black and white photograph showing a close-up of hands tying a rope knot. The rope is thick and textured. The hands are positioned to create a knot, with fingers and palms visible. The background is dark and out of focus. Overlaid on the right side of the image is the text 'IATROGENIA DEL SISTEMA' and a quote below it.

IATROGENIA DEL SISTEMA

«Ciò che guarisce può
anche guastare»

Modello Attuale: Le Relazioni

Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali





LA SALUTE DELLE ORGANIZZAZIONI E DEI PROFESSIONISTI NON PUO' PRESCINDERE DA UNA CURA DELLE «RETI» INTESE NELLA LORO DIMENSIONE RELAZIONALE E QUINDI COME «LUOGO» DI INCONTRO TRA PERSONE, IDEE, EMOZIONI, ESPERIENZE..

Luoghi/non-luoghi

Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali

L'antropologo Marc Augé attribuisce ad un luogo tre caratteristiche essenziali



ESSERE IDENTITARIO

- il luogo deve essere in grado di caratterizzare l'identità di chi ci abita.



ESSERE STORICO

- deve ricordare all'individuo le proprie radici storiche attraverso dei riferimenti a lui comprensibili.



ESSERE RELAZIONALE

- stabilendo una reciprocità dei rapporti tra gli individui funzionale ad una comune appartenenza

Non-luoghi

Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali

“Se un luogo può definirsi come identitario, relazionale e storico, uno spazio che non può definirsi né identitario, né relazionale, né storico, definirà un non luogo” (Augé, 1996).

La definizione classica di non luoghi li identifica come spazi quasi liminali dove gli individui **si muovono senza identità**, trasformati da soggetti sociali attivi, in meri consumatori, passanti, entità anonime in uno spazio delocalizzato. **Lo spazio del non luogo non crea né identità singola, né relazionale, ma solitudine e similitudine.** I non luoghi non operano alcuna sintesi, non integrano nulla, **autorizzano solo, per il tempo di un percorso, la coesistenza di individualità distinte**, simili, o indifferenti le une alle altre.

***Ad oggi come valutate la capacità di fare rete dell'ORSS?
Quali ritenete siano i punti di forza e di debolezza
dell'ORSS? Su quali elementi dobbiamo lavorare?***

"Quanto più studiamo i problemi più seri del nostro tempo, tanto più ci rendiamo conto che non è possibile comprenderli isolatamente. Sono problemi sistemici, il che significa che sono interconnessi e interdipendenti".

F. Capra, *La Rete della vita*



CRCR Centro di Riferimento regionale
sulle Criticità Relazionali



Grazie dell'Attenzione!

Contatti

Tel: 055 7949737

Cell: 349 222909

Email: crirel@aou-careggi.toscana.it

Indirizzo

Via delle Oblate 1
AOU-Careggi - Padiglione 67 A
50141 Firenze

Web

<http://www.regione.toscana.it/criticitarelazionali/index.html>

BIBLIOGRAFIA

- Andersson, A.L. et al. (2005), Psychosocial aspect of road traffic trauma – benefits of an early intervention? In “Injury” vol. XXXVI, n. 8, pp. 917-26
- Augé M., Nonluoghi. Introduzione a un'antropologia della surmodernità, Elèuthera, 2009
- Belloni L. , Giuli M. , Iozzelli D. (2014) “Dalla sicurezza ontologica alla sicurezza organizzativa”. Qualità professionale. Toscana Medica. Gennaio, pag. 39-40.
- Peris A., Belloni L., Iozzelli D., Migliaccio M.L., Zagli G. , Bacchereti A. , Debolini M., Bonizzoli M. , E. Vannini, Solaro M. , Balzi I. , Bondoni E. , Bacchi I. , Giovannini V. , (2011) “Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients”, Critical Care 2011, 15:R41
- Belloni L. (a cura di) (2011), Le relazioni umane nei processi di cura, Edizioni ETS, Pisa (2011).
- Blanchard, E. e Hickling E. (1996), After the Crash: assessment and treatment of Motor Vehicle Accident Survivors, in “American Psychological Association” Washington DC.
- Cattelani, R. (2006), neuropsicologia delle sindromi post traumatiche, Raffaello Cortina, Milano
- Chapman, P. e Underwood, G. (2000), Forgetting near-accidents: the roles of severity, culpability and experience in the poor recall of dangerous driving situations, in “Applied Cognitive Psychology”, vol. XIV, pp. 31-44
- Cimbri, C. (2007), conseguenze emotive e cognitive degli incidenti stradali sulle vittime e sulle loro famiglie, in Ricerche e contributi di Psicotraumatologia.it
- Cusano, M. (2002), psicologia dell'emergenza, specificità e dimensioni, in “La professione di psicologo. Giornale dell'Ordine Nazionale degli Psicologi”, vol. V, pp. 9-12
- De Isabella, G. et al. (2006, a cura di), Traumi da incidente stradale: dalla prevenzione al trattamento integrato medico-psicologico, Centro Scientifico Editore, Torino

- Frommberger, H.U. et al. (1998), Prediction of posttraumatic stress disorder by immediate reactions to trauma: a prospective study in road traffic accident victims, in “European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience”, vol. CCXLVIII, pp. 316-321
- Frommberger, H.U. et al. (1999), The concept of sense of coherence and the development of posttraumatic stress disorder in traffic accident victims, in “Journal of Psychosomatic Reserch”, vol. XLVI, n.4, pp. 343-348
- Hickling, E.J. et al. (1999), Effect of attribution of responsibility for motor vehicle accidents on severity of PTSD symptoms, in “Journal of Traumatic Stress”, vol. XII, n. 2, pp.345-353
- Kett, D. H., Azoulay, E., Echeverria, P. M., & Vincent, J. L. (2011). Candida bloodstream infections in intensive care units: analysis of the extended prevalence of infection in intensive care unit study. *Critical care medicine*, 39(4), 665-670.
- Kessler, R.C. (2000), Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to the society, in “Journal of Clinical Psychiatry”, vol. LXI, n. 5, pp.4-14
- Matthews, L.R. (2005), Work potential of road accident survivors with post traumatic stress disorder, in “Behaviour Research and Therapy”, vol. XXXXIII, pp. 475-483
- Mazzocchi, A. et al. (1998), La riabilitazione neuropsicologica dei traumatizzati cranici, Edizioni Masson, Milano
- McCann, I.L. e Pearlman, L.A. (1990), Vicarious traumatization: a framework for understanding the psychological effects of working with victims, in “Journal of Traumatic Stress”, vol. III, pp. 131-149.
- McFarlane, A.C. (1989), The aetiology of posttraumatic morbidity: predisposing precipitating and perpetuating factors, in “British Journal of Psychiatry”, vol. CLIV, pp. 221-228
- Patterson, G.T. (2001), Reconceptualizing traumatic incidents experienced by law enforcement personnel, in “The Australasian Journal of Disaster and trauma Studies”, vol. II
- Tettamanzi, M. e Sbattella F. (2007), Le conseguenze psicologiche degli incidenti stradali, ISU Università Cattolica, Milano
- Zettin, M. e Rago, R. (1995), Trauma cranico. Conseguenze neuropsicologiche e comportamentali, Bollati Boringhieri, Torino