

Laura Belloni [a cura di]

Le relazioni umane nei processi di cura



a cura di Laura Belloni



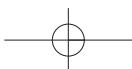
Le relazioni umane nei processi di cura

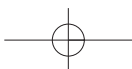
AUTORI:
LUCA AMOROSO
MATILDE ARDITO
ANGELO AVARELLO
ALBERTO BACCHERETI
GIULIA BAZZANI
MARTA DEBOLINI
MATTEO GALANTI
DARIO IOZZELLI



ETS

Edizioni ETS





Centro di Riferimento Regionale
sulle Criticità Relazionali

Le relazioni umane nei processi di cura

a cura di
Laura Belloni

con scritti di
Luca Amoroso, Matilde Ardito, Angelo Avarello
Alberto Bacchereti, Giulia Bazzani, Marta Debolini
Matteo Galanti, Dario Iozzelli



Edizioni ETS



www.edizioniets.com

© Copyright 2011
CRRCR

ISBN 978-884673141-8

*A Carlotta, Francesca, Monika e Stefano, Donatello e Lia,
Miria e Dino, Gabriele, Carletto e Luna, Arturo*

*Ai nostri figli.
Francesco, Diletta, Sofia, Sara, Antonino, Daniele*

Dedicato a

Questo lavoro è dedicato agli operatori della nostra salute. È incardinato al valore delle relazioni umane come bene primario. È rivolto all'impegno verso i nostri figli e verso il futuro.

Alla possibilità di offrire le migliori cure possibili poiché la malattia rompe l'incanto di immortalità verso cui sono tesi sogni, desideri e possibilità umane.

Al cambiamento come differenziazione, come spazio di pensiero e sviluppo rispetto a ciò che ci precede e a ciò che ci seguirà.

Alla creazione.

con il contributo di

Andrea Cicogni per il capitolo: Progetto “Benessere relazionale degli operatori e prevenzione del disagio professionale. Sviluppo e formazione individuale e relazionale dei referenti aziendali del CRRRCR all’interno dell’Organizzazione Sanitaria”.

Mario Betti per il capitolo: Progetto “Benessere relazionale degli operatori e prevenzione del disagio professionale. Sviluppo e formazione individuale e relazionale dei referenti aziendali del CRRRCR all’interno dell’Organizzazione Sanitaria”.

Agnese Colotti per il capitolo: Progetto “Lo strumento ‘cinema’ come nuova modalità di acquisizione di competenze nell’ambito delle criticità relazionali degli operatori sanitari”.

Elisabetta Magnelli per il capitolo: “Progetto di valutazione delle Non Technical Skills (NTS) nei comparti operatori ad alta intensità di cure”.

Maria Ditta per il capitolo: Progetto “Competenze psicologiche e relazionali in Chirurgia: un’esperienza formativa presso il Dipartimento di Chirurgia della Asl 8”.

Francesca Bonechi per il capitolo: Progetto “Comprendere e valutare lo Stress lavoro-correlato nelle Aziende Sanitarie dell’Area Vasta-Centro della Regione Toscana” e per il capitolo “Progetto di valutazione delle Non Technical Skills (NTS) nei comparti operatori ad alta intensità di cure”.

Monica Giuli per il capitolo: Progetto “Intervento psicologico e sociale per i traumi stradali nell’area metropolitana di Firenze”.

Davide Giomi per il capitolo: Progetto “BMA: atleta e persona insieme per essere felici, star bene e vincere”.

Ringraziamenti

Un ringraziamento speciale al Governatore della Regione Toscana e all' Assessorato al Diritto alla Salute della Regione Toscana che hanno sostenuto il Centro e i suoi progetti.

All'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi, alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Firenze, al Tribunale per i Diritti del Malato, a Cittadinanzattiva e agli amici che quotidianamente condividono i nostri percorsi e il nostro lavoro.

Un caloroso abbraccio ad Adriano e Mimmo.

Si ringrazia il Dott. Giorgio Silvestri per il contributo e il pensiero.

In particolare:

Enrico Rossi, Ledo Gori, Daniela Scaramuccia, Beatrice Sassi, Edoardo Majno.

Si ringraziano inoltre tutti coloro che hanno sostenuto il lavoro e i progetti del CRRCR in questi anni.

Gruppo di lavoro CRRCR 2011:

Giulia Bazzani, Angelo Avarello, Matilde Ardito, Luca Amoroso, Marta Debolini, Dario Iozzelli, Maria Ditta, Matteo Galanti, Davide Giomi, Monica Giuli, Valentina Scarselli, Matteo Marchesi, Alberto Bacchereti, Francesca Bonechi, Francesca Marchese, Laura Belloni.



Indice

Presentazione del Presidente della Regione Toscana <i>Enrico Rossi</i>	13
Prefazione dell'Assessore al Diritto alla Salute della Regione Toscana <i>Daniela Scaramuccia</i>	14
Prefazione del Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Firenze <i>Gian Franco Gensini</i>	15
Prefazione del Direttore Generale Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi <i>Edoardo Majno</i>	17
Introduzione del Responsabile del Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali <i>Laura Belloni</i>	19
<i>Capitolo 1</i>	
Il Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali	21
1.1 Perché occuparsi di relazioni critiche	21
1.2 I progetti	26
1.3 Gli Obiettivi e le aree di intervento del Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali	27
1.4 Modelli teorici	28
1.5 La Consulenza	31
1.6 La Formazione	33
1.7 Collaborazioni e Partnership	34
1.8 Bibliografia	35
1.9 Sitografia	37
<i>Capitolo 2</i>	
Progetto "Comprendere e valutare lo Stress lavoro-correlato nelle Aziende Sanitarie dell'Area Vasta-Centro della Regione Toscana"	39
2.1 Descrizione sintetica del progetto e dell'obiettivo generale	39

2.2 Strumento di valutazione del progetto	40
2.3 Le dimensioni del fenomeno	42
2.4 Origine del concetto di stress	42
2.5 Lo stress in ambito lavorativo	44
2.6 Lo stress e il suo costo	45
2.7 La valutazione	47
2.8 Bibliografia	52
2.9 Sitografia	53

Capitolo 3

Progetto "Benessere relazionale degli operatori e prevenzione del disagio professionale. Sviluppo e formazione individuale e relazionale dei referenti aziendali del CRRCR all'interno dell'Organizzazione Sanitaria"	55
---	----

3.1 Il Progetto "Benessere relazionale degli operatori e prevenzione del disagio professionale"	55
3.2 La figura dell'Osservatore	58
3.3 Conclusioni	60
3.4 Bibliografia	61

Capitolo 4

Progetto "Impatto psicologico e sociale per i traumi stradali nell'Area Fiorentina"	63
---	----

4.1 Introduzione	63
4.1.1 Trauma psicologico e incidentalità stradale	66
4.2 Il tavolo di lavoro	73
4.3 Terapia Intensiva DAI DEA AOU Careggi	75
4.3.1 Attività per i pazienti ricoverati	76
4.3.2 Attività per i familiari dei pazienti ricoverati	79
4.3.3 Attività per gli operatori del Reparto	82
4.3.4 Attività di follow up integrato	84
4.4 Attività ambulatoriale (Fratellanza Militare di Firenze)	85
4.5 La Polizia Municipale di Firenze	86
4.5.1 Formazione degli Operatori – Corso di formazione "Bad news"	89
4.5.2 Osservazione dei processi comunicativi	90
4.5.3 Gruppi di incontro e discussione con operatori del Reparto Sinistri e dell'Ufficio Sinistri	90
4.5.4 Incontri di gruppo rivolti agli operatori intervenuti su sinistri mortali (debriefing)	91
4.5.5 Sportello psicologico di ascolto (individuale/di gruppo)	92

INDICE	11
4.6 Il Servizio di Emergenza 118 ASF	92
4.6.1 Attività formative	95
4.6.2 Attività di sostegno psicologico	96
4.6.3 Incontri di gruppo (debriefing) rivolti agli operatori intervenuti su sinistri mortali	96
4.6.4. Partecipazione ad Audit interni	97
4.7 Collegamento rete ospedaliera - extraospedaliera	97
4.8 Associazione “G. Borgogni” Onlus	99
4.9 Convegni e Pubblicazioni	100
4.10 La ricerca: <i>Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients</i>	102
4.11 Dati percentuali relativi alle attività svolte nei primi tre anni di attivazione del Progetto	104
4.12 Bibliografia	112
 <i>Capitolo 5</i>	
Progetto “Le competenze relazionali dell’équipe sanitaria in oncologia: un’indagine conoscitiva nella Regione Toscana”	123
5.1 Introduzione	123
5.2 La ricerca	124
5.3 Aspetti di comunicazione	126
5.3.1 <i>Attitudini comportamentali dei reparti analizzati</i>	126
5.3.2 <i>Punto di vista degli operatori su aspetti più o meno funzionali del processo comunicativo</i>	129
5.4 Criticità percepite	133
5.5 Conclusioni	135
5.6 Bibliografia	136
 <i>Capitolo 6</i>	
Progetto “Lo strumento ‘cinema’ come nuova modalità di acquisizione di competenze nell’ambito delle criticità relazionali degli operatori sanitari”	137
6.1 Le “ragioni” del progetto: il CRRCR	137
6.2 La Struttura del Corso	139
6.3 La Conoscenza	142
6.4 Le Opere dei Grandi: libertà ed autonomia di giudizio, emozioni ed identificazione	143
6.5 Dall’astratto al concreto: l’inversione dei ruoli	145
6.6 Dall’improvvisazione alla realizzazione professionale	147

6.6.1 Parole chiave ed emozioni	147
6.6.2 La sceneggiatura: come raccontare una storia e metterla in scena	148
6.7 Ciak: si gira! Le due équipes multidisciplinari a confronto nella realizzazione del cortometraggio	150
6.8 Riflessioni nel gruppo	151
6.9 Il percorso visto dal Formas: il punto di vista della formazione tra emozioni e ragione	153
6.10 Bibliografia	155
 <i>Capitolo 7</i>	
Progetto "Competenze psicologiche e relazionali in Chirurgia": un'esperienza formativa presso il Dipartimento di Chirurgia della Asl 8	159
7.1 Aspetti psicologici del lavoro in Chirurgia	159
7.2 La relazione paziente – famiglia – operatore	161
7.3 Progetto formativo Dipartimento di Chirurgia Asl 8 (anni 2006/2007/2008)	163
7.4 Riflessioni conclusive	166
7.5 Bibliografia	167
 <i>Capitolo 8</i>	
Progetto di valutazione delle <i>Non Technical Skills</i> (NTS) nei comparti operatori ad alta intensità di cure	169
8.1 Introduzione	169
8.2 Analisi della letteratura	170
8.3 La ricerca	173
8.4 Risultati attesi	174
8.5 Divulgazione dei risultati	175
8.6 Prospettive future	176
8.7 Bibliografia	176
8.8 Sitografia	178
 <i>Capitolo 9</i>	
Progetto BMA: atleta e persona insieme per essere felici, star bene e vincere	179
9.1 Lo sport: atleta e persona insieme per vincere	179
9.2 Progetto "Aequilibrium"	186
9.3 Bibliografia	189
9.4 Sitografia	190
Conclusioni: Sviluppi futuri. La funzione psichica <i>Laura Belloni</i>	191

Presentazione del Presidente della Regione Toscana

Saluto con soddisfazione l'uscita di questo volume del "Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali" che affronta "Le relazioni umane nei processi di cura".

Il Centro è composto da un'equipe di Psicologi, Psichiatri e Medici con competenze specifiche nell'area della salute psicologica, sociale e relazionale del singolo, dei gruppi, delle organizzazioni, dello sviluppo organizzativo, della promozione della salute e della convivenza nei vari contesti. Uno degli obiettivi principali del CRRCR consiste nella prevenzione e nel trattamento dello stress lavorativo degli operatori addetti all'assistenza.

Il Centro individua i punti critici nei sistemi delle relazioni umane, anche confrontando le varie organizzazioni e le strategie di gestione del personale aziendale ed offre attività di consulenza e di formazione per migliorare le competenze psicologiche e di supervisione psico-sociologica rivolte ai gruppi di lavoro multidisciplinari dei diversi contesti sanitari e aziendali.

Il compito affidato al CRRCR si potrebbe riassumere nel perseguimento della "qualità totale" della prestazione sanitaria, che è la felice congiunzione delle capacità tecnico-organizzative con la qualità delle relazioni umane nei processi di cura e di riabilitazione.

La relazione fra l'organizzazione, l'operatore il paziente e la famiglia diventa elemento centrale attorno al quale ruota tutto il sistema della Sanità. L'accoglienza passa dalla semplice registrazione del paziente al momento dell'accesso alla struttura, alla comprensione e all'accettazione del paziente nella sua globalità.

Dall'informazione precisa e fredda si deve passare alla comunicazione ed alla condivisione anche degli aspetti emotivi. Ogni paziente deve essere riconosciuto per le sue peculiarità, ed il trattamento deve essere pensato per specificità della persona e non per classe di patologia.

Oggi la domanda dei cittadini rivolta al Servizio sanitario chiede di incardinare qualità e competenza in una prassi di informazione, comunicazione e capacità relazionali. Tutto ciò permette anche che appropriatezza, utilizzo corretto delle risorse ed erogazione dei servizi si collochino ad un livello ottimale.

Mi auguro che questa importante riflessione sulle motivazioni e sui progetti in essere del CRRCR sia di stimolo per un progressivo superamento delle criticità relazionali in ambito sanitario e per la valorizzazione di quelle relazioni umane che sono al centro di ogni innovazione di successo.

Enrico Rossi

Prefazione dell'Assessore al Diritto alla Salute della Regione Toscana

Lo sviluppo di una comunità si misura sulla base delle possibilità di benessere che essa crea. Una sensibilità orientata alla persona, alla sua crescita, alla sua salute nei contesti lavorativi, sanitari in primo luogo, costituisce un elemento imprescindibile per garantire servizi di eccellenza, che promuovono benessere a partire dagli stessi operatori.

Il modello toscano di sanità è fortemente orientato a realizzare interventi integrati di rete e a sostenere progetti che prevedano la centralità del fattore umano e dei suoi bisogni.

In questo senso l'“umanizzazione”, intesa come attenzione alle problematiche emergenti nel rapporto tra persone e organizzazione, diviene condizione indispensabile per la progettazione di azioni quali il superamento delle criticità del sistema organizzativo, la valorizzazione della relazione come componente fondante dell'atto di cura, l'attenzione agli aspetti strutturali e al clima tra professionisti, la considerazione di quanto percepito dall'utente.

Poter pensare una realtà in cui si integrano l'utente, il curante e la comunità dei servizi è il primo passo per individuare buone pratiche, individuali e collettive, migliori stili comportamentali e condizioni dell'ambiente di lavoro.

Migliorare la qualità dell'organizzazione è possibile attraverso un impegno all'accoglienza, intesa come approccio capace di risolvere i potenziali conflitti fra colui che vive, con comprensibile emotività, il bisogno di assistenza e chi, con i propri strumenti tecnico professionali deve fornire una risposta congruente con i tempi e gli spazi organizzativi disponibili. Un impegno all'accoglienza attuabile attraverso la formazione del personale sia con azioni rivolte all'analisi delle criticità e allo sviluppo delle capacità di autovalutazione e di buone pratiche, sia con l'incremento della ricerca per la crescita delle conoscenze e la realizzazione di percorsi innovativi, in grado di migliorare la capacità di risposta del sistema e la sua efficacia.

Su queste basi la Regione Toscana, nell'ottica di promozione della salute e di sviluppo di percorsi di eccellenza, ha sostenuto la nascita e lo sviluppo di un Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali, con l'obiettivo di favorire la costruzione, la condivisione e la diffusione di buone pratiche e azioni di miglioramento della qualità dei Servizi e del benessere lavorativo all'interno delle organizzazioni sanitarie regionali.

Daniela Scaramuccia

Prefazione del Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Firenze

È nella centralità della persona il valore identitario della medicina, come scienza a livello teorico e come clinica a livello pratico. La complessità tecnologica dell'armamentario terapeutico che il progresso, in tumultuosa evoluzione, mette a disposizione del medico deve integrarsi con l'elemento umano, con le sue fragilità e le imprevedibili caratteristiche individuali. In questo senso la dimensione psicologica del paziente e del curante, sia medico che infermiere, assume un ruolo centrale nella relazione terapeutica assistita dalla tecnologia, ma sempre più fondata sulla relazione interpersonale. La relazione crea ponti, tendenzialmente asimmetrici, tra la persona in cura e chi ne ha cura. L'obiettivo centrale è fare sì che i ponti di relazione siano più ampi, più robusti e meno asimmetrici possibile.

Sul fronte scientifico la relazione umana è essenziale per il progresso. La comunità scientifica è innanzi tutto un complesso intreccio di relazioni personali, di uomini e donne che pensano e dialogano nell'intento comune di svelare nuovi ambiti della conoscenza. L'uomo al centro di terapie complesse è elemento critico e riferimento di legami umani e professionali sempre più ampi e articolati con livelli crescenti d'interazione e multidisciplinarietà. L'attività del Centro Regionale di Riferimento per le Criticità Relazionali costituisce un'esperienza inedita in sanità con la sua attività dedicata alla salvaguardia di questa delicata e ancora poco definita dimensione dell'uomo e della sua umanità.

Il complesso delle relazioni dei molti individui che devono interagire efficacemente intorno al paziente è messo quotidianamente a dura prova dai ritmi di un lavoro da cui dipende la vita di esseri umani che ci affidano il loro bisogno di salute. È in questi momenti particolarmente complessi, quando si raggiungono i nostri limiti umani, professionali e scientifici che il supporto di una realtà come il Centro diventa prezioso, per consentire al singolo individuo e all'equipe nel suo complesso di andare avanti e di superare situazioni difficili che non possono compromettere i livelli di efficienza necessari.

In un sistema sanitario complesso e maturo come quello attuale, la salvaguardia delle relazioni rappresenta un'attività ad alto contenuto professionale, che si concretizza come supporto necessario al mantenimento della salute di un'organizzazione che ha a sua volta il compito di produrre salute. Può sembrare tautologico riaffermare il valore di questa funzione in un contesto sanitario, ma ciò che è utile in tutti i contesti relazionali, anche diversi dalla medicina, diventa cruciale quando il compito di una struttura altamente complessa è salvare vite umane.

Saluto con piacere e soddisfazione questa fatica di Laura che è riuscita a tradurre in un volume piacevole e scorrevole quanto quotidianamente con competenza e vera empatia mette in atto a favore delle nostre strutture.

Gian Franco Gensini

Prefazione del Direttore Generale Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi

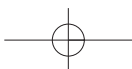
Il Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali ha la sua sede operativa nell'AOU Careggi. Questa collocazione ha rappresentato un concreto elemento di sviluppo e miglioramento delle relazioni non solo fra il personale e gli utenti, ma anche tra gli operatori che quotidianamente lavorano e interagiscono nella più grande Azienda Ospedaliero Universitaria dell'Italia Centrale.

Con i suoi quasi seimila dipendenti, i circa ventimila accessi al giorno e le oltre dieci milioni di prestazioni sanitarie all'anno, Careggi rappresenta un grande laboratorio sociale caratterizzato da una straordinaria complessità.

Il contributo del Centro a tutela delle dinamiche relazionali dell'Azienda si è progressivamente consolidato acquisendo, in varie situazioni, un ruolo di centralità che ha consentito l'attuazione di nuove strategie di gestione dei conflitti interpersonali. La Direzione di Careggi ha potuto apprezzare e sperimentare questo nuovo approccio basato sull'inedita consapevolezza che la salvaguardia del benessere psicologico degli individui e dei gruppi di lavoro è elemento saliente a tutela di una fisiologica e proficua dinamica organizzativa.

L'Azienda Careggi è stata in un certo senso convertita da questa nuova visione, che nel tempo ha strutturato e consolidato un modello efficiente, basato sulla valorizzazione dell'aspetto relazionale nella gestione delle varie criticità, che caratterizzano il divenire di una complessa organizzazione. Il CRRCR è oggi punto di riferimento per la Direzione Aziendale e per i Dipartimenti in molte attività complesse ad alto valore umano, ossia nelle situazioni in cui l'elemento personale è determinante e imprescindibile nel raggiungimento del risultato. È in questo elemento il valore inedito dell'attività del Centro a Careggi, nella capacità di fornire una risposta immediata nelle situazioni più critiche dove l'aspetto psicologico del singolo individuo o del gruppo può essere determinante per salvaguardare l'efficienza del sistema e quindi per la miglior tutela dell'interesse del paziente. Per questo lavoro che quotidianamente è svolto al servizio di Careggi dalla Dottoressa Laura Belloni e dai suoi collaboratori, l'Azienda rinnova gratitudine e apprezzamento.

Edoardo Majno



Introduzione della Responsabile del Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali Prendersi cura delle Organizzazioni

Le relazioni fra gli esseri umani costituiscono tutti i tipi di organizzazioni: familiari, sociali, lavorative, militari, politiche, religiose, educative.

Le relazioni fra gli esseri umani, soggettive ed oggettive, sono l'incessante materiale di lavoro della mente umana.

Noi pensiamo che le organizzazioni lavorino come una mente globale e che non vi sia distinzione fra organizzazione e ambiente. La distinzione ambiente-organizzazione è una necessità linguistica.

Quale rapporto esiste fra organizzazione e il mondo delle persone che la abitano, perpetuano, cambiano? Quali conseguenze derivano dal concepirli come un tutt'uno di uno stesso elemento o come mondi divisibili? E quale relazione possiamo comprendere per darne significato fra organizzazioni e ambiente?

Quali teorie del mondo fisico e delle scienze esatte supportano il divenire di tali esistenze?

Queste sono le domande che ci devono accompagnare nella operatività quotidiana e guidarci in relazione al mondo della malattia e sofferenza.

L'organizzazione sanitaria di cui ci occupiamo non ha nulla di differente rispetto ad altri tipi di organizzazione se non in termini di differenziazione e complessità specifiche relative al loro particolare "prodotto". Le relazioni fra persone, fra organizzazione e ambiente sono il parametro di riferimento per poter pensare qualsiasi possibile cambiamento e ristrutturazione generale. Stante il fatto che a prescindere da ogni volontà umana contraria, niente è passibile in natura di un non cambiamento.

La malattia e la sofferenza che giungono alle organizzazioni sanitarie quali malattie e sofferenze perpetuano in esse? Viceversa?

I medici e gli infermieri si vergognano e si isolano quando sono malati o hanno dei problemi in genere. Il mondo dei disagi di chi si occupa delle persone malate è abbastanza misconosciuto e sconosciuto. Come pure il mondo delle loro organizzazioni.

Le considerazioni che seguiranno tentano di aprire una finestra su questo mondo e una conversazione sugli equivoci che si sono accumulati sul potere dei curatori e delle organizzazioni in cui essi insistono.

Il mondo della sanità è un mondo chiuso autoreferenziale e colmo di dolore.

Può assomigliare ad una prigione dove è possibile che avvengano relazioni difficili fra i prigionieri. Prigionieri di una cultura che beffardamente lo stesso mondo sanitario ha costruito per dare sicurezza a chi si rivolge loro e a sè stessi.

Il mito del diritto alla salute, termine equivoco che va sostituito col diritto ad essere curati, ha imprigionato le persone malate e gli stessi operatori con una non accettazione dell'idea di malattia e della morte.

La fallibilità del proprio corpo e di chi si propone come curatore dello stesso non è più un concetto condiviso. È imperativo tornare ad accettare l'idea di essere imperfetti, fallibili e mortali.

In generale le organizzazioni umane che si occupano di sanità/salute descrivono le proprie finalità esplicite come prodotti diversi e separati dall'organizzazione in sé. Ed ogni organizzazione e sotto-organizzazione è descritta e si descrive separatamente dall'altra come a non ritenersi appartenente allo stesso ambiente. Ciascuna organizzazione, trovati alcuni confini, si definisce con modalità autoreferenziali in termini di energia spesa e prodotti ottenuti, in termini di progettualità e possibilità.

Ma che cosa è un'organizzazione dedicata alla salute? Di che cosa vive? Può essere descritta? Quali sono i suoi assunti di base? Quali sono i suoi linguaggi? Quali i disegni? Quali le finalità culturali? Come si muove nella storia? Quali teorie la sostengono e la descrivono? In tali organizzazioni vi sono finalità implicite/non dichiarate/non dichiarabili?

Un'organizzazione che non tiene conto della propria funzione mentale può conoscersi? Può conoscere? Può affrontare-risolvere le problematiche cui è tenuta a rispondere?

E cosa succede quando parliamo di organizzazioni sanitarie, che hanno a che fare con il mondo dei significati delle persone che la occupano? E se i due elementi coincidono?

Parlare di diritto alla salute sembra aver implicitamente rafforzato il rifiuto sociale a confrontarsi con l'idea di malattia, sofferenza e morte che sempre accompagnano l'attività sanitaria. L'incontro con la vulnerabilità e la fragilità dell'altro diviene così un elemento non visto, non pensato e non pensabile. Oppure uno dei tanti elementi scultorei del corpo umano anatomico, o ancora frazione delegabile o proiettiva di altri elementi disciplinari.

La tendenza al rifiuto sociale del concetto di malattia si è aggiunta alle variabili delle relazioni "sanitarie", acuendo le difficoltà e i conflitti devolutivi nell'intera organizzazione.

Il Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali (CRRCR) ha avviato una riflessione/intervento sulle tematiche generali che attengono alle organizzazioni umane e in specifico a quelle sanitarie. Il volume illustra le esperienze effettuate sul campo.

Laura Belloni

Capitolo 1

Il Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali

Consapevolezza del cambiamento come ambiente di riposo. Non più rette ma cerchi elicoidali o anche ellissi infinite. Dove la comunicazione causale della cristallizzazione organizzativa esordisca nella sua circolarità creativa imprescindibile da chiare relazioni comunicative.

I due poli della fisica si incontrano con le proiezioni della mente umana e l'organizzazione ne è il prodotto e la risultante. Il manager e leader del cambiamento integra i contraddittori polari e concepisce l'innovazione come base per il superamento dell'innovazione stessa affrontando il fatto di essere manager-tutt'uno-con l'ambiente. Mentre, per iniziare a capire quest'ultimo bisogna conoscere se stessi.

Laura Belloni

Il Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali (CRRCR) è stato istituito nel 2007. Scopo di questa pubblicazione è presentare la struttura dove collaborano oltre 15 professionisti, che a vario titolo contribuiscono, con le rispettive competenze, a sostenere il miglioramento del rapporto tra Sistema Sanitario Regionale e cittadini. Dopo una sintetica presentazione del Centro, per comprenderne nello specifico le attività, sono descritti alcuni dei principali Progetti Regionali che il CRRCR ha realizzato in questi anni.

1.1. Perché occuparsi di relazioni critiche

Perché parlare di benessere organizzativo e di criticità relazionali nelle Aziende Sanitarie? Perché interessarsi davvero al complesso e dinamico rapporto che lega individuo – gruppo di lavoro – organizzazione? Nel pubblico come nel privato, nella sanità come nelle altre realtà produttive?

Quando si pensa ad un'organizzazione si ha la tendenza a rappresentarla con una sua struttura ben definita, con un insieme di individui che vi lavorano, con obiettivi ben definiti e condivisi da tutti. Ma appena ci si addentra nel suo studio, oppure ci si sofferma ad osservare le varie articolazioni di cui è composta, ci accorgiamo che questa rappresentazione è una vera e propria utopia.

Se l'analisi di una organizzazione si concentra sulle persone che la compongono ci rendiamo conto della complessità e della difficoltà nella comprensione.

Inoltre, le persone che appartengono alla struttura organizzativa sono spesso mosse, nelle loro azioni, da scopi ben diversi dagli obiettivi generali che un'organizzazione si dà, talvolta sono in conflitto. Se non si cerca di comprendere queste dinamiche si rischia di sottovalutare le relazioni interne, le sottoculture organizzative che inevitabilmente si formano e che spesso possono vivere parallelamente, contrastare o al contrario condividere la cultura dell'organizzazione. Quindi, se questi aspetti non vengono correttamente considerati si rischia di creare un clima caratterizzato da incomprensioni, insoddisfazioni, stress, disagio diffuso.

Il benessere lavorativo non solo influenza la qualità della vita e la salute degli operatori, ma si riflette anche in modo davvero significativo sull'efficacia e l'efficienza dell'organizzazione.

È accertato che le aziende più efficienti sono quelle con dipendenti soddisfatti e un clima interno sereno e partecipativo. Un buon ambiente lavorativo, in termini di motivazione, collaborazione, leadership, coinvolgimento, flessibilità e fiducia delle persone, può aumentare la *customer satisfaction* fino al 47% e la produttività fino al 27,8%” (fonte: Il Sole 24 Ore).

Ma come e perché il miglioramento della qualità di vita dei dipendenti può contribuire al successo economico dell'azienda? E, soprattutto: perché è importante che un'azienda si impegni a costruire un ambiente di lavoro sereno e collaborativo?

Un importante studio della *Gallup Organization* (Gallup Organization Press, 2004), una organizzazione statunitense specializzata in consulenza manageriale e risorse umane, che ha coinvolto cinque milioni di lavoratori statunitensi sopra i 35 anni, ha rilevato che, sul totale dei lavoratori, il 29% risultava attivo sul lavoro, il 54% faceva il minimo indispensabile e il 17% era dannoso per l'azienda, mentre tenendo conto della variabile “lavorare con amici”, questa porta al 56% i lavoratori che si sentono attivi e coinvolti, al 33% i produttivi e riduce all'11% quelli deleteri per l'azienda.

Se si considera invece la variabile “lavorare in assoluta anaffettività”, emerge come solo l'8% dei dipendenti risulta essere produttivo, il 63% lavora il minimo indispensabile e il 29% è corresponsabile di una perdita della produttività.

La ricerca evidenzia che il 65% dei dipendenti intervistati che non si è sentito adeguatamente riconosciuto e soddisfatto del proprio lavoro è costato ben trecento miliardi di dollari in perdita di produttività all'economia statunitense.

Questi dati sembrano incoraggiare i manager delle aziende pubbliche e/o private, sanitarie o di altro tipo, a intraprendere un percorso concreto che abbia come obiettivo il raggiungimento di un benessere lavorativo, se non altro per ragioni di tipo esclusivamente economico.

La semplicità di questi risultati indica come nove lavoratori su dieci sostengono di essere più produttivi quando sono circondati da persone con le quali hanno relazioni soddisfacenti e non critiche, aspetto che anche in sanità gli specialisti che

lavorano su questi temi osservano quotidianamente nella pratica del loro lavoro.

Non a caso il management delle aziende (sanitarie e non) che si attiva per migliorare la soddisfazione del proprio personale, implementando il benessere e diminuendo le criticità, raggiunge con più facilità elevati livelli di qualità dei servizi e, cosa non del tutto trascurabile per gli attuali bilanci sempre più problematici, riesce a contenere i costi.

Eppure, questo aspetto così importante è ancora troppo raramente valutato nei vari report dei controlli di gestione, nei rapporti finali delle certificazioni di qualità come anche nelle schede di valutazione sull'operato della dirigenza. Se non viene riportato, evidentemente, il problema non si pone. Si crea così un circolo vizioso molto difficile da interrompere.

I dati confermano l'importanza di questi fattori: chi ha una relazione interpersonale soddisfacente sul posto di lavoro è sensibilmente più produttivo di chi non ce l'ha, mentre coloro che vivono in un ambiente lavorativo caratterizzato da relazionalità problematica, critica o assente, dalla mancanza di un clima di benessere, al contrario, sono sempre meno produttivi.

Spesso, nonostante un personale meno motivato incida sicuramente sui risultati e sulla produttività, una inconsapevole forma di cecità dell'organizzazione spinge a non tenere conto dei costi della mancanza di interesse per la criticità del sistema individuo – gruppo – organizzazione.

Per sintetizzare questi concetti si può utilizzare un'espressione presa in prestito dalla psicologia clinica declinata all'individuo e poi applicata al mondo complesso mondo delle organizzazioni: alessitimia organizzativa, una forma di analfabetismo emotivo, una mancanza di comprensione dell'importanza della relazionalità interumana nella vita lavorativa delle organizzazioni (Kets de Vries, 1989, 1991, 2001).

Nella nostra società il lavoro assume un ruolo fondamentale non solo per il suo corrispettivo economico, ma anche per il riconoscimento sociale, la soddisfazione, il senso di appartenenza, il sentirsi competenti e utili, per instaurare relazioni interpersonali, per raggiungere e mantenere un livello di autostima adeguato. Le motivazioni personali possono essere le più diverse. In secondo luogo, il lavoro organizzato può offrire certezze, contenimento, appigli per l'instabilità individuale, può diventare in certe situazioni un rimedio all'ansia, alla solitudine e all'incertezza, e tuttavia può anche avere l'effetto contrario, alimentando il senso di inutilità, l'incertezza e la sofferenza (Perini, 2008).

Se l'individuo non riesce ad integrarsi negli ambiti organizzativi che vive, sviluppa quello che potremmo definire un adattamento difettoso al lavoro, assumendo una forma particolare di alienazione. Come afferma lo psicologo canadese Kets de Vries: «... l'uomo alienato: ammette a se stesso di non provare nulla, di non poter avvicinare le persone, che ogni cosa gli sembra irreale e senza significato, che la vita passa come un film e lui gioca il ruolo dello spettatore disinteressato».

Nonostante ciò l'individuo assume un comportamento normale, struttura il proprio comportamento adeguandosi alle norme esterne, diventando uno strumento per l'organizzazione.

Kets de Vries chiama questo uomo alienato *soggetto come se*, che vede le altre persone come se fosse uno spettatore, è incerto sulla realtà e su ciò che lo circonda, enfatizza e diventa partecipe della finzione. Sempre Kets de Vries: «... alla passione e agli affetti preferirà il ricorso all'azione, che scoprirà essere l'unica modalità attraverso la quale poter descrivere quello che sente: eviterà i conflitti, bandirà fantasie, disdegnerà i sentimenti [...] anaffettivo, an-estetico, emozionalmente deprivato, si terrà a debita distanza dal proprio mondo interno, congelerà il dialogo con gli altri, coltiverà l'apparenza» (Kets de Vries, 1989; Hirschhorn, Barnett, 1993).

Kets de Vries trasferisce così, con questo passaggio logico, questo profilo che corrisponde al disturbo alessitimico del singolo individuo al mondo dell'organizzazione.

In questo contesto l'alessitimia si manifesta attraverso l'incapacità di distinguere e differenziare gli affetti, monotonia delle idee, impoverimento dell'immaginazione, mancanza di rappresentazioni simboliche; questo avviene per mascherare il senso di noia, indifferenza e frustrazione (Quaglino, 1996).

Questo stato interiore comporta una scarsa empatia, distacco, indifferenza, rifugio in un mondo esterno, inseguendo il tentativo di riempire il vuoto del proprio mondo interiore.

Kets de Vries descrive questi soggetti che: «... tendono a negare e rifiutare l'esistenza dei sentimenti data la loro capacità di rifiutare sentimenti non sperimentano conflitti intrapsichici, addirittura li ignorano. Il loro comportamento fisico è a volte quello di un robot».

Se un comportamento simile si presenta all'interno di una organizzazione, ci si chiede subito l'origine di un tale disturbo. Ci si pone questo interrogativo: è l'individuo a portare la propria patologia o è l'organizzazione che ne favorisce lo sviluppo? Da una parte l'individuo entra con una propria struttura di personalità che può influenzare e modificare il sistema in cui si trova, ma è ampiamente comprovato (Quaglino, 1996), che sono soprattutto le grandi organizzazioni a esercitare attrazione sugli alessitimici. Alcune organizzazioni infatti promuovono e legittimano determinati comportamenti che possono essere valutati come patologici. Diverse esemplificazioni possono spiegare meglio le possibili patologie organizzative: la tendenza alla negazione dell'individualità a favore del conformismo, l'accentuazione della mediocrità, l'esclusione dell'imprevedibilità e i ripetuti tentativi di disincentivare la creatività, le innovazioni, le idee e le intuizioni individuali che potrebbero minare il controllo, la prevedibilità e la gestione degli eventi.

La cultura organizzativa che favorisce l'alessitimia promuove la stagnazione e la mediocrità, infatti molte organizzazioni sembrano incoraggiare il comportamento alessitimico, laddove l'analfabetismo dei sentimenti sembra garantire una

certa prevedibilità. Alcune organizzazioni non vogliono avere individualisti fra i propri collaboratori poiché temono i soggetti che potrebbero mettere in discussione o modificare la routine.

Le persone che perdono il contatto con il proprio mondo interno e non riconoscono le proprie emozioni, perdono il contatto con i propri sentimenti e diventano assai accondiscendenti alle richieste dell'organizzazione.

Il risultato della carenza di riflessione e confronto sulle cause della mancanza di benessere organizzativo e lavorativo, prima ancora che sui rimedi, rischia di alimentare distorsioni e forme di non detto, creando le condizioni per lo sviluppo di pregiudizi e l'avvio di pericolose spirali generative di disagio degli operatori.

Il malessere può quindi cristallizzarsi in vere e proprie situazioni critiche, tra le quali il burnout e il mobbing sono solo le forme più conosciute, ma si possono considerare criticità altrettanto significative l'assenteismo, il turnover, gli infortuni (si veda l'annuale ricerca del Laboratorio MeS di Pisa sulla Sanità e i report delle varie confederazioni di settore), senza contare aspetti quali la demotivazione, la mancanza di senso di appartenenza all'azienda, l'assenza di obiettivi comuni e condivisi, l'elevata conflittualità all'interno dei gruppi di lavoro, per citare solo alcune condizioni sfavorevoli.

Dare una definizione di benessere organizzativo implica innanzitutto considerare la complessità delle dimensioni che lo costituiscono, che sono affettive, cognitive, motivazionali e comportamentali, e del legame tra l'impatto che esse hanno sul lavoro e sulla vita personale dei lavoratori.

Per citare una definizione piuttosto conosciuta, per benessere organizzativo intendiamo «l'insieme dei nuclei culturali, dei processi e delle pratiche organizzative che animano la dinamica della convivenza nei contesti di lavoro promuovendo, mantenendo e migliorando la qualità della vita e il grado di benessere fisico, psicologico e sociale delle comunità lavorative» (Avallone e Pamplomat, 2005).

Una organizzazione lavorativa in salute viene definita come una realtà nella quale cultura, clima e pratiche creano un ambiente che promuove sia la salute e la sicurezza dei lavoratori, sia l'efficacia organizzativa.

L'*International Committee on Occupational Mental Health*, oggi *International Forum on Organizational Health*, ha espressamente valutato la necessità di mettere a fuoco i temi legati al benessere organizzativo, ovvero come l'organizzazione funziona nel suo insieme, il suo significato per chi ci lavora, a quale livello consente ai gruppi di esercitare la loro responsabilità per la propria salute. Tale interesse corrisponde a nuove modalità di intendere il funzionamento organizzativo nel senso di una maggiore attenzione al gruppo.

L'organizzazione del lavoro non sempre permette di contemplare le due anime del funzionamento dell'azienda: da un lato l'operatore/professionista, con la sua cultura specifica, il suo sapere tecnico, inserito in una determinata posizione nell'organigramma, in relazione al team ed all'azienda nel suo insieme; dall'altro la

persona nel suo complesso, con la sua cultura generale, le sue ansie e paure, i suoi affetti, le sue relazioni con la famiglia e la società. Se una delle due “anime” non viene accolta, ascoltata, pensata, agirà comunque, secondo dinamiche inconsapevoli e sfuggenti, influenzando le *performances* lavorative.

Possiamo dunque pensare le organizzazioni come entità con un duplice obiettivo: produrre risultati in termini di beni o servizi e allo stesso tempo soddisfare i bisogni emotivi dei lavoratori, soprattutto quelli di appartenenza, sicurezza e identità.

Se nel gruppo l'individuo trova la possibilità di esprimere al meglio le proprie potenzialità, se solo in équipe multidisciplinari è possibile raggiungere obiettivi ambiziosi e in particolare occuparci nei contesti sanitari di un paziente nella sua complessità, allo stesso tempo dobbiamo essere consapevoli delle emozioni spesso intense e inconsapevoli che vengono riattivate in contesti sociali, dove l'individuo si trova inserito in una rete complessa di rapporti che a loro volta si trovano all'interno di specifici contesti organizzativi. Pertanto all'interno di un'organizzazione l'obiettivo dovrebbe essere non tanto mirare ad un'assenza totale di conflittualità, ma piuttosto arrivare a riconoscere e gestire i conflitti e a dare loro un senso.

Lavorare con l'obiettivo di migliorare il benessere psicologico degli operatori sanitari attraverso interventi volti a fronteggiare le criticità che essi quotidianamente vivono, dando loro un significato relazionale ed affettivo all'interno di uno specifico contesto e pensandole e affrontandole come opportunità di comprensione e cambiamento, è un modo di prendersi cura non solo dei singoli operatori e dei gruppi di lavoro, ma anche dell'intera organizzazione in tutti i suoi livelli, compresi gli aspetti di produttività e qualità delle prestazioni erogate.

1.2. I progetti

Come espresso dal Piano Sanitario Regionale, il modello toscano di sanità è fortemente orientato a realizzare interventi integrati di rete e a sostenere progetti che prevedano la centralità del fattore umano e dei suoi bisogni.

Il coinvolgimento delle diverse realtà istituzionali e di comunità che a diverso titolo e con diversi percorsi si occupano di temi specifici, critici nel significato sopra definito, è un elemento fondamentale.

In alcune aree in ambito ospedaliero e comunitario (benessere organizzativo, stress lavoro correlato, emergenza urgenza e area critica ospedaliera, oncologia, adolescenza e famiglie con disagio non patologico) è stata elaborata una domanda degli operatori e delle istituzioni che ha dato avvio allo sviluppo di progetti ad hoc, tra i quali quelli qui presentati.

A partire da una specifica domanda di intervento iniziale, letta e sviluppata dall'obiettivo trasversale e comune ai diversi progetti, è la strutturazione condivisa,

globale e integrata di un percorso di sostegno rivolto in primo luogo alle istituzioni e ai loro operatori, con l'obiettivo di migliorare il benessere lavorativo implementandone le strategie funzionali e adattive, e in secondo luogo rispetto all'utenza, di fornire una prestazione di eccellenza tecnica e relazionale all'interno di percorsi chiari e soddisfacenti.

Elemento chiave della funzionalità di tutti i progetti, pur nella loro diversità di aree e finalità specifiche, è la costituzione di tavoli di lavoro, nei quali si concretizza la partecipazione e il coordinamento di tutti gli attori coinvolti, implicati in un processo di integrazione e conoscenza dei rispettivi interventi, spesso di valore ma talvolta non in grado di comunicare tra loro.

1.3. Gli Obiettivi e le aree di intervento del Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali

«Il benessere psico-fisico degli operatori sanitari deve avere la più alta priorità nella promozione della salute pubblica».

(Burnished or burn out: the delights and dangers of working in health, *Lancet*, 344, 8937, 1583-1584, 1994)

Se l'unico obiettivo non opinabile e universalmente condivisibile delle Aziende Sanitarie consiste nel perseguire il benessere fisico, psichico e sociale dei suoi utenti (richiamando il concetto emergente dalla definizione dell'OMS), dobbiamo anche riflettere sul fatto che questo intento non è raggiungibile se non considerando il benessere fisico, psichico e sociale degli operatori sanitari. In tal senso questi rivestono una duplice funzione, essendo allo stesso tempo soggetti e oggetti dell'agire terapeutico.

Pertanto il Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali (CRRCR) della Regione Toscana, con sede nell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, pone come fondamento del proprio operato la qualità totale della prestazione sanitaria con particolare riferimento al valore delle relazioni umane nei processi di cura e di riabilitazione.

Tale struttura si rivolge agli operatori sanitari e tecnico-amministrativi delle Aziende Sanitarie della Regione Toscana in tutte le loro declinazioni professionali e relazionali e, attraverso i suoi interventi, mira a contribuire al miglioramento della qualità della cura e dell'accoglienza rivolta ai cittadini, utenti e familiari che usufruiscono dei Servizi sanitari.

Il Centro è composto da un'équipe di psicologi, medici psichiatri e psicoterapeuti con competenze specifiche nell'area della salute psicologica, sociale e relazionale del singolo, dei gruppi, delle organizzazioni e dello sviluppo organizzativo.

La mission del CRRCR si declina in scopi tra loro interdipendenti, ovvero la pro-

mozione del benessere dell'operatore sanitario attraverso lo sviluppo e la manutenzione delle competenze e funzioni psico-sociali, il miglioramento della qualità delle relazioni interpersonali fra direzioni aziendali e operatori, fra operatori, fra operatori e utenti (pazienti e famiglie), la prevenzione e il trattamento dello stress lavorativo, la prevenzione e la gestione delle conflittualità, sia fra il personale del Servizio Sanitario Regionale che fra utenti e aziende; la conseguenza dovrà essere in specifico la riduzione dei contenziosi legali e quella delle patologie professionali.

Conformemente a quanto esposto, le principali aree di intervento del Centro Regionale sono riferite: all'individuazione dei punti critici nei sistemi sanitari, all'analisi e ricerca inerenti le relazioni umane nei processi di cura e riabilitazione, alla manutenzione psicologica dell'operatività dei servizi sanitari, attraverso una capillare attività di consulenza nell'ambito delle relazioni aziendali, al confronto sistematico delle varie organizzazioni e delle strategie di gestione del personale aziendale. Inoltre è svolta una costante attività di formazione delle competenze psicologiche e di supervisione psico-sociologica rivolta ai gruppi di lavoro multidisciplinari dei diversi contesti sanitari e aziendali. Un particolare impegno è rivolto al settore specifico della supervisione e attività di consulenza individuale per middle e top management per sostenere e favorire processi di cambiamento interni alle organizzazioni sanitarie e aziendali. Interventi preventivi sono attuati dal Centro in ambito organizzativo di *job design*, ristrutturazione dell'organizzazione di lavoro, formazione e sviluppo organizzativo. Forme di assistenza a livello individuo-organizzazione riguardano gli aspetti relazionali tra colleghi per il miglioramento delle abilità di *coping*, con conseguente riduzione dello stress lavorativo.

Infine, il Centro pone particolare attenzione all'area della divulgazione delle conoscenze, in particolare promuovendo la realizzazione di convegni, come pure al confronto tra professionisti che si occupano del personale in un'ottica interdisciplinare e sensibile anche alle metodologie ed agli approcci adottati in città/regioni/paesi diversi, sostenendo la necessità di un continuo confronto dialettico.

Oltre alla Regione Toscana, insieme alla quale il CRRCR valuta, progetta e realizza gli interventi necessari sul tema del benessere degli operatori in ambito sanitario, altri interlocutori del Centro sono le Aziende Ospedaliere Universitarie, le Aziende Sanitarie Locali, le Aree Vaste, la Società della Salute, i Comuni, le Province, il Ministero della Salute, come pure organismi riconducibili all'area dell'Associazionismo e del no-profit oltre al settore privato.

1.4. Modelli teorici

Indipendentemente dall'ambito di attività, il vertice di osservazione del Centro è di tipo relazionale.

La relazione interpersonale rappresenta il nodo focale per comprendere il com-

portamento: l'essere umano è essenzialmente un essere relazionale, che vive in interdipendenza con gli altri.

È all'interno del contesto relazionale che l'uomo evolve lungo tutto il corso della sua esistenza, vivendo dinamicamente momenti di crescita e di crisi. Le malattie stesse prendono forma ed acquisiscono significato all'interno di tale sistema.

Pertanto, ogni intervento di tipo psicologico che non vuol risultare riduzionistico non può ignorare il contesto relazionale in cui il singolo individuo è inserito.

In tal senso, il CRRCR nel suo operare mantiene uno sguardo sistemico, promuovendo il lavoro di rete tra diversi individui e gruppi a cui l'intervento è rivolto e aiutandoli a sviluppare reciproci rapporti.

Il Centro nasce come esperienza innovativa che muove dall'analisi delle realtà delle organizzazioni sanitarie e dalla ricerca intervento in aree peculiari caratterizzate da aspetti critici a livello relazionale. Attraverso gli strumenti della diagnosi organizzativa e di consulenza ai gruppi e all'organizzazione stessa promuove lo sviluppo del potenziale umano e la cultura del benessere lavorativo.

L'elemento che accomuna queste dimensioni è il fatto di riferirsi a un modello teorico e di intervento tecnico che riguarda i gruppi, le organizzazioni e le istituzioni sociali.

Questo modello considera i gruppi e le organizzazioni come sistemi umani complessi e dinamici suscettibili di andare incontro a processi di cambiamento, crisi e sofferenza, certamente diversi da quelli degli individui, ma tali da nuocere sia alle persone che lavorano al loro interno, sia al buon funzionamento dell'organizzazione inteso come capacità di raggiungere gli obiettivi prefissati nella propria mission (Miller e Rice, 1967).

All'interno di questo modello di riferimento si possono delineare alcune azioni specifiche: la ricerca-intervento, la formazione, la consulenza organizzativa.

Queste sono tra loro reciprocamente in continuità: la ricerca non è fine a se stessa ma ha lo scopo di supportare chi lavora nell'organizzazione con la realizzazione di progetti specifici; la formazione non è finalizzata alla semplice acquisizione di abilità e strumentazioni operative, ma mira a sviluppare nelle persone attitudini all'osservazione e alla comprensione dei processi istituzionali anche e soprattutto sotto l'aspetto relazionale; la consulenza organizzativa rende possibile strutturare progetti e percorsi evolutivi di cambiamento sulla base di un'analisi delle criticità, delle risorse e delle necessità presenti.

Il modello utilizzato dal Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali può essere inoltre definito come "eclettico" perché generato a partire da diverse radici teoriche e concettuali.

L'eclettismo in questo senso è determinato dalla non supremazia di una disciplina sull'altra e dallo sforzo di integrare i contributi per una migliore comprensione dei processi istituzionali.

Le matrici teoriche e metodologiche di questo modello sono principalmente le

seguenti: la “teoria dei sistemi”, i cui concetti sono stati applicati in diversi campi, dalla modellizzazione delle organizzazioni sociali alla terapia familiare (Von Bertalanffy); il “costruttivismo” di Gregory Bateson e il “modello autopoietico” di Humberto Maturana e Francisco Varela; la “psicoanalisi” nella sua derivazione applicata alle organizzazioni e alle istituzioni, partendo dal lavoro di Wilfred Bion e del modello inglese della Tavistock Clinic poi Tavistock Institute of Human Relations, per arrivare a quello più recente di Renzo Carli nell’analisi della domanda declinata alla clinica psicosociologica e all’analisi e intervento sulle organizzazioni (Bion, Trist, Jacques, Menzies Lyth, Inshelwood, Pagliarani, Carli, Fornari, Perini).

Da sottolineare che questo non è un modello chiuso, integrale e onnicomprensivo, ovvero non intende sostituirsi alle altre teorie e tecniche che si occupano dell’organizzazione, ma si propone come uno schema teorico di intervento di secondo livello, che può fornire concetti, ipotesi di lavoro e strumenti di soluzione dei problemi quando le tecniche consuete mostrano di non essere più in grado di dare contributi sufficienti.

Obiettivo principale è l’esplorazione degli aspetti emotivi e relazionali non sempre consapevoli che si attivano nelle dinamiche di gruppo e organizzative, che possono essere considerate concause di crisi all’interno delle relative istituzioni.

Si tratta di un lavoro difficile perché, essendo le crisi e disfunzionalità dei sistemi organizzativi fenomeni per lo più inconsapevoli, e quindi non disponibili ad un’analisi razionale, si può finire per smarrirsi alla loro ricerca o può succedere addirittura che non si abbia nemmeno la percezione dell’esistenza del problema.

Il tipo di apprendimento promosso da questo modello è prevalentemente esperienziale.

Ciò significa che non si basa, se non in minima misura, sulla somministrazione di concetti e teorie: la vera fonte di cambiamento e di acquisizione è data dall’opportunità di vivere/rivivere e comprendere in gruppo e nel “qui-e-ora”, ad esempio in una esperienza formativa o nel corso di una consulenza, processi e situazioni cognitive, comportamentali ed emozionali che hanno molte analogie con le vicende concrete che si svolgono sul luogo di lavoro.

Nelle organizzazioni esistono aspetti soggettivi che fanno parte della vita dei gruppi che le compongono e di esse stesse nella loro totalità che hanno a che fare anche con elementi emotivi quali sentimenti, storie, fantasie e relazioni interpersonali reali o ideali, ovvero ciò che Lawrence (1979) e Armstrong (1997) hanno denominato “l’organizzazione nella mente”.

Si tratta cioè della modalità consapevole o meno, presente in tutti i vari livelli di funzionamento organizzativo, con la quale i singoli e i gruppi pensano e vivono la realtà organizzativa di cui fanno parte e che ha invariabilmente ricadute pratiche sul loro lavoro.

Questi aspetti, che sono contenuti mentali, hanno tuttavia il potere di influen-

zare i comportamenti, le relazioni tra i ruoli, le prestazioni lavorative e, a volte, di condizionare significativamente la stessa politica generale dell'organizzazione.

All'interno di tale quadro di riferimento, le principali attività del Centro consistono pertanto nella ricerca, nella progettazione, nella consulenza e nella formazione.

Queste diverse attività risultano legate da un rapporto di circolarità e di interconnessione ogni volta che si realizza un intervento, affinché esso risulti contestualizzato e pensato per la specifica situazione.

1.5. La Consulenza

È importante sottolineare come ogni organizzazione sociale si costituisca come un sistema a doppio compito. Uno è naturalmente il perseguire la propria missione; l'altro, meno evidente ma ugualmente importante, è quello di andare incontro ad alcune delle più importanti esigenze dell'uomo, tra le quali erigere efficaci difese, protezioni e sostegni contro le principali preoccupazioni, inquietudini e angosce dell'esistenza.

Ad esempio, citando il lavoro di Mario Perini sull'“organizzazione nascosta” (Perini, 2008), alcune istituzioni possono essere considerate come sistemi specializzati nella gestione dell'ansia. La sanità, per esempio, ha come obiettivo dichiarato la promozione della salute, ma senza dichiararlo ufficialmente si fa carico di paure che affliggono tutti gli individui, come la morte, la sofferenza, l'invecchiamento fisico e mentale.

Considerata questa premessa è possibile affermare che ogni cultura organizzativa, indipendentemente dai fini che si prefigge, si compone di una serie di elementi consapevoli ed espliciti fra cui: la mission, la struttura gerarchica, i ruoli, le procedure, i processi produttivi, persino i rituali e i miti aziendali. Tuttavia a questi aspetti dichiarati se ne affiancano altri nascosti, impliciti che l'organizzazione apparentemente non considera irrilevanti o di cui addirittura non è consapevole.

Questi aspetti tendono ad emergere in modo informale negli spazi interstiziali e di quotidianità del lavoro, come nelle situazioni non ufficiali di incontro tra operatori, e rappresentano una dimensione non propriamente cosciente dell'organizzazione, ma che è potenzialmente in grado di far luce sui processi fondamentali o sul clima relazionale dell'organizzazione, decifrando ciò che le persone pensano e non dicono.

A fronte di una funzione esplicita dell'organizzazione, che essa deve eseguire se vuole sopravvivere, esiste una “organizzazione nascosta” formata da rappresentazioni spesso non consapevoli che gli individui e i gruppi di lavoro formano rispetto al contesto organizzativo in cui operano e delle relazioni tra individui e tra gruppi in cui sono coinvolti.

La consulenza si delinea quindi come lo strumento attraverso il quale è possibile non solo elaborare le angosce, le difese e le resistenze al cambiamento ma anche chiarificare e ridefinire i confini, i ruoli e i compiti istituzionali. La loro indefinitezza è spesso causa di disfunzioni e tensioni, affrontabili. Rendere esplicito ciò che non lo è restituisce pensabilità al fenomeno organizzativo, consentendo di affrontare le situazioni critiche o di difficoltà relazionale e di sistema che nascono da aspetti di incongruenza tra elementi impliciti ed espliciti dell'organizzazione.

La competenza consulenziale si applica quindi anche e soprattutto a questi aspetti: alle fantasie, alle motivazioni, alle emozioni che portano a richiedere la consulenza stessa, in modo che la domanda di intervento possa essere analizzata, interpretata e capita. Per dirla con Renzo Carli (Carli e Paniccchia, 2003), ad analizzare la domanda stessa di intervento come rivelatore essenziale delle problematiche che ne istituiscono la richiesta.

L'analisi istituzionale, oltre al lavoro di comprensione organizzativa strutturale, dovrebbe passare anche attraverso l'esplorazione di quegli aspetti tra il cognitivo e l'affettivo, tra il consapevole e l'inconsapevole che sono in gioco insieme alle difese auto protettive che l'istituzione ha costruito per far fronte all'incertezza e all'ansia che ne deriva.

Alcune di queste difese possono anche rivelarsi relativamente adeguate e persino necessarie all'organizzazione per perseguire il suo compito.

Più spesso, però, le difese creano problemi invece che risolverne: innanzitutto sono estremamente costose dal momento che non esitano a compromettere il compito dell'organizzazione pur di tenere lontani l'ansia e il dolore; in secondo luogo si rivelano ingannevoli perché non mantengono mai quello che promettono ovvero uno stato durevole di pace e serenità.

Il lavoro di "consulenza all'organizzazione" è quindi essenzialmente quello di aiutarla a ricostruire, se ci sono gli elementi che lo consentono, una fisiologica dinamica emozionale, sostenendo l'evoluzione delle tensioni negative inesprese, a causa del proprio apparato difensivo, in energie esplicite e positive. Questo porta evidenti benefici in termini di efficienza, risparmio, coerenza fra il mandato istituzionale dell'organizzazione e la sua funzione interna di fornire ai lavoratori quel presupposto di benessere psicologico derivante dalla protezione dall'ansia, elemento necessario affinché tutti, al servizio dell'utenza, svolgano al meglio i compiti assegnati.

La consulenza all'organizzazione può quindi declinarsi in diverse modalità, che variano dalla consulenza all'individuo/gruppo di lavoro, fino al coinvolgimento dell'organizzazione in senso ampio, con interventi rivolti agli staff direzionali e ai dirigenti.

Elemento cardine di questa variabilità è la costruzione di progetti ad hoc, che seguano la fase della domanda di consulenza e di analisi della stessa e si concretizzino in percorsi complessi e integrati di supporto agli operatori e al sistema organizzativo.

Tali progetti possono prevedere interventi di supporto al singolo operatore e al suo gruppo di lavoro, ai diversi gruppi di lavoro in sinergia tra loro, rispetto ai vari livelli di complessità.

Le modalità di intervento vanno dallo staff fino alla costruzione di veri e propri programmi specifici riguardanti aree critiche sia per molteplicità dei bisogni affrontati, sia per complessità del lavoro degli operatori.

La caratteristica di flessibilità e la possibilità di perfezionamento *in fieri* garantiscono la rispondenza degli interventi alla lettura dei cambiamenti di contesto e all'evoluzione del sistema, nonché al dispiegarsi degli aspetti emergenti propri delle relazioni all'interno di quella particolare cultura o sottocultura organizzativa.

1.6. La Formazione

La formazione può rappresentare un potente strumento di trasformazione delle dinamiche organizzative generanti criticità relazionali.

Nella metodologia individuata dal Centro, l'intervento formativo viene sempre calato entro la relazione individuo-gruppo-contesto.

La formazione prevede tempestività e capacità di leva gestionale all'interno delle problematiche affrontate nella quotidianità dall'organizzazione portatrice della domanda, permettendo una reale capacità di cambiamento e affrontando i reali problemi dell'organizzazione di riferimento e non questioni genericamente interessanti ma poco attinenti alla specifica realtà. Individuare ed attuare l'intervento formativo più adeguato rende necessaria un'accurata fase di progettazione.

Nella metodologia proposta dal Centro, il processo di progettazione dell'attività formativa consta ben 4 fasi su 6 complessive previste. Tale procedura non è uno schema rigido, ma una struttura dinamica che permette di conoscere in tempi adeguati il significato della richiesta formativa e dell'intervento da attuare. In tale ottica, l'impossibilità di procedere alla realizzazione di una o più delle fasi non impedisce *in toto* l'intervento formativo, ma ne identifica precocemente limiti e confini.

La prima fase è l'incontro con la committenza, nel quale viene raccolta la domanda di intervento, letta, interpretata e compresa nelle sue componenti (dati di realtà, attribuzioni di significato, simbolizzazioni affettive, ecc.).

La seconda fase riguarda l'elaborazione del progetto formativo (macroprogettazione), in cui si elaborano le linee guida e i contenuti, i metodi e gli strumenti da utilizzare.

Nella terza fase si effettua un'“analisi sul campo” in due azioni di approfondimento: il *briefing*, sui focus delle attività formative, e le interviste a campione ai destinatari dell'attività formativa, sul contesto in cui i partecipanti operano in termini di storia, linguaggio, cultura, obiettivi.

La quarta fase prevede l'ultimazione del progetto (microprogettazione) sulla base delle informazioni emerse nel *briefing* e nelle interviste effettuate. In questa fase si condividono con la committenza le informazioni emerse, ri-negoziando il significato della criticità e della tipologia di intervento da intraprendere.

La quinta fase consiste nell'attività formativa vera e propria, centrata sulle esigenze dell'Organizzazione e valorizzante la peculiarità dei partecipanti. I percorsi formativi promuovono l'apprendimento attivo e cooperativo attraverso l'utilizzo di sessioni di didattica frontale, discussioni guidate, esercitazioni pratiche ed altre modalità interattive, scelte ed elaborate *ad hoc*, grazie alle quali i partecipanti sviluppano competenze applicabili nella propria realtà lavorativa. Le metodologie utilizzate attivano sia aspetti cognitivi che vengono stimolati attraverso processi di apprendimento razionali e momenti di concettualizzazione astratta, sia aspetti affettivo-emozionali sostenuti dal coinvolgimento in processi di comunanza e identificazione reciproca.

Nella sesta e ultima fase si valuta l'attività e si stila la relazione conclusiva attraverso appositi questionari di valutazione, costruiti e condivisi con i responsabili dell'organizzazione committente, per verificare insieme il raggiungimento degli obiettivi concordati (*rebriefing*). Al termine del progetto, il Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali presenta una relazione sull'attività svolta, che evidenzia il *feedback* delle persone che sono state protagoniste del percorso di apprendimento.

1.7. Collaborazioni e Partnership

Insieme alla Regione Toscana, suo principale interlocutore, il CRRCR valuta, progetta e realizza interventi sul tema dello sviluppo del potenziale umano e della promozione della cultura del benessere organizzativo in ambito sanitario regionale. Il Centro collabora e dialoga anche con altre realtà istituzionali regionali, quali le Aziende Ospedaliere Universitarie, le Aziende Sanitarie Locali, le Aree Vaste, le Società della Salute, i Comuni, le Province.

L'ideazione, lo sviluppo e la realizzazione dei progetti si svolgono in un'ottica di rete che coinvolge tutti i possibili interlocutori interessati ai temi trattati attraverso l'istituzione di Tavoli di Lavoro multiprofessionali e multicompetenziali: questi costituiscono lo strumento che permette di facilitare il dialogo e la comunicazione tra i vari attori istituzionali, spesso già attivi sulle tematiche affrontate ma talvolta isolati, per definire e condividere ambiti e strategie di intervento e sviluppare ricerca, coordinamento e valutazione delle attività svolte.

Alcune tra le partnership attivate e/o in attivazione: la Provincia di Firenze (progetto Scuole Secondarie di Secondo grado); la Società della Salute di Firenze (progetto Incidenti stradali; progetto per adolescenti e famiglie); la Protezione

Civile della Provincia di Firenze (Progetto di formazione sulla comunicazione in emergenza), il Centro di Riferimento Regionale Gestione Rischio Clinico (Progetto sull'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali per il Tentato Suicidio all'interno delle Aziende Ospedaliere, progetto sulle *non-technical skills* in sala operatoria).

Sono inoltre avviate collaborazioni con il Ministero della Salute, le Università e Centri di ricerca, gli Ordini professionali (Medici, Psicologi), il terzo settore – no profit (Volontariato, Associazionismo, Cooperative, altro), la Medicina Generale e la Pediatria di libera scelta (Cooperative, Associazioni), il Tribunale dei Diritti del Malato, la SePP ASL 10 Firenze, senza dimenticare la frequente collaborazione con gli organi di stampa.

In sintonia con il mandato regionale tutti gli interventi hanno un indirizzo volto alla ricerca e al confronto su modelli e metodi utilizzati, alla conoscenza e dialogo tra realtà regionali affini per obiettivi e aree di intervento, nonché alla creazione di una rete sinergica per l'implementazione delle esperienze esistenti e lo sviluppo di linee guida omogenee.

1.8. Bibliografia

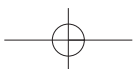
- Alastra, V. (2007), *La ricerca partecipata sul tema del benessere organizzativo in sanità*, in Converso D. e Falcetta R., *Burn-out e non solo. Valutazione del rischio, prevenzione e benessere nelle organizzazioni socio-sanitarie*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Aldridge, F.L. *et al.* (1971), *Stress in industry*. Edited by J., London. International Committee on Occupational Mental Health.
- Anon, (1994), *Burnished or burn out: the delights and dangers of working in health*, in «Lancet», vol. CCCXLIV, n. 8937, pp. 1583-1584.
- Armstrong, D. (1997), *The institution in the mind: reflections on the relation of psycho-analysis to work with institutions*, vol. 7(1), 41: 1-14, Free Associations.
- Avallone, F. e Pamplomatas A. (2005), *Salute organizzativa. Psicologia del benessere nei contesti lavorativi*, Raffaello Cortina, Milano.
- Bateson, G. (1977), *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.
- Bateson, G. (1984), *Mente e natura, un'unità necessaria*, Adelphi, Milano.
- Bateson, G. (1997), *Una sacra unità. Altri passi verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.
- Bateson, G. e Bateson, M.C. (1989), *Dove gli angeli esitano. Verso un'epistemologia del sacro*, Adelphi, Milano.
- Bertalanffy, Von L. (1971), *Teoria generale dei sistemi: fondamenti, sviluppo, applicazioni*, Arnoldo Mondadori Editore, Milano.
- Bion, W.R. (1961), *Esperienze nei gruppi*, Armando editore, Roma.

- Bruscaglioni, M. e Olivieri, V. (2002), *La progettazione dell'azione formativa*, in *Associazione Italiana Formatori, Professione formazione*, Franco Angeli, Milano.
- Carli, R. (1987), *Psicologia Clinica*, UTET Università, Torino.
- Carli, R. e Paniccia, M.R. (1981), *Psicosociologia delle organizzazioni*, Il Mulino, Bologna.
- Carli, R. e Paniccia, M.R. (2000), *Psicologia della Formazione*, Il Mulino, Bologna.
- Carli, R. e Paniccia, M.R. (2003), *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*, Il Mulino, Bologna.
- Carli, R. e Paniccia, M.R. (2005), *Casi clinici. Il resoconto in psicologia clinica*, Il Mulino, Bologna.
- Converso, D. e Falcetta, R. (2007), *Burnout e non solo. Valutazione del rischio, prevenzione e benessere nelle organizzazioni socio-sanitarie*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Correale, A. (1991), *Il campo istituzionale*, Borla, Roma.
- Fingret, A. (2000), *Occupational mental health: a brief history*, in «Occup. Med.», vol. L, n. 5, p. 289.
- Fornari, F., et al. (1985), *Psicoanalisi in ospedale: nascita e affetti nell'istituzione*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Fornari, F. (1978), *Psicoanalisi e istituzioni*, Le Monnier, Firenze.
- Fornari, F. (1981), *Simbolo e codice: dal processo psicoanalitico all'analisi istituzionale*, Feltrinelli, Milano.
- Forti, D. e Varchetta, G. (2001), *L'approccio psicosocioanalitico allo sviluppo delle organizzazioni*, Franco Angeli, Milano.
- Hinshelwood, R.D., e Skogstad, W. (2005), *Osservare la organizzazioni. Ansia, difesa e cultura nei servizi sanitari*, Ananke Editore, Torino.
- Hirschhorn, L. e Barnett, K. (1993), *The psychodynamics of organizations. Labor and social change*, Temple University Press, Philadelphia.
- Imbasciati, A. (2008), *La mente medica*, Springer, Italia.
- Jaques, E. (1955), *Sistemi sociali come difesa contro l'ansia persecutoria e depressiva*, contributo allo studio psicoanalitico dei processi sociali, in M. Klein et al. (1966, a cura di), *Nuove vie della psicoanalisi*, Il Saggiatore, Milano.
- Kaneklin, C. (2001), *Lavorare in gruppo oggi*, in «Spunti», n. 4, pp. 27-47.
- Kets De Vries, M.F.R. (1989), *Alexithymia in organizational life: The organization man revisited*, in «Human Relations», XLII, n. 12, pp. 1079-1093.
- Kets de Vries, M.F.R. (1991), *Organizations on the Couch*, Jossey-Bass Inc, San Francisco.
- Kets de Vries, M.F.R. (2001), *The Leadership Mystique: a user's manual for the human enterprise*, Financial Times Press, New Jersey.
- Kets de Vries, M.F.R., e Miller, D. (1984), *The Neurotic Organization: Diagnosing and Changing Counterproductive Styles of Management*, Jossey-Bass Inc, San Francisco.
- Lawrence, W.G. (1979), *Exploring individual and organizational boundaries: A Tavistock open systems approach*, John Wiley & Sons, Inc., Chichester.

- Maisonrouve, J. (1979), *Guida alla Psicosociologia*, Sansoni, Firenze.
- Manoukian, F. (2000), *Conoscere l'organizzazione: formazione e ricerca psicosociologica*, Carocci, Roma.
- Maslach, C. e Leiter, P.L. (2000), *Burnout e organizzazione. Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro*, Erickson, Trento.
- Maturana, H.R., e Varela, F.J. (1985), *Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente*, Marsilio, Venezia.
- Maturana, H.R., e Varela, F.J. (1987), *L'albero della conoscenza*, Garzanti, Milano.
- Menzies Lyth, I. (1960), *Social Systems as a defense against anxiety*, in «Human Relations», XIII, pp. 95-121.
- Menzies Lyth, I. (1988), *A Psychoanalytic perspective on social institutions*, in E.B. Spillius (Ed.), *Melanie Klein Today*, vol. II, Routledge, London.
- Miller, E.J. e Rice, A.K. (1967), *Systems of Organization. The Control of Task and Sentient Boundaries*, Tavistock Publ, London.
- Norman, R. (2000), *La gestione strategica dei servizi*, Etas, Milano.
- Obholzer, A. e Zagier Roberts, V. (1994), *L'inconscio al Lavoro*, Etas Libri, Milano.
- Pagliarani, L. (1969), *Tre modi di leggere*, in A.D. Newman, R.W. Rowbottom, (1969), *Manuale di analisi delle strutture organizzative*, Isper, Torino.
- Pagliarani, L. (1972), *Psicoanalisi di gruppo e socioanalisi*, in «Ulisse», XI, 82, 1972; e in «Psicoterapia e scienze umane», (1972), III-IV, Franco Angeli, Milano.
- Perini, M. (2008), *L'organizzazione nascosta. Dinamiche inconsce e zone d'ombra nelle moderne organizzazioni*, Franco Angeli, Milano.
- Quaglino, G. (1996), *Psicodinamica della vita organizzativa*, Raffaello Cortina, Milano.
- Rath, T. e Clifton, D.O. (2004), *How full is your bucket? Positive strategies for work and life*, Gallup Press, New York.
- Schein, E.H. (1999), *La consulenza di processo. Come costruire le relazioni di aiuto e promuovere lo sviluppo organizzativo*, Raffaello Cortina, Milano.
- Trist, E.L. et al. (1997), *The Social Engagement of Social Science: A Tavistock Anthology: The Socio-Ecological Perspective*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- Trist, E.L., e Sofer, C. (1959), *Exploration in Group Relations*, Leicester University Press, Leicester.
- Trist, E.L., e Bamforth, W. (1951), *Some Social and Psychological Consequences of the Long Wall Method of Coal-Getting*, in «Human Relations», vol. IV, pp. 3-38.

1.9. Sitografia

www.meslab.sssup.it/_sito/indx.php?page=report.



Capitolo 2

Progetto “Comprendere e valutare lo Stress lavoro-correlato nelle Aziende Sanitarie dell’Area Vasta-Centro della Regione Toscana”

2.1. Descrizione sintetica del progetto e dell’obiettivo generale

Il “Progetto di sperimentazione di azioni integrate di prevenzione dello stress lavorativo degli operatori delle Aziende Sanitarie dell’Area Vasta Centro, dell’ESTAV Centro e dell’ISPO” si propone di realizzare attraverso azioni integrate la prevenzione dello stress lavorativo degli operatori delle Aziende Sanitarie dell’Area Vasta – Centro e dell’Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO). Le due azioni strettamente interconnesse che il progetto si propone di realizzare sono:

- 1) la sperimentazione di un modello di valutazione dei rischi da stress lavoro-correlato per le Aziende Sanitarie (Aziende Ospedaliere Universitarie Careggi e Meyer, ISPO, Azienda USL 11 Empoli, Azienda USL 4 Prato, ESTAV Centro);
- 2) l’istituzione di un servizio operativo di intervento sulle problematiche stress lavoro-correlato, psicosociale e di adattamento, nonché la realizzazione di programmi di miglioramento che potrebbero scaturire dalla valutazione (Azienda Sanitaria Firenze e Aziende Ospedaliere Universitarie Careggi e Meyer, ISPO, Azienda USL 3 Pistoia, Azienda USL 4 Prato, Azienda USL 11 Empoli, ESTAV Centro).

L’obiettivo di tale studio è l’apprezzamento del livello dello stress lavoro-correlato degli operatori sanitari e l’individuazione delle linee di intervento per il miglioramento del benessere lavorativo. Secondariamente e in accordo con le singole Aziende, il progetto prevede l’istituzione di servizi dedicati alla rilevazione dello stress lavoro-correlato e in generale delle patologie organizzative.

In linea generale il progetto si sviluppa lungo i seguenti punti:

- a. Pianificazione della valutazione;
- b. Condivisione del progetto con i Direttori Generali;
- c. Presentazione del progetto ai Direttori di Dipartimento;
- d. Presentazione del progetto ai Direttori di Struttura e Coordinatori infermieri;
- e. Presentazione del progetto e somministrazione del questionario agli Operatori sanitari, Operatori tecnici, amministrativi, ecc.;
- f. Elaborazione dei dati (oggettivi e soggettivi) e valutazione del rischio da stress lavoro-correlato;

- g. Restituzione della valutazione del rischio e dei piani di miglioramento;
- h. Presentazione pubblica dei risultati.

2.2. Strumento di valutazione del progetto

A differenza dei rischi tradizionali, quelli di natura psicologica presentano ampi interrogativi sulle metodologie operative efficaci e condivise di valutazione. Attualmente esistono diversi strumenti in commercio che si propongono, a partire da un elenco di item, di misurare il livello di stress in una organizzazione. La scelta dello strumento diventa pertanto di fondamentale importanza per una corretta valutazione. Tali strumenti di analisi non sono equivalenti e interscambiabili. Nella scelta del questionario vanno tenuti in considerazione sia la definizione di stress lavoro-correlato, sia il modello teorico di riferimento. Una sintesi dei modelli teorici la possiamo trovare in De Falco *et al.* (2008), mentre per un approfondimento degli strumenti possono essere utili alcuni lavori pubblicati da N. Magnavita (2008, 2009).

La scelta del questionario, per il progetto d'indagine che presenteremo di seguito, è caduta sul Questionario per la Valutazione dell'Organizzazione del Lavoro (WOAQ - *Work Organization Assessment Questionnaire*), uno strumento sviluppato dai ricercatori dell'Università di Nottingham (Griffiths *et al.*, 2006) nel quadro di un progetto per la valutazione e la riduzione dei rischi da lavoro nell'industria. Di recente è stato effettuato uno studio di validazione anche per i lavoratori del pubblico impiego (Wynne Jones *et al.*, 2009).

Il WOAQ si compone di 28 domande relative ai rischi derivabili sia dal design sia dal management del lavoro. Ai lavoratori è chiesto di indicare, sulla base della propria esperienza e conoscenza, quanto sia problematico o soddisfacente ciascun aspetto del proprio lavoro mediante una scala a cinque punti tipo Likert (Magnavita, 2008, 2009). La composizione dei quesiti è di tipo situazionale, evitando il più possibile concetti di estrazione psicologica. La versione italiana del WOAQ mantiene le caratteristiche della versione originale (Magnavita *et al.*, 2007).

Lo strumento utilizzato per la rilevazione si compone di sei parti:

- i. dati di stratificazione;
- ii. questionario sullo stress lavoro-correlato;
- iii. item di integrazione del questionario;
- iv. item di approfondimento della problematica stress lavoro-correlato;
- v. manifestazioni emotivo/cognitive;
- vi. item di sintesi.

Come si può vedere nella fig. 1, le aree indagate dal questionario sono sei: i rapporti con la dirigenza, i rapporti con i colleghi di lavoro, il benessere lavorativo, la qualità fisica dell'ambiente, il carico di lavoro e gli aspetti psicofisiologici.



Figura 1. Aree indagate dal questionario sullo stress lavoro-correlato.

Ulteriori sviluppi del progetto sono:

1. l'istituzione di un osservatorio permanente sulle problematiche stress lavoro-correlato e patologie organizzative nelle Aziende coinvolte nel progetto;
2. il coordinamento del tavolo di lavoro sulle problematiche stress lavoro-correlato e patologie organizzative con i Medici Competenti, il Servizio di Prevenzione e Protezione, e l'Ufficio del personale delle Aziende coinvolte nel progetto;
3. la promozione di interventi di prevenzione dei fenomeni stress lavoro-correlato e patologie organizzative nei gruppi di lavoro;
4. la consulenza e l'intervento sui gruppi di lavoro coinvolti in problematiche stress lavoro-correlato e patologie organizzative;
5. la consulenza e l'intervento sul singolo operatore coinvolto in problematiche stress lavoro-correlato e patologie organizzative.

2.3. Le dimensioni del fenomeno

Nell'Unione Europea fra i problemi di salute occupazionale rilevati con maggiore frequenza quelli legati allo stress si collocano al secondo posto, con il 22% di lavoratori colpiti. Tale problematica riguarda oltre 40 milioni di persone e, secondo gli studi effettuati dalla Fondazione Europea, causano oltre il 50-60% delle assenze sul lavoro (OSHA, 2010). Il malessere si manifesta oltre che con un deterioramento della salute anche con un calo di efficienza lavorativa, alti livelli di assenteismo e turnover, maggiore incidenza di errori e incidenti in ambito lavorativo (Costa, 2009). Le problematiche legate allo stress sono diventate una delle principali preoccupazioni per le organizzazioni anche a causa degli ingenti costi ad esse collegati.

2.4. Origine del concetto di stress

Il termine "stress" è diventato oggi molto diffuso nonostante la sua relativa breve storia. L'origine della parola risale al XV sec., utilizzata in un documento in cui era utilizzata nel senso di una tensione o una pressione fisica applicata a qualsiasi oggetto materiale. Da allora il termine ha avuto definizioni sempre più dettagliate; oggi il termine fa riferimento ad una pressione, proveniente dal mondo esterno, che crea disagio o difficoltà all'individuo.

Nonostante negli anni il concetto di stress si sia sempre più chiaramente definito fra gli addetti ai lavori, il suo significato nella popolazione non è sempre così chiaro e non di rado viene confuso o messo in relazione con i concetti di stanchezza, depressione, noia, fatica, malessere ed altre forme di disagio psichico.

La prima definizione scientifica di stress è stata fatta da Hans Selye, endocrinologo viennese, descrivendolo come «uno stato di tensione aspecifica della materia vivente, che si manifesta mediante modificazioni morfologiche tangibili in vari organi, e particolarmente nelle ghiandole endocrine» (Selye, 1936). Successivamente tale definizione è stata modificata dallo stesso autore in «risposta aspecifica dell'organismo per ogni richiesta effettuata su di esso dall'ambiente esterno». Secondo Selye, la risposta è "aspecifica" perché non rientra nei canoni della causalità: il medesimo effetto può essere sollecitato da cause differenti. Con il termine "qualsiasi" si voleva sottolineare che la risposta emessa dall'organismo non dipende necessariamente dalla straordinarietà della causa, quanto dal modo come esso viene percepito (Humanities, 2009). La conclusione a cui arrivava Selye è che lo stress non può essere evitato, esso esiste in tutti i momenti della nostra vita. Ciò che si deve fare non è combatterlo ma trarne vantaggio comprendendone i suoi meccanismi.

Esiste anche una seconda fonte di stress evidenziata da Selye: infatti oltre

all'eccesso di stimolazione gli organismi soffrono parimenti la scarsità di sollecitazioni. I lavori di Heron (1961) hanno dimostrato che l'eliminazione delle fonti di stimolazione dall'ambiente può generare negli organismi gravi situazioni di stress. Generalmente la carenza e l'eccesso di stimolazioni vengono rappresentate come una curva a U, dove le due estremità elevate rappresentano la carenza e l'eccesso di sollecitazioni e la parte centrale bassa come il livello ottimale di pressione (Levi, 1972). L'efficienza prestazionale può essere descritta anche con la legge di Yerkes e Dodson o "curva di efficienza". La legge dice che la prestazione segue l'andamento di una U rovesciata: a un basso grado di sollecitazione il livello di prestazione è basso, man mano che aumentano le stimolazioni aumenta anche l'efficienza della prestazione e quando le richieste diventano eccessive, quindi aumentano ulteriormente, la prestazione comincia a scendere.

Lo stress percepito, in ogni caso, non è un fenomeno "tutto o nulla", ma esistono delle soglie soggettive che ne determinano il confine. Fino ad un certo livello di pressione si registra una predisposizione dell'organismo allo sforzo, migliorando così la risposta che verrà emessa: questa tipologia di stress in letteratura viene definita "eustress". Come dimostrato dagli studi dallo stesso Selye, una certa quantità di stress è necessaria per il normale funzionamento fisico e psicologico della persona. È stato dimostrato che l'"eustress" aumenta il livello di vigilanza, la concentrazione e la velocità di esecuzione dei compiti.

Quando il livello di pressione supera la soglia di sopportazione si va incontro ad un tipo di stress chiamato "distress". Nella condizione di eccesso di tensione l'individuo incontra difficoltà nell'esecuzione della attività, problemi di concentrazione, dell'utilizzo ottimale delle capacità cognitive e della capacità di vivere adeguatamente ed efficacemente le situazioni quotidiane.

Il fatto che esistano due forme di stress ha orientato la ricerca ad individuare il punto che delimita l'"eustress" dal "distress", ovvero tentare di stabilire fino a che punto la pressione è utile e funzionale all'organismo e quando, invece, comincia a diventare dannosa. La ricerca del limite ha portato i ricercatori a valutare le variabili che entrano in gioco nell'evento stress.

Dall'analisi della letteratura sullo stress si possono individuare tre differenti approcci che presentano ampie sovrapposizioni. Il primo, definito "tecnico" e preferito generalmente dagli ingegneri, concepisce lo stress come una caratteristica dannosa presente nell'ambiente di lavoro e lo considera come una variabile indipendente che determina cattive condizioni di salute. Il secondo, definito "approccio fisiologico" e condiviso generalmente dai medici, concepisce lo stress come effetto fisiologico comune prodotto da un'ampia gamma di eventi dannosi. In questo caso lo stress è considerato come una variabile dipendente, cioè come una specifica reazione fisiologica ad un ambiente dannoso. Il terzo, denominato "approccio psicologico", concepisce lo stress come una interazione dinamica tra la persona e l'ambiente in cui vive. Per comprendere questa relazione di interdipendenza

pendenza è richiesta una capacità di lettura di ciò che accade sia sul piano socio-psicologico sia su quello psico-fisiologico (Humanities, 2009).

Il modello tecnico e l'approccio fisiologico hanno suscitato qualche perplessità relativa al fatto che entrambi non tengono conto degli aspetti psicologici e cognitivi. La mole di dati oggi a disposizione evidenzia chiaramente l'influenza di tali aspetti nel determinare il contesto come stressante (Cox *et al.*, 2000).

2.5. Lo stress in ambito lavorativo

Dopo l'emanazione del D. Lgs. n. 81 del 9/4/2008 parlare di stress in ambito lavorativo senza inserirlo all'interno di un sistema più ampio del concetto di sicurezza non avrebbe molto senso. L'obbligo della valutazione del rischio stress lavoro-correlato nel Testo Unico per la sicurezza negli ambienti di lavoro non solo introduce il riconoscimento dell'importanza di una serie di fattori dannosi per la salute del lavoratore, ma anche un vero e proprio cambiamento paradigmatico. A cambiare è soprattutto il modo di concepire e di promuovere la sicurezza nei luoghi di lavoro. L'aspetto cardine di tale cambiamento è il passaggio da una visione dello stress come fattore di rischio ad una relazione di interdipendenza fra individuo e ambiente. Lo stress in ambito lavorativo non deve essere concepito come una caratteristica intrinseca dell'ambiente di lavoro ma come un'interazione dinamica che intercorre fra la persona e il suo contesto.

Il D. Lgs. 81/2008 pone le basi per organizzare in termini sistemici tutto ciò che riguarda la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro in una strategia di sviluppo del sistema uomo-organizzazione (Humanities, 2009). L'assunzione di una visione sistemica della sicurezza comporta principalmente il coinvolgimento di tutti gli operatori dell'azienda, indipendentemente dalla loro funzione e responsabilità. Ciò è fondamentale al fine di evitare che le norme, pur efficaci, rimangano solamente scritte sulla carta. Il coinvolgimento degli operatori non deve essere considerato solo un accorgimento metodologico ma è un obbligo previsto dalla legge; infatti, l'art. 20 comma 1 del D. Lgs. recita:

Ogni lavoratore deve prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle sue azioni o omissioni, conformemente alla sua formazione, alle istruzioni e ai mezzi forniti dal datore di lavoro.

La responsabilità della sicurezza, quindi, non va solamente assegnata ai dirigenti e preposti, quanto, per lo meno nella sua realizzazione pratica, a tutti e a ciascun lavoratore. La responsabilità è così assegnata a tutto il personale, venendo meno l'alibi del "non mi compete". Per ciò che concerne la sicurezza diviene dunque importante non solo la responsabilità secondo l'oggettività giuridica, ma anche il sentirsi responsabile della persona e ciò rafforza il valore stesso della sicurezza.

All'interno del D. Lgs. 81/08, l'art. 28 è considerato come un passaggio epocale per ciò che concerne l'approccio alla prevenzione dei rischi. Per prima cosa diventano principali i termini salute e sicurezza, in quanto vengono sempre più considerati come espliciti indicatori della qualità della vita in ambito lavorativo. Un secondo punto riguarda l'equiparazione, in termini di necessità di valutazione, dei rischi psicologici al pari dei tradizionali rischi fisici, chimici e biologici. Infine, la logica della prevenzione che in un'ottica sistemica guarda in maniera imprescindibile al benessere individuale, organizzativo e sociale.

Una delle costanti in ambito di sicurezza nelle organizzazioni è costituito dal doppio dualismo: da una parte la produttività vs. la sicurezza, e dall'altra l'uomo vs. l'azienda. Ciò che spesso fa fatica ad emergere è che il benessere lavorativo si trova proprio nel mezzo di tale dualità e che le antinomie derivate sono solo apparentemente inconciliabili. Il D. Lgs. 81/2008 propone dunque una visione integrata e d'insieme della "prevenzione e sicurezza dei luoghi di lavoro".

Man mano che la ricerca sullo stress ha individuato nuove variabili, la sua definizione ha subito progressive modifiche. Nonostante vi sia un sostanziale accordo su cosa si intende per "stress lavoro-correlato" esistono differenti definizioni. Il *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH) nel 1999 ha definito lo stress lavorativo come «un insieme di reazioni fisiche ed emotive dannose che si manifestano quando le richieste poste dal lavoro non sono commisurate alle capacità, risorse o esigenze del lavoratore» (NIOSH, 1999, p. 6). Più di recente, De Falco e collaboratori definiscono lo stress in ambito lavorativo come «la risposta non specifica di un organismo davanti a qualsiasi sollecitazione si presenti, innestando una normale reazione di adattamento che può arrivare ad essere patologica in situazioni estreme» (De Falco *et al.*, 2008, pp. 11-12).

Secondo i modelli più recenti, lo stress lavoro-correlato è definito come il prodotto dell'interazione dinamica fra la persona ed il contesto sociale e organizzativo in cui lavora. È, in pratica, il rapporto tra le richieste avanzate dal compito, sia esse fisiche, cognitive, emozionali o relazionali, e le possibilità/capacità percepite dall'operatore di farvi fronte in termini di risposta psico-fisiologica e operativa (Cooper e Payne, 1988; Cox *et al.*, 2000; Karasek e Theorell, 1990; Siegrist *et al.*, 1997).

2.6. Lo stress e il suo costo

La situazione di stress è percepita come tale nel momento in cui le richieste provenienti dall'ambiente lavorativo non sono commisurate con le capacità, le risorse e le specifiche esigenze del lavoratore.

Abitualmente le richieste provenienti dal contesto lavorativo che riguardano la natura dei compiti e l'organizzazione del lavoro sono:

- il contenuto del lavoro;
- i carichi e ritmi di lavoro;
- il grado di responsabilità e gravità delle possibili conseguenze dell'errore;
- gli orari di lavoro;
- il livello di partecipazione/decisione e possibilità di carriera;
- la mobilità attiva o passiva;
- il ruolo nell'organizzazione;
- la formazione e l'addestramento;
- la funzione e la cultura organizzativa;
- le relazioni interpersonali lavorative;
- l'interferenza ambiente sociale familiare sul lavoro.

D'altro canto, le variabili che influenzano la capacità del lavoratore a far fronte alle richieste (spesso definite come strategie di coping) riguardano molteplici aspetti di carattere personale. In particolare:

- l'età;
- la personalità;
- la situazione familiare;
- gli stili di vita;
- la formazione professionale;
- gli atteggiamenti comportamentali;
- le condizioni di salute.

Elementi lavorativi ed elementi personali risultano influenzati a loro volta da fattori sociali, quali le modalità di integrazione dell'individuo nel gruppo di lavoro, nella famiglia e nella società in generale (Costa, 2009).

Recenti indagini evidenziano un crescendo delle malattie stress lavoro-correlate e dei costi economici da esse derivanti. Sull'economia di un'Azienda gli effetti dello stress pesano oggi più delle conflittualità dovute alle rivendicazioni sindacali. Le statistiche sull'assenteismo indicano che ogni giorno un'ampia fetta di lavoratori si assenta dal posto di lavoro a causa di malattie derivate dallo stress lavorativo (Hargreaves, 1999).

I costi causati dallo stress lavoro-correlato possono essere classificati in misurabili e non misurabili. Fra i costi misurabili dello stress lavoro-correlato possiamo annoverare:

- 1) le malattie fisiche (problemi coronarici, infarti, ecc.);
- 2) i disturbi psicologici (burnout, disturbo post-traumatico da stress, ansia, depressione, abuso di alcol, ecc.);
- 3) il prepensionamento;
- 4) la morte in servizio;
- 5) gli incidenti/infortuni sul lavoro;
- 6) l'assenteismo.

Alcuni costi attribuibili allo stress, però, sono di difficile quantificazione.

Come si possono ad esempio misurare i costi derivati dalla ridotta o assente creatività del personale? La mancanza di progettualità? Generalmente, per i costi non misurabili dello stress viene fatto riferimento a:

- a. la performance scadente o rallentata;
- b. la non buona gestione del tempo;
- c. l'organizzazione inefficace;
- d. la predisposizione agli incidenti;
- e. i conflitti interpersonali nei luoghi di lavoro;
- f. la scarsa concentrazione;
- g. la ridotta capacità di giudizio;
- h. la scarsa creatività.

2.7. La valutazione

Per ciò che concerne la valutazione del rischio da stress lavoro-correlato, il D. Lgs. 81/2008 fa esplicito riferimento all'Accordo europeo dell'8 ottobre 2004 (recepito successivamente nell'Accordo interconfederale del 9 giugno 2008). È a tale documento che bisogna fare riferimento per la valutazione del rischio in oggetto. In particolare, il documento suggerisce di valutare la tipologia del lavoro, l'adeguatezza della gestione della sua organizzazione, il sistema di comunicazione. Disfunzioni riferibili a tali aree possono, se prolungate nel tempo, determinare disturbi fisici e/o psicologici in soggetti non in grado di fare fronte alle richieste dell'ambiente lavorativo.

Inoltre, in tale accordo viene precisato come lo stress lavorativo debba essere considerato un fenomeno trasversale alle organizzazioni, indipendentemente da ruoli, reparti, dimensioni o campo di attività del lavoratore, ma che al contempo non tutti i luoghi di lavoro e non tutti i lavoratori debbano essere necessariamente interessati dal fenomeno stress lavoro-correlato. Ciò risulta molto importante per quanto riguarda la scelta della strategia che si intende adottare nella valutazione dell'Azienda. Non è possibile, pertanto, definire a priori se un luogo risulti stressante oppure no, ciò perché, come detto precedentemente, la percezione dello stress è un evento soggettivo che coinvolge sia le capacità cognitive che le risorse disponibili auto-percepite dal lavoratore. L'ambiente fisico rimane una variabile importante che non può essere trascurata, ma non deve e non può diventare lo screening principale per la valutazione dello stress lavoro-correlato. L'analisi della letteratura non ci aiuta a risolvere il problema poiché esistono delle divergenze di opinioni legate principalmente all'adozione della procedura di valutazione. A seconda del punto di vista, si predilige la valutazione dei parametri "obiettivi" o "soggettivi" (Romano, 2009).

L'Accordo europeo non ha fini sanzionatori nei confronti dei datori di lavoro,

ma ha l'intento di migliorare la comprensione della tematica stress lavoro-correlato. Obiettivo principale è di diffondere la consapevolezza nei datori di lavoro, negli stessi lavoratori e nei loro rappresentanti dell'importanza dei sintomi legati alla salute personale e organizzativa dello stress derivante dal lavoro. In particolare prevede di:

- a. informare e sensibilizzare i dipendenti, i preposti e i datori di lavoro;
- b. accertare i problemi dovuti allo stress;
- c. valutare i problemi di stress sul posto di lavoro;
- d. adottare provvedimenti, dove richiesto.

Non sono oggetto di quest'accordo né le violenze né le sopraffazioni nei luoghi di lavoro e neanche lo stress post-traumatico. L'Accordo europeo dell'8 ottobre 2004 lascia fuori dalla valutazione il mobbing, questo perché all'origine del mobbing c'è un aspetto d'intenzionalità che non è presente nello stress (Pagano, 2008).

Alle molteplici e differenti definizioni di stress presenti in letteratura, nella stesura dell'"Accordo europeo sullo stress sul lavoro" è stata aggiunta una definizione il più possibile operativa dello stress e dello stress derivato dal lavoro, riportata di seguito per esteso:

"Lo stress è uno stato che si accompagna a malessere e disfunzioni fisiche, psicologiche o sociali ed è conseguenza del fatto che le persone non si sentono in grado di superare i gap rispetto alle richieste o alle attese nei loro confronti. L'individuo è capace di reagire alle pressioni a cui è sottoposto nel breve termine, e queste possono essere considerate positive (per lo sviluppo dell'individuo stesso - *ndt*), ma di fronte ad una esposizione prolungata a forti pressioni egli avverte grosse difficoltà di reazione".

Inoltre, persone diverse possono reagire in modo diverso a situazioni simili e una stessa persona può, in momenti diversi della propria vita, reagire in maniera diversa a situazioni simili. Lo stress non è una malattia ma una esposizione prolungata allo stress può ridurre l'efficienza sul lavoro e causare problemi di salute. Lo stress indotto da fattori esterni all'ambiente di lavoro può condurre a cambiamenti nel comportamento e ridurre l'efficienza sul lavoro. Tutte le manifestazioni di stress sul lavoro non vanno considerate causate dal lavoro stesso. Lo stress da lavoro può essere causato da vari fattori quali il contenuto e l'organizzazione del lavoro, l'ambiente di lavoro, una comunicazione "povera", ecc.

In questa definizione possiamo individuare differenti spunti di riflessione, in particolare:

- Lo stress non è percepito come esclusivamente negativo. Il lavoratore è visto come un organismo in grado di fare fronte alle pressioni a breve termine provenienti dall'ambiente.
- Persone diverse possono reagire diversamente a pressioni ambientali simili, e la medesima persona può presentare differenti reazioni per pressioni simili in momenti diversi.

- Lo stress non deve essere concepito come una malattia, è solo un'esposizione prolungata alle pressioni ambientali che può in alcuni casi ridurre l'efficienza sul lavoro e causare problemi di salute sia fisica che psicologica.
- La definizione aumenta il ventaglio di variabili che possono essere fonte di stress, quindi non solo il lavoro in sé, ma anche il suo contenuto, l'organizzazione, l'ambiente, la comunicazione, ecc.

Il punto 4 dell'Accordo tratta dei modi di individuazione e valutazione dello stress lavoro-correlato. Data la complessità del fenomeno nella sua definizione e pesatura, il documento non fornisce elenchi particolari per la rilevazione delle problematiche in esame. Vengono altresì suggeriti alcuni accorgimenti. In particolare il fatto di considerare segnali di malessere e fonte di stress un alto tasso di assenteismo, un turnover elevato, conflitti interpersonali, frequenti lamentele.

In generale, la rilevazione dei fattori di stress può avvenire, secondo l'Accordo europeo, tramite l'analisi dei fattori organizzativi e dei processi di lavoro, dell'ambiente di lavoro, della comunicazione e dei fattori soggettivi.

Data la particolarità dei rischi psicosociali, non è possibile intraprendere la valutazione dei possibili rischi attraverso procedure standard, come le liste di controllo. Gli strumenti più indicati sembrano essere quelli della ricerca psicosociale: il questionario (fra i metodi quantitativi) o l'intervista, il focus group, l'analisi dei contenuti, l'osservazione partecipante (fra i metodi qualitativi) (Pagano, 2008).

Nel processo di valutazione la scelta del metodo da adottare dipende principalmente dall'obiettivo che si intende raggiungere. I diversi metodi non sono perfettamente interscambiabili, ognuno dei diversi approcci (qualitativi o quantitativi) comporta inevitabilmente la rinuncia di una parte delle informazioni disponibili; è importante in questo caso essere consapevoli delle scelte e delle rinunce che si stanno effettuando. L'intervista, ad esempio, consente al valutatore di avere una comprensione molto più particolareggiata e più ricca del vissuto del lavoratore, ma di contro si ha una maggiore difficoltà nella generalizzazione e nel confronto fra i diversi gruppi e organizzazioni. Il questionario offre altresì la possibilità di una maggiore standardizzazione della procedura, quindi di confrontabilità intergruppo, ma costringe a sacrificare una serie di informazioni utili per la comprensione del caso singolo. In definitiva, la scelta dello strumento da adottare dipende principalmente:

1. dall'obiettivo specifico della valutazione;
2. dalla dimensione dell'organizzazione;
3. dal tempo e dalle risorse a disposizione per la valutazione.

Il 18 novembre 2010 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha diramato un documento approvato dalla Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro. In tale comunicato sono riportate le indicazioni necessarie per la valutazione del rischio da stress lavoro-correlato, ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 6, comma 8, lettera m-quater, e 28, comma 1-bis, del D. Lgs. n. 81/2008, e s.m.i.

Il percorso metodologico indicato dalla Commissione rappresenta il livello minimo cui deve attenersi il datore di lavoro nella valutazione del rischio stress lavoro-correlato. In particolare il documento prevede due fasi di indagini:

- a. una valutazione “preliminare” che va ad individuare i parametri oggettivi dell’organizzazione, raggruppati in:
 - i. “eventi sentinella”, gli indici infortunistici, le assenze per malattia, il turnover, procedimenti e sanzioni, le segnalazioni del medico competente, le lamentele formalizzate dei lavoratori;
 - ii. “fattori di contenuto”, l’ambiente di lavoro e le attrezzature, i carichi e i ritmi di lavoro, l’orario e i turni di lavoro, la rispondenza tra le competenze dei lavoratori e i requisiti professionali richiesti;
 - iii. “fattori di contesto del lavoro”, come il ruolo nell’ambito dell’organizzazione, l’autonomia decisionale e di controllo, i conflitti interpersonali nel contesto lavorativo, i percorsi di carriera, la comunicazione.
- b. nel caso in cui la valutazione preliminare evidenzii dei rischi deve essere effettuata una valutazione definita “approfondita”.

La valutazione preliminare consiste nella rilevazione degli indicatori oggettivi e verificabili del rischio stress lavoro-correlato. Nella prima fase dell’indagine è possibile usare liste di controllo applicabili anche da chi si occupa di prevenzione in Azienda.

Per ciò che concerne i fattori di contesto e di contenuto, la raccomandazione richiede il coinvolgimento dei lavoratori e/o dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS)/Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza Territoriale (RLST); la modalità di tale coinvolgimento è affidata al datore di lavoro.

Qualora dalla valutazione preliminare non emergano elementi di rischio da stress lavoro-correlato, il datore di lavoro è solo tenuto a riportarlo nel Documento di Valutazione dei Rischi (DVR). Diversamente, nel caso in cui si rilevino rischi, il Datore dovrà intraprendere azioni correttive. Nel caso in cui i risultati della prima valutazione fossero insufficienti, il datore di lavoro è tenuto a effettuare la valutazione approfondita.

Questa consiste nella rilevazione della percezione soggettiva dello stress dei lavoratori. A tal fine la Commissione suggerisce tre classi di strumenti: i questionari, i focus group e le interviste semi-strutturate.

Il questionario

Secondo Zammuner (1996) il questionario è uno strumento di raccolta delle informazioni, un insieme strutturato di domande e risposte definite a priori. Obiettivo del questionario è la rilevazione del vissuto del gruppo di soggetti (nel nostro caso di lavoratori). In ambito di stress lavoro-correlato, non possono essere presi in considerazione tutti gli strumenti di matrice clinica, dato che questi

ultimi hanno come obiettivo la valutazione delle caratteristiche soggettive del lavoratore, non considerando gli aspetti organizzativi.

Il focus group

Per molti anni il focus group è stato utilizzato come strumento utile nella fase esplorativa della ricerca, al fine di metterne a punto l'impianto (Morgan, 1988). Una variante di tale uso è di adoperare la tecnica del focus group per iniziare una ricerca dove non si hanno informazioni e familiarità sull'oggetto di studio (Fuller *et al.*, 1993). In questo senso, le finalità possono essere di due tipi: a) fare emergere ipotesi da sottoporre a verifica empirica; b) usare il focus group per individuare gli elementi utili alla costruzione del questionario (Dawson *et al.*, 1993) (Morgan, 1988). Il focus group può anche essere utilizzato quando esiste già una prima stesura del questionario e si vuole effettuare un primo pre-test dello strumento. Un uso particolarmente interessante della tecnica è quando viene usata per indagini comparative, con l'obiettivo di valutare l'applicabilità di uno strumento in contesti diversi.

Nell'ambito dell'indagine sullo stress lavoro-correlato il focus group è stato utilizzato per raccogliere informazioni su temi multidimensionali e complessi (Gallo, 2011). La metodologia tipica del focus group è costituita da un conduttore e da un assistente con il compito di preparare il setting e di rilevare le dinamiche del gruppo. Al focus group partecipano da un minimo di 6 ad un massimo di 12 soggetti.

L'intervista semi-strutturata

L'intervista semi-strutturata rientra fra i metodi della ricerca qualitativa; rispetto all'intervista classica varia il grado di direttività. La struttura dell'intervista semi-strutturata prevede un elenco di argomenti che saranno affrontati durante l'incontro. Sebbene sia presente una struttura fissa e comune per tutti, l'intervista può variare sia in base alle risposte date dall'intervistato sia in base alla singola situazione. Rispetto all'intervista strutturata l'intervistatore può sviluppare alcuni argomenti che emergono spontaneamente nel corso del colloquio qualora ritenga che tali argomenti siano utili alla comprensione. Sia la tipologia delle domande sia un certo tipo di flessibilità nell'accogliere la risposta, propria dell'intervista semi-strutturata, consentono all'intervistatore di raccogliere e registrare dati più precisi e approfonditi, rispetto a quanto non sia possibile con l'intervista classica. Questo strumento risulta molto utile nel caso dello stress lavoro-correlato, perché facilita l'emergere di tematiche che altrimenti rischierebbero di rimanere nascoste (Gallo, 2011).

La semplicità del modello proposto dalla Commissione si scontra con le conclusioni a cui sono giunte le ricerche scientifiche sulla problematica stress lavoro-correlato. In particolare, la metodologia proposta nella fase oggettiva dell'indagine non tiene sufficientemente conto della definizione che la stessa Commissione ha adottato. L'Accordo europeo fa riferimento alle variabili oggettive (Art. 4) specifi-

cando che “un alto grado di assenteismo e di ricambio del personale, frequenti conflitti interpersonali o lamentele dei lavoratori sono alcuni dei segnali che possono indicare di un problema stress da lavoro”. La cautela utilizzata nel documento è motivata soprattutto dal fatto che la letteratura sull’argomento non supporta l’ipotesi di causalità del contesto lavorativo sulla percezione dello stress. La definizione di stress lavorativo riportata nel documento, in ogni caso, esplicita chiaramente che all’origine dello stress si trova la discrepanza fra percezione delle proprie capacità e percezione delle richieste provenienti dall’ambiente. È pertanto fondamentale conoscere l’opinione del lavoratore dato che è la sola persona che può valutare se un determinato contesto lavorativo risulta stressante. Ogni progetto di rilevazione dello stress lavoro-correlato che non tiene conto del punto di vista del lavoratore non rientra pienamente nello spirito dell’Accordo europeo.

Un secondo aspetto che ha suscitato non poche perplessità riguarda il documento licenziato dalla Commissione che tende a trasformare la valutazione del rischio in una mera procedura amministrativa. Tuttavia le variabili in esame da valutare richiedono delle competenze che il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) non possiede. La valutazione dello stress lavoro-correlato rientra pienamente nelle competenze esclusive della Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni, l’unica disciplina in grado di effettuare una corretta analisi dell’impatto psicologico nel contesto lavorativo (Corradini, 2010).

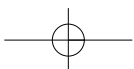
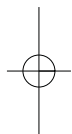
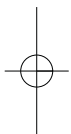
2.8. Bibliografia

- Cooper, C. e Payne, R. (1988), *Causes, Coping and Consequences of Stress at Work*, John Wiley & Sons, New York.
- Corradini, I. (2010), *Valutare lo stress - Come procedere all’analisi del rischio*, in «Ambiente e sicurezza sul lavoro», n. 9, pp. 24-26.
- Costa, G. (2009), *Inquadramento dello stress lavorativo per la valutazione e la gestione del rischio*, in «G Ital Med Lav Erg», pp. 188-190.
- Cox, T. et al. (2000), *Research on Work-related Stress*, in «Issue», European Agency For Safety And Health At Work, Bilbao.
- Dawson, S. et al. (1993), *A Manual for the Use of Focus Group*, International Nutrition Foundation for Developing Countries, Boston.
- De Falco, G. et al. (2008), *Stress da lavoro e mobbing. Valutazione del rischio, diagnosi, prevenzione e tutela legale*, III ed., ECP Libri, Roma.
- DHHS-NIOSH (1999), *Stress at work*, DHHS (NIOSH) Publication, n. 99-101.
- Fuller, T. (1993), *Using Focus Group to Adapt Survey Instruments to New Populations: Experience From a Developing Country*, in D. Morgan, *Successful Focus Group. Advancing the State of Art*. Sage, London.
- Gallo, M. (2010), *Stress lavoro-correlato. Guida alle novità per professionisti, aziende e pubblica amministrazione*, «Il Sole 24 Ore», pp. 19-26.

- Griffiths, A. *et al.* (2006), *Work design and management in the manufacturing sector: development and validation of the Work Organisation Assessment*, in «Occup Environ Med», n. 60, pp. 669-675.
- Hargreaves, G. (1999), *Dominare lo stress*, De Agostini, Novara.
- Heron, A. (1961), *Cognitive and physiological effects of perpetual isolation*, *Proceedings of Symposium on Sensory Deprivation*. Harvard University Press, Cambridge.
- Humanities, (2009), *Valutare e gestire lo stress lavoro-correlato*, Epc Libri, Roma.
- Karasek, R. e Theorell, T. (1990), *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*, Basic Books, New York.
- Levi, L. (1972), *Stress and distress in response to psychosocial stimuli*, Pergamon Press, Oxford.
- Magnavita, N. (2008). *Strumenti per la valutazione dei rischi psicosociali sul lavoro*, «G Ital Med Lav Erg», vol. XXX, n. 1, pp. A87-A97.
- Magnavita, N. (2009), *Misurare il benessere e lo stress lavoro-correlato*, in N. Magnavita, *Lavoro umano*, pp. 47-57.
- Magnavita, N. *et al.* (2007), *WOAQ: un questionario per la valutazione dell'organizzazione del lavoro, traduzione e validazione della versione italiana*. in «G Ital Med Lav Ergon» n. 29, pp. 663-665.
- Masciocchi, P. (2010), *Sicurezza sul lavoro - Casi, quesiti e soluzioni*, Ecp Libri, Roma.
- Morgan, D. (1988), *Focus Group as Qualitative Research*, Sage, London.
- Paoli, P. e Merllié, D. (2001), *Third European Survey On Working Conditions 2000*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin.
- Romano, C. (2009), *Lo stress occupazionale: la posizione della SIMILII*, in «G Ital Med Lav Erg» vol. III, n. 31, pp. 252-256.
- Selye, H. (1936), *A syndrome produced by diverse nocuous agent*, in «Nature», n. 138.
- Siegrist, J. *et al.* (1997), *Linking sociological with physiological data. The model of effort-reward imbalance at work*, in «Acta Physiol Scand», n. 161, pp. 112-116.
- Wynne-Jones, G. *et al.* (2009), *Examination of the Work Organization Assessment Questionnaire in Public Sector Workers*, in «Occup Environ Med», LI, pp. 586-593.
- Zammuner, V.L. (1996), *Interviste e questionari. Processi psicologici e qualità dei dati*, Borla, Roma.

2.9 Sitografia

- OSHA, E.A. (2010, Dicembre 8), *Stress e rischi psicosociali*. Tratto il giorno Gennaio 4, 2011 da http://osha.europa.eu/it/topics/stress/index_html.
- Pagano, A. (2008, Luglio 10). *6 - Rischio di Stress da Lavoro Correlato: valutazione e prevenzione nell'accordo europeo dell'8/10/04*. Tratto il giorno Settembre 13, 2010 da Istituto Ambiente Europa Soc. Coop.: www.ambienteeuropa/testounico.it.



Capitolo 3

Progetto “Benessere relazionale degli operatori e prevenzione del disagio professionale. Sviluppo e formazione individuale e relazionale dei referenti aziendali del CRRCR all’interno dell’Organizzazione Sanitaria”

3.1. Il Progetto “Benessere relazionale degli operatori e prevenzione del disagio professionale”

Un’applicazione formativa del modello di lavoro che il CRRCR propone è costituita dall’esperienza del progetto “Benessere relazionale degli operatori e prevenzione del disagio professionale”, svoltosi, nella sua prima parte formativa, da Gennaio a Maggio 2010 e rivolto ai professionisti delle Aziende Sanitarie toscane.

I destinatari del corso sono stati operatori che per incarico e ruolo professionale hanno una visione ampia e trasversale delle dinamiche dell’Azienda in cui lavorano e che occupano un ruolo di coordinamento che permette loro di essere riconosciuti come interlocutori privilegiati dell’Azienda.

L’obiettivo generale è stato sensibilizzare le Aziende Sanitarie all’importanza del benessere psicologico degli operatori, al fine di perseguire il miglior funzionamento dell’organizzazione. Con l’esperienza del corso si è voluto creare un canale preferenziale tra il Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali e le Aziende Sanitarie della Regione Toscana, attraverso l’individuazione di operatori che avrebbero in seguito rivestito il ruolo di “Osservatori Relazionali” all’interno delle rispettive Aziende.

Nello specifico, i moduli formativi previsti dal corso hanno avuto i seguenti obiettivi: formare gli osservatori relazionali sulle principali finalità del Centro; aumentare la conoscenza delle dinamiche di gruppo, funzionali e disfunzionali, specifiche per i sistemi sanitari; migliorare i processi comunicativo-relazionali all’interno del proprio gruppo di lavoro, favorendone lo sviluppo sia in termini di efficacia/efficienza, sia rispetto alla soddisfazione personale e al benessere lavorativo; incrementare i livelli di benessere lavorativo favorendo una migliore soddisfazione professionale, facilitando il raggiungimento degli obiettivi e riducendo i fattori di rischio.

La strutturazione del corso è stata pensata per facilitare il raggiungimento degli scopi formativi. Ad esempio l’alternanza, per ogni singola giornata formativa, di sessioni di didattica frontale e momenti caratterizzati da esperienze pratiche (lavoro con i gruppi) è stata pensata per permettere ai singoli partecipanti una migliore comprensione e assimilazione delle numerose nozioni teoriche trattate

approfonditamente nel corso delle giornate formative e una maggiore sostenibilità (miglior gestione della curva attentiva e dei processi di apprendimento) delle sessioni di lavoro.

Inoltre, in linea con la metodologia formativa proposta dal CRRCR, come è stato precedentemente segnalato, sono stati previsti percorsi chiaramente identificabili in fase di progettazione e allo stesso tempo flessibili, sulla base delle specificità degli operatori coinvolti, i quali necessariamente contribuiscono, con interazioni a volte imprevedibili, a dar vita ad un'esperienza formativa e di crescita personale e professionale assolutamente unica e irripetibile.

I partecipanti sono stati suddivisi in due diversi gruppi.

L'assegnazione dei partecipanti ai due gruppi non è stata casuale, ma funzionale agli obiettivi precedentemente esposti: a questo scopo è stato richiesto ad ogni Azienda Sanitaria Toscana coinvolta nel progetto l'invio di due operatori; questi, con l'inizio del corso, sono stati assegnati ai due diversi gruppi previsti, fornendo di fatto due esperienze formative parallele ma specifiche e distintive per ogni realtà interessata.

È stata, inoltre, introdotta un'ulteriore articolazione del corso in momenti di plenaria, caratterizzati dalla presenza dell'intero corpo docente e di tutti i partecipanti al corso all'interno della stessa aula, nelle giornate di apertura e di chiusura dell'intero corso formativo e nelle fasi iniziali di ogni specifica giornata di lavoro. Queste fasi del percorso hanno rivestito particolare importanza. La divisione strategica degli operatori in formazione in due gruppi, la loro partecipazione ad attività didattiche dai contenuti non sincronizzati per le due aule, il loro coinvolgimento contemporaneo in due momenti esperienziali separati, se da una parte hanno favorito la differenziazione degli stimoli alla riflessione e la creazione di nuovi legami, hanno dall'altra reso indispensabili momenti di ricongiunzione e di confronto sui contenuti.

Le sessioni plenarie sono state naturalmente pensate in funzione di questa finalità espressa, ma hanno contribuito nel tempo a realizzare un altro obiettivo significativo del corso, iniziare la costruzione di un gruppo che si riconoscesse sempre più come portatore di valori comuni condivisi. Tali valori non sono stati formalmente calati dall'alto, ma si sono sviluppati come frutto dell'incontro guidato tra le molteplici esperienze maturate dai singoli partecipanti nel corso della propria "storia sanitaria" rispetto a un contesto ambientale, professionale ed umano che ne facilitava l'espressione e la condivisione. Il percorso formativo ha qui mostrato pienamente la sua funzione di base strutturale, "intelaiatura" della futura rete degli Osservatori Relazionali.

Gli incontri in sessione plenaria, in prevalenza collocati all'inizio di una giornata di lavoro (e quindi dopo un periodo di sedimentazione e ri-elaborazione di argomenti già trattati) o a seguito di momenti esperienziali (e quindi dopo aver vissuto come gruppo particolari momenti di condivisione) hanno assunto un ruolo

lo fondamentale anche per un altro aspetto, sono stati luogo privilegiato nel quale il gruppo in formazione ha sperimentato la propria capacità di filtrare ed anche elaborare, almeno parzialmente, problemi e criticità.

Tra queste l'eccessiva richiesta di documenti, strumenti tecnici e procedure scritte, rassicuranti in quanto distanzianti dall'essenza stessa della relazione interumana, e le resistenze rispetto all'accettazione del fatto che la valorizzazione di sensibilità e "capacità" relazionali e la stimolazione di una "funzione psicologica" possano riguardare anche persone che per profilo professionale o per ruolo istituzionale non siano abilitate alla cura del disagio psicologico o psichiatrico.

Le prevedibili difficoltà e le insidie tipiche di un percorso fortemente innovativo hanno in questo modo aiutato il gruppo, attraverso il confronto aperto, ad accrescere il livello di consapevolezza ed il senso della propria identità rispetto al sistema di valori e conoscenze che l'osservatore potrà portare nella realtà della propria azienda.

Di seguito una breve sintesi dell'esperienza formativa:

il primo compito dei partecipanti è stato, durante la giornata iniziale, quello di compilare un questionario costruito ad hoc per una prima raccolta di informazioni. La somministrazione di un questionario conoscitivo nelle fasi preliminari degli interventi formativi rappresenta per il CRRCR una metodica consolidata, necessaria per la messa a punto di progetti formativi che, come precedentemente evidenziato, non possono essere calati dall'alto su specifiche realtà delle quali non siano accertate le esigenze. In questo senso il questionario contribuisce in modo deciso alla progressiva messa a punto e calibrazione degli interventi, sia da un punto di vista contenutistico che formale (predominanza di una determinata metodologia formativa rispetto alle altre, scelta di tempi e spazi, ecc.). All'interno del Progetto Benessere è stato scelto un questionario particolarmente approfondito e articolato in quanto in questa occasione, più che in altre, la costruzione del percorso avrebbe necessariamente dovuto prendere in considerazione una grande disomogeneità dei partecipanti, dati i diversi profili professionali individuati e la diversa provenienza a livello territoriale. Il questionario, redatto in forma anonima, comprendeva una diversità di aree tematiche: motivazione al lavoro ed evoluzione di questa nell'arco dell'esperienza professionale, caratteristiche peculiari delle figure di responsabilità delle Aziende Sanitarie coinvolte, contributi degli operatori al funzionamento dei gruppi di lavoro, quantità e qualità delle difficoltà comunicative riscontrate nella propria realtà professionale, clima nei gruppi di lavoro, concetto di criticità relazionale e sua concreta applicazione, qualità dello stato d'animo dell'operatore nello svolgimento delle sue attività professionali e al di fuori del contesto lavorativo, valori di riferimento in ambito lavorativo, relazione con i colleghi, ecc. Ogni tematica è stata declinata nelle sue componenti più significative, per le quali sono stati chiesti degli approfondimenti ai partecipanti al corso.

I questionari sono stati successivamente elaborati dai collaboratori del Centro

e i risultati sono stati discussi nella sessione plenaria della seconda giornata formativa, propedeutica alla costituzione dei due gruppi. Questi hanno rappresentato una fondamentale fonte di stimoli, in seguito ripresi e approfonditi nell'arco del corso, e hanno contribuito all'elaborazione di ulteriori riflessioni condivise.

Le tematiche affrontate nel corso dell'esperienza formativa sono state:

- Elementi di comunicazione
- Funzionamento Gruppo/Individuo/Organizzazione
- Funzionamento del Gruppo e del Gruppo di lavoro
- Consulenza organizzativa

Per la trattazione di ogni tematica sono stati organizzati due livelli di lavoro con i gruppi: il primo caratterizzato da un'impostazione di tipo didattico/d'aula, avente l'obiettivo di condividere con i partecipanti contenuti teorici e metodologici specifici, il secondo caratterizzato da un'impostazione maggiormente esperienziale, avente gli obiettivi di facilitare una maggior comprensione dei contenuti precedentemente presentati e di offrire un ulteriore spazio di riflessione creativa sugli stessi, oltre che di condivisione e negoziazione di idee e significati.

3.2. La figura dell'Osservatore

La Delibera N. 1124 della Regione Toscana del 28-12-2010 (come da tabella che segue) delinea in modo esaustivo i contorni della nuova figura dell'osservatore relazionale e tratteggia quelle che saranno le sue funzioni operative. Il "Corso Benessere" rappresenta in questo senso l'inizio di un percorso di sensibilizzazione alle problematiche relazionali che hanno un rilevante impatto nella vita delle Aziende Sanitarie ed una ricaduta sulla qualità dei servizi offerti al cittadino. Scopo del percorso formativo è migliorare le capacità di osservazione e di analisi del contesto del professionista, così che possa sfruttare in maniera strategica la propria posizione trasversale come strumento di "visione" della rete di relazioni esistenti nella propria azienda. La formazione si propone di promuovere l'accesso a ulteriori chiavi di lettura di concetti antinomici come disagio e benessere in ambito lavorativo. Questo rende possibile per l'osservatore una più sensibile e approfondita raccolta di elementi di criticità.

L'osservatore diviene un importante elemento di collegamento in grado di attivare (se già presente in azienda) un Servizio specifico dedicato, o rappresenta il referente attraverso cui l'Azienda può chiedere una consulenza ed eventualmente un intervento al CRRCR.

La delibera sopra citata fa riferimento anche alla necessità di incontri periodici tra gli osservatori delle Aziende Sanitarie della Regione Toscana allo scopo di coordinarsi, condividere il percorso, superare la frammentazione delle singole iniziative riguardanti l'ambito delle risorse umane e partecipare alla costruzione di una rete regionale.

A voti unanimi

DELIBERA

- di fornire alle aziende sanitarie indirizzi per promuovere la realizzazione di una rete operativa in collegamento con il CRRRCR, al fine di perseguire gli obiettivi di cui alla DGR 356/2007;

in particolare:

- In ogni azienda sanitaria vengono individuati due referenti dell'attività di osservatori relazionali, tali che per il proprio ruolo possano costituire un vertice di osservazione privilegiato sulle criticità relazionali che si verificano nella loro Azienda di appartenenza;

- Per il miglior svolgimento di tale attività sono attivati percorsi formativi per tutte le aziende sanitarie, coordinati a livello regionale. I referenti dell'attività collaborano per la miglior riuscita delle iniziative formative;

- I referenti inoltre propongono ai competenti livelli di responsabilità l'ottimizzazione e l'utilizzazione di personale dell'azienda sanitaria già coinvolto, a qualunque titolo, nella gestione di problematiche relazionali;

- I soggetti referenti mantengono un proprio monitoraggio sulle criticità relazionali che si verificano nella loro Azienda di appartenenza;

- I referenti partecipano alla realizzazione di incontri periodici di confronto e di approfondimento su tematiche evidenziatesi all'interno dell'ambito lavorativo, finalizzati a continuare il percorso di acquisizione di competenze riguardanti la rilevazione e la lettura delle criticità relazionali;

- I referenti propongono la richiesta di consulenza e di supporto riguardo a criticità relazionali da loro rilevate nell'Azienda di appartenenza;

- di incaricare la Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale di adottare gli opportuni provvedimenti idonei ad assicurare il buon esito del progetto.

Il presente atto, soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 18, comma 2, lettera a) della LR 23/2007, in quanto conclusivo del procedimento amministrativo regionale, è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta Regionale.

(estratto da **Delibera N.1124 della Regione Toscana del 28-12-2010**)

3.3. Conclusioni

Il Progetto Benessere rappresenta una delle espressioni operative più emblematiche dei contenuti teorici che ispirano il Centro. La parte iniziale del percorso sul tema del Benessere si è chiusa con il passaggio ad una fase successiva in cui, a livello regionale, si sono individuati e vengono portati avanti due indirizzi collegati ma distinti: un “Tavolo degli Osservatori” dove proseguono sia il confronto tra gli Osservatori Relazionali che la costruzione della rete e di adeguati strumenti di analisi e rilevazione, e il “Tavolo di Coordinamento” dove, con la supervisione del Centro, le realtà già operanti sul benessere nelle varie Aziende della Regione (alle quali si aggiungono tutte quelle che progressivamente vengono individuate o istituite ex-novo) si confrontano su percorsi e modelli di intervento che rispondano alle problematiche emerse dalla rilevazione compiuta dagli osservatori nella propria azienda.

In quest’ultima sede si persegue anche l’integrazione e “l’armonizzazione” di tutte le attività messe in atto in ambito regionale sul tema del Benessere delle organizzazioni sanitarie e degli individui che le compongono.

Obiettivo è garantire un modello omogeneo che assicuri un’attenzione diffusa sul tema della salute organizzativa e l’uniformità degli interventi che in tutto l’ambito regionale vengono attuati per il raggiungimento del benessere nelle Aziende Sanitarie.

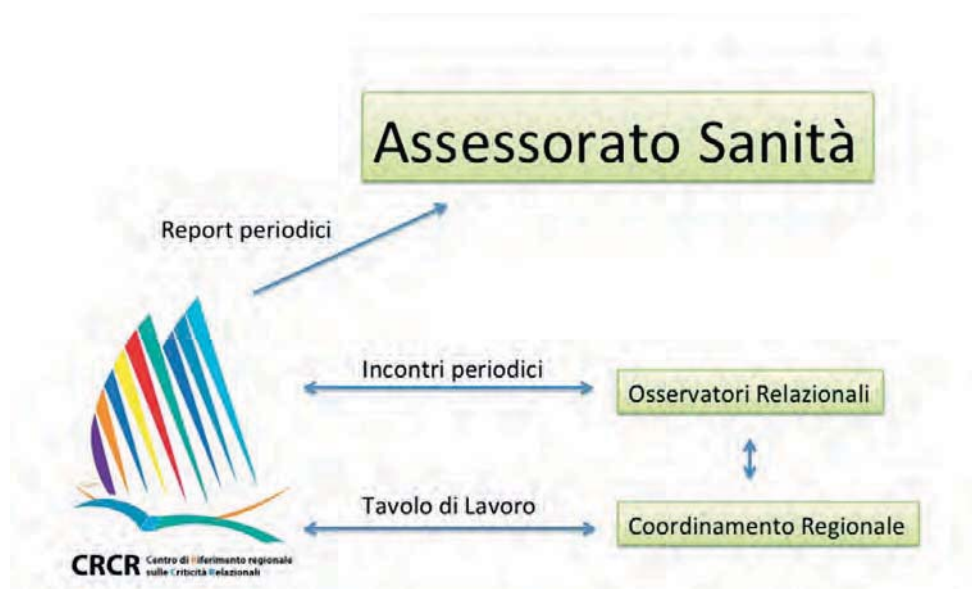


Figura 2

3.4. Bibliografia

- Avallone, F. e Bonaretti, M. (2003, a cura di), *Benessere Organizzativo - Per migliorare la qualità del lavoro nelle amministrazioni pubbliche*, Rubbettino Editore, Roma.
- Berry, L.M. e Houston, J.P. (1999), *Temi e problemi di psicologia del lavoro*, Nuova Editoriale Grasso, Bologna.
- Bonazzi, G. (2008), *Storia del pensiero organizzativo*, Franco Angeli, Milano.
- Borgato, R. (2004), *Un'arancia per due*, Franco Angeli, Milano.
- Brunning, H. (2009), *La manutenzione del capo*, Ananke Editore, Torino.
- Carli, R. e Panicia, M.R. (2000), *Psicologia della Formazione*, Il Mulino, Bologna.
- Carli, R. e Panicia, M.R. (2003), *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*, Il Mulino, Bologna.
- Carli, R. e Panicia, M.R. (2005), *Casi clinici. Il resoconto in psicologia clinica*, Il Mulino, Bologna.
- Cocco, G. e Tiberio, A. (2007), *Lo sviluppo delle competenze relazionali in ambito socio sanitario. Comunicazione, lavoro di gruppo e team building*, Franco Angeli, Milano.
- Della Rocca, G. e Fortunato, V. (2006), *Lavoro e organizzazione. Dalla fabbrica alla società postmoderna*, Laterza, Roma-Bari.
- Edelmann, R.J. (1993), *Conflitti interpersonali nel lavoro*, Edizioni Erickson, Trento.
- Hinshelwood, R.D., e Skogstad, W. (2005), *Osservare la organizzazioni. Ansia, difesa e cultura nei servizi sanitari*, Ananke Editore, Torino.
- Kaneklin, C. (1993), *Il gruppo in teoria e in pratica*, Libreria Cortina, Milano.
- Kaneklin, C. e Aretino, G. (1993), *Pensiero organizzativo e azione manageriale*, Raffaello Cortina, Milano.
- Kaneklin, C. e Manoukian, O.F. (1990), *Conoscere l'organizzazione*, Nis, Roma.
- Kernberg, O.F. (1999), *Le relazioni nei gruppi. Ideologia, conflitto e leadership*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Kreitner, R. e Kinicki, A. (2004), *Comportamento organizzativo*, Apogeo, Milano.
- Labano, L. e Laterza, D. (2008), *La gestione delle risorse umane. Indice ragionato e parole chiave*, Franco Angeli, Milano.
- Masci, S. (2007), *Il conflitto in azienda*, Egle, Roma.
- Menzies Lyth, I. (1960), *Social Systems as a defense against anxiety*, in «Human Relations», XIII, pp. 95-121.
- Menzies Lyth, I. (1988), *A Psychoanalytic perspective on social institutions*, in E.B. Spillius (Ed.), *Melanie Klein Today*, vol. II, Routledge, London.
- Morgan, G. (2004), *Image. Le metafore dell'organizzazione*, Franco Angeli, Milano.
- Obholzer, A. e Zagier Roberts, V. (1994), *L'inconscio al Lavoro*, Etas Libri, Milano.
- Pagliarani, L. (1972), *Psicoanalisi di gruppo e socioanalisi*, in «Ulisse», XI, 82, 1972; e in «Psicoterapia e scienze umane», (1972), III-IV, Franco Angeli, Milano.

- Perini, M. (2008), *L'organizzazione nascosta. Dinamiche inconsce e zone d'ombra nelle moderne organizzazioni*, Franco Angeli, Milano.
- Quaglino, G. (1996), *Psicodinamica della vita organizzativa*, Raffaello Cortina, Milano.
- Quaglino, G.P. *et al.* (1992), *Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Rotter, J.B. (1966), *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*, in «Psychological Monographs», n. 80.
- Tosi, H.L. *et al.* (2002), *Comportamento organizzativo*, Egea, Milano.

Capitolo 4

Progetto “Impatto psicologico e sociale dei traumi stradali nell’Area Fiorentina”

4.1. Introduzione

I traumi della strada determinano un forte impatto emotivo che interessa l’opinione pubblica, gli operatori sanitari, ma soprattutto i familiari e le vittime dirette dell’evento, oltre a comportare un grave costo sociale. L’impatto dell’infortunistica stradale sui giovani rappresenta la prima causa di morte e una delle principali cause di invalidità. In Italia ogni giorno si verificano in media 652 incidenti stradali, che provocano la morte di 12 persone e il ferimento di altre 842 (ACI/ISTAT, 2009); l’incidentalità costa annualmente alla collettività oltre 35 miliardi di Euro, corrispondenti a circa 2,5/ 2,6 punti percentuali del PIL (ACI Censis, 2008).

In Toscana nel 2009 sono avvenuti 18.362 incidenti stradali che hanno causato 265 decessi e 24.345 feriti, coinvolgendo soprattutto i giovani, di cui il 34,5% ha un’età compresa tra i 18 e i 29 anni (ACI/ISTAT, 2009), e risultando essere la prima causa di morte tra i 10 e i 29 anni per entrambi i sessi e, per i soli maschi, la prima causa di morte fino a 44 anni (ARS, 2009).

Il progetto “Impatto psicologico e sociale dei traumi stradali nell’area fiorentina” nasce dalla collaborazione del CRRRCR con le Istituzioni presenti nel Comune di Firenze che si occupano da tempo dell’evento trauma stradale a vari livelli: il Reparto di Terapia Intensiva DAI DEA dell’Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi, che accoglie la maggior parte dei traumi stradali maggiori che provengono dal territorio fiorentino, e non solo; la Polizia Municipale del Comune di Firenze, che interviene sui rilevamenti dei sinistri stradali e si occupa della comunicazione alle famiglie in caso di decesso su strada; il Servizio di Emergenza 118 dell’Azienda Sanitaria Fiorentina, che garantisce l’intervento di emergenza sanitaria; l’associazionismo, in particolare l’Associazione Gabriele Borgogni Onlus, che si occupa di assistenza per le vittime della strada e le loro famiglie; la Società della Salute del Comune di Firenze, che si occupa dei Piani Integrati di Salute, nei quali rientrano i progetti per le azioni di contrasto agli incidenti stradali.

L’analisi degli aspetti statistici e dell’impatto psicologico e sociale di questo fenomeno e l’esperienza che i rappresentanti delle suddette Istituzioni hanno rilevato e riportato al gruppo di lavoro del CRRRCR hanno evidenziato i seguenti aspetti come prioritari: l’offerta di un supporto psicologico per le vittime e i loro

familiari, dalla fase acuta alla fase avanzata post trauma, e l'esigenza di un percorso specifico di formazione, supporto psicologico e monitoraggio del benessere psichico per gli operatori coinvolti ai vari livelli nella gestione dei traumi stradali.

La peculiarità di questo progetto è rappresentata dall'essenziale integrazione strategica ed operativa delle diverse realtà istituzionali presenti sul territorio del Comune di Firenze (Reparto di Terapia Intensiva DAI DEA AOUC, Polizia Municipale, Servizio di Emergenza 118, Associazione di familiari delle vittime della strada, Società della Salute di Firenze, Azienda Sanitaria Fiorentina) che a vari livelli si occupano di questo evento.

Tale integrazione è concretamente rappresentata dalla costituzione di un tavolo di lavoro composto dai rappresentanti delle Istituzioni suddette, e coordinato dal CRRCR, che ha il compito di evidenziare e confrontarsi sulle problematiche presenti e gli interventi possibili sia all'interno delle singole istituzioni sia, e soprattutto, in tutto il percorso di presa in carico della vittima di incidente stradale e dei suoi familiari.

Una rete sinergica che integri tutti i soggetti coinvolti nel fenomeno nei suoi aspetti sanitari, assistenziali, psicologici e sociali permette infatti una valutazione globale, accurata e condivisa dei bisogni, nonché l'identificazione delle aree che necessitano di miglioramenti nel percorso sanitario e assistenziale che le vittime della strada devono seguire.

La rilevanza del fenomeno, come emerge dai dati della letteratura sull'argomento e come constatato dall'esperienza acquisita durante la collaborazione con le varie realtà coinvolte, ha portato la Società della Salute del Comune di Firenze alla decisione di avviare questo progetto, sperimentale nei suoi primi tre anni di attività, al fine di intervenire sulle componenti psicologiche e sociali dei traumi stradali (Belloni, 2007).

Obiettivo generale è la creazione di un percorso strutturato per la tutela psicologico-relazionale delle vittime della strada e la tutela psicologica degli operatori coinvolti ai vari livelli di intervento che, attraverso interventi di supporto psicologico, formazione e supervisione attivabili lungo tutto il percorso post trauma, permettano un miglioramento della qualità della vita per le vittime e del benessere psicologico e lavorativo degli operatori.

Dall'analisi della letteratura (Cattelani, 2006; Cimbri, 2007; Mazzocchi, 1998; Zettin e Rago, 1995) si evidenzia infatti come l'identificazione precoce e l'intervento sui fattori di disagio psicologico nelle vittime di traumi stradali e nei loro familiari consenta di poter ridurre il rischio di cronicizzazione di tali difficoltà e lo sviluppo di disturbi psicopatologici franchi. Inoltre, poiché le risposte sociali di aiuto o isolamento hanno un forte impatto sulle reazioni psicologiche al trauma, le strategie di sensibilizzazione e di formazione/informazione rivolte alla cittadinanza sono da considerarsi secondarie solo come tempi di attivazione.

La riduzione della sofferenza psicologica, la diminuzione dello sviluppo di qua-

dri 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 della resilienza, la riattivazione di un funzionamento adattivo, la possibilità di elaborare l'esperienza traumatica in spazi e tempi dedicati: questi gli obiettivi che il progetto si propone di raggiungere attraverso interventi di consulenza, supporto psicologico e interventi formativi che consentano l'implementazione delle competenze psicologiche, relazionali e comunicative dei soggetti coinvolti.

L'impotenza e la paura di fronte alla minaccia per la propria e altrui incolumità, le reazioni psicologiche acute allo stress post traumatico, le conseguenze fisiche spesso invalidanti e dolorose, la frequente perdita dei rapporti sociali, della vita relazionale, dell'autonomia non solo per le vittime, ma anche per i familiari, il drammatico peggioramento della qualità della vita nei suoi aspetti emotivo – affettivi, ma anche relazionali, lavorativi ed economici, le conseguenze psicologiche e sociali a breve e lungo termine in caso di decesso della vittima di incidente, sono tutti aspetti che spesso si sommano al disorientamento e al senso di solitudine e abbandono che le famiglie raccontano di provare dopo il trauma del proprio congiunto.

Da considerare inoltre come ulteriore conseguenza degli incidenti stradali sono le risposte emotive degli operatori che a vari livelli si occupano di tali eventi e delle persone in essi coinvolte: l'esposizione al trauma stradale e alle sue conseguenze provoca emozioni dolorose come l'impotenza, l'angoscia, la paura, la tristezza; attiva meccanismi identificativi o di distanziamento, provoca reazioni psicofisiologiche intense di disagio. Se tutto questo carico emotivo resta invisibile, inespresso e inascoltato, i sintomi di risposta allo stress possono cristallizzarsi in problematiche psicologiche croniche, con forti ricadute sul benessere lavorativo, ma soprattutto sulla qualità della vita degli operatori.

Un intervento di supporto psicologico alle vittime e ai familiari fin dalle primissime fasi post-trauma permette il riconoscimento dei primi sintomi, la prevenzione della cronicità e l'incremento delle capacità di coping e della resilienza.

Un intervento psicologico preventivo e di supporto può rivelarsi utile anche per gli operatori sanitari o delle Forze dell'Ordine che sono esposti ad eventi traumatici quali gli incidenti stradali, al fine di ridurre il rischio che sviluppino vere e proprie patologie, di prevenire lo sviluppo di sintomi cronici e di incrementare la capacità di ripresa dopo l'evento.

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 di 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.

Inoltre, poiché le risposte sociali di aiuto o isolamento hanno un forte impatto

sulle reazioni psicologiche al trauma, risultano di non secondaria importanza anche le strategie di sensibilizzazione e di formazione/informazione rivolte alla cittadinanza.

Basandosi su queste premesse, il progetto sperimentale di intervento psicologico ha permesso di attuare interventi di consulenza e supporto psicologico e interventi formativi, rivolti sia alle vittime della strada e ai loro familiari sia agli operatori coinvolti, al fine di migliorare le competenze psicologiche, relazionali e comunicative degli stessi.

Il progetto ha avuto una durata per il primo anno da aprile 2007 fino ad aprile 2008, per il secondo anno dal 1° luglio 2008 al 30 giugno 2009; dopo il terzo anno (luglio 2009-giugno 2010), il progetto è stato prolungato fino a giugno 2011, e attualmente in un'ottica di continuità è prevista la prosecuzione fino al 2012, per avviare un passaggio dalla sperimentazione all'integrazione e stabilizzazione dei servizi, comprensivo dell'esportazione a livello regionale delle buone pratiche conseguite nell'area fiorentina.

4.1.1 Trauma psicologico e incidentalità stradale

Prima di entrare nello specifico del progetto potrebbe essere utile ripercorrere, anche solo sommariamente, alcuni punti essenziali riguardanti il concetto di trauma psichico e il suo articolato rapporto con lo specifico dell'incidentalità stradale.

Quando si parla di trauma psicologico generalmente il riferimento è a tutte quelle manifestazioni psichiche di un'esperienza particolarmente negativa, inerente una circostanza reale e/o relazionale, da cui derivano una disorganizzazione e una disregolazione del sistema psichico, sociale e biologico della persona.

Il termine trauma deriva dal greco *τὸ τραῦμα* che significa perforare, danneggiare, rovinare, e individua sia una lesione, una ferita con lacerazione, sia gli effetti più generali di uno shock violento sull'organismo (Laplanche e Pontalis, 1967). Il concetto di trauma rimanda ad una condizione di impotenza di fronte ad un'esperienza sconvolgente e incontrollabile che provoca un flusso di emozioni violente e incontenibili, che travolgono le normali difese dell'individuo e si configurano come "terrore indicibile" (Van Der Kolk, 1986). Il grado e la qualità dell'esperienza traumatica dipendono da fattori individuali, quali la vulnerabilità o la resilienza e quindi la reazione psichica al trauma si può affermare che sia prevalentemente soggettiva.

La traumaticità di un evento è valutabile attraverso l'analisi di un insieme di variabili quali l'ampiezza, l'intensità e la precocità del trauma, le caratteristiche di personalità dell'individuo che lo subisce, gli aspetti di vulnerabilità e resilienza e di come la rete di relazioni affettive e sociali cui esso appartiene è capace di contenere ed elaborare tale evento. Il trauma può essere considerato secondo due di-

versi punti di vista, tra essi complementari. L'aspetto oggettivo è quello con cui viene valutata la drammaticità dell'evento in sé: esistono eventi specifici che risultano essere esperienze dolorose e insostenibili per chiunque le subisca, che determinano effetti distruttivi e si definiscono come oggettivamente traumatici (es. guerre, torture, catastrofi). L'altro aspetto è soggettivo: questa dimensione considera non più l'evento, ma il soggetto in esso coinvolto, e in essa assumono particolare significatività i processi cognitivi e affettivi individuali, ovvero la modalità che l'individuo ha di elaborare l'evento traumatico; l'esperienza traumatica inoltre attiva le dinamiche soggettive di ricerca di aiuto, protezione e conforto. La resilienza al trauma è generalmente correlata con la presenza e la qualità del sostegno esterno e la capacità di chiedere e di ricevere aiuto.

L'incidente stradale grave è un evento traumatico che porta in sé un certo grado di tossicità psicologica, ovvero è capace di generare paura e senso di minaccia: non richiede solo adattamento e strategie di coping, ma rende ineluttabile il confronto con sentimenti di impotenza, morte e mutilazione. Esso va ad attaccare il senso di sé dell'individuo e la prevedibilità del mondo (Tettamanzi e Sbattella 2007). Oltre alla fase acuta in cui prevalgono sentimenti di paura intensa, senso di impotenza, pericolo per l'integrità psicofisica propria e altrui, si aggiungono nel breve periodo sentimenti di preoccupazione, disorientamento, difficoltà a dare un significato all'evento, ansia per i cambiamenti nello stile di vita e spesso angoscia per il dolore dovuto alle condizioni fisiche e sugli esiti sulla propria salute a lungo termine.

In letteratura, gli studi sugli eventi traumatici e le loro conseguenze psicopatologiche hanno evidenziato come i traumi acuti e circoscritti, quali ad esempio i traumi stradali, tendano a comportare lo sviluppo di Disturbo Post Traumatico da Stress, e come invece traumi con esposizioni ripetute e cumulative determinino prevalentemente l'insorgenza di ulteriori disturbi psichiatrici quali depressione e disturbi di panico (McFarlane, 1996). Tuttavia gli stress ad insorgenza inaspettata e imprevedibile, come gli incidenti stradali, possono modificare la personalità in modo duraturo e indebolire la fiducia dell'individuo nel futuro e nelle relazioni interpersonali.

Fondamentali sono le reazioni psicologiche agli effetti fisici del trauma stesso: le lesioni riportate nell'incidente, così come le terapie cui le vittime di traumi vengono sottoposte, spesso danno luogo ad esperienze di dolore e incertezza tanto gravi quanto i sentimenti di paura e minaccia vissuti nel momento dell'evento (Tettamanzi e Sbattella 2007).

Uno dei problemi principali successivi al trauma è la possibilità di assimilare l'esperienza dell'evento alla propria precedente esistenza, come parte che viene ad integrarsi nel proprio passato e nella propria storia.

Il pensiero sull'evento vissuto può aiutare la persona ad apprendere dall'esperienza e a pianificare attività reintegranti (accomodamento) oppure ad accettare

gradualmente quello che è accaduto e adeguare quindi le proprie aspettative (assimilazione) (Lindemann, 1944; Horowitz 1974). Frequentemente tuttavia, subito dopo un evento traumatico, molti individui presentano un insieme di sintomi caratteristici che indicano la presenza di un forte stress: pensieri intrusivi su quanto è successo, spesso associati a ricordi legati al trauma, che possono anche creare problemi di attenzione; modalità di evitamento di situazioni che suscitano emozioni legate all'esperienza traumatica oppure esposizione compulsiva ad esse; difficoltà di modulare le reazioni allo stress. Sono frequenti inoltre alterazioni della struttura di personalità e nella relazione individuo-ambiente. Tutti questi sintomi, caratteristici nella fase acuta post traumatica, in un terzo dei casi si cristallizzano e determinano il quadro diagnostico del Disturbo Post Traumatico da Stress o PTSD (Frommberger 1998).

Il significato che gli individui riescono ad elaborare dall'esperienza traumatica dipende anche dal contesto sociale in cui essa ha luogo.

I traumi provocano reazioni emotive intense, corrispondenti ai livelli di minaccia e di orrore che li accompagnano, e dopo il trauma, può verificarsi il fenomeno della "seconda violenza": i familiari o il contesto sociale di riferimento possono sentirsi talmente spaventati dall'eventualità di subire anch'essi un evento simile da iniziare ad evitare le vittime, addirittura fino ad incolparle per ciò che è avvenuto (Symonds 1982). La mancanza di sostegno da parte di persone dalle quali ci si aspetta un aiuto e la sensazione di essere abbandonati di fronte ad una tragedia lasciano spesso cicatrici molto più profonde di quelle del trauma stesso (Lifton, 1983).

Il trauma da incidente stradale grave è un trauma "di tipo I", ovvero riguarda un evento singolo, associato generalmente a maggior supporto da parte della famiglia e della società (contrapposto a traumi "di tipo II", esperienze durature e ripetute connesse a minor supporto ambientale). Le persone che subiscono questo tipo di trauma riportano in modo caratteristico una forte sensazione di impotenza, associata ad intense e violente emozioni legate alla paura della propria morte o della morte di persone care; spesso inoltre sono esposte alla vista di altre persone ferite o decedute, e oltre al terrore e disorientamento si aggiunge anche il dolore per le ferite fisiche riportate (Terr, 1994).

La fase acuta è spesso caratterizzata da un quadro simile a quello che Horowitz (1986) descrive come "reazione catastrofica acuta allo stress": panico, disorientamento, agitazione, disorganizzazione cognitiva, dissociazione.

Queste reazioni "peritraumatiche" di tipo comportamentale e emotivo-cognitive sono evidenziabili non solo nelle vittime di traumi stradali gravi, ma spesso anche nei loro familiari. Le reazioni di tipo disorganizzato, di "blocco" o "stupore", così come la sensazione di forte imprevedibilità e incontrollabilità dell'evento, incidono fortemente sugli esiti dello stress a lungo termine (Rothbaum, 1989): una delle possibili cause dello stress cronico in seguito ad eventi traumatici sembra

essere infatti l'effetto disorganizzante della perdita di controllo e della sensazione che siano state violate le aspettative verso la propria vita. Da sottolineare però come sia necessario, piuttosto che valutare la presenza e l'intensità di tali sintomi tout court, effettuare un'indagine dell'effetto di quel sintomo o comportamento, ovvero non patologizzare i fenomeni comportamentali ed emotivi che si presentano, ma valutare quanto essi siano efficaci, ad esempio, per migliorare l'espressione di richiesta di aiuto o le abilità di comunicazione e di mantenere una relazione con il contesto ambientale.

Gli effetti longitudinali del trauma sono complessi e talvolta comprendono la comparsa di nuovi sintomi; spesso riguardano modificazioni delle caratteristiche affettive, cognitive e relazionali della persona. Tra i più comuni si possono identificare: disturbi in comorbidità, quali depressione, disturbi d'ansia o abuso di sostanze; effetti sulle credenze e l'atteggiamento, ad esempio nel senso dello sviluppo di una maggiore vulnerabilità a nuovi traumi; maggiore precarietà dello stato di salute con aumento di sintomi fisici significativi; vulnerabilità ai disturbi affettivi; effetti sul comportamento e le relazioni interpersonali, quali difficoltà a mantenere un'occupazione stabile, ad avere soddisfacenti relazioni affettive, a svolgere funzioni sociali o a far fronte a difficoltà di salute, con generale peggioramento della qualità della vita in pressoché tutti gli ambiti (De Isabella, 2006).

Tra gli esiti psicopatologici possibili in seguito ad un evento traumatico come un incidente stradale, il disturbo maggiormente studiato è sicuramente il Disturbo Post Traumatico da Stress – PTSD.

A livello epidemiologico l'incidenza tra le vittime di incidente stradale è stata valutata intorno al 18% per le forme piene e 28% per quelle subcliniche (Frommberger 1998). Di queste persone la metà continua ad avere problemi anche dopo mesi dall'incidente e in molti casi i disturbi durano per anni (sempre secondo quanto emerso dalla ricerca di Frommberger e collaboratori del 1998). Circa il 55% dei soggetti che soffrono di PTSD dopo un incidente stradale si riprende a distanza di 6 mesi, tuttavia il 5% peggiora e dopo 6 mesi presenta una patologia franca.

La remissione dei sintomi è generalmente determinata da due fattori principali: lo stato mentale iniziale del paziente e il tipo e il grado di danno fisico subito. Altri elementi di peggioramento sono altri eventi traumatici in famiglia e la presenza di problemi relazionali familiari. Le donne sembrano essere più vulnerabili agli effetti negativi degli incidenti stradali, con aumento di senso di affaticamento e debolezza, senso di maggiore irritabilità e riduzione dell'iniziativa, oscillazioni dell'umore, mal di testa, incubi, ritiro sociale ansia nelle situazioni di traffico e maggiore vulnerabilità ai pensieri intrusivi (Andersson *et al.*, 2005).

Lo stato di disabilità indotto dal PTSD purtroppo tende a perdurare nel tempo. In alcuni casi i sintomi attivi possono durare anni ed avere ripercussioni a livello lavorativo, come la perdita di almeno una giornata lavorativa la settimana (Kessler, 2000). Molti studi hanno dimostrato come il recupero dell'attività lavo-

rativa contribuisca al recupero globale della persona dopo l'evento traumatico, ma talvolta è difficile per le persone con esiti post traumatici strutturati ritornare ad un livello di funzionamento lavorativo precedente. Inoltre, se in alcuni casi i ricordi dolorosi vengono utilizzati come fattori di motivazione positiva per migliorare in ambito lavorativo, talvolta l'impegno nel lavoro viene utilizzato come strategia per tenere lontano proprio i ricordi intrusivi e dolorosi, provocando così un circolo vizioso il cui esito può essere un fallimento lavorativo vero e proprio (Matthews, 2005).

A fronte dell'unica espressione presente in italiano "incidente stradale", la lingua inglese presenta una distinzione tra *motor vehicle accident* e *motor vehicle crash*: nel primo caso si intende "infortunio", "caso", nel secondo "schianto" e "scontro", laddove il primo ha una sfumatura di imprevedibilità e causalità che nel secondo manca (Stewart e Lord, 2002).

Questo comporta una differente attribuzione di significato nei due casi: l'assoluta mancanza di causa da un lato e la percezione di una responsabilità personale propria o altrui dall'altro.

Il senso di responsabilità e il senso di controllo sull'andamento degli eventi che la persona sente di avere è una dimensione importante per capire quale impatto l'incidente stradale abbia su chi è rimasto coinvolto, oltre che una variabile che consente di caratterizzare la reazione psicologica individuale, nonché il decorso clinico (De Isabella, 2006).

Per i familiari delle vittime una delle caratteristiche che rende particolarmente traumatica la morte da incidente stradale è la sensazione soggettiva di chi resta, che i fatti avrebbero potuto essere prevenuti o impediti, sensazione presente anche quando l'evento viene descritto come un vero e proprio accidente; il corso degli eventi viene percepito come se anche solo una sfumatura avrebbe potuto far andare le cose diversamente (Stewart, 1999).

Il bisogno e la tendenza a costruire spiegazioni, dare un significato agli eventi quando essi provocano dolore e sofferenza così grandi, sono anche i meccanismi di costruzione delle responsabilità, con i quali le persone coinvolte e i loro familiari tentano di costruire un senso degli eventi traumatici in cui sono incorsi.

Il modo in cui i sopravvissuti attribuiscono le responsabilità dell'incidente è collegato al tentativo di far fronte psicologicamente a quanto accaduto.

I guidatori che accettano la loro responsabilità nell'incidente, totalmente o anche solo in parte, riferiscono di aver provato nei mesi successivi all'evento una maggiore sensazione di controllo e di benessere psicologico; al contrario, i sopravvissuti che non accettano la loro responsabilità o che si attribuiscono caratteristiche di personalità che possono aver contribuito al fatto (es. "sono sempre sfortunato") hanno la sensazione di uno scarso controllo sulla realtà, una diminuzione del livello di benessere psicologico e maggiori livelli di senso di colpa e rabbia (Ho, 2000).

L'attribuzione della responsabilità dell'evento incidente ad altri sembra ostacolare la remissione dei sintomi di PTSD (Hickling, 1999), mentre in uno studio su pazienti ospedalizzati a causa di un trauma stradale, coloro che si attribuivano responsabilità per l'accaduto presentavano minori probabilità di sviluppare sintomi di stress cronico rispetto a coloro che attribuivano la responsabilità ad altri (De-la-hanty, 1997).

La percezione della propria responsabilità sembra avere l'effetto di aumentare il senso di controllo soggettivamente percepito sui fatti e sembra sia di aiuto nel superare gli aspetti traumatici dell'evento e i relativi ricordi (Chapman e Underwood, 2000).

Elemento da non trascurare è sicuramente il fatto che ogni evento assume un particolare significato all'interno della storia personale dell'individuo. Ciò che viene avvertito come traumatico non è identico per tutte le persone: in una situazione critica si può percepire soprattutto il senso di minaccia alla propria vita, oppure il rischio per la vita di altre persone di cui ci si sente responsabili. Questo rende diverso per ognuno gli aspetti di vulnerabilità che possono avere un peso nell'affrontare un evento come un incidente stradale.

Alcuni studi hanno evidenziato quali fattori individuali predisponenti la comparsa di sintomi da stress acuto: la presenza di tratti depressivi nella personalità premorbosa, la presenza di problematiche psicologiche pregresse o di altri episodi traumatici nel percorso di vita (Blanchard, 1996, McFarlane, 1989).

Fattori protettivi sembrano invece essere la sensazione soggettiva di percepire un forte senso di coerenza nei fatti e negli eventi, la presenza di buone capacità di coping e capacità di regolazione delle emozioni utili nel modulare gli stati di sofferenza (Frommberger, 1999).

Una parte importante delle conseguenze psicologiche dei traumi stradali sono quelle a carico dei familiari delle vittime coinvolte (Tettamanzi e Sbattella, 2007).

Le conseguenze sulla famiglia tendono ad essere di natura diversa a seconda delle successive fasi del decorso post-traumatico.

Nella fase acuta, che caratterizza il primo periodo dall'evento traumatico (quando le condizioni cliniche del paziente non si sono ancora stabilizzate), vi è una vera e propria condizione di shock, che si manifesta in varie forme emotive, comportamentali e psicosomatiche.

In questa fase tipicamente i familiari vivono momenti caratterizzati da disorientamento, confusione dolore e disperazione: si desidera soltanto che ci sia un esito quanto migliore possibile e che tutto finisca rapidamente.

I familiari, inoltre, possono manifestare comportamenti non autocritici o apparentemente irrazionali, quali il rifiuto di allontanarsi dal reparto, l'interruzione totale delle attenzioni verso le necessità degli altri familiari, negligenza nella cura del proprio aspetto fisico e rifiuto del cibo.

Quando la prima fase acuta e critica viene superata, e spesso si tratta di tempi

anche piuttosto dilatati, può iniziare una fase di rifiuto e negazione, in cui i familiari tendono a minimizzare gli esiti fisici e psicologici del trauma sul loro congiunto, non riconoscendo l'esistenza dei problemi emergenti. Questo spesso si evidenzia nella fase del risveglio dal coma, quando i parenti si convincono che con il risveglio si risolve il quadro clinico del loro caro e interpretano le più piccole notizie mediche di miglioramenti come segnali di un definitivo risolversi delle condizioni di salute del ricoverato. Tuttavia in questa fase iniziano a manifestarsi i primi segnali di affaticamento e stanchezza psicologici della persona ricoverata, quali labilità emotiva, comportamenti immaturi, difficoltà di memoria, dipendenza, e inizia a farsi strada la consapevolezza che le cose potrebbero non tornare come prima (De Isabella, 2006, Tettamanzi e Sbattella, 2007).

In questa fase i familiari si trovano a dover affrontare la possibilità, e spesso la necessità, che dovranno cambiare gli stili di vita, le abitudini e i progetti per adattarsi alla nuova situazione che si è venuta a determinare con l'evento traumatico.

Da questo momento sui familiari, che nella maggior parte dei casi sono i genitori o i coniugi, graverà un onere oggettivo, derivante dai compiti dell'assistenza, e un onere soggettivo, che comporta dinamiche interiori e meccanismi di difesa messi in atto, diversi per ogni persona. Infine, in tempi variabili da caso a caso, si entra nella fase di accettazione: ci si adegua alla nuova situazione e si reagisce ad essa cercando di renderla più soddisfacente possibile. Spesso nei familiari i vissuti di impotenza e solitudine di fronte a ciò che è avvenuto si sommano alla sensazione di essere abbandonati dal contesto sociale di appartenenza e dalle istituzioni; soprattutto quando la vittima si è trovata coinvolta suo malgrado nell'incidente e ha riportato esiti molto gravi, se non addirittura è deceduta, si aggiungono la rabbia per l'ingiustizia subita, incrementata dalle difficoltà giudiziarie e legali (De Isabella, 2006). Questi aspetti possono influire in modo molto diverso sulla qualità della vita di queste famiglie, che possono chiudersi in un isolamento molto doloroso oppure reagire costituendosi in gruppi che si fanno portavoce di richieste specifiche alle istituzioni sulla base dei bisogni che hanno vissuto nella loro esperienza.

Senza dubbio per le famiglie delle vittime della strada, così come per le vittime stesse, è molto difficile sviluppare una risposta psicologica completamente adattiva in seguito ad un cambiamento così radicale della qualità della vita che si trovano ad affrontare.

La quantità di dolore fisico e psicologico che un incidente stradale grave determina è sicuramente molto elevato, benché le condizioni e gli esiti di eventi di questo tipo possano essere molto differenti. Sebbene siano presenti percorsi sanitari e assistenziali spesso di elevata qualità, permane un senso di disorientamento nel continuum dell'assistenza sanitaria che i familiari e le vittime devono affrontare.

Due priorità emergono, se consideriamo l'evento trauma stradale nel suo impatto psicologico: la prima è ridurre quanto più possibile gli esiti psicopatologici

nelle vittime e nei loro familiari attraverso una valutazione delle conseguenze psichiche e la possibilità di un eventuale supporto psicologico fin dalle prime fasi post trauma (sostegno psicologico nella fase acuta); l'altra è garantire alle vittime e ai loro familiari un percorso socio-sanitario più chiaro possibile, in cui possano orientarsi con facilità e conoscere le istituzioni alle quali rivolgersi per i diversi bisogni lungo tutto il percorso che si trovano ad affrontare. Sebbene nessun tipo di intervento possa eliminare del tutto la quota di dolore e perdita che inevitabilmente è presente nelle persone che si trovano a dover affrontare questi eventi, è pur vero che un percorso protetto e articolato in modo chiaro in tutte le sue tappe può diminuire la sensazione di abbandono e fornire un vero supporto alle persone che subiscono incidenti stradali, vittime o familiari che siano.

4.2. Il Tavolo di Lavoro

Per favorire e migliorare i processi comunicativi e i processi gestionali delle procedure attivate dai vari soggetti istituzionali coinvolti nella operatività del progetto (Polizia Municipale di Firenze, 118 ASF, Reparto di Terapia Intensiva DAI DEA, altri reparti ospedalieri, Associazionismo) è stato costituito un tavolo di lavoro multidisciplinare composto dai rappresentanti delle varie istituzioni coinvolte nell'evento incidente stradale: il Direttore del Reparto di Terapia Intensiva DAI DEA, AOU Careggi; il Direttore del Servizio di Emergenza 118, Azienda Sanitaria di Firenze; il referente della Polizia Municipale di Firenze; la presidente dell'Associazione Gabriele Borgogni Onlus; la Comandante di Compagnia della Fratellanza Militare di Firenze referente per il progetto; il dirigente della Società della Salute di Firenze referente per il progetto; la Responsabile del CRRCR e tre Psicologi Psicoterapeuti Specialisti in Psicologia Clinica collaboratori del CRRCR.

Il tavolo di lavoro coordinato dal CRRCR ha visto una prima fase interlocutoria già nel novembre 2006 ed è stato poi strutturato definitivamente in momenti di incontro a cadenza mensile presso la sede della Società della Salute di Firenze. Durante i primi mesi di attività, obiettivo primario del tavolo di lavoro è stato la conoscenza delle attività svolte in merito al tema degli incidenti stradali da parte dei vari soggetti istituzionali, la condivisione delle problematiche esistenti e la valutazione delle possibilità di potenziamento e sviluppo di azioni specifiche attraverso la presenza nelle varie istituzioni.

Il focus di tali interventi è stato rivolto, come previsto dal Progetto e in accordo con i diversi rappresentanti sopra citati, al miglioramento dei servizi offerti ai cittadini e al benessere degli operatori coinvolti. La prima finestra temporale ad essere analizzata e valutata nell'interfaccia tra i diversi soggetti e nelle specifiche attività e procedure previste da ogni singolo Ente è stata quella relativa alle prime 24-48 ore dall'evento incidente stradale.

Aspetti critici rilevati ed espressi sono stati: la difficile comunicazione tra alcuni soggetti istituzionali, soprattutto tra 118 ASF e Polizia Municipale di Firenze; l'esigenza di un miglioramento nell'accoglienza delle vittime e dei loro familiari in ospedale; l'esigenza di supporto psicologico per le vittime e i loro familiari durante l'iter ospedaliero (sia nel Reparto di Terapia Intensiva DAI DEA sia nel passaggio ad altri reparti AOUC); l'esigenza di una formazione specifica e di un supporto psicologico per gli operatori delle diverse istituzioni; l'assenza di percorsi protetti e facilmente identificabili per le vittime e i familiari nel passaggio tra ospedale e territorio.

Quale prima risposta a queste difficoltà è stato analizzato l'insieme delle procedure successive all'evento incidente stradale attivate dai vari Enti (Polizia Municipale di Firenze, 118 ASF, AOUC) e stilato un documento finale condiviso che ripercorre tutte le fasi di intervento sia nelle loro specificità sia nelle relazioni tra di esse. Si sono così evidenziate le criticità presenti nell'interfaccia tra i vari soggetti, nonché le proposte operative per il loro superamento, attraverso l'attivazione sia di interventi psicologici specifici (consulenza, supporto, supervisione) sia di mediazione tra i soggetti suddetti (Terapia Intensiva DAI DEA AOUC, 118 ASF, Polizia Municipale di Firenze, Cappelle del Commiato). Il documento è composto dalle procedure che ogni istituzione attiva in risposta all'evento incidente, con particolare attenzione ai momenti di interrelazione con gli altri soggetti.

La stesura del documento è stata possibile in seguito a vari incontri degli Psicologi con tutti gli attori coinvolti, nonché a riunioni cui hanno partecipato rappresentanti di diversi Enti (incontri tra operatori 118 e Polizia Municipale sia presso la Centrale del 118 sia al Comando della Polizia Municipale).

Questo ha reso possibile non solo uno scambio sulle rispettive difficoltà o risorse percepite, ma anche una maggiore conoscenza reciproca del funzionamento delle diverse organizzazioni. Al tavolo di lavoro hanno partecipato in qualità di operatori coinvolti nelle attività di gestione degli incidenti stradali anche rappresentanti dell'Ufficio e del Reparto Sinistri della Polizia Municipale, operatori in rappresentanza del Reparto di Terapia Intensiva DAI DEA e del 118, la responsabile delle Cappelle del Commiato di Firenze.

Ha inoltre partecipato al tavolo una rappresentante della Fratellanza Militare di Firenze nell'ottica di potenziamento dei rapporti con la rete dell'associazionismo al fine di poter meglio garantire un servizio ai cittadini che sia presente anche sul territorio.

In particolare la partecipazione delle associazioni al tavolo di lavoro (G. Borgogni Onlus, Fratellanza Militare di Firenze) ha reso possibile non solo trovare nuovi spazi dedicati alla cittadinanza (es. ambulatorio per cicli di consulenze psicologiche gratuite), ma anche di coordinare altri interventi, come quelli di sensibilizzazione rivolti alla cittadinanza o alle scuole in modo integrato e condiviso con il resto delle attività previste e in collaborazione con tutti gli enti partecipanti.

L'obiettivo generale del tavolo di lavoro è infatti strutturare procedure di intervento condivise, coordinate e verificabili sia attraverso l'analisi e la condivisione delle procedure attivate sia attraverso la consapevolezza del percorso di supporto psicologico complessivo rivolto ai cittadini e agli operatori coinvolti.

L'attività di confronto e coordinamento delle diverse attività in corso ai vari livelli e la valutazione delle criticità emergenti o pregresse hanno permesso che si attivassero iniziative di gestione e risoluzione delle criticità suddette, il miglioramento degli interventi e il loro sviluppo nel tempo.

4.3. Terapia Intensiva DAI DEA AOU Careggi

Il presente paragrafo è stato realizzato con la fondamentale collaborazione di tutto lo staff di medici, infermieri e OSS/OTA della Terapia Intensiva d'Emergenza DAI DEA dell'AOU Careggi. In particolar modo ci riferiamo sia all'intervento complessivo presso il reparto sia ai dati qui presentati a testimonianza dell'efficacia degli interventi proposti. Senza il loro contributo tutto questo non sarebbe stato possibile. Un ringraziamento particolare va a: Dott. Adriano Peris (direttore Terapia Intensiva d'Emergenza DAI DEA AOUC), Dott.ssa Manuela Bonizzoli, Dott. Giovanni Zagli, Dott.ssa Maria Luisa Migliaccio, Inf. prof. Elisetta Vannini, Inf. prof. Massimo Solaro, Inf. prof. Ilaria Balzi, Inf. prof. Elisa Bendoni, Inf. prof. Ilaria Bacchi.

L'intervento operativo degli Psicologi ha preso avvio in seguito ad un primo periodo di osservazione e di presenza in Reparto (due mesi, a cadenza giornaliera). Questo ha permesso un'analisi più accurata dei bisogni e delle richieste dei pazienti, dei familiari e degli operatori stessi. Pertanto, in accordo con il Direttore, sono state stilate specifiche procedure di attivazione del servizio di psicologia e delle modalità di intervento, una per ogni campo di applicazione specifico, che qui sotto elenchiamo.

Dall'avvio del progetto fino a maggio 2011 sono stati seguiti n. 600 casi (per "caso" si intende l'intero nucleo familiare e comprende la presa in carico, il collegamento con le attività territoriali e l'attivazione del servizio di supporto psicologico per la vittima diretta del trauma stradale, per i suoi familiari, per gli operatori coinvolti; si tratta quindi di circa 1.500 persone seguite con l'attività di supporto psicologico, consulenza e supervisione dalla fase del ricovero in Terapia Intensiva in poi). Per la quasi totalità dei soggetti seguiti in Reparto è stata assicurato un passaggio verso i Reparti di destinazione presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi.

Le ore totali di colloquio erogate in Terapia Intensiva sono state complessivamente n. 4350 suddivise in n. 740 rivolte a pazienti, n. 2172 ai familiari, n. 1438 agli operatori della Terapia Intensiva; nei reparti di destinazione le ore complessive

sono state n. 2461, suddivise in n. 716 rivolte ai pazienti, n. 1152 rivolte ai familiari, n. 593 rivolte agli operatori dei reparti.

Il monitoraggio del benessere psicologico dei pazienti e dei loro familiari viene inoltre effettuato con valutazione a tre, sei e dodici mesi dalle dimissioni ospedaliere attraverso incontri di *follow up*. Tali incontri, che hanno carattere integrato medico-infermieristico e psicologico e si svolgono presso appositi locali all'interno dell'Ospedale, sono svolti in stretta collaborazione con lo staff della Terapia Intensiva DAI DEA, hanno cadenza settimanale e sono strutturati in procedure specifiche; per la parte psicologica essi consistono in una parte di colloquio clinico e una parte di valutazione testistica del paziente sia in ambito psicologico clinico che neuropsicologico quando necessario.

Finora negli incontri di *follow up* sono state utilizzate n. 490 ore per i colloqui rivolti a pazienti dimessi e loro familiari, le loro valutazioni e le riunioni con l'equipe medico infermieristica.

4.3.1 Attività per i pazienti ricoverati

Il Reparto di Terapia Intensiva DAI DEA è il reparto ospedaliero dove sono ricoverati pazienti in fase critica, spesso a causa degli esiti traumatici di eventi come gli incidenti stradali gravi, e in cui è richiesto un intervento clinico continuato, ininterrotto e un monitoraggio costante da parte di uno staff sanitario altamente specializzato (Stewart *et al.*, 1986; Paredes *et al.*, 1997; Cardinale, 2003; Marino, 2004; Novoa e Valderrama, 2006; Copia, 2007; Rattray e Hull, 2008; Szilagyi *et al.*, 2008; Papathanassoglu, 2010). Queste circostanze (situazione clinica critica, attivazione di procedure cliniche intensive e monitoraggio costante) sono fonte di estremo stress cognitivo ed emotivo per il paziente, così come l'impatto psicologico ed emotivo di un evento improvviso che interrompe bruscamente il senso di continuità e di sicurezza della propria vita, con conseguenze fisiche spesso invalidanti, a breve o a lungo periodo. Prove empiriche hanno dimostrato come il trattamento medico in Terapia Intensiva possa di per sé generare problematiche psicologiche che possono interferire significativamente con la qualità della vita, soprattutto ansia e depressione e disturbi post traumatici da stress, insieme con altre problematiche anche di natura relazionale (gravi crisi di pianto, forte irritabilità e agitazione, negatività, oppositività e non compliance, paramnesie e amnesie, *ICU psychosis* o sindrome da *ICU*, ricostruzioni pseudo-deliranti, conflitti con i familiari e con lo staff medico infermieristico causati dallo stress generato dalla permanenza in reparto). Oltre a questo, nelle persone che sono ricoverate in seguito a incidenti stradali gravi, l'impatto psicologico del trauma è estremamente rilevante: la paura e l'impotenza per la minaccia alla propria o altrui incolumità, le conseguenze fisiche, la perdita di autonomia, temporanea ma talvolta di lungo periodo o permanente, il cambiamento della qualità della

vita nei suoi aspetti relazionali, lavorativi ed economici, sono tutti fattori di stress che possono rendere ancora più difficile il percorso ospedaliero e riabilitativo che la persona deve affrontare, e possono determinare una cristallizzazione dell'inevitabile disagio psicologico in fase acuta in problematiche psicopatologiche vere e proprie (ansia, depressione, stress) che inficiano ancora di più la loro qualità della vita (Sivak *et al.*, 1995, Schrader, 1996; Bermudez *et al.*, 1999; Capuzzo *et al.*, 2005).

L'attivazione di un intervento psicologico precoce può quindi costituire un aiuto al paziente ricoverato, quando questo è contattabile e accetta il servizio, poiché permette di fornire un iniziale supporto nell'esperienza che sta affrontando in Terapia Intensiva, di avviare una prima elaborazione emotiva del trauma, anche insieme ai familiari, e di evitare che il disagio psicologico vissuto in reparto possa strutturarsi in un futuro quadro psicopatologico (ansia, lutto non elaborato, disturbo post traumatico da stress, alterazione del tono dell'umore). Questo è possibile fornendo uno spazio dedicato all'ascolto e all'elaborazione (Peris *et al.*, 2011).

L'intervento dello staff degli Psicologi nel Reparto di Terapia Intensiva DAI DEA AOUC (diretto dal Dottor Adriano Peris) può essere identificato dal seguente campo di applicazione: permettere al paziente ricoverato per trauma maggiore causato da incidente stradale, quando contattabile e accettante il Servizio di psicologia, un supporto psicologico adeguato rispetto alla sua permanenza in reparto e dopo la dimissione verso altri reparti, volto a sostenere una prima elaborazione dell'evento e dello stato emotivo ad esso connesso, nonché dell'esperienza del ricovero in Area critica.

Gli obiettivi dell'intervento psicologico verso il paziente ricoverato, quando contattabile e accettante il contatto con gli psicologi, possono essere così descritti:

- effettuare una iniziale valutazione psicologica e identificare precocemente i possibili fattori di rischio per lo sviluppo di sindromi cliniche quali: Disturbi dell'Umore, Disturbi d'Ansia (Disturbo Acuto da Stress, Disturbo Post Traumatico da Stress, Disturbo d'Ansia Generalizzato, Disturbi Fobici), Disturbi dell'Adattamento, Disturbi del Sonno, Disturbi Dissociativi, Disturbi Cognitivi;
- effettuare una valutazione psicologico clinica a medio-lungo termine (*follow up*) (McFarlane, 1994; McCartney e Boland, 1994; Hayden, 1994; Tung e Rosenthal, 1995; Carlopio, 1996; Pappachan *et al.*, 1999; Simini, 1999; Roberts, 2001; DeKeyser, 2003; Cassel, 2005; Ringdal *et al.*, 2009; Myhren *et al.*, 2010);
- permettere al paziente ricoverato, quando contattabile e quando necessario, una prima elaborazione psicologica dell'impatto cognitivo-affettivo dell'evento traumatico e della sua situazione clinica conseguente; sostenerlo nell'affrontare crisi emotive causate dalla sua permanenza in reparto, dalle sue condizioni cliniche generali e dall'impatto che queste hanno sul suo assetto psicologico (gravi crisi di pianto, forte irritabilità e agitazione, negatività, oppositività e non compliance, paramnesie e amnesie, *ICU psychosis* o sindrome da ICU, ricostruzioni pseudo-deliranti); permettere al paziente, quando necessario, una migliore

relazione con i familiari e con lo staff medico-infermieristico su aspetti della comunicazione e della collaborazione;

- favorire e accompagnare, quando il paziente è già stato seguito in reparto dallo staff degli Psicologi, il suo trasferimento in un altro reparto ospedaliero integrando la scheda di dimissione con informazioni di natura psicologico-relazionale e/o con precise indicazioni operative rivolte allo staff medico-infermieristico che lo prenderà in carico.

Per i pazienti ricoverati gli interventi di supporto psicologico hanno riguardato prevalentemente le seguenti aree: grave crisi emotiva, forte irritabilità o agitazione, *ICU psychosis* o sindrome da *ICU*, paramnesie e amnesie, manifestazioni psicologiche specifiche di tipo ansioso, manifestazioni psicologiche specifiche del tono dell'umore, conflittualità con i familiari, conflittualità con lo staff medico infermieristico, difficoltà comunicative e relazionali con i familiari, morte di un congiunto in medesimo evento traumatico, accompagnamento in altro reparto (Gramberg *et al.*, 1999; Griffiths *et al.*, 2007; Jones *et al.*, 2007).

Si sottolinea che il percorso si attiva esclusivamente previa presentazione della possibilità di usufruire di un Servizio di psicologia e conseguente accettazione del contatto da parte del paziente.

Lo staff degli psicologi assicura la presenza in reparto per almeno due ore giornaliere dal lunedì al venerdì. Lo staff medico-infermieristico ha quindi potuto valutare e quindi comunicare giornalmente le necessità e/o richieste di intervento psicologico verso il paziente direttamente allo staff degli psicologi presenti.

Gli psicologi sono tenuti poi ad aggiornare le proprie cartelle e comunicare continuamente le loro valutazioni cliniche sul paziente allo staff. In accordo con il paziente, quando contattabile e quando da lui espressamente richiesto, lo staff degli psicologi ha potuto incontrare il paziente anche fuori dalla fascia oraria assicurata. Le condizioni psicologiche del paziente sono state poi ulteriormente valutate nel *follow up* a medio lungo termine che solitamente viene svolto presso i locali messi a disposizione dal reparto stesso, in accordo con lo staff medico-infermieristico. È stato possibile poi indirizzare la richiesta di un contatto che potremmo definire di secondo livello (giorni festivi e orari extra-attività di Reparto) direttamente allo staff degli psicologi mediante telefonata del personale medico-infermieristico.

Il contatto di secondo livello è stato attivato esclusivamente per quelle problematiche di natura psicologico-relazionale riguardanti il paziente ricoverato che lo staff medico-infermieristico ha ritenuto, in accordo con gli psicologi, di poter meglio affrontare in compresenza anche fuori dagli orari stabiliti (ad esempio, in caso di eventi clinici particolarmente significativi con pesanti ricadute emotive non prevedibili o situazioni di forte stress emotivo per il paziente o i suoi familiari).

Gli strumenti di registrazione e i relativi indicatori di performance utilizzati possono essere così descritti:

- Colloqui psicologici effettuati con il paziente e loro rendicontazione.

- Schede di raccolta dati, informazioni e contenuti dei colloqui.
- Strumenti psicodiagnostici specifici.
- Incontri di *follow up* a medio-lungo termine.
- Discussione dei casi clinici con lo staff medico-infermieristico.
- Numero di incontri effettuati con i pazienti durante la degenza in Reparto.
- Numero di incontri effettuati con i pazienti in modo congiunto con lo staff medico-infermieristico del Reparto.
- Numero di incontri effettuati con i pazienti durante la degenza in altri reparti ospedalieri.

4.3.2 Attività per i familiari dei pazienti ricoverati

Le attività di intervento psicologico rivolte ai familiari sono qui descritte in una sezione a sé stante per necessità di esposizione, ma nella pratica quotidiana costituiscono parte integrante con le attività rivolte al paziente. Le condizioni cliniche critiche dei pazienti ricoverati, con possibili peggioramenti durante la permanenza in reparto, insieme con l'alta specificità e invasività degli interventi attuati dallo staff medico-infermieristico, hanno inevitabilmente un forte impatto emotivo e di stress sui loro familiari, così come l'evento traumatico improvviso che va ad interrompere bruscamente il senso di continuità della vita dell'intero nucleo familiare e lo coinvolge/sconvolge profondamente (Azoulay *et al.* 2005; Barclay e Lie, 2007; Coots, 2007; Cope e Wolfson, 1994).

La presenza di un congiunto in Terapia Intensiva associata all'esperienza di un trauma come l'incidente stradale grave può far sviluppare nei familiari crisi emotive da stress (ansioso-depressive) contestualmente al ricovero, che, se non affrontate, possono provocare l'insorgenza di quadri sintomatologici strutturati quali il disturbo acuto da stress, il disturbo post traumatico da stress, il disturbo d'ansia generalizzato, disturbi dissociativi (Covinsky *et al.*, 1994; Curtis *et al.*, 2001; Davidson *et al.*, 2007; Azoulay, 2005). Queste sono situazioni che incidono negativamente sulla qualità della loro vita, sulla qualità della relazione con il congiunto ricoverato e possono contribuire allo sviluppo di situazioni di disagio psicologico diffuso a rischio di cronicità. L'attivazione di un intervento psicologico precoce costituisce un significativo aiuto ai familiari del paziente ricoverato, quando essi accettano il Servizio di psicologia o lo richiedono espressamente, poiché permette di fornire un supporto nell'esperienza che stanno affrontando, comprese le situazioni di particolare complessità (difficoltà di comunicazione, crisi di ansia, eventuale peggioramento del quadro clinico del congiunto, morte del congiunto), di avviare una prima elaborazione dell'evento occorso, di migliorare la qualità della comunicazione con lo staff e con il congiunto stesso e di evitare che l'esperienza psicologica ed emotiva vissuta in reparto possa strutturarsi in un futuro quadro psicopatologico (ansia, lutto non elaborato, disturbo post traumatico da stress,

alterazione del tono dell'umore). Questo è possibile fornendo uno spazio dedicato all'ascolto e all'elaborazione (Deja *et al.*, 2006; Fowler e Smyth, 1997).

L'intervento della psicologia nel reparto Terapia Intensiva DAI DEA dell'AOUC è stato pensato quindi anche per i familiari dei pazienti ricoverati. Come campo di applicazione dell'intervento rivolto ai familiari del paziente ricoverato per trauma maggiore causato da incidente stradale intendiamo permettere loro di usufruire di un supporto psicologico adeguato rispetto alla loro situazione contingente (psicologica, emotiva e relazionale) connessa con l'evento trauma, oltre che con le condizioni cliniche del congiunto e il suo ricovero ospedaliero, durante la permanenza in Reparto e dopo la dimissione nel lungo e spesso difficile percorso di riabilitazione.

Per questo settore di intervento gli obiettivi possono essere così brevemente descritti:

- effettuare una valutazione psicologica ed identificazione precoce di possibili fattori di rischio per lo sviluppo di sindromi cliniche che possono coinvolgere i familiari del paziente ricoverato, quali Disturbi dell'Umore, Disturbi d'Ansia (Disturbo Acuto da Stress, Disturbo Post Traumatico da Stress, Disturbo d'Ansia Generalizzato, Disturbi Fobici), Disturbi dell'Adattamento, Disturbi del Sonno, Disturbi Dissociativi, Disturbi Cognitivi (Boer *et al.*, 2008; Cook *et al.*, 2001; Laitinen, 1996; Davids, 1978; Davydow *et al.* 2008; De Bertolini e Rupolo, 1986);
- permettere ai familiari del paziente ricoverato una prima elaborazione psicologica dell'impatto cognitivo-affettivo della situazione clinica del loro congiunto sull'assetto familiare; permettere loro di poter affrontare eventuali crisi emotive causate dalla frequentazione e visita al congiunto ricoverato in reparto; favorire una migliore relazione con il congiunto e con lo staff medico – infermieristico su aspetti della comunicazione e della collaborazione, nonché in presenza di possibili conflitti (Jones *et al.*, 2004; Lautrette *et al.*, 2007);
- collaborare continuativamente con lo staff medico – infermieristico, quando necessario e/o quando richiesto espressamente, per il miglioramento della comunicazione di notizie cliniche ai familiari e dei processi decisionali a loro carico.

Per i familiari dei pazienti ricoverati, gli interventi di supporto psicologico hanno riguardato prevalentemente le seguenti aree: prima elaborazione psicologica dell'impatto cognitivo-affettivo della situazione clinica post trauma del congiunto, grave crisi emotiva del congiunto, forte irritabilità o agitazione del congiunto, *ICU psychosis* o sindrome da ICU del congiunto, paramnesie e amnesie del congiunto, manifestazioni psicologiche specifiche di tipo ansioso del congiunto, manifestazioni psicologiche specifiche del tono dell'umore del congiunto, attivazione e/o crisi emotiva reattiva da ricovero del congiunto, attivazione e/o crisi emotiva reattiva da peggioramento del quadro clinico del congiunto, morte del congiunto, conflittualità con il congiunto, conflittualità tra familiari, conflittualità con lo staff

medico infermieristico, difficoltà comunicative e relazionali con il congiunto, manifestazioni psicologiche specifiche di tipo ansioso, manifestazioni psicologiche specifiche del tono dell'umore, crisi emotive causate dalla frequentazione e visita al congiunto ricoverato in reparto, sostegno relativamente a dei processi decisionali specifici – donazione organi o comunicazioni intra – familiari in caso di decesso o di decesso da comunicare a minore/adolescente, accompagnamento in altro reparto (Wilson, 1987; Ravelo Perez *et al.*, 1988; Lansky, 1990; Montanari *et al.*, 1998; Samples, 1998; Scragg *et al.*, 2001; Shakespeare Finch *et al.*, 2002; Morse e Pooler, 2002; Fassier *et al.*, 2005; Gomez-Carretero *et al.*, 2006).

Si sottolinea che il percorso si attiva esclusivamente previa presentazione della possibilità di usufruire di un Servizio di psicologia e conseguente accettazione del contatto da parte dei familiari. Per consentire questo intervento lo staff medico-infermieristico ha valutato e quindi comunicato giornalmente le necessità e/o le richieste di supporto psicologico verso i familiari del paziente direttamente allo staff degli psicologi. Gli psicologi sono stati tenuti ad aggiornare le proprie cartelle e a comunicare continuamente le loro valutazioni cliniche sulla famiglia del paziente allo staff. È stata prevista, dietro specifica richiesta dello staff medico-infermieristico, l'opportunità della presenza di uno psicologo anche negli incontri giornalieri di aggiornamento delle condizioni cliniche che lo staff medico effettua con i familiari.

In accordo con i familiari del paziente e con il personale medico, quando necessario e/o quando da loro espressamente richiesto, lo staff degli psicologi ha incontrato i familiari anche fuori dalla fascia oraria assicurata presso il Reparto.

L'attività di supporto psicologico ai familiari esterna al Reparto di Terapia Intensiva DAI DEA, ma con il loro congiunto ancora ospedalizzato, è stata svolta presso i locali messi a disposizione dal Reparto stesso oppure presso i Reparti dove è stato trasferito il paziente secondo accordi con il personale del reparto di destinazione.

Anche per i familiari è prevista una modalità di contatto di secondo livello, concordata con lo staff fuori dagli orari di presenza e inerente eventi specifici quali, ad esempio, eventi clinici particolarmente significativi con pesanti ricadute emotive non prevedibili; situazioni di forte stress emotivo; processi decisionali critici a carico dei familiari.

Gli strumenti utilizzati dallo staff degli psicologi nel loro intervento e i relativi indicatori di performance possono essere così riassunti:

- Colloqui psicologici effettuati con i familiari e loro rendicontazione.
- Schede di raccolta dati, informazioni e contenuti dei colloqui.
- Strumenti psicodiagnostici specifici.
- Questionario di valutazione e gradimento per i familiari.
- Discussione dei casi clinici con lo staff medico-infermieristico.
- Numero di incontri effettuati con i familiari durante la degenza in Reparto.

- Numero di incontri effettuati con i familiari e lo staff medico-infermieristico del Reparto.
- Numero di incontri effettuati con i familiari durante la degenza in altri reparti ospedalieri.

4.3.3 Attività per gli operatori del Reparto

Il Reparto di Terapia Intensiva è un ambiente potenzialmente molto stressante per gli operatori che ci lavorano, soprattutto per la gravità dei quadri clinici, per i confronti quotidiani con situazioni complesse da un punto di vista relazionale e comunicativo e per un'atmosfera spesso carica di tensioni emotive (Tuckett *et al.*, 1985; Quill e Brody, 1996; Pagliaini *et al.*, 2004; Leite e da Silva Carvalho Villa, 2005). La gestione di traumi maggiori da incidente stradale, che frequentemente vede associati la gravità delle condizioni cliniche, la giovane età dei pazienti e la presenza di familiari emotivamente provati dall'evento ai quali comunicare notizie talvolta critiche, può provocare negli operatori risposte emotivamente intense e dolorose, di forte coinvolgimento e possibile disagio. L'esposizione ripetuta a stress così estremi e la difficoltà a poter controllare alcune variabili ambientali possono contribuire allo sviluppo di problematiche psicologiche significative, come ansia, depressione, *burnout*, e disturbo post traumatico da stress.

È possibile individuare modalità comunicative disfunzionali, dinamiche operatore-paziente e comportamenti presentati dai familiari di pazienti ricoverati in situazioni di criticità che possono rappresentare fattori di difficile gestione per gli operatori del reparto. I più frequenti sono: la comunicazione di complicanze o esiti negativi nella cura del paziente e la gestione del disagio e dell'angoscia legati a quest'evento comunicativo/relazionale; la ricerca, da parte dei familiari dei pazienti ricoverati, di quei gesti e/o parole nell'atto comunicativo dell'operatore che evocano speranze o illusioni nei confronti delle condizioni di salute del proprio caro; la tendenza alla delega della "cattiva notizia" riscontrabile in alcuni operatori a vari livelli di consapevolezza; l'utilizzo di strategie difensive disfunzionali nella gestione di notevoli carichi di angoscia portati dai familiari di pazienti ricoverati; la difficoltà nel gestire quelle situazioni che rievocano esperienze personali nell'operatore coinvolto e la necessità di saper riconoscere eventuali meccanismi di identificazione con l'assistito o con la sua famiglia. Indicativamente il campo di applicazione della psicologia in reparto può essere individuato in interventi tesi a permettere una migliore gestione da parte dell'operatore degli aspetti psicologico-relazionali relativi al rapporto con il paziente ricoverato per trauma maggiore causato da incidente stradale e i suoi familiari, nonché a favorire e mantenere il benessere psicologico dell'operatore e del gruppo di lavoro.

Gli obiettivi dell'intervento di supporto psicologico per gli operatori del reparto possono essere così brevemente riassunti:

- individuare e intervenire precocemente sui fattori di rischio che concorrono allo sviluppo di sintomatologie ansiose, depressive, da stress negli operatori;
- permettere un'analisi critica dei processi comunicativi e relazionali tra operatore e paziente/familiari all'interno della pratica professionale al fine di individuare pattern disfunzionali e/o potenziare modalità già acquisite che si sono rivelate efficaci, in modo da migliorare l'assistenza al paziente e alla sua famiglia;
- affiancare e integrare l'intervento dell'équipe medico infermieristica nell'analisi e nella gestione dei casi ad elevata complessità psicologico relazionale nei quali tale componente potrebbe interferire nel processo di cura;
- permettere un'analisi critica dei processi comunicativi e relazionali messi in atto dall'operatore nel gruppo di lavoro al fine di individuare pattern disfunzionali e/o potenziare modalità già acquisite che si sono rivelate efficaci (gestione dei conflitti, condivisione delle modalità comunicative con pazienti e familiari, comunicazione tra operatori);
- effettuare valutazioni periodiche e analisi del clima organizzativo del Reparto al fine di monitorare lo stato di benessere psicologico degli operatori e del gruppo di lavoro e strutturare interventi mirati per il suo mantenimento (eventi formativi psicosociali; incontri di discussione; gruppi di approfondimento su temi psicologico-relazionali quali psicologia, psicopatologia, psicologia clinica, neuropsicologia, neuroscienze cognitive).

Per gli operatori, gli interventi di consulenza hanno riguardato prevalentemente le seguenti aree: comunicazione di notizie cliniche relative a complicanze o esiti negativi ai familiari e/o ai pazienti, difficoltà comunicative e relazionali con il paziente e/o familiari, riconoscimento e gestione delle dinamiche emotive dei familiari alla comunicazione di notizie cliniche sfavorevoli o infauste, riconoscimento e implementazione di utilizzo di strategie relazionali e comunicative efficaci con il paziente e/o familiari, riconoscimento e diminuzione di utilizzo di strategie relazionali e comunicative inefficaci o disfunzionali con il paziente e/o familiari, attivazioni emotive relative a situazioni relazionali e comunicative specifiche – esempio decesso del paziente.

Come per l'intervento su pazienti e loro familiari lo staff degli psicologi è presente in Reparto dal lunedì al venerdì. Per le richieste di consulenza/supporto psicologico individuale, gli operatori possono fissare un appuntamento direttamente con lo psicologo presente in Reparto oppure mediante contatto telefonico. Le date degli incontri e lo psicologo di riferimento sono assegnate in base alla disponibilità. Le attività di supervisione, didattica, formazione e gli incontri di gruppo si sono svolti presso i locali interni al Reparto. L'attività di supporto psicologico per gli operatori si è svolta all'esterno del Reparto presso i locali messi a disposizione dal Reparto stesso.

Le modalità di intervento possono essere così descritte:

- su specifica richiesta dello staff medico-infermieristico e/o degli psicologi, la

presenza degli psicologi stessi ai passaggi di consegna per coadiuvare il gruppo nella gestione di problematiche psicologico-relazionali di particolare rilevanza;

- attivazione di momenti di supervisione psicologica (consulenza e/o *debriefing*) per l'elaborazione di particolari eventi critici e/o eccezionali inerenti l'attività professionale in Reparto;

- attivazione di un percorso di consulenza psicologica per l'operatore singolo (con un massimo di 4 incontri) con l'obiettivo di affrontare particolari problematiche di natura emotiva o psicologico-relazionale inerenti l'attività svolta in Reparto o che possono interferire con essa.

Per gli strumenti di registrazione e i relativi indicatori di performance:

- Schede di raccolta dati, informazioni e contenuti dei colloqui con pazienti e/o familiari effettuati in modo congiunto agli operatori del Reparto.
- Strumenti psicodiagnostici specifici e questionari self report sul benessere psicologico individuale e organizzativo del Reparto.
- Discussione di episodi di criticità relazionale relativi a pazienti e/o familiari con lo staff medico-infermieristico.
- Discussione di episodi di criticità relazionale presenti nel gruppo di lavoro.
- Numero di moduli formativi svolti e di valutazione del *follow up*.
- Numero di incontri di discussione e di approfondimento con lo staff.
- Numero di colloqui psicologici individuali effettuati con gli operatori.

Per gli operatori (medici, infermieri e operatori socio assistenziali) è stata inoltre effettuata un'analisi dello stato di benessere psicologico e lavorativo attraverso la somministrazione di questionari specifici, i cui risultati verranno utilizzati per l'attuazione degli incontri di formazione programmati.

4.3.4 Attività di *follow up integrato*

La strutturazione di un *follow up* multidisciplinare integrato (medico, infermieristico e psicologico) successivo al ricovero in Terapia Intensiva ha come scopo la valutazione delle problematiche fisiche e psicologiche conseguenti le dimissioni ospedaliere nell'ottica di un programma di recupero della salute e della qualità della vita in tutti i suoi aspetti bio-psico-sociali (Griffiths, 2002).

Il *follow up* medico-infermieristico previsto dal reparto di Terapia Intensiva DAI DEA AOUC rappresenta la parte del progetto assistenziale relativa all'acquisizione di informazioni sulle condizioni di salute fisica, psicologica e relazionale dei pazienti che hanno subito patologie critiche con conseguente periodo di degenza nel reparto di Terapia Intensiva. Tale *follow up* è organizzato in modo integrato con gli psicologi e prevede modalità specifiche di attivazione attraverso un doppio livello (I livello medico-infermieristico, II livello psicologico), secondo procedure specifiche.

Per quanto riguarda gli aspetti psicologici il *follow up* è un momento partico-

larmente critico in quanto molti disturbi si manifestano con una latenza di mesi dal ricovero in Terapia Intensiva.

In questo senso il *follow up* è un'ulteriore occasione per individuare pazienti o familiari che possono trarre giovamento da un supporto psicologico e per proporre in modo più strutturato tale servizio.

Ad esempio un corretto assessment sulle memorie del soggetto ricoverato in Terapia Intensiva e l'individuazione di eventuali sintomi ansiosi successivi la dimissione dal reparto possono contribuire ad identificare quei soggetti a rischio nello sviluppo di sintomi collegati a sindromi post traumatiche da stress, insieme alla possibilità di pianificare interventi di supporto psicologico corretti ed efficaci. Tutti quei pazienti che continuano ad esperire sintomi riconducibili a forme di disturbo da stress dopo 1-3 mesi dalla dimissione dal reparto di Terapia Intensiva dovrebbero essere trattati tempestivamente dato che si dimostrano ad alto rischio per lo sviluppo di forme definibili poi come croniche. In queste fasi precoci un intervento psicologico di supporto, chiarificazione e confronto sulle esperienze emotive collegate alla degenza e loro possibile normalizzazione sia nell'andamento che nelle reazioni avute, è sicuramente un'opzione terapeutica da promuovere.

Negli incontri di *follow up* oltre al colloquio clinico sia con il paziente sia con i suoi familiari, è prevista l'utilizzazione di test psicodiagnostici per la valutazione delle aree psicologico relazionali potenzialmente a rischio di psicopatologia, nonché se necessario specifici test di approfondimento sulle funzioni neuropsicologiche.

Se emergono aree di sofferenza psicologica viene proposto al paziente e/o alla famiglia un percorso di n. 4 incontri al fine di fornire un servizio di supporto psicologico e effettuare un ulteriore approfondimento delle problematiche emerse.

4.4. Attività ambulatoriale (Fratellanza Militare di Firenze)

Dal mese di ottobre 2008 è attiva una collaborazione con la Fratellanza Militare di Firenze, che si è resa disponibile a fornire una stanza presso i propri ambulatori di Piazza S. Salvi per colloqui di sostegno psicologico a vittime di traumi stradali maggiori e loro familiari che hanno usufruito del servizio di psicologia presso il reparto di Terapia Intensiva DAI DEA e/o al *follow up* e che necessitano di ulteriori approfondimenti e/o supporto psicologico.

La collaborazione con la Fratellanza Militare nasce dall'esigenza di poter disporre anche di un luogo diverso da quello ospedaliero da dedicare ai colloqui psicologici, aspetto particolarmente utile, ad esempio, per i familiari di persone decedute in seguito all'incidente, sia direttamente su strada sia successivamente al ricovero in Terapia Intensiva, che spesso preferiscono non effettuare gli incontri in ambito ospedaliero.

I pazienti dimessi dal Reparto di Terapia Intensiva e i loro familiari che al *follow*

up mostrano aree di sofferenza psicologica e accettano di proseguire in una ulteriore fase di supporto, possono così usufruire di un ciclo di massimo n. 4 incontri ambulatoriali di sostegno psicologico e di approfondimento psicodiagnostico presso la sede della Fratellanza Militare di Firenze.

L'ambulatorio è attivo due giorni a settimana.

Attualmente sono stati seguiti n° 60 casi (vittime dirette di traumi stradali e loro familiari per un totale di 150 persone seguite) presso l'ambulatorio della Fratellanza Militare di Firenze per un totale di n. 122 incontri.

4.5. La Polizia Municipale di Firenze

Il coinvolgimento degli Operatori della Polizia Municipale del Comune di Firenze all'interno del Progetto è stato deciso sulla base di più esigenze, tra le quali: la constatazione che la Polizia Municipale rappresenta il Corpo che più di tutti interviene sui casi di incidenti stradali; la necessità per quest'ultimo di fornire un servizio migliore ai cittadini; la possibilità di diminuire i livelli di stress e il senso di difficoltà emersi negli Operatori che si trovano a gestire situazioni di questo tipo.

Gli incidenti stradali sono un fenomeno complesso non solo per i diversi aspetti che lo compongono e le loro conseguenze (economiche, sociali, psicologiche), ma anche perché coinvolgono in modo significativo un alto numero di persone: le vittime, dirette o indirette, e tutti gli operatori che a vari livelli si trovano ad affrontarne le conseguenze (operatori dell'emergenza, volontari, operatori sanitari, operatori delle Forze dell'Ordine).

Tutti gli eventi critici comportano sempre molteplici situazioni di coinvolgimento che riguardano diverse categorie di soggetti ad essi esposti in modo differente.

Sono state individuate diverse tipologie di vittime (Cusano, 2002): le vittime di primo livello, ovvero le persone che hanno subito direttamente l'evento critico; le vittime di secondo livello, costituite dai parenti delle vittime di primo livello; le vittime di terzo livello, rappresentate dagli operatori di soccorso che intervengono sulla scena dell'evento traumatico e che possono riportare conseguenze psicologiche dovute alla drammaticità delle situazioni che devono affrontare.

Negli ultimi anni si sta assistendo ad un aumento di interesse verso le reazioni dei soccorritori che intervengono in eventi particolarmente traumatici, quali ad esempio i traumi stradali (Giannantonio, 2003; Sbattella, 2004; Zuliani, 2006).

Solitamente l'operatore che lavora in contesti di emergenza sviluppa una soglia di tolleranza abbastanza elevata nei confronti di situazioni che, occasionalmente o cronicamente, possono mettere a rischio il suo equilibrio psicologico, tuttavia il rischio di essere seriamente coinvolto nelle esperienze traumatiche delle persone

che soccorre (traumatizzazione vicaria) deve essere tenuto in seria considerazione.

La traumatizzazione vicaria (McCann e Pearlman, 1990) indica la possibilità che un soccorritore durante il servizio viva in prima persona il trauma, non per esposizione diretta, ma per il contatto con la persona soccorsa. Un forte coinvolgimento empatico può addirittura comprendere sintomatologie di tipo post traumatico che prendono il nome di stress traumatico secondario, nonché a sentimenti di profonda partecipazione e comprensione per qualcuno colpito da sofferenza (*compassion fatigue*), accompagnati da un forte desiderio di fornire un aiuto o eliminarne la causa (Figley 1995, 2007)

Nelle situazioni di emergenza, infatti, le persone esposte direttamente ai pericoli e al rischio di morire sono quelle che, di norma, subiscono le conseguenze più gravi in termini psicologici. Tuttavia, anche i soccorritori che intervengono in situazioni di pericolo provano emozioni negative e di difficile elaborazione che potrebbero indurre sintomi quali stanchezza, irritabilità, insonnia, ansia, affaticamento, depressione e problemi familiari, o sfociare in configurazioni psicopatologiche quali il Disturbo Post Traumatico da Stress PTSD e la sindrome da *burnout*.

Il rischio di sviluppare conseguenze psicologiche è elevato data la frequenza e ripetizione quotidiana dell'esposizione alla sofferenza umana e alla morte: lavorare in ambienti estremi espone gli operatori ad un potenziale accumulo di stress che può intaccare il loro benessere, la qualità della loro vita e la salute, rendendoli potenzialmente vulnerabili allo sviluppo di sintomi post traumatici da stress che, perdurando nel lungo periodo, possono trasformarsi in psicopatologie (Marmar *et al.*, 1996; Jonsson *et al.*, 2003).

Gli incidenti stradali gravi o mortali rientrano a pieno titolo nei fattori di rischio oggettivi, ovvero sono tra le situazioni particolarmente a rischio di conseguenze emotive per questi operatori, insieme agli eventi che causano il ferimento e/o la morte di colleghi; tra i fattori di rischio soggettivi si trovano invece la tendenza eccessiva del soccorritore ad identificarsi con la vittima, la mancanza di idonee strategie per fronteggiare lo stress e/o la mancanza di adeguate capacità di valutare la propria tolleranza allo stress, nonché la scarsa conoscenza della normale risposta fisiologica e psicologica delle persone di fronte allo stress; tra i fattori di rischio legati all'organizzazione, oltre ad aspetti legati al carico di lavoro e a conflitti interni tra operatori e organizzazione, troviamo la mancanza di programmi di supporto psicologico dei soccorritori (Cusano e Napoli, 2003; Young *et al.*, 2002).

Aspetti particolarmente traumatici per gli operatori della Polizia Municipale che si occupano di incidenti stradali sono generalmente due: la gravità e la giovane età dei pazienti coinvolti. Inoltre viene esperita spesso come problematica la relazione con i familiari delle vittime, soprattutto in caso di comunicazione di decesso o di gravità, nonché la comunicazione tra i diversi operatori che si trovano ad occuparsi dell'evento spesso contemporaneamente, e con compiti talvolta non

ben differenziati (altre Forze dell'Ordine, operatori sanitari di emergenza, operatori sanitari ospedalieri).

È possibile individuare due categorie principali di fonti di stress che riguardano il lavoro di un operatore di Polizia (Kop *et al.*, 1999; Patterson, 2001): le prime sono quelle legate al lavoro, come ad esempio i conflitti di ruolo (fermo applicatore della legge o operatore sensibile alle necessità di sicurezza e aiuto dei cittadini), i repentini passaggi tra scenari estremamente diversi tra loro ma tutti impegnativi sia sotto il profilo tecnico sia relazionale e comunicativo (dalla comunicazione di decesso alle attività di repressione di illeciti, dallo svolgimento di servizi di viabilità alla lotta al degrado urbano, solo per citare alcuni esempi); gli orari di lavoro irregolari, legati alla turnazione, l'assenza di un *feedback* relativamente all'utilità e al successo del proprio intervento che porta l'operatore a percepire il suo lavoro come inutile.

L'altra categoria riguarda fonti di stress caratterizzate da un impatto emotivo particolarmente intenso, e possono essere considerate veri e propri eventi traumatici, come gli incidenti critici di servizio, oppure l'esposizione degli operatori alle sofferenze umane, come nel caso di interventi in casi di eventi con numerosi morti e feriti, come gli incidenti stradali.

Chi opera in professioni di emergenza, come gli operatori della Polizia Municipale, è esposto a situazioni tipiche, considerate fonti di stress, che talvolta provocano un particolare stato psicologico che può protrarsi oltre i normali tempi di recupero, nonostante la persona metta in atto naturalmente delle strategie per fronteggiare psicologicamente questi disagi.

Sono quindi da considerarsi eventi critici (Mitchell, 1983) tutti quegli eventi traumatici improvvisi che, per ragioni di servizio, un operatore di Polizia incontra nel corso della vita professionale.

Spesso gli operatori di Polizia affrontano situazioni particolarmente stressanti, come appunto il caso dei rilievi degli incidenti stradali e la comunicazione ai familiari delle vittime, in cui possono essere esposti a scenari drammatici di morte violenta e dove gli stessi hanno il compito gravoso di comunicare il decesso ai familiari della vittima (Prati *et al.*, 2008).

Possono quindi insorgere in questi soggetti sintomi di disagio psicologico che possono talvolta strutturarsi in quadri di disturbo acuto da stress oppure di disturbo post traumatico da stress.

Sono stati individuati alcuni fattori che possono, in qualche modo, influenzare le capacità di risposta dell'operatore di Polizia ad un evento critico, come la tipologia dell'evento, il grado di coinvolgimento personale, il livello di controllo della situazione, il livello di minaccia percepita, il livello di anormalità rispetto al corso delle cose, il livello di preavviso, la modalità con cui la circostanza è stata affrontata, le esperienze precedenti, la vicinanza fisica o psicologica, la presenza simultanea di altri stressor importanti, la natura ed il grado di sostegno sociale offerto

subito dopo l'evento, il grado di accoglienza dell'aiuto da parte del soggetto, il sostegno da parte dell'amministrazione, il sostegno da parte dei familiari.

Le conseguenze di un'esperienza traumatica, vissuta durante l'attività professionale, possono comportare disturbi psicologici importanti: la prospettiva di un intervento preventivo e di supporto può rivelarsi utile a ridurre il rischio che si sviluppino patologie del genere (Solomon e Macy, 2005; Foa *et al.*, 2000; Giannantonio, 2003).

La sezione del Progetto relativa alla collaborazione con la Polizia Municipale prevede più interventi, per ognuno dei quali è stata prevista una fase di progettazione, una fase di attuazione e momenti di verifica in itinere delle attività svolte.

Tutti gli interventi, sia in fase di progettazione sia di attuazione, si sono svolti in collaborazione con l'Ufficio Se.P.P. della Polizia Municipale, con i referenti del quale sono stati svolti numerosi incontri di programmazione, valutazione e verifica su quanto proposto e realizzato. In questi anni di attività sono stati attivati: fasi osservative, interventi formativi, sportello psicologico, incontri di gruppo e *debriefing*, che sono di seguito elencati.

4.5.1 Formazione degli Operatori – Corso di formazione "Bad news"

Al fine di implementare la salute e il benessere psicologico degli operatori è stato proposto un intervento in continuità con gli eventi formativi e la creazione di gruppi di sostegno tra pari promossi in seguito alla ricerca sulla gestione delle criticità emozionali svolta dalla Polizia Municipale del Comune di Firenze negli anni precedenti il 2006.

Una prima fase formativa autorizzata dall'Ufficio Formazione della Polizia Municipale ha avuto inizio a Marzo 2008 e si è conclusa a Marzo 2009. L'evento formativo denominato "Bad News" è stato rivolto a 180 Operatori UPG della Polizia Municipale (12 Classi, durata di ogni modulo di 6 ore) incaricati di comunicare la morte o le lesioni gravi derivanti da incidenti stradali o eventi traumatici improvvisi, definiti ECS Eventi Critici di Servizio, ai familiari della vittima. L'obiettivo è stato quello di migliorare le conoscenze sulle reazioni dei familiari ad eventi traumatici, identificare buone pratiche sia a livello personale che a livello di gruppo e organizzativo nella notifica di un decesso, apprendere tecniche di stress management efficaci in situazioni critiche.

In particolare i moduli didattici del corso formativo hanno previsto: descrizione degli obiettivi a breve, medio e lungo termine del Progetto "L'impatto psicologico e sociale degli incidenti stradali"; il ruolo rivestito dalla Polizia Municipale all'interno del Progetto e suo contributo relativamente alla comunicazione dell'esistenza di un percorso protetto alle vittime degli incidenti stradali (traumatizzati e loro familiari); la rilevazione delle problematiche e dei bisogni degli operatori attraverso la discussione in aula e la costituzione di gruppi esperienziali; cenni sul

percorso del paziente traumatizzato dal momento dell'incidente, all'arrivo in ospedale fino alla fase della riabilitazione; aspetti relativi alla comunicazione tra gli operatori della Polizia Municipale, operatori del 118 e operatori ospedalieri.

Gli obiettivi specifici del corso formativo sono stati: la presentazione e conoscenza del progetto e la prima analisi dei bisogni e delle difficoltà segnalate dagli operatori della Polizia Municipale riguardo al loro intervento nei confronti dei traumi stradali.

Altri interventi formativi inerenti il tema dell'impatto psicologico degli incidenti stradali sono stati ipotizzati e possono essere progettati e attivati insieme agli operatori sulla base di esigenze e richieste specifiche, in modo da garantire una continuità della formazione su questi aspetti e un ampliamento del coinvolgimento degli operatori della Polizia Municipale.

4.5.2 Osservazione dei processi comunicativi

È stata effettuata una fase di osservazione dei processi comunicativi durante la procedura di intervento degli Operatori della Polizia Municipale in caso di sinistro stradale presso la Centrale Operativa del Comando della Polizia Municipale (a cadenza settimanale per due mesi). Uno psicologo è stato presente in Centrale per osservare le modalità comunicative degli operatori con chi effettua la richiesta di intervento e con i colleghi che intervengono direttamente su strada.

Gli obiettivi della procedura sono stati: osservare le modalità comunicative in caso di incidente stradale; individuare eventuali criticità presenti; individuare punti di forza che possono essere implementati; ipotizzare modifiche e miglioramenti nella gestione della comunicazione.

4.5.3 Gruppi di incontro e discussione con operatori del Reparto Sinistri e dell'Ufficio Sinistri

Da Gennaio 2008 è stato avviato un rapporto di collaborazione tra il gruppo di psicologi e gli operatori dell'Ufficio Sinistri, ufficio che gestisce gli aspetti amministrativi ed è in contatto diretto con le famiglie delle persone che hanno affrontato un incidente stradale, e con il Reparto Sinistri, i cui operatori si attivano di priorità in corrispondenza dell'evento incidente stradale.

In accordo con il Comando è stato deciso di iniziare una fase interlocutoria di incontri con questi due reparti poiché essi, più specificatamente degli altri, si trovano ad affrontare le diverse fasi della gestione dei traumi stradali e ad essere più esposti all'impatto emotivo che essa può provocare.

Per quanto riguarda il Reparto Sinistri è stato effettuato con tutti gli operatori un primo ciclo di incontri, con duplice funzione di prima analisi dei bisogni, delle difficoltà e delle richieste relativamente al tema, nonché di iniziale stesura di

interventi di tipo formativo o di discussione di gruppo su casi specifici che gli operatori hanno affrontato, al fine di identificare come gli aspetti psicologico relazionali nel rapporto con l'utenza (risposte emotive intense, disagio inespresso, meccanismi di identificazione, altro) impattano sugli operatori e sull'esito dell'intervento, oltre ad individuare e implementare le risposte adattive messe in atto, con l'obiettivo di permettere una riflessione condivisa tra gli operatori sui carichi emotivi che la gestione di tali eventi suscita (uno per tutti la comunicazione del decesso alle famiglie), ma che spesso rimangono inespressi o non condivisi rischiando di cristallizzarsi in un disagio più strutturato.

Anche per quanto riguarda l'Ufficio Sinistri è stato effettuato con tutti gli operatori un primo ciclo di incontri con le finalità suddette; nello specifico, gli operatori di questo ufficio entrano in contatto con i familiari di persone che hanno avuto un incidente stradale per il periodo di tempo previsto dalla pratica e quindi si trovano a relazionarsi in situazioni spesso difficili a livello emotivo e relazionale, come ad esempio nei casi di decesso. Tra le ipotesi di lavoro è stata valutata l'opportunità di creare insieme una brochure informativa rivolta ai cittadini per informarli dell'esistenza di un servizio di supporto psicologico rivolto alla cittadinanza e raggiungere così anche coloro che non hanno intrapreso un percorso ospedaliero. In tal modo sarebbe possibile assicurare la fruibilità del servizio di supporto psicologico all'intera cittadinanza.

È attualmente in via di definizione la formalizzazione di entrambe le aree di intervento per poter procedere con le attività.

4.5.4 Incontri di gruppo rivolti agli operatori intervenuti su sinistri mortali (debriefing)

Da gennaio 2009 è previsto per gli operatori coinvolti nella gestione di sinistri stradali mortali l'attivazione automatica di un incontro di gruppo (*debriefing*) dopo l'evento; l'attivazione del servizio, che ha luogo in tempi brevi, entro due/quattro giorni dall'evento, avviene attraverso l'ufficio Se.P.P. e vede coinvolti tutti gli operatori che hanno partecipato a vario titolo alla sua gestione (Centrale Operativa, rilievi, comunicazione con i familiari, ecc.). Finora sono stati svolti n° 30 incontri di *debriefing* di 2/3 ore organizzati in seguito a sinistri mortali (dall'inizio del 3° anno del Progetto, il *debriefing* viene attivato regolarmente dopo ogni sinistro mortale avvenuto nella zona di Firenze), cui hanno partecipato 8-10 operatori ad incontro per un totale di 280 operatori.

Un intervento di questo tipo, strutturato e continuo, può ridurre i fattori di rischio psicologico legati alla gestione di eventi particolarmente critici e favorire lo sviluppo dei fattori protettivi che determinano il benessere psicologico degli operatori; l'incontro e la discussione in gruppo permettono infatti la condivisione dei vissuti emotivi, delle eventuali difficoltà affrontate e delle risorse attivate, che diven-

tano così patrimonio comune dei partecipanti; tutto ciò non solo riduce l'isolamento e il rischio di vivere come patologici pensieri e sentimenti reattivi a eventi così traumatici, ma evita anche che rimanendo sommersi e non detti questi possano diventare fattori di rischio per lo sviluppo di problematiche psicologiche strutturate.

4.5.5 Sportello psicologico di ascolto (individuale /di gruppo)

È stato possibile per tutti gli operatori usufruire di un servizio di supporto psicologico, sia attivabile individualmente che in piccolo gruppo. Gli obiettivi di tale intervento sono: individuare e intervenire precocemente sui fattori di rischio che concorrono allo sviluppo di sintomatologie ansiose, depressive, da stress negli operatori; offrire uno spazio di riflessione e elaborazione individuale e/o di gruppo delle eventuali difficoltà psicologico-relazionali relative sia all'impatto traumatico di episodi lavorativi specifici sia alle dinamiche del gruppo di lavoro; permettere un'analisi critica dei processi comunicativi e relazionali tra operatore e cittadino all'interno della sua pratica professionale al fine di individuare pattern disfunzionali e/o potenziare modalità già acquisite che si sono rivelate efficaci, in modo da migliorare il servizio offerto; permettere un'analisi critica dei processi comunicativi e relazionali messi in atto dall'operatore nel gruppo di lavoro al fine di individuare pattern disfunzionali e/o potenziare modalità già acquisite che si sono rivelate efficaci (gestione dei conflitti, condivisione delle modalità comunicative con l'utenza, comunicazione tra operatori); favorire e mantenere il benessere psicologico dell'operatore e del gruppo di lavoro.

4.6. Il Servizio di Emergenza 118 ASF

Il lavoro dell'operatore sanitario in emergenza è strettamente connesso al senso di responsabilità per la salute e la vita di altre persone.

Tra i fattori che contribuiscono alla pressione emotiva cui esso è sottoposto sono presenti la consapevolezza di poter commettere degli errori dannosi per lo stato di salute e la sopravvivenza altrui, la contrazione dei tempi degli interventi, la necessità di effettuare azioni accurate e professionali in tempi relativamente brevi.

L'operatore in emergenza sviluppa una soglia di tolleranza elevata nei confronti di situazioni che, occasionalmente o cronicamente, possono mettere a rischio il suo equilibrio psicologico, quindi si deve tenere in considerazione la possibilità di una traumatizzazione vicaria (Bagnato e Ruozzi, 2004).

Tra tutti gli interventi svolti si individuano episodi che possono diventare di difficile elaborazione anche nei soccorritori, come ad esempio i cosiddetti eventi o incidenti critici (Mitchell, 1983), situazioni capaci di produrre uno stress emotivo insolitamente elevato in grado di interferire sulla abilità dell'operatore di fronte

alla scena dell'evento e anche dopo (Bagnato e Ruozzi, 2004).

Si tratta di situazioni gravi, drammatiche e imprevedibili, come ad esempio i casi in cui la vittima è un bambino, gravemente ferito o morto, casi in cui si effettuano lunghe manovre di rianimazione e che esitano comunque con la morte della persona, con una forte componente violenta o con un numero elevato di feriti, come ad esempio incidenti stradali.

Oltre all'oggettiva drammaticità dell'evento, ogni soccorritore sperimenta poi un proprio vissuto che chiama in causa le proprie caratteristiche personali, emotive, cognitive e sociali.

È stata individuata una vera e propria sindrome che può colpire i soccorritori che si trovano a contatto con incidenti, tragedie o morti, la Sindrome da stress da incidente critico (*CISS - Critical incident stress syndrome*), che provoca un'intensa sofferenza individuale che si riflette in ambito lavorativo, ma può sfociare anche nella sfera familiare e relazionale (Bagnato e Ruozzi, 2004).

Essa comprende reazioni fisiche (nausea, problemi gastrointestinali, tremori muscolari, aumento della frequenza cardiaca, respiratoria e della pressione sanguigna, alternanza di iperattività e spossatezza, cefalea ed emicrania), emotive (ansia, tristezza, senso di colpa, rabbia, oscillazioni dell'umore, repressione dei sentimenti, angoscia, paura, perdita dell'autostima, depressione, senso di impotenza, preoccupazione), cognitive (disorientamento, incapacità a concentrarsi, incapacità di giudizio, difficoltà di memoria, amnesia, pensieri e ricordi intrusivi) e comportamentali (cambiamenti nel livello di attività, aggressività, disturbi del sonno e dell'addormentamento, incremento dell'uso di tabacco, alcol, stupefacenti, farmaci, calo nelle performance, calo dell'appetito, calo della libido) (Cusano e Napoli, 2003).

Tali reazioni, se considerate entro un certo limite, sono normali e possono avere valore adattivo; di solito rappresentano il modo soggettivo di fronteggiamento della situazione, ma se persistono nel tempo, in modo intenso ed invasivo, perdono il loro valore funzionale assumendo valenza patologica (Di Fresco, 2007).

Si possono evidenziare delle misure preventive e terapeutiche al fine di minimizzare il rischio dello stress negli operatori dell'emergenza o per intervenire su una condizione di disagio in atto. Tra queste, alcune strategie generali (selezione e formazione continua degli operatori, ritmi di lavoro che consentano un adeguato riposo, riduzione delle tensioni comunicative e all'interno dell'organizzazione e dei gruppi di lavoro) e interventi psicologici mirati, rivolti ai gruppi e ai singoli operatori:

- interventi informativi sulle modalità di manifestazioni più tipiche dello stress legato a lavori in contesto di emergenza al fine di non trascurarle e delle strategie di fronteggiamento più comuni (Sbattella e Pini, 2004);
- interventi di discussione e elaborazione in gruppo per gli eventi critici (Solomon e Macy, 2003), svolti con regolarità al fine di consentire una adeguata condivisione tra colleghi delle tensioni emotive connesse al proprio operato, ridurre

- l'impatto emotivo delle esperienze con le quali ci si è confrontati, facilitare il supporto sociale e ridurre il senso di isolamento;
- interventi di consulenza e sostegno psicologici per supportare l'operatore coinvolto dagli eventi stressanti nel caso in cui esperienze in emergenza avessero destabilizzato un equilibrio psicologico precario (Foa *et al.*, 2000; Giannantonio, 2003).

La conoscenza dei rischi psicologici connessi con l'affrontare eventi stressanti o traumatici e delle reazioni normali e patologiche allo stress, la possibilità di riconoscere ed esprimere i sentimenti, le difficoltà e le problematiche ad esso connesse all'interno del proprio gruppo di lavoro, il confronto e la riflessione sui casi più complessi e ad elevato impatto emotivo, la possibilità di chiedere aiuto sulle problematiche esperite e di poter usufruire di uno spazio fisico e mentale dedicato alla elaborazione degli aspetti emotivi e relazionali del proprio lavoro: tutti questi elementi permettono di migliorare la capacità degli operatori di individuare e comunicare i propri vissuti emotivi, un'identificazione precoce dei fattori di rischio, un'implementazione delle competenze psicologiche e della resilienza a fronte di eventi critici e destabilizzanti.

Il coinvolgimento degli operatori del Servizio di 118 dell'Azienda Sanitaria di Firenze all'interno del Progetto è stato deciso sulla base dell'evidente loro intervento in tutti i sinistri stradali con presenza di traumi maggiori, dell'esigenza espressa dalla dirigenza di migliorare il proprio servizio alla cittadinanza e la qualità del benessere degli operatori, unita alla possibilità di diminuire i livelli di stress e gestire nel modo più efficace possibile gli eventi critici ai quali gli operatori del servizio sono frequentemente esposti.

La sezione del Progetto relativa alla collaborazione con il 118 prevede più interventi, per ognuno dei quali è stata prevista una fase di progettazione, una fase di attuazione e momenti di verifica in itinere delle attività svolte.

Dall'avvio del Progetto sono stati attivati tutti gli interventi previsti che qui di seguito sono elencati.

Obiettivi generali della collaborazione con il Servizio del 118 di Firenze sono stati: fornire un servizio di formazione specifica, consulenza e supervisione per gli operatori coinvolti nell'evento incidente stradale per ridurre e gestire lo stress emotivo ad esso legato, favorire e migliorare i processi di accoglienza nei confronti degli utenti e delle loro famiglie, favorire lo sviluppo e il mantenimento delle competenze psicologico-relazionali e comunicative degli operatori, migliorare la qualità del lavoro e di conseguenza il loro benessere lavorativo.

Fin dall'avvio del Progetto sono stati effettuati periodici incontri presso la sede del 118 al fine di identificare i bisogni presenti negli operatori e a livello dirigenziale, condividere gli obiettivi dell'intervento, individuare e strutturare le attività.

È stato effettuato un periodo di osservazione presso la Centrale Operativa del 118 per la conoscenza del lavoro degli operatori e l'analisi dei processi comuni-

cativi, seguiti da alcuni incontri di discussione e condivisione con gli operatori delle attività formative e consulenziali previste.

Sulla base delle premesse suddette, che sono state condivise con la dirigenza del Servizio, sono state identificate alcune proposte operative: attività di formazione, sportello di supporto psicologico, disponibilità per *debriefing* in seguito a incidenti mortali, partecipazione ad Audit interni.

4.6.1 Attività formative

Al fine di implementare la salute e il benessere organizzativo degli Operatori è stato attuato un calendario di eventi formativi con i seguenti obiettivi: permettere un'analisi critica dei processi comunicativi e relazionali tra operatore e vittima della strada/familiari all'interno della pratica professionale al fine di individuare pattern disfunzionali e/o potenziare modalità già acquisite che si sono rivelate efficaci, in modo da migliorare l'assistenza all'utente e alla sua famiglia e l'efficacia del soccorso; permettere un'analisi critica dei processi comunicativi e relazionali messi in atto dall'operatore nel gruppo di lavoro al fine di individuare pattern disfunzionali e/o potenziare modalità già acquisite che si sono rivelate efficaci (gestione dei conflitti, condivisione delle modalità comunicative con utenti e familiari, comunicazione tra operatori); favorire un miglioramento globale della qualità del lavoro e del benessere psicologico individuale e di gruppo.

Gli psicologi hanno progettato e attuato un percorso di formazione specifica per ridurre e gestire lo stress legato all'evento incidente stradale e agli altri eventi critici incontrati durante il servizio e favorire lo sviluppo e il mantenimento delle competenze psicologico-relazionali degli operatori.

Far conoscere all'operatore i rischi connessi all'affrontare situazioni stressanti e traumatizzanti, conoscere le reazioni psicologiche a tali eventi in generale e a livello personale, poter parlare dei propri vissuti emotivi e condividerli con i colleghi, individuare possibili strategie di gestione dello stress, sono tutti strumenti volti a favorire il benessere e la qualità del lavoro per gli operatori coinvolti.

Dopo una prima fase di identificazione dei bisogni e delle attività sono stati somministrati agli operatori alcuni questionari di valutazione del benessere psicologico e lavorativo, che sono stati poi analizzati e restituiti al gruppo. Tali questionari sono stati poi somministrati a cadenza annuale altre due volte, sia per monitorare i livelli di benessere del gruppo, sia per favorire l'avvio di una riflessione sui temi del benessere/disagio lavorativo in sede formativa con i gruppi di lavoro a partire dalla restituzione dei risultati complessivi.

Sono stati quindi attuati dei cicli su temi specifici (gruppo di lavoro e dinamiche di gruppo, relazione e comunicazione tra operatori, relazione e comunicazione con l'utenza, reazioni psicologiche allo stress, aspetti psicologici e comunicativi della telefonata, ecc.), che si sono succeduti nei vari anni in un percorso di formazione continua su questi temi. Hanno partecipato alle diverse edizioni 80 operatori.

4.6.2 Attività di sostegno psicologico

Per implementare le competenze psicologiche e comunicative degli operatori è stato previsto, strutturato e avviato un intervento di supporto psicologico con i seguenti obiettivi: individuare e intervenire precocemente sui fattori di rischio che concorrono allo sviluppo di sintomatologie ansiose, depressive, da stress; migliorare le capacità comunicative e relazionali degli operatori nei confronti dell'utenza e delle altre figure professionali con essi interagenti; offrire uno spazio di riflessione e elaborazione individuale e/o di gruppo delle eventuali difficoltà psicologico relazionali relative all'impatto traumatico di episodi lavorativi specifici; offrire uno spazio di riflessione per l'analisi e l'individuazione di modalità di gestione delle dinamiche del gruppo di lavoro; favorire e mantenere il benessere psicologico dell'operatore e del gruppo di lavoro.

L'intervento di supporto psicologico può infatti ridurre i fattori di rischio suddetti e favorire lo sviluppo dei fattori protettivi che determinano il benessere psicologico degli operatori.

Quale risultato dei numerosi incontri svolti con la dirigenza del Servizio e con gli operatori, è stata stilata una procedura condivisa che ha individuato due modalità specifiche di intervento rivolte agli operatori del 118: attività di supervisione psicologica in gruppo (consulenza e/o *debriefing*) per l'elaborazione di particolari eventi critici e/o eccezionali inerenti l'attività professionale (es. interventi su incidenti mortali o gravi); attività di consulenza psicologica per l'operatore singolo (con un massimo di 4 incontri) con l'obiettivo di affrontare particolari problematiche di natura emotiva o psicologico-relazionale inerenti l'attività lavorativa o che possono interferire con essa.

L'attività di consulenza psicologica, garantita settimanalmente con la presenza di uno psicologo in Centrale Operativa per due ore nella fascia pomeridiana, è anche attivabile in orari diversi da quelli programmati in caso di necessità da parte degli operatori richiedenti. Sono stati effettuati 60 incontri di supporto ad operatori singoli.

4.6.3 Incontri di gruppo (*debriefing*) rivolti agli operatori intervenuti su sinistri mortali

È previsto per gli operatori coinvolti nella gestione di sinistri stradali mortali l'attivazione automatica di un incontro di gruppo (*debriefing*), con lo scopo di offrire uno spazio di prima elaborazione condivisa da tutto il gruppo degli operatori coinvolti in eventi potenzialmente stressanti; l'attivazione del servizio, che ha luogo in tempi brevi, entro due/quattro giorni dall'evento, avviene attraverso i coordinatori infermieristici della Centrale Operativa e vede coinvolti tutti gli operatori che hanno partecipato a vario titolo alla gestione dell'evento (Centrale

Operativa, soccorso sul territorio, comunicazione con i familiari, ecc.).

Finora sono stati svolti n° 31 incontri di *debriefing* di 2/3 ore ciascuno organizzati con gli operatori del Servizio 118 ASF in seguito a sinistri mortali; 5/6 operatori ad incontro, 162 operatori seguiti.

Un intervento di questo tipo, strutturato e continuo, può ridurre i fattori di rischio psicologico legati alla gestione di eventi particolarmente critici e favorire lo sviluppo dei fattori protettivi che determinano il benessere psicologico degli operatori; l'incontro e la discussione in gruppo permettono infatti la condivisione dei vissuti emotivi, delle eventuali difficoltà affrontate e delle risorse attivate, che diventano così patrimonio comune dei partecipanti; tutto ciò non solo riduce l'isolamento e il rischio di vivere come patologici pensieri e sentimenti reattivi a eventi così traumatici, ma evita anche che rimanendo sommersi e non detti questi possano diventare fattori di rischio per lo sviluppo di problematiche psicologiche strutturate.

4.6.4 Partecipazione ad Audit interni

È stata data la disponibilità a partecipare in qualità di osservatori e mediatori ad alcuni Audit interni sulla valutazione degli aspetti comunicativi e relazionali durante il colloquio telefonico con l'utenza da parte di operatori di Centrale Operativa. La partecipazione è avvenuta per n. 18 Audit di 4 ore ciascuno.

L'obiettivo della partecipazione agli Audit è stato fornire al gruppo di lavoro composto dai dirigenti e coordinatori e dagli operatori coinvolti un'integrazione all'analisi della gestione tecnica dell'evento da un vertice psicologico relazionale, in modo da consentire una comprensione più ampia possibile delle eventuali criticità presenti o degli aspetti risultati funzionali al buon esito dell'intervento effettuato.

4.7. Collegamento rete ospedaliera-extraospedaliera

Uno degli obiettivi del Progetto è dare una risposta concreta alla difficoltà delle vittime di incidenti stradali e dei loro familiari nel passaggio dalla dimissione dal percorso ospedaliero al rientro a casa. Per superare questa fase in cui spesso le famiglie sentono la mancanza di punti di riferimento per la prosecuzione delle cure, è stato proposto di rafforzare il collegamento tra ospedale e strutture territoriali (ASF, strutture private o convenzionate di tipo medico riabilitativo, Medici di Medicina Generale), sviluppando dei contatti e degli incontri tra le diverse figure coinvolte nel processo terapeutico-riabilitativo per lo sviluppo di piani terapeutici integrati.

Già all'interno del percorso ospedaliero è stata avviata la collaborazione con altre figure di Specialisti Psicologi già attivi nella consulenza e sostegno a vittime

di traumi stradali presenti in altri reparti, con le Assistenti Sociali dell'Azienda e con i vari Specialisti Medici dei Reparti in cui sono stati trasferiti i pazienti della Terapia Intensiva DAI DEA (Ortopedia, Medicina Generale, Chirurgia, Unità Spinale, altro).

L'obiettivo è garantire ai pazienti e ai familiari un percorso quanto più possibile protetto e integrato nel passaggio tra i vari reparti ospedalieri, attraverso la comunicazione di notizie di tipo psicologico relazionale sul paziente e la sua famiglia e la condivisione di valutazioni cliniche tra le figure professionali, in un'ottica di collaborazione reciproca e di miglioramento della presa in carico dell'utenza.

Il passaggio tra reparti a maggiore e minore intensità di cure e tra ospedale e territorio con il rientro a casa è particolarmente delicato in quanto elicitava spesso nei pazienti e nei familiari reazioni di solitudine, abbandono e spaesamento dovuto all'inizio di una nuova fase del ciclo di cura; il cambiamento di ambiente, dei medici e degli infermieri di riferimento e il necessario adattamento ai nuovi reparti con diversi ritmi e diverso personale, così come il rientro a casa, in cui si ha la forte percezione di un'uscita da un luogo di cura, di sofferenza ma anche di contenimento e presa in carico, sono tutti aspetti significativi sia nelle ricadute emotive sia di salute per l'intero nucleo familiare.

Un accompagnamento lungo tutte queste fasi consente di aprire una riflessione condivisa sui passaggi e sugli adattamenti che il paziente e la famiglia incontrano, sui significati che assumono e sulla necessità di tenere insieme sia le parti fragili che le risorse di ognuno per fronteggiare nel modo più adattivo possibile questo percorso.

In quest'ottica, è stata inoltre avviata una prima attivazione delle figure professionali competenti sul territorio.

Per alcuni casi accolti in Reparto di Terapia Intensiva DAI DEA e accompagnati negli altri reparti AOUC è stata valutata come necessaria una facilitazione nell'individuare sul territorio (ASF) le figure di riferimento competenti per le problematiche rilevate o dai pazienti stessi espresse.

Sono stati quindi istituiti dei contatti sia con i responsabili dei Servizi Sociali dei Quartieri, sia con le Strutture private di riabilitazione e lungodegenza del territorio, ai cui responsabili è stato presentato il progetto, le attività svolte e l'esigenza e l'utilità di un lavoro condiviso e integrato sui pazienti e familiari in oggetto.

Quale primo passo per l'attivazione del collegamento ospedale-extraospedale, sono stati effettuati degli incontri con l'obiettivo di strutturare quando possibile delle procedure di collegamento e comunicazione per i casi che vengono seguiti sul territorio a livello sanitario, socio assistenziale e psicologico, in seguito alle dimissioni ospedaliere.

4.8. Associazione "G. Borgogni" Onlus

La collaborazione con l'Associazione "G. Borgogni" ha quali obiettivi generali sviluppare una collaborazione per strutturare iniziative di prevenzione e sensibilizzazione dei soggetti a rischio (adolescenti e giovani adulti) e rivolti alla cittadinanza tutta, coordinare tali iniziative all'interno di un progetto più coeso e condiviso possibile, anche con gli altri partecipanti al Tavolo di Lavoro, sviluppare una rete di altre realtà associative impegnate nel fenomeno dei traumatismi stradali sul territorio fiorentino.

In tal senso l'Associazione Borgogni ha una specifica funzione connettiva tra le diverse associazioni dell'area fiorentina nate per promuovere la cultura della sicurezza stradale, con l'obiettivo di sviluppare, anche grazie al supporto del CRRCR, una rete di dialogo e scambio di esperienze tra le realtà esistenti.

Inoltre la necessità del superamento della frammentazione degli interventi, pur lodevoli, e la capacità di pensare attività integrate, condivise e omogenee su tutto il territorio, non solo fiorentino ma anche regionale, sono alcuni degli aspetti che hanno sostanziato l'istituzione dell'Osservatorio Regionale sulla Sicurezza Stradale, approvato dal Consiglio Regionale della Toscana (27/04/2011).

In esso è prevista la partecipazione delle Istituzioni regionali a vario titolo coinvolte nel tema, dell'associazionismo e del CRRCR stesso, nonché di rappresentanti politici che possano tradurre linee di indirizzo tecniche in politiche regionali mirate al miglioramento della sicurezza stradale (dalla ricerca alla raccolta dati, dalla prevenzione agli interventi sociosanitari successivi all'incidente).

Tra le attività effettuate in collaborazione con l'Associazione Borgogni sono stati promossi incontri congiunti in Scuole Secondarie di Secondo Grado dell'area fiorentina cui hanno partecipato sia gli studenti sia i genitori degli studenti, mirati allo sviluppo di una riflessione sui comportamenti a rischio e sugli esiti degli incidenti stradali.

Sono inoltre in fase di definizione la strutturazione di gruppi di sostegno psicologico per familiari di vittime della strada e di incontri formativi e di supervisione per i volontari dell'Associazione.

Il progetto ancora in fieri è pensato per offrire continuità al lavoro già attivato e per offrire un monitoraggio per i casi subcritici, cioè alle situazioni in cui lo staff che si è occupato della presa in carico considera superato il periodo critico acuto.

Ulteriore scopo dei gruppi d'ascolto è di assicurare un feedback a medio termine agli operatori che hanno seguito i casi, assicurando una visione temporale allargata della loro evoluzione.

4.9. Convegni e Pubblicazioni

Convegno Nazionale sul Trauma Cranico, Palazzo dei Congressi di Firenze, 29 Settembre 2006. La finalità principale della presentazione è stata quella di rendere nota l'intenzionalità di creare un servizio rivolto alla cittadinanza, mettendo in risalto le peculiarità del percorso privilegiato del paziente e del suo familiare previsto dal Progetto e di come gli obiettivi di questo siano stati formulati su un'attenta analisi delle caratteristiche del fenomeno dell'incidentalità stradale.

2° Workshop Nazionale "Osservatori per gli incidenti stradali: dai dati alle azioni. Strumenti per le politiche di sicurezza" organizzato da: Provincia di Arezzo, Agenzia Regionale di Sanità Toscana, Centro "Francesco Redi", Istituto Superiore di Sanità, Scuola Internazionale Ambiente Salute e Sviluppo Sostenibile – SIASS (12 Ottobre 2006). Contributo dal titolo *"L'impatto psicologico e sociale dei traumatismi stradali nel Comune di Firenze: un progetto sperimentale di intervento psicologico"*.

Convegno "Trauma maggiore: dalla fase sub-acuta al follow-up" svoltosi presso l'AOU Careggi e organizzato dalla Terapia Intensiva DAI DEA (14 Maggio 2007). Due interventi: "Intervento integrato per la prevenzione dello stress emotivo post traumatico" in cui sono stati presentati i più frequenti fattori stressanti conseguenti il trauma e il ricovero in un Reparto di Terapia Intensiva e le proposte operative integrate, mediche e psicologiche, per la loro individuazione precoce e gestione in fase acuta, in un'ottica preventiva piuttosto che di cura; nel secondo, "Gli effetti a lungo termine dello stress post-traumatico", sono state evidenziate le caratteristiche del Disturbo Post Traumatico da Stress, i fattori predisponenti il suo sviluppo, la necessità di una loro identificazione precoce e gli effetti psicosociali a lungo termine in caso di strutturazione del Disturbo.

Conferenza Stampa presso Palazzo Vecchio con l'Assessore Graziano Cioni e Capo Gabinetto Assessorato regionale Sanità Ledo Gori realizzata per presentare ufficialmente il Progetto alla cittadinanza del Comune di Firenze (14 Giugno 2007).

Progetto "Scuola in ospedale" presso il Teatro Verdi di Firenze (12 Ottobre 2007): presentazione del progetto Incidenti stradali nell'ottica dei contributi di tipo preventivo e di sensibilizzazione.

Convegno SIEP – Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica – 29 e 30 Ottobre 2007 (Firenze): sono stati presentati due poster sul progetto dal titolo "L'impatto psicologico e sociale dei traumatismi stradali nel Comune di Firenze" e "Un

modello di intervento psicologico in un Reparto di Terapia Intensiva d'emergenza".

Pubblicazione dell'articolo dal titolo "*Traumi stradali: la Psicologia al servizio dei cittadini. Un progetto integrato di intervento nel Comune di Firenze*" sul n° 7/8 di Luglio/Agosto 2007 di Toscana Medica (Autori Dott. Alberto Bacchereti, Dott.ssa Marta Debolini, Dott. Dario Iozzelli, Dott.ssa Laura Belloni). L'obiettivo della pubblicazione è quello di informare i professionisti medici dell'esistenza di un Progetto che integra diverse figure professionali, tra le quali colleghi medici che svolgono la loro professione sia all'interno del contesto ospedaliero che dei servizi territoriali.

Pubblicazione dell'articolo dal titolo "*Un progetto sperimentale di intervento psicologico in Terapia Intensiva*" su Toscana Medica n° 9 di Ottobre 2008 (Autori M.L. Migliaccio, F. Saillen, D. Iozzelli, A. Bacchereti, M. Debolini, L. Belloni, V. Tucci, A. Peris). Obiettivo della pubblicazione è informare i professionisti medici dell'esistenza di un servizio di Psicologia presente nella Terapia Intensiva DAI DEA AOUC e descrivere nel dettaglio gli interventi di supporto psicologico, consulenza e formazione per pazienti, familiari e operatori, definire gli obiettivi, fornire i dati finora raccolti ed fare una prima valutazione delle attività.

Convegno "Impatto Psicologico e Sociale dei traumi stradali nell'area fiorentina" (2 dicembre 2008) presso la Sala de' Dugento in Palazzo Vecchio, Firenze, organizzato dalla Società della Salute di Firenze in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi – Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali. Il Convegno ha visto la partecipazione dei vari organismi coinvolti nel progetto e tra i rappresentanti Istituzionali il direttore della Società della Salute di Firenze dott. Riccardo Poli, il Presidente della Società della Salute di Firenze e Assessore alla Sicurezza Sociale, Vivibilità Urbana e Sanità Pubblica del Comune di Firenze Graziano Cioni, il direttore dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi dott. Edoardo Majno e l'Assessore Regionale alla Sanità dott. Enrico Rossi.

Obiettivo principale del Convegno è stato presentare una prima sintesi delle attività svolte e una riflessione condivisa su metodi, strumenti e risultati ottenuti.

Pubblicazione dell'articolo dal titolo *Progetto "Impatto psicologico e sociale dei traumi stradali": l'inizio di una collaborazione* su Assistenza e soccorso, bimestrale di informazione della fratellanza Militare di Firenze (n° 40/2009). L'articolo illustra le attività del Progetto ai volontari dell'Associazione e li informa della collaborazione tra loro e gli Enti coinvolti con la disponibilità di utilizzare l'Ambulatorio dell'Associazione; in questo modo è possibile fornire alla cittadinanza la possibilità di uno spazio non connotato in senso ospedaliero per cicli di colloqui di

sostegno psicologico, gratuiti perché facenti parte delle attività del progetto, rivolti a persone che hanno subito incidenti stradali gravi o loro familiari.

Conferenza stampa dicembre 2009 presso Palazzo Vecchio (Firenze) Assessore Stefania Saccardi e direttore Società della Salute di Firenze

Convegno La Rete delle Terapie Intensive Toscane. Standard diagnostici e terapeutici *Tuscany Critical Care Group*, Siena (4 novembre 2010).

Pubblicazione dell'articolo *Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients*, A. Peris, L. Belloni *et al.*, *Critical Care* 2011. Presentazione dei risultati della ricerca sull'esito dell'intervento psicologico sui pazienti ricoverati in Terapia Intensiva di Emergenza.

Convegno "Impatto psicologico e sociale dei traumi stradali: vittime, familiari e operatori. Esperienze e prospettive di un progetto di rete" presso Aula Magna Nuovo Ingresso Careggi (11 maggio 2011). Confronto con i rappresentanti politici, istituzionali e dell'associazionismo sulle attività, e risultati raggiunti, nell'ottica di sviluppo di modelli socio-sanitari integrati estendibili sul territorio regionale.

4.10. La ricerca: *Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients*

Allo scopo di testare l'efficacia degli interventi di supporto psicologico rivolti ai pazienti della Terapia Intensiva, sono stati identificati due gruppi di ex-pazienti appartenenti a due popolazioni di riferimento: soggetti che non hanno usufruito del Servizio di supporto psicologico (pazienti ricoverati precedentemente all'avvio della fase sperimentale del Progetto, qui indicati come "Gruppo 1") e soggetti che ne hanno usufruito (pazienti ricoverati successivamente all'avvio della fase sperimentale del Progetto, qui indicati come "Gruppo 2").

A tutti i soggetti sono stati somministrati telefonicamente i seguenti questionari: la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) su ansia e depressione (Zigmond e Snaith, 1983; Bjelland *et al.*, 2002), la *Impact Event Scale Revised* (IES-R) su disturbi da stress conseguenti all'esperienza di ricovero in ICU (Weiss e Marmar, 1996; Creamer *et al.*, 2003) e l'EuroQol (EQ5-D) sulla qualità di vita percepita (The EuroQol Group, 1990).

I risultati (**vedi grafico**) dimostrano differenze significative nell'espressione di sintomatologia ansiosa, depressiva e reattiva da stress nei due gruppi.

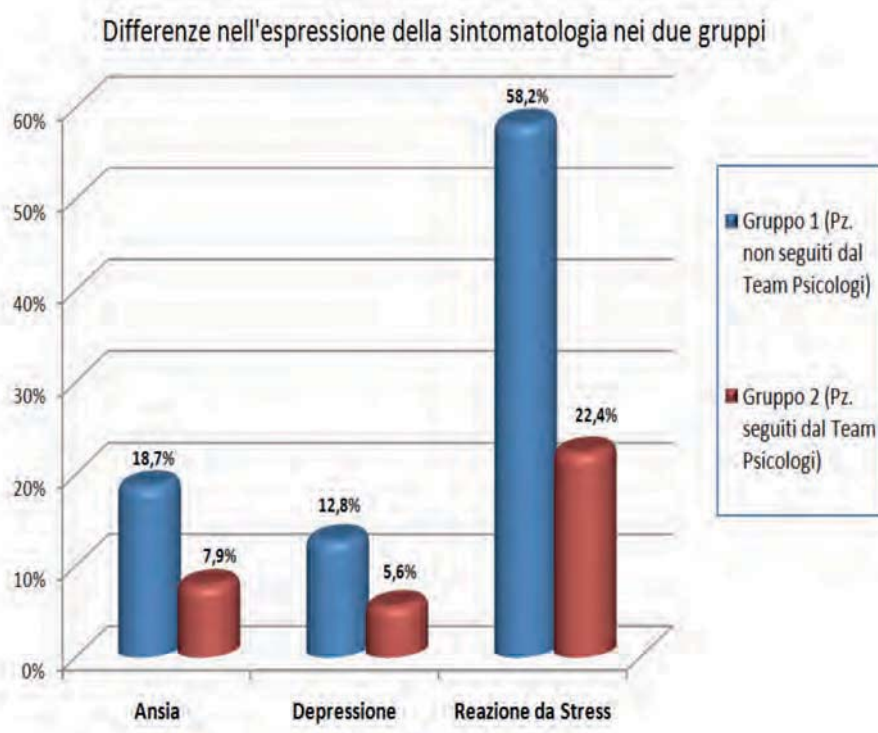


Grafico 0. Differenze nell'espressione della sintomatologia nei due gruppi.

Nello specifico, una diagnosi d'ansia viene effettuata (ansia "probabile", scala HADS) nel 18,7% dei pazienti del Gruppo 1 e nel 7,9% dei pazienti del Gruppo 2.

Una diagnosi di depressione (depressione "probabile", scala HADS) riguarda il 12,8% dei pazienti del Gruppo 1 e il 5,6% dei pazienti del Gruppo 2.

Infine, una diagnosi di Disturbo post-traumatico da Stress relativa all'esperienza di ricovero in Terapia Intensiva viene effettuata nel 58,2% dei pazienti del Gruppo 1 e nel 22,4% dei pazienti del Gruppo 2. Inoltre i pazienti del Gruppo 2 riferiscono una qualità della vita significativamente superiore a quelli del Gruppo 1 (77>65 EQ5-D).

L'intervento di supporto psicologico ha mostrato livelli significativi di efficacia.

4.11. Dati percentuali relativi alle attività svolte nei primi tre anni di attivazione del Progetto

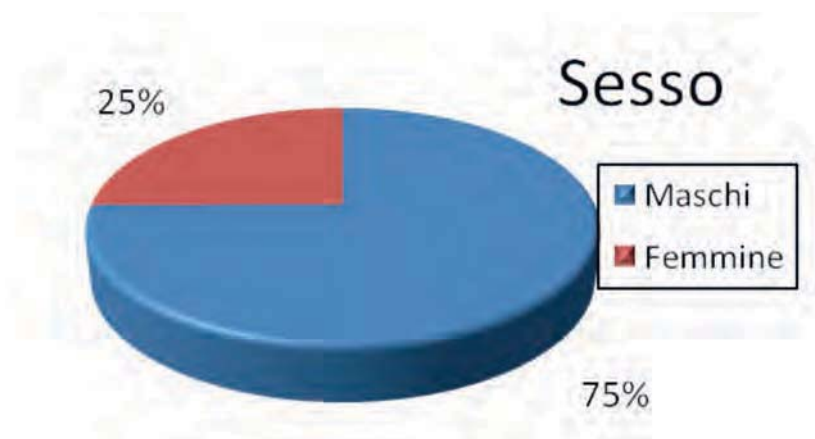


Grafico 1. Sesso dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva DAI DEA AOUC.



Grafico 2. Luogo dell'incidente in cui sono rimasti coinvolti i pazienti ricoverati in Terapia Intensiva DAI DEA AOUC.

PROGETTO "IMPATTO PSICOLOGICO E SOCIALE DEI TRAUMI STRADALI NELL'AREA FIORENTINA" 105



Grafico 3. Provenienza dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva DAI DEA AOUC (Territorio, AOUC).

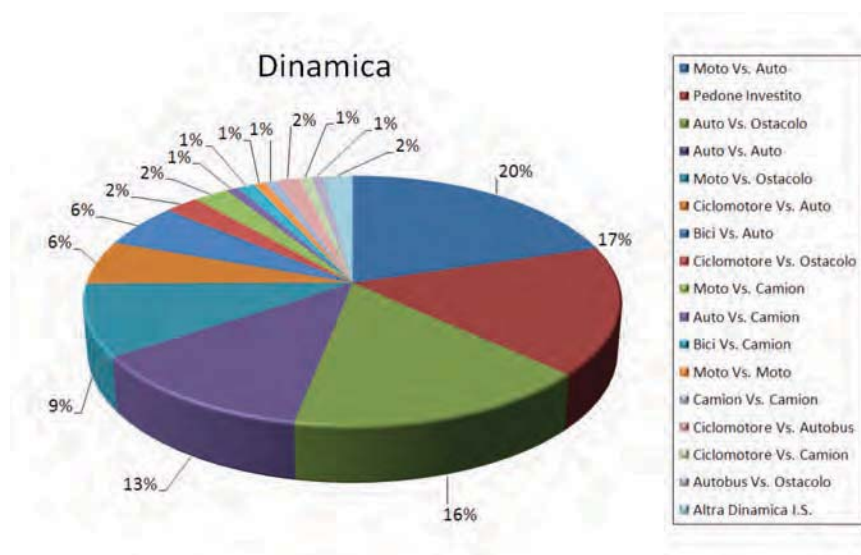


Grafico 4. Dinamica dell'incidente stradale in cui sono stati coinvolti i pazienti ricoverati in Terapia Intensiva DAI DEA AOUC.

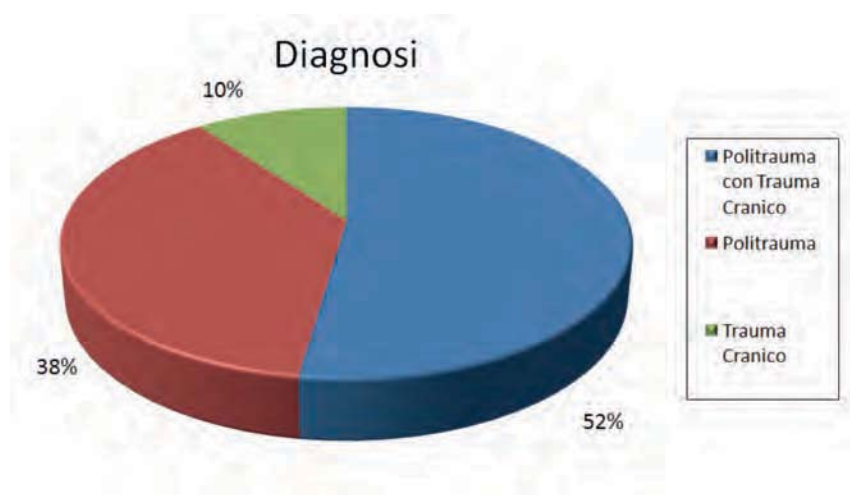


Grafico 5. Diagnosi dei pazienti vittime di incidente stradale ricoverati in Terapia Intensiva DAI DEA AOUC.

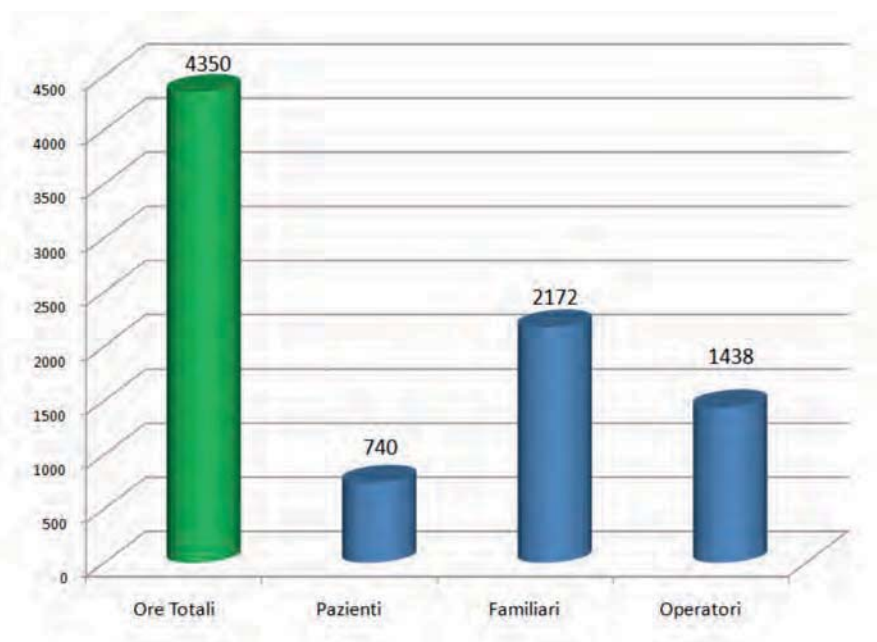


Grafico 6. Ore totali di colloquio con pazienti, loro familiari e operatori in Terapia Intensiva DAI DEA AOUC.

PROGETTO "IMPATTO PSICOLOGICO E SOCIALE DEI TRAUMI STRADALI NELL'AREA FIORENTINA" 107

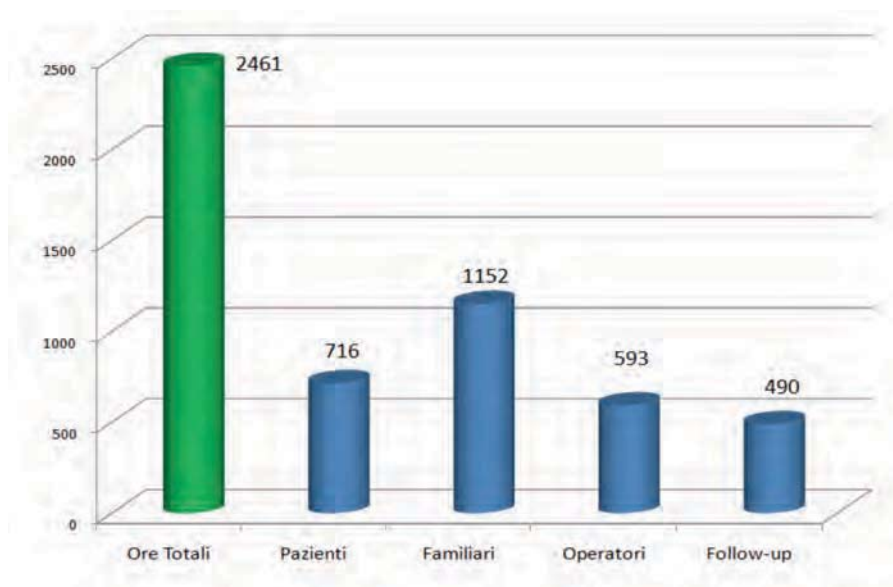


Grafico 7. Ore totali di colloquio con pazienti, loro familiari e operatori in altri Reparti AOUC e con pazienti e loro familiari al *Follow Up* (n° 600 casi seguiti).

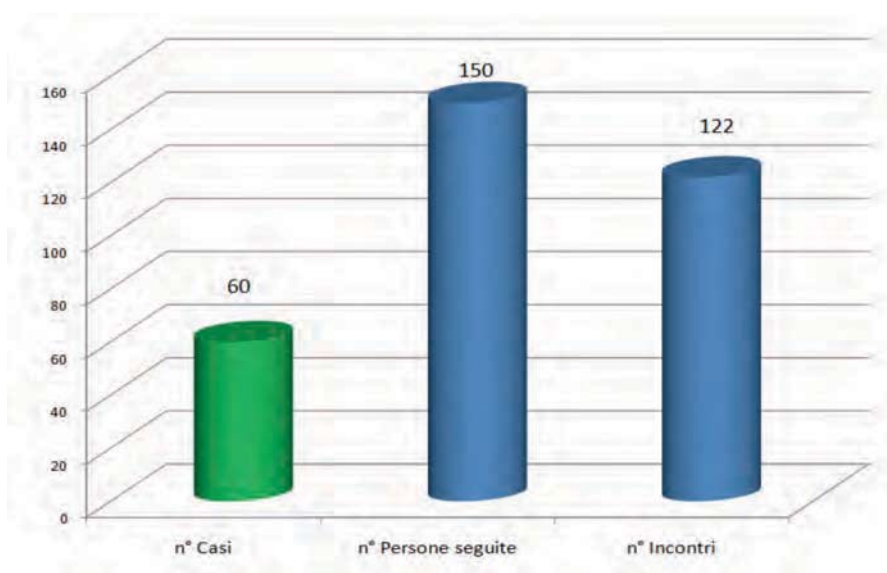


Grafico 8. Numero casi, incontri e persone seguite presso l'ambulatorio della Fratellanza Militare di Firenze.



Grafico 9. Attività svolte presso la Polizia Municipale Firenze.



Grafico 10. Attività svolte presso il Servizio 118 ASF.

PROGETTO "IMPATTO PSICOLOGICO E SOCIALE DEI TRAUMI STRADALI NELL'AREA FIORENTINA" 109



Grafico 11. Formazione agli operatori della Polizia Municipale Firenze.



Grafico 12. Attività di Debriefing svolte per gli operatori della Polizia Municipale Firenze.



Grafico 13. Formazione svolta presso il Servizio 118 ASF.

Grafico 14. Attività di *Debriefing* svolte per gli operatori del 118 ASF.



Grafico 15. *Debriefing* per operatori Volontari 118 ASF.

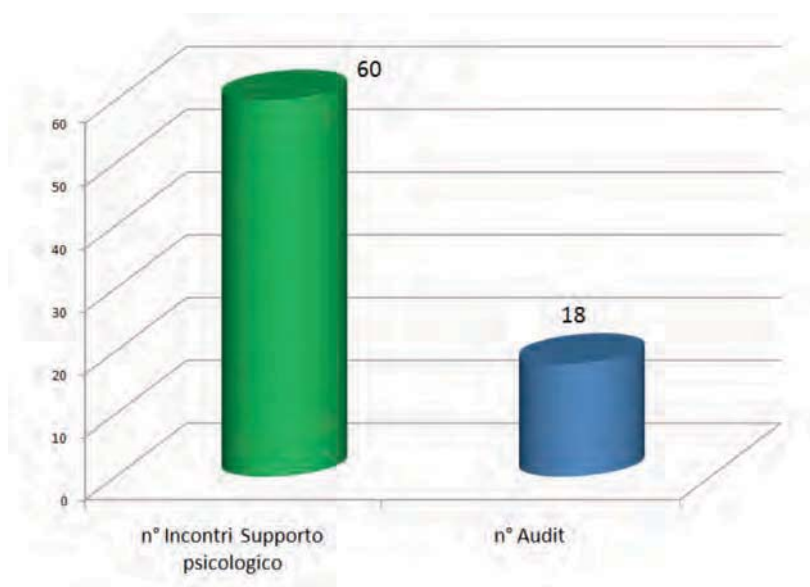


Grafico 16. n° Incontri di supporto psicologico e n° Audit organizzati per gli operatori del 118 ASF.

4.12. Bibliografia

- ACI – Censis (2008), *Rapporto automobile 2008*.
- ACI – ISTAT (2010), *Rapporto Incidenti stradali nel 2009*.
- Agenzia Regionale di Sanità della Toscana ARS (2009), *L'epidemiologia degli incidenti stradali in Toscana*, Collana dei Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana.
- Alastra, V. (2007), *La ricerca partecipata sul tema del benessere organizzativo in sanità*, in D. Converso, D. e Falcetta, R. (2007, a cura di) *Burn-out e non solo. Valutazione del rischio, prevenzione e benessere nelle organizzazioni*, pp. 126-142, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Allcorn, S. (1992), *Codependency in the workplace : a guide for employee assistance and human resource professionals*, Quorum Books, London.
- 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.
- Anonymous Editorial (1994), *Burnished or burn out: the delights and dangers of working in health*, in «Lancet», vol. CCCIV, n. 8937, pp. 1583-1585.
- Armstrong, K. et al. (1991), *Debriefing Red Cross disaster personnel: The multiple stress debriefing model*, in «Journal of Traumatic Stress», vol. IV, n. 4, pp. 581-594.
- Avallone, F. e Paplomatas, A. (2005), *Salute organizzativa. Psicologia del benessere nei contesti lavorativi*, Raffaello Cortina, Milano.
- Azoulay, E. (2005), *The end-of-life family conference: communication empowers*, in «American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine», vol. CLXXI, n. 8, pp. 803-804.
- Azoulay, E. et al. (2005), *Risk of Post-traumatic Stress Symptoms in Family Members of Intensive Care Unit Patients*, in «American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine», vol. CLXXI, pp. 987-994.
- Bagnato, M.P. e Ruozzi, A. (2004), *Psicologia dell'emergenza*, in Manuale ANPAS (Associazione nazionale pubbliche assistenze), *Appunti per il volontario soccorritore ANPAS*, pp. 153-160.
- Barclay, L. e Lie, D. (2007), *New Guidelines Issued for Family Support in Patient-Centered ICU*, in *The American College of Critical Care Medicine (ACCM)*.
- Bell, P. et al. (1978), *Environmental Psychology*, W.B. Saunders, Philadelphia.
- Belloni, L. et al. (2007), *Traumi stradali: la Psicologia al servizio dei cittadini. Un progetto integrato di intervento nel Comune di Firenze*, in «Toscana Medica», n. 7/8, pp. 26-27.
- Belloni, L. et al. (2008), *Un progetto sperimentale di intervento psicologico in Terapia Intensiva*, in «Toscana Medica», n. 9, pp. 26-27.
- Bermúdez, A.M. et al. (1999), *Informe final del trabajo realizado por el equipo de psicología en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica San Rafael. Proyecto de humanización de la atención en salud*, Faculty of Psychology, PUJ. Unpublished document.
- Bjelland, I. et al. (2002), *The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review*, in «Journal Psychosomatic Research», vol. LII, pp. 69-77.

- Blanco, A. (1986), *El estrés ambiental*, in F. Jiménez y J.I. Aragonés (Eds), *Introducción a la psicología ambiental*, Alianza, Madrid.
- Blanchard, E.B. e Veazey, C.H. (2001), *Mental disorders resulting from road traffic accidents*, in «Current Opinion in Psychiatry», vol. XIV, n. 2, pp. 143-147.
- Blanchard, E. e Hickling, E. (1996), *After the Crash: assessment and treatment of Motor Vehicle Accident Survivors*, in «American Psychological Association», Washington DC.
- Boer, K.R. et al. (2008), *Factors associated with posttraumatic stress symptoms in a prospective cohort of patients after abdominal sepsis: a nomogram*, in «Intensive Care Medicine», vol. XXXIV, n. 4, pp. 664-674.
- Bordow, S. e Porrit, D. (1979), *An experimental evaluation of crisis intervention*, in «Social Science and Medicine», vol. XIIIa, pp. 251-256.
- Brom, K. et al. (1993), *Victims of traffic accidents: Incidence and prevention of Post-traumatic stress disorder*, in «Journal of Clinical Psychology», vol. XLIX, n. 2, pp. 131-140.
- Brown, J. et al. (1986), *The patient-centered clinical method. Definition and application*, in «Family Practice», vol. III, pp. 75-79.
- Buckman, R. (1992), *How to break bad news: a guide for health care professionals*, University of Toronto Press.
- Caplan, G. (1964), *Principles of preventive psychiatry*, Basic Books, New York.
- Capuzzo, M. et al. (2005), *Post-traumatic stress disorder-related symptoms after intensive care*, in «Minerva Anestesiologica», vol. LXXI, n. 4, pp. 167-179.
- Cardinale, G. (2003), *Atti congressuali online XVII Congresso Nazionale della Società Italiana di Terapia Intensiva S.I.T.I.*, in «Educational Synopses in Anesthesiology and Critical Care Medicine», vol. VIII, n. 10.
- Carli, R. e Panizza, R.M. (1981), *Psicosociologia delle organizzazioni*, Il Mulino, Bologna.
- Carli, R. e Panizza, R.M. (2000), *Psicologia della Formazione*, Il Mulino, Bologna.
- Carlopio, J.R. (1996), *Construct validity of a Physical Work Environment Satisfaction Questionnaire*, in «Journal of Occupational Health Psychology», vol. 1, pp. 330-344.
- Cassel, J. (2005), *Life and Death in Intensive Care*, Temple University Press, Philadelphia.
- Catherall, D.R. (2004), *Handbook of Stress, Trauma and the Family*, Brunner-Routledge Press, New York.
- Catherall, D.R. (2005), *Family stressors: Interventions for stress and trauma*, Brunner-Routledge Press, New York.
- Cattalani, 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.
- Cimbro, C. (2007), *Conseguenze emotive e cognitive degli incidenti stradali sulle vittime e sulle loro famiglie*, in Ricerche e contributi di Psicotraumatologia.it (www.psicotraumatologia.org/download/conseguenzeemotive.pdf).

- Cohen, R.E. e Ahern, F.L. (1980), *Handbook for mental health care of disaster victims*, Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Cohen-Cole, S. (1991), *The Medical Interview: The Three-Function Approach*, Mosby Year Book, St. Louis.
- Colville, G. (2001), *The role of a psychologist on the paediatric intensive care unit*, in «Child Psychology and Psychiatry Review», vol. VI, n. 3, pp. 102-109.
- Converso, D. e Falcetta, R. (2007), *Burnout e non solo. Valutazione del rischio, prevenzione e benessere nelle organizzazioni socio-sanitarie*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Cook, D.J. et al. (2001), *Qualitative studies on the patient's experience of weaning from mechanical ventilation*, in «Chest», vol. CXX, n. 6 (Supplement), pp. 469S-473S.
- Coots, A.R. (2007), *The vicarious experience of posttraumatic stress disorder or symptoms in family members of trauma patients: Differences between ICU and non-ICU families.*, Pacific Graduate School of Psychology (PGSP Dissertation), Palo Alto, California.
- Cope, D.N. e Wolfson, B. (1994), *Crisis intervention with the family in the trauma setting*, in «Journal of Head Trauma Rehabilitation», vol. IX, n.1, pp. 67-81.
- Copia, M. (2007), *Entrare in una Terapia Intensiva Ospedaliera*, in Ricerche & Contributi di Psiconline, (www.psiconline.it).
- Corbo, D. e Pastorino, A. (2006), *Osservazioni dell'organizzazione e delle dinamiche di un reparto di rianimazione*, in www.timeoutintensiva.it.
- Correale, A. (1991), *Il campo istituzionale*, Borla, Roma.
- Covinsky, K.E. et al. (1994), *The impact of serious illness on patients' families*, in «Journal of the American Medical Association», vol. CCLXXII, pp. 1839-1844.
- Creamer, M. et al. (2003), *Psychometric properties of the Impact of Event Scale-Revised*, in «Behaviour Research and Therapy», vol. XLI, pp. 1489-1496.
- Curtis, J.R. et al. (2001), *The family conference as a focus to improve communication about end-of-life care in the intensive care unit: opportunities for improvement*, in «Critical Care Medicine», vol. XXIX, n. 2 (supplemento), pp. 26-33.
- 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.
- Cusano, M. e Napoli, A. (2003), *Fondamenti di psicologia dell'emergenza*, in Giannantonio, M. (2003, a cura di), pp. 327-343.
- Davidson, J.E. et al. (2007), *Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005*, in «Critical Care Medicine», vol. XXXV, pp. 605-622.
- Davis, B.K. (1978), *The expanded measurement of patients' psychological stress responses to being in the coronary care unit*, in «Military Medicine», vol. CIVIII, pp. 203-225.
- Davydow, D.S. et al. (2007), *Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: a systematic review*, in «General Hospital Psychiatry», vol. XXX, pp. 421-434.
- De Bertolini, C. e Rupolo, G. (1986), *La sofferenza psicologica in rianimazione*, Patron Editore, Bologna.

- De Isabella, G. *et al.* (2006, a cura di), *Traumi da incidente stradale: dalla prevenzione al trattamento integrato medico-psicologico*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- De Keyser, F. (2003), *Psychoneuroimmunology in Critical Ill Patients*, in «AACN Clinical Issues», vol. XIV, n. 1, pp. 25-32.
- Deja, M. *et al.* (2006), *Social support during intensive care unit stay might improve mental impairment and consequently health-related quality of life in survivors of severe acute respiratory distress syndrome*, in «Critical Care», vol. X, n. 5, pp. R147.
- Delahanty, D.L. *et al.* (1997), *Acute and chronic distress and posttraumatic stress disorder as a function of responsibility for serious motor vehicle accidents*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», vol. LXV, pp. 560-567.
- Di Fresco, C. (2007), «... Ma per noi soccorritori non si può fare niente?», in «N&A Psicologia nell'emergenza», vol. 7, pp. 4-7.
- Dunning, C. (1988), *Intervention strategies for emergency workers*, in M. Lystad (1988, a cura di), *Mental Health response to mass emergencies*, Brunner/Mazzel, New York.
- Durbin, C. (1995), *Sedation of the Agitated, Critically ill patient without an artificial Airway*, in «Critical Care Clinics», vol. XI, n. 4, pp. 913-934.
- Epstein, J. e Breslow, M. (1999), *The stress response of critical illness*, in «Critical Care Clinics», vol. XV, pp. 17-32.
- Fallowfield, L. e Jenkins, V. (2004), *Communicating sad, bad and difficult news in medicine*, in «Lancet», vol. CCCLXIII, pp. 312-319.
- Fassier, T. *et al.* (2005), *Care at the end of life in critically ill patients: the European perspective*, in «Current Opinion in Critical Care», vol. XI, pp. 616-623.
- Figley, C.R. (1995), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, Brunner/Mazel, New York.
- Figley, C.R. *et al.* (2007), *Measuring Compassion Fatigue*, in «Clinical Social Work Journal», vol. XXXV, pp. 155-163.
- Foa, E.B. *et al.* (2000), *International Society for Traumatic Stress Study (ISTSS) Guidelines for PTSD*, Guilford, New York.
- Fontaine, D. (1994), *Non-pharmacological management of patient distress during mechanical ventilation*, in «Critical Care Clinics», vol. X, pp. 651-657.
- Forti, D. e Varchetta, G. (2001), *L'approccio psicosocioanalitico allo sviluppo delle organizzazioni*, Franco Angeli, Milano.
- Fowler, J. e Smyth, K. (1997), *Application of a transactional model of stress and coping with critically ill patients*, in «Dimensions of critical care nursing», vol. XVI, pp. 292-299.
- 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 Research», vol. XLVI, n. 4, pp. 343-348.

- Giannantonio, M. (2003, a cura di), *Psicotraumatologia e Psicologia dell'Emergenza*, Eco-mind, Salerno.
- Gomez-Carretero, P. *et al.* (2006), *Impact of family members of Intensive Care Unit patients*, in «Boletín de Psicología», vol. LXXXVII, pp. 61-87.
- Granberg, A. *et al.* (1999), *Acute confusion and unreal experiences in intensive care patients in relation to the ICU syndrome: part II*, in «Intensive Critical Care Nurse», vol. XV, pp. 19-33.
- Griffiths, J. *et al.* (2007), *The prevalence of post traumatic stress disorder in survivors of ICU treatment: a systematic review*, in «Intensive Care Medicine», vol. XXXIII, pp. 1506-1518.
- Griffiths, R.D. e Jones, C. (2002, a cura di), *Intensive care after care*, Butterworth & Heinemann, Oxford.
- Hayden, W. (1994), *Life and near-death in the Intensive Care Unit*, in «Critical Care Clinics», vol. X, pp. 651-657.
- 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.
- Ho, R. *et al.* (2000), *The impact of motor vehicle accidents on the psychological well-being of at-fault drivers and related passengers*, in «Journal of Health Psychology», vol. V, pp. 33-51.
- Holtkamp, S. (2002), *Wrapped in mourning: The gift of life and organ donor family trauma*, Brunner-Routledge Press, New York.
- Horowitz, M.J. (1974), *Stress Response Syndromes: character style and dynamic psychoterapy*, in «Archives of General Psychiatry», vol. XXXI, pp. 768-781.
- Horowitz, M.J. (1986), *Stress response syndromes: a review of posttraumatic and adjustment disorders*, in «Hospital and Community Psychiatry», vol. XXXVII, n. 3, pp. 241-249.
- Imbasciati, A. (2008), *La mente medica*, Springer, Milano.
- Jaques, E. (1966), *Sistemi sociali come difesa contro l'ansia persecutoria e depressiva*, in Klein M. (1966, a cura di), *Nuove vie della psicoanalisi*, Il Saggiatore, Milano.
- Jones, C. (2007), *Precipitants of post-traumatic stress disorder following intensive care: a hypothesis generating study of diversity in care*, in «Intensive Care Medicine», vol. XXXIII, n. 6, pp. 978-985.
- Jones, C. (2004), *Post-traumatic stress disorder-related symptoms in relatives of patients following intensive care*, in «Intensive Care Medicine», vol. XXX, n. 3, pp. 456-460.
- Jonsson, A. *et al.* (2003), *Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel*, in «Emergency Medicine Journal», vol. XX, n. 1, pp. 79-84.
- Jurkovich, G.J. (2000), *Giving bad news: the family perspective*, in «Journal of Trauma», vol. XLVIII, pp. 865-873.
- Kaneklin, C. (2001), *Lavorare in gruppo oggi*, in «Spunti», vol. IV, pp. 27-47.
- Keenan, S.P. *et al.* (2000), *Withdrawal of life support: how the family feels, and why*, in «Journal of Palliative Care», vol. XVI, pp. 40-44.

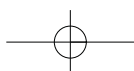
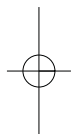
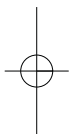
- Kessler, R.C. (2000), *Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to the society*, in «Journal of Clinical Psychiatry», vol. LXI, n. 5, pp. 4-14.
- Kets De Vries, MFR. (1989), *Alexithymia in organizational life: The organization man revisited*, in «Human Relations», vol. XLII, n. 12, pp. 1079-1093.
- Kop, N. et al. (1999), *Burnout, job stress and violent behaviour*, in «Work and Stress», vol. XIII, pp. 326-340.
- Krueger, J.M. et al. (1994), *Sleep, microbes and cytokines*, in «Neuroimmunomodulation», vol. I, pp. 100-109.
- Laitinen, H. (1996), *Patient's experience of confusion in the intensive care unit following cardiac surgery*, in «Intensive Critic Care Nurse», vol. XII, pp. 79-83.
- Lansky, M.R. (1990), *Escalation of trauma in the family of the patient with organic brain disease*, in «Family Systems Medicine», vol. VIII, n. 3, pp. 231-240.
- Laplanche, J. e Pontalis, J.B. (1967), *Enciclopedia della psicoanalisi*, Laterza, Bari.
- Lautrette, A. et al. (2007), *A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU*, in «New England Journal of Medicine», vol. CCCLVI, n. 5, pp. 469-478.
- Leite, M.A. e da Silva Carvalho Vila, V. (2005), *Difficulties experienced by the patient care team at the intensive care unit*, in «Revista Latino Americana de Enfermage», vol. XIII, n. 2, pp. 145-150.
- Levenstein, J. et al. (1986), *The patient-centered clinical method. A model for the doctor-patient interaction in family medicine*, in «Family Practices», vol. III, pp. 24-34.
- Lifton, R. (1983), *The broken connection*, Basic Books, New York.
- Lindemann, E. (1944), *Symptomatology and management of acute grief*, in «American Journal of Psychiatry», vol. CI, pp. 141-148.
- Lindy, J.D. e Wilson, J.P. (1994), *Beyond empathy: New directions for the future*, in Wilson, J.P. e Lindy, J.D. (1994, a cura di), *Countertransference in the treatment of PTSD*, Guilford Press, New York.
- Lord, J. (1996), *Trauma death and death notification* (pp. 44-53). Dallas, TX: Mothers Against Drunk Driving.
- Lord, J.H. e Frogge, S. (1997), *Trauma death and death notification. Clergy and funeral directors*, US Department of Justice, Office for Victims of Crime, Washington.
- Maisonnewe, J. (1979), *Guida alla Psicosociologia*, Sansoni, Firenze.
- Manoukian, F. (2000), *Conoscere l'organizzazione: formazione e ricerca psicosociologica*, Carocci, Roma.
- Mapelli, D. et al. (2003), *Esame Neuropsicologico Breve. Una batteria di test per lo screening neuropsicologico*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Maslach, C. e Leiter, P.L. (2000), *Burnout e organizzazione. Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro*, Erickson, Trento.
- Marino, P.L. (2004), *The ICU Book. Terapia Intensiva. Principi Fondamentali*, Edizioni Masson, Milano.

- Marmar, C.R. *et al.* (1999), *Longitudinal Course and Predictors of continuing Distress following Critical Incident Exposure in Emergency Services Personnel*, in «Journal of Nervous and Mental Disease», vol. CLXXXIII, pp. 15-22.
- 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.
- Mazzucchi, A. *et al.* (1994), *The experience of the families in the long-term follow-up of severe brain injured patients*, Atti del Convegno EBIS, *Relations and interchanges between staff and family of brain injured patients*, in «Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa», vol. III, n. 8, pp. 232-241.
- 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.
- McCartney, J. e Boland, R. (1994), *Anxiety and delirium in the Intensive Care Unit*, in «Critical Care Clinics», vol. X, n. 4, pp. 673-680.
- McFarlane, A.C. (1989), *The aetiology of posttraumatic morbidity: predisposing precipitating and perpetuating factors*, in «British Journal of Psychiatry», vol. CLIV, pp. 221-228.
- Merscham, C. (2000), *Restorying trauma with narrative therapy: Using the phantom family*, in «The Family Journal», vol. VIII, n. 3, pp. 282-286.
- Mitchell, J. (1983), *When disaster strikes: The critical incident stress debriefing process*, in «Journal of Emergency Medical Services», vol. VIII, pp. 36-39.
- Mitchell, J. e Dyregrov, A. (1993), *Traumatic stress in disaster workers and emergency personnel: Prevention and intervention*, in Wilson, J.P. e Raphael, B. (1993, a cura di) *International handbook of traumatic stress syndromes*, Plenum Press, New York.
- Moja, E. e Vegni, E. (2000), *La visita medica centrata sul paziente*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Myhren, H. *et al.* (2010), *Posttraumatic stress, anxiety and depression symptoms in patients during the first year post intensive care unit discharge*, in «Critical Care», vol. XIV, R14.
- Montanari, S. *et al.* (1998), *I genitori dei neonati "a rischio": L'intervento dello psicologo nei reparti di Terapia Speciale e Terapia Intensiva Neonatale*, in «Età Evolutiva», vol. LX, pp. 37-50.
- Morse, J.M. e Pooler, C. (2002), *Patient-family-nurse interactions in the trauma-resuscitation room*, in «American Journal of Critical Care», vol. XI, n. 3, pp. 240-249.
- Norman, R. (2000), *La gestione strategica dei servizi*, Etas Libri, Milano.
- Norris, F.H. (1992), *Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», vol. LX, cap. 3, pp. 409-418.
- Novoa, M. e De Valderrama, B.P. (2006), *The Role of the Psychologist in an Intensive Care Unit*, University Psychology Bogotá (Colombia), vol. V, n. 3, pp. 599-612.
- Obholzer, A. e Zagier Roberts, V. (1994), *L'inconscio al Lavoro*, Etas Libri, Milano.

- Pagliaini, L. *et al.* (2004), *Risorse e bisogni di un'equipe di Terapia Intensiva: dall'osservazione all'intervento formativo*, in «Tempo di nursing», vol. XL.
- Papathanassoglou, E.D. (2010), *Psychological support and outcomes for ICU patients*, in «Nursing in Critical Care», vol. XV, pp. 118-128.
- Pappachan, J.V. *et al.* (1999), *Comparison of outcome from intensive care admission after adjustment for case mix by the APACHE III Prognostic System*, in «Chest», vol. CXV, pp. 802-810.
- Paredes, O. *et al.* (1997), *Programa de la Unidad de Cuidados Intensivos*, in «Informe, proyecto de Humanización de la Atención en Salud», Faculty of Psychology, PUJ (unpublished document).
- Patterson, G.T. (2001), *Reconceptualizing traumatic incidents experienced by law enforcement personnel*, in «The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies», vol. II (www.massey.ac.nz/~trauma/).
- Pavan, L. e Banon, D. (1996), *Trauma, vulnerabilità, crisi. Il trattamento della crisi emozionale*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Peris, A. *et al.* (2011), *Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients*, in «Critical Care», vol. XV, n. 2, R41.
- Prati, G. e Pietrantoni, L. (2008), *La comunicazione delle cattive notizie (bad news) in caso di incidente stradale*, in Spinello A. (2008, a cura di), *Con la mente "on the road". Viaggio nel trauma della strada*, Guida Editore, Napoli.
- Quaglino, G. (1996), *Psicodinamica della vita organizzativa*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Quill, T. e Brody, H. (1996), *Physician recommendations and patient autonomy. Finding a balance between physician power and patient choice*, in «Annals of Internal Medicine», vol. CXXV, pp. 763-769.
- Raphael, B. (1986), *When disaster strikes*, Basic Books, New York.
- Raphael, B. *et al.* (2004), *Gli interventi preventive in fase acuta*, in Van Der Kolk, BA. *et al.* (a cura di), *Stress Traumatico*, Edizioni Scientifiche Magi, Roma.
- Rattray, J.E. e Hull, A.M. (2008), *Emotional outcome after intensive care: literature review*, in «Journal of Advanced Nursing», vol. LXIV, pp. 2-13.
- Ravelo Perez, V. *et al.* (1988), *The accompanying mother at the intensive care unit: Psychological stress*, in «Revista del Hospital Psiquiatrico de La Habana», vol. XXIX, n. 3, pp. 477-481.
- Ringdal, M. *et al.* (2008), *Outcome after injury: memories, health-related quality of life, anxiety, and symptoms of depression after intensive care*, in «The Journal of Trauma», vol. LXVI, pp. 1226-1233.
- Roberts, B. (2001), *Managing delirium in adult intensive care patients*, in «Critical Care Nurse», vol. XXI, n. 1, pp. 48-56.
- Saibene, A. *et al.* (2006), *I possibili interventi integrati medico-psicologici per la presa in carico dei pazienti con traumi da incidente stradale*, in De Isabella, G. *et al.* (2006, a cura

- di) *Traumi da incidente stradale. Dalla prevenzione al trattamento integrato medico-psicologico*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Samples, R. (1998), *Family coping during critical illness*, in «Dimensions of Critical Care Nursing», vol. XVII, n. 2, pp. 100-112.
- Sbattella, F. e Pini E. (2004), *Strategie di coping ed emozioni nei soccorritori*, in «Nuove tendenze della psicologia», vol. II, pp. 1-29.
- Schein, E.H. (1999), *La consulenza di processo. Come costruire le relazioni di aiuto e promuovere lo sviluppo organizzativo*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Schrader, K.A. (1996), *Stress and immunity after traumatic injury: the mind-body link*, in «AACN Critical Issues», vol. VII, pp. 351-368.
- Scragg, P. et al. (2001), *Psychological problems following ICU treatment*, in «Anaesthesia», vol. LVI, n. 1, pp. 9-14.
- Serna, E.C.H. e De Sousa, R.M.C. (2006), *Changes in social roles: A consequence of traumatic brain injury for the family caregiver*, in «Revista Latino Americana de Enfermagem», vol. XIV, n. 2, pp. 183-189.
- Shakespeare Finch, J. et al. (2002), *Trauma, coping resources, and family functioning in emergency services personnel: A comparative study*, in «Work and Stress», vol. XVI, n. 3, pp. 275-282.
- Simini, B. (1999), *Patient's perceptions of intensive care*, in «Lancet», vol. CCCLIV, pp. 571-572.
- Sivak, E. et al. (1995), *The High Risk Patient: Management of the Critically ill*, Williams & Wilkins, New York.
- Solomon, R.M. e Macy, R. (2005), *La gestione dello stress da eventi critici*, in Giannantonio, A. (2005, a cura di), *Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza*, Ecomind, Salerno.
- Stewart, M. et al. (1986), *The patient-centered clinical method. Changes in residents' performance over two months of training*, in «Family Practice», vol. III, pp. 164-167.
- Stewart, A.E. (1999), *Complicated bereavement and posttraumatic stress disorder following fatal car crash: recommendations for death notification practice*, in «Death Studies», vol. XXIII, pp. 289-321.
- Stewart, A.E. e Lord, J.H. (2002), *Motor vehicle crash versus accident: A change in terminology is necessary*, in «Journal of Traumatic Stress», vol. XV, pp. 333-335.
- Szilagyi, K. et al. (2008), *Psychologists working as member of the intensive care team reduce the lenght of stay*, in «Orv Hetil», vol. VII, n. 149, pp. 2329-2333.
- Symonds, M. (1982), *Victim's response to terror: Understanding and treatment*, in Ochberg F. e Soskis D. (1982, a cura di), *Victims of terrorism*, Westview, Boulder Colorado, pp. 95-103.
- Terr, L. (1994), *Il pozzo della memoria*, Garzanti, Milano.
- Tettamanzi, M. e Sbattella F. (2007), *Le conseguenze psicologiche degli incidenti stradali*, ISU Università Cattolica, Milano.
- The EuroQol Group (1990), *EuroQol: a new facility for the measurement of health-related quality of life*, in «Health Policy», vol. XVI, pp. 199-208.

- Tuckett, D. *et al.* (1985), *Meeting between experts. An approach to sharing ideas in medical consultation*, Tavistock, London.
- Tung, A. e Rosenthal, M. (1995), *Patients requiring sedation*, in «Critical Care Clinics», vol. XI, n. 4, pp. 791-657.
- Van Der Kolk, B.A. (1987), *Psychological Trauma*, American Psychiatric Press, Washington DC.
- Van Der Kolk, B.A. *et al.* (2004), *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*, Edizioni Scientifiche Magi, Roma.
- Vegni, E.A. (2005), *La medicina centrata sul paziente*, in «La Cura», vol. I, n. 1, pp. 8-15.
- Way, J. *et al.* (2002), *Withdrawing life support and resolution of conflict with families*, in «British Medical Journal», vol. CCCXXV, pp. 1342-1345.
- Weiss, D.S. e Marmar C.R. (1996), *The impact of event scale-revised*, in Wilson JP. e Keane, TM. (1996, a cura di), *Assessing Psychological Trauma and PTSD*, Guilford, New York, pp. 399-411.
- Wilson, V.S. (1987), *Identification of stressors related to patients' psychological responses to the surgical intensive care unit*, in «Heart and Lung», vol. XVI, n. 3, pp. 267-273.
- Young, B. *et al.* (2002), *L'assistenza psicologica nelle emergenze*, Erickson, Trento.
- Young, M.A. (1988), *Support services for victims*, in Ochberg FM. (1988, a cura di), *Post-traumatic therapy and victims of violence*, Brunner/Mazel, New York.
- Youngblut, J.M. e Brooten, D. (2006), *Pediatric head trauma: parent, parent-child, and family functioning two weeks after hospital discharge*, in «Journal of Paediatric Psychology», vol. XXXI, n. 6, pp. 608-618.
- Zettin, M. e Rago, R. (1995), *Trauma cranico. Conseguenze neuropsicologiche e comportamentali*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Zigmond, A.S. e Snaith R.P. (1983), *The hospital anxiety and depression scale*, in «Acta Psychiatrica Scandinavica», vol. LXVII, pp. 361-370.
- Zoppellari, R. *et al.* (1990), *Cosa sanno, cosa pensano, cosa desiderano i familiari dei pazienti ricoverati in rianimazione*, in «Rivista Medica Italiana di Psicoterapia ed Ipnosi», vol. II, n. 2.
- Zuliani, A. (2006), *Manuale di psicologia dell'emergenza*, Maggioli Editore, Rimini.



Capitolo 5

Progetto “Le competenze relazionali dell’équipe sanitaria in oncologia: un’indagine conoscitiva nella Regione Toscana”

5.1. Introduzione

Negli ultimi anni si segnala un crescente disagio da parte di medici generici, specialisti (Ramirez A.J. *et al.*, 1996) e studenti (Branche *et al.*, 1993) che riconoscono le loro lacune nella comunicazione con i pazienti. Studi basati su registrazioni di colloqui con pazienti indicano che medici con lunga esperienza professionale presentano le stesse lacune nella comunicazione di medici che hanno da poco concluso gli studi (Maguire, 1990). Fra le lacune più frequentemente segnalate vi è ad esempio lo scarso spazio di parola concessa al paziente.

Kaplan (1996), in uno studio con più di 7000 pazienti e 300 medici, ha mostrato che i medici con una formazione nel campo della comunicazione coinvolgono più spesso i pazienti nelle decisioni da prendere, e che la soddisfazione di medici e pazienti è in questo caso maggiore.

Nei paesi anglosassoni, studi sui motivi che spingono i pazienti a denunciare penalmente il proprio medico mostrano come una comunicazione carente sia importante quanto un’adeguata terapia.

In generale, sembra che le maggiori difficoltà emergano nelle situazioni in cui la componente emotiva, per il paziente o il familiare e/o per il medico è rilevante.

È necessario precisare come, diversamente dalla comunicazione “sociale” all’interno delle relazioni tra le persone, quella fra medico-paziente presenta degli obiettivi e delle caratteristiche precise: stabilire il rapporto e l’alleanza terapeutica; favorire l’acquisizione di informazioni; ottenere il consenso informato; aumentare il senso di fiducia; favorire l’educazione alla salute; stimolare la partecipazione attiva del paziente al piano di cura e al processo decisionale; facilitare l’espressione dei vissuti emotivi; verificare i risultati dell’intervento.

Questi aspetti dovrebbero essere tenuti in considerazione in ogni momento della relazione stessa e del percorso di accompagnamento della persona ammalata.

Relativamente alla comunicazione curante-paziente, non possiamo dimenticare anche un’altra variabile appartenente allo specifico contesto, ovvero come in Italia le norme legislative vigenti abbiano modificato il panorama rispetto all’obbligo di informazione della diagnosi ed al consenso relativamente alle procedure diagnostiche e terapeutiche. Lo stesso codice di deontologia medica indica in merito alcune direttive specifiche rispetto all’informazione.

In particolare, il momento del consenso informato mette spesso in evidenza la sua natura di informazione unidirezionale piuttosto che di momento relazionale di dialogo e di comunicazione circolare tra medico e paziente. Ciò risulta lontano da quello che è l'obiettivo che dovrebbe essere perseguito, di una raccolta del consenso all'interno della relazione, affinché esso non sia semplicemente informato, ma soprattutto valido.

La consapevolezza che il paziente ha della malattia e/o della situazione sulla quale ha ricevuto informazioni rappresenta un indicatore importante del buon funzionamento della comunicazione o meno. Chiaramente meccanismi difensivi psicologici del paziente possono intervenire nel modulare tale consapevolezza. Allo stesso tempo, è vero che incidono anche variabili relazionali, cosa e come è stato comunicato dal medico.

A questo proposito, numerosi studi condotti negli ultimi anni (Fallowfield *et al.*, 2002) evidenziano l'impatto negativo sul benessere psicofisico del paziente di una mancata o inadeguata informazione al paziente stesso.

Appare evidente che il nucleo centrale del problema, come è opportuno ricordare ripetutamente, non riguarda se e quanto informare il paziente, ma il processo della relazione e della comunicazione nel suo insieme. Ciò al fine di evitare le situazioni opposte, ma lati di una stessa medaglia, di totale assenza di informazione ("congiura del silenzio") o di rivelazione esasperata della verità ("accanimento informativo"). Infatti, entrambe le situazioni, pur partendo da presupposti diversi, rappresentano estremi relazionali che non considerano il bisogno individuale del paziente rispetto a quanto egli stesso è in grado di sostenere.

5.2. La ricerca

In base a quanto fino ad ora riportato, vista l'importanza e la centralità del processo comunicativo, il presente studio si è proposto di valutare alcuni aspetti comunicativi e relazionali nel rapporto operatore sanitario-paziente oncologico. In particolare, l'obiettivo che ci siamo prefissi è di conoscere il punto di vista e la percezione degli operatori sanitari che lavorano con pazienti oncologici, relativamente ad aspetti comunicativi e relazionali.

La ricerca si è svolta presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi ed ha coinvolto i seguenti reparti: Medicina Interna ad Orientamento all'Alta Complessità Assistenziale 1, Chirurgia Generale e di Urgenza 1 e Mininvasiva, Oncologia Medica Ginecologica, Breast Unit ed Ortopedia Medica. Il campione totale è costituito da 138 operatori sanitari, in particolare il 48% sono infermieri, il 16% OSS, il 14% da medici specializzandi, il 15% medici ed il 7% OTA/OSA.

Tale indagine si proponeva un obiettivo di tipo descrittivo-conoscitivo, contemplando, qualora si fossero evidenziate criticità nei processi comunicativo-

relazionali all'interno di un gruppo di lavoro, la possibilità di co-costruire con il reparto stesso progetti peculiari.

La ricerca ha previsto la somministrazione di un questionario anonimo a risposta multipla realizzato per gli operatori che lavorano con pazienti oncologici. Il questionario si articola in una prima parte nella quale si descrivono gli aspetti strutturali del campione (ruolo, reparto di appartenenza, anni da cui vi lavora, anni di lavoro con pazienti oncologici, età, sesso, presenza o meno di una riunione periodica del gruppo di lavoro e frequenza con la quale si svolge, di un operatore sanitario di riferimento per ogni paziente, dello psicologo in équipe, di una stanza per i colloqui), seguita da un'analisi degli aspetti di comunicazione, a loro volta articolati in attitudini comportamentali dei reparti analizzati e in punti di vista degli operatori su aspetti del processo comunicativo. Per quanto riguarda le attitudini comportamentali, sono state rivolte domande concernenti la modalità di dare informazioni al paziente circa la sua salute e l'attenzione al rispetto della sua volontà, seguite poi da domande volte ad accertare la presenza di accordi espliciti tra gli operatori sanitari sulle comunicazioni da rivolgere al paziente, sugli atteggiamenti e sui comportamenti messi in atto nel lavoro quotidiano, compresa la tutela del setting. Per quanto invece concerne il punto di vista degli operatori sul processo comunicativo, è stata analizzata la loro percezione del tempo a disposizione per comunicare con i pazienti/familiari, la preparazione del gruppo di lavoro relativamente alla capacità comunicativa con pazienti oncologici, l'importanza attribuita alla formazione volta a migliorare le competenze comunicative in ambito oncologico nel rapporto operatore sanitario-paziente-familiari, l'eventuale utilità della presenza dello psicologo in équipe e l'identificazione di eventuali ostacoli nel processo di comunicazione e nella relazione in ambito oncologico.

La prima fase del questionario si conclude con l'analisi delle criticità percepite dai gruppi di lavoro presi in esame riguardo la comunicazione tra operatori sanitari all'interno del gruppo di lavoro, con i pazienti, i familiari e con i colleghi di altri reparti.

La seconda parte del questionario è costituita dal *Link Burnout Questionnaire*, un questionario *self-report* per la valutazione del burnout nelle professioni di aiuto; l'*LBQ* si compone di quattro scale, ognuna con tre item con polarità positiva e tre con polarità negativa: l'esaurimento psicofisico (la sensazione di sentirsi stanchi e sotto pressione, l'esaurimento delle risorse fisiche e psichiche), il deterioramento della relazione (quando la relazione di aiuto con l'utente diviene alienata fino al cinismo), l'inefficacia professionale (quando i problemi professionali diventano situazioni incomprensibili) e la disillusione (quella che sembrava una passione è diventata una routine priva di significato).

La terza parte del questionario prevede la somministrazione riservata ai medici, ai quali viene chiesto di rispondere a domande riguardanti la comunicazione delle così dette "cattive notizie" o diagnosi infauste.

5.3. Aspetti di comunicazione

5.3.1. Attitudini comportamentali dei reparti analizzati

L'attenzione agli aspetti comunicativi nel rapporto con il paziente e la sua famiglia rappresenta un requisito fondamentale nella pratica medica. Attraverso la somministrazione del questionario, è stata indagata la modalità comunicativa adottata dagli operatori sanitari nel rapportarsi con i pazienti oncologici ed i loro familiari.

In letteratura molto è stato scritto a riguardo ma, tuttora, questa tematica rappresenta un problema aperto e complesso, difficilmente riducibile a protocolli standardizzati.

I dati emersi mostrano che il 18,06% degli operatori non chiede “mai” (mentre il 37,21% lo fa “qualche volta”), direttamente al paziente a chi poter comunicare le informazioni riguardanti la sua salute (se a lui, ai familiari, o a lui in presenza di familiari/altre persone).

D'altra parte, nella Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea del 2000, viene esplicitato che il medico è tenuto a raccogliere i nominativi delle persone che il paziente stesso indica per ricevere la comunicazione dei dati sensibili (art. 31 sull'informazione a terzi). Quanto emerso dall'analisi dei nostri dati evidenzia come una pratica che dovrebbe essere attuata nella quotidianità venga invece nella maggioranza dei casi eseguita “sempre” solo da un 22,48%, dando per scontato che il paziente voglia comunque coinvolgere i suoi familiari, a prescindere dal reale rapporto esistente con essi (grafico n. 1). Infatti, nella pratica clinica, si rileva spesso come i rapporti con le figure parentali risultino complessi

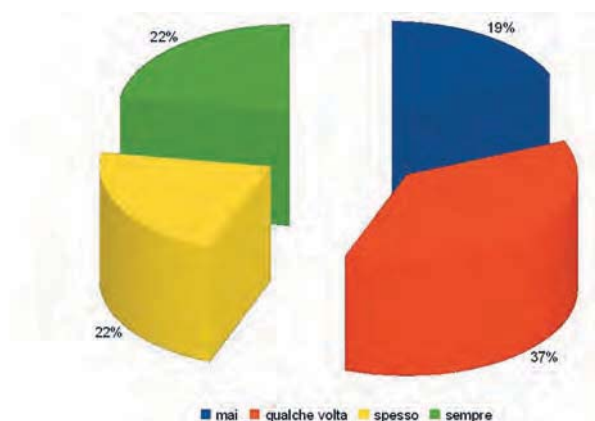


Grafico 1. Si richiede al paziente a chi poter comunicare le informazioni sul suo stato di salute.

e difficilmente interpretabili ad un primo sguardo. Tale comportamento, oltre a sottovalutare un importante aspetto etico, contribuisce, nella pratica clinica, a passivizzare il paziente. Quest'ultimo elemento trova ampio riscontro in letteratura (Grassi *et al.*, 2003) dove si evidenzia che la perdita di un ruolo attivo nel percorso di cura riduce la *compliance* al trattamento stesso. Occorre perciò tenere in considerazione le richieste ed i bisogni del paziente, consentendogli di mantenere così un controllo su quanto gli sta accadendo.

Per quanto riguarda invece la comunicazione delle informazioni al paziente, Morasso *et al.* (1988) hanno ad esempio segnalato che una completa consapevolezza di malattia è presente solo in un terzo dei pazienti, mentre un ulteriore terzo presenta una consapevolezza parziale e un terzo nessuna consapevolezza.

Nel nostro studio, la maggioranza degli operatori (72,93%) si mostra attento nel verificare (rispettivamente "sempre" il 45,86% e "spesso" il 27,07%) il livello di consapevolezza del paziente riguardo al suo stato di salute e circa il 67,43% degli operatori si accerta su cosa il paziente desidera sapere mentre il 13,64% non lo fa "mai".

Quindi, nonostante non ci si confronti spesso con il paziente riguardo alla sua volontà o meno di far partecipi altri relativamente al proprio stato di salute, emerge come il campione si mostri sensibile ad accertare il livello di consapevolezza e ciò che il paziente desidera sapere sulle proprie condizioni mediche.

A conferma di quanto appena riferito, è possibile anche osservare come tra gli operatori sanitari vi sia una particolare attenzione nel verificare l'effettiva comprensione da parte del paziente e/o dei familiari riguardo a ciò che gli viene comunicato: il 30,08% del campione verifica "sempre" la chiarezza del processo comunicativo, il 45,11% lo fa "spesso", il 21,08% "qualche volta", mentre solo il

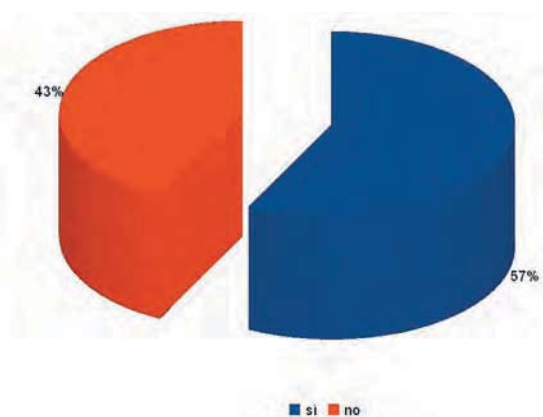


Grafico 2. Esistenza di accordi espliciti tra professionisti a proposito di cosa dire al paziente e/o familiari circa il suo stato di salute e sul piano delle cure.

7,52% non lo fa “mai”. Il non dare per scontato l’avvenuta comprensione del messaggio testimonia un autentico interesse e un’attenzione al processo comunicativo da parte degli operatori sanitari, oltre a rappresentare un indicatore importante di come la comunicazione ha funzionato.

È infine interessante notare come, nel rispondere alla domanda sull’esistenza di accordi espliciti tra professionisti a proposito di cosa dire al paziente e/o ai familiari circa il suo percorso di cura, il 42,52% degli operatori ne neghi l’esistenza (grafico n. 2). Da questo dato appare evidente come tra gli operatori sanitari non ci sia un protocollo condiviso e dichiarato su questo aspetto.

Analizzando l’opinione degli operatori riguardo alla loro pratica lavorativa quotidiana, si evidenzia che l’87,5% del campione dichiara di assumere frequentemente un atteggiamento di apertura e accoglienza nei confronti del paziente e più del 40% dei soggetti indagati afferma di avere “qualche volta” un approccio frettoloso verso il paziente. Sembra, quindi, emergere un’adeguata disposizione e sensibilità da parte degli operatori nel processo comunicativo, mentre un atteggiamento sbrigativo di alcuni può essere ricondotto ad un’effettiva mancanza di tempo, sia al fatto di non sentirsi a proprio agio nel rapportarsi con il paziente e/o familiari. Infatti, il 38,07% degli operatori dichiara di sentirsi “qualche volta” a disagio nel comunicare con i pazienti e il 37,31% con i familiari.

Possiamo quindi ipotizzare che gli operatori ritengano che le emozioni del paziente li possano travolgere, procurando angosce e malessere, trovandosi così a fare i conti con sentimenti di impotenza difficilmente gestibili. Un ulteriore aspetto è dato dalla percezione che il tempo a disposizione sia sempre troppo poco e che per discutere ed affrontare comunicazioni di questo tipo siano necessari maggiori spazi, difficilmente compatibili con l’organizzazione dei servizi ospedalieri.

Per quanto riguarda la capacità di assumere un atteggiamento empatico nei confronti del malato, più della metà del campione dichiara di riuscire a mettersi nei panni del paziente “sempre” (13,24%) o “spesso” (38,07%); a livello emotivo, è infatti importante assumere un atteggiamento di apertura ed accoglienza, che aiuti il paziente a sentirsi a proprio agio. Risulta inoltre rilevante il fatto che una percentuale consistente del campione permetta “spesso” al paziente di fare domande (43,30%) e che la maggioranza degli operatori si impegni nell’usare un linguaggio semplice e comprensibile, evitando il gergo più tecnico (il 58,39% lo fa sempre ed il 37,22% lo fa spesso).

Infine, rispetto alla domanda sul riuscire a seguire e rispettare i tempi del paziente, si conferma un’attenzione degli operatori a tali aspetti durante il processo comunicativo: oltre il 66% percepisce infatti di riuscire a rispettare, nella maggioranza dei casi, i ritmi e le tempistiche dei pazienti.

Prendendo in analisi, dal punto di vista dei medici, gli accorgimenti presi per far sì che la comunicazione di “cattive notizie” avvenga in un setting il più ade-

guato possibile per il paziente, sembra non esistere una modalità condivisa di comportamenti da mettere in atto.

Creare la struttura dell'incontro col paziente rappresenta invece il primo passo perché la comunicazione e la relazione possano procedere in maniera efficace. Alcuni aspetti, come il garantire un contesto comunicativo che tuteli la privacy, l'uso del cellulare, gli eventuali accorgimenti in grado di preservare la riservatezza e la mancanza di interruzioni durante il colloquio possono sembrare banali, ma spesso non vengono messi in atto.

Nello specifico, ben il 42% dei medici afferma di non prendere mai accortezze in grado di tutelare la riservatezza e la mancanza di interruzioni durante il colloquio con il paziente, mentre il 28% lo fa solo "qualche volta" (grafico n. 3).

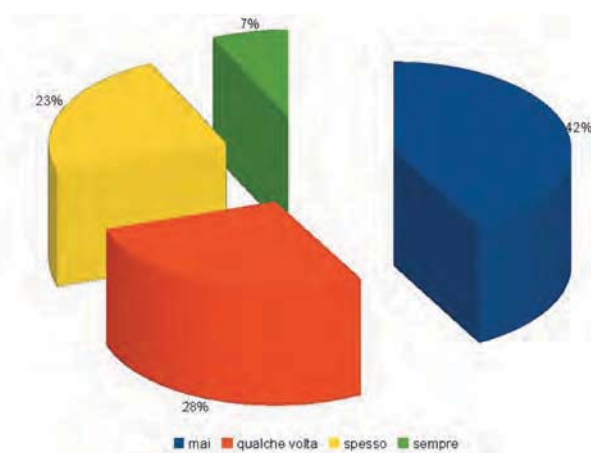


Grafico 3. Accorgimenti presi dai medici in grado di tutelare la riservatezza e la mancanza di interruzioni durante il colloquio con il paziente.

5.3.2 Punto di vista degli operatori su aspetti più o meno funzionali del processo comunicativo

Analizzando l'opinione degli operatori sanitari su aspetti generali della comunicazione, emerge come il 65% crede che il tempo per la comunicazione con i colleghi sia "poco" (47%) o "insufficiente" (18%) (grafico n. 4).

La mancanza di spazio per una buona comunicazione riguarda anche la relazione tra operatori e pazienti/familiari in quanto il 70% ritiene il tempo di comunicazione insoddisfacente (poco/insufficiente) e solo un 29% lo ritiene "abbastanza" (grafico n. 5). Questo dato sembra confermare quanto già emerso riguardo al disagio e all'approccio frettoloso che gli operatori talvolta mostrano nei confronti del paziente e dei loro familiari.

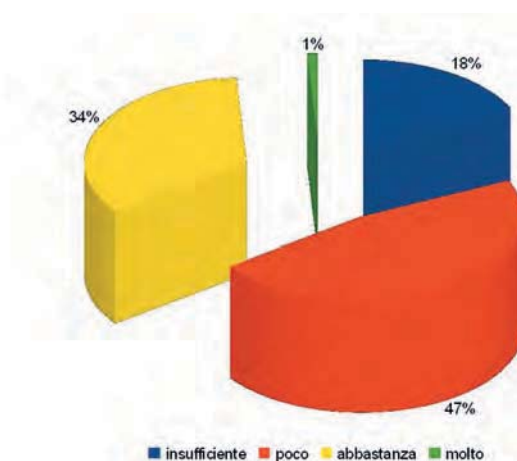


Grafico 4. Valutazione del tempo a disposizione per la comunicazione con i colleghi.

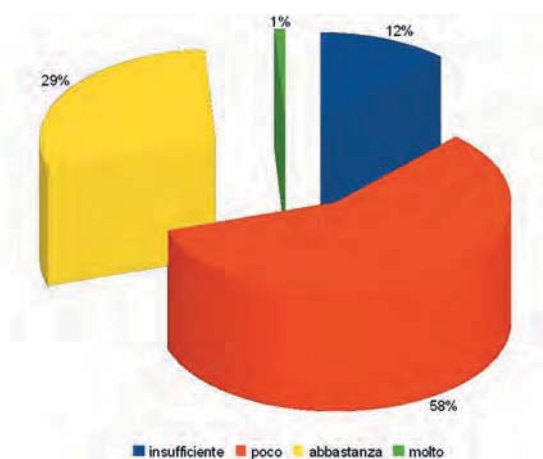


Grafico 5. il tempo per la comunicazione con i pazienti/familiari è.

Una considerevole percentuale del campione valuta complessivamente buona la preparazione del proprio gruppo relativamente alla capacità comunicativa con i pazienti oncologici (54,02%); tuttavia non possiamo disconoscere che il 31,03 % la valuta invece scarsa. Comunque c'è un quasi totale accordo sul ritenere di fondamentale importanza una formazione volta a migliorare le competenze comunicative in ambito oncologico nel rapporto operatore sanitario-paziente e/o familiari (grafico n. 6).

Prendendo in considerazione il processo di comunicazione e la relazione in ambito oncologico nel suo insieme, si evidenzia come la mancanza di tempo e il

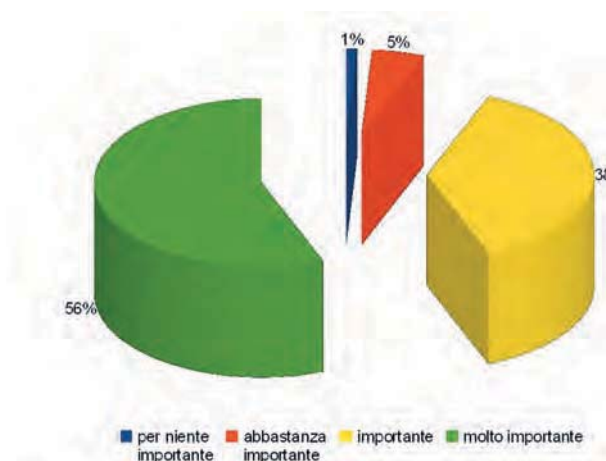


Grafico 6. Valutazione della formazione volta a migliorare le competenze comunicative in ambito oncologico nel rapporto operatore sanitario-paziente e/o familiari.

sovraccarico lavorativo vengano indicati come un ostacolo da una netta maggioranza del campione (circa l'85%). Inoltre, vengono indicati come difficoltà anche alcuni aspetti di tipo qualitativo come la mancanza di una adeguata preparazione alle competenze comunicative (35,61% "abbastanza d'accordo" e 32,58% "molto d'accordo"), e la paura di non saper gestire l'aspetto emotivo nella relazione con il paziente; infatti, appare chiaro come una buona percentuale del campione attribuisca al timore di ferire il paziente un possibile impedimento alla comunicazione (36,84% "abbastanza d'accordo" e 32,33% "molto d'accordo"). Invece, per quanto riguarda il grado di coinvolgimento nella relazione con il paziente oncologico, assistiamo ad una distribuzione abbastanza omogenea delle risposte e, nonostante la maggioranza continui a segnalare la paura di restare troppo coinvolta nella relazione, emerge anche un 16,91% e un 30,03% che si trova rispettivamente "per niente d'accordo" e "poco d'accordo".

A conferma di quanto appena evidenziato, l'andamento delle risposte risulta simile anche quando viene indicato come ostacolo al processo comunicativo-relazionale il timore di non sapere gestire le emozioni del paziente. Tale variabilità riflette anche l'influenza di fattori di personalità e della storia di ciascun operatore.

In conclusione, è possibile notare come gli operatori sanitari, nonostante venga spesso riportato come ostacolo il fattore mancanza di tempo, si dimostrino particolarmente attenti alla relazione con il paziente; emerge, perciò, un bisogno formativo riguardo le competenze comunicative in ambito oncologico e la necessità di un supporto da parte di una figura professionale che li aiuti in tale compito. In quest'ottica gli operatori hanno indicato che sarebbe estremamente utile la presenza di uno psicologo all'interno della loro equipe (46% hanno risposto

“molto”, 34% “moltissimo”) e solo un 4% la riterrebbe “poco utile”.

Andando ad analizzare le variabili che influenzano i medici nella scelta del momento in cui effettuare il colloquio, per circa il 35% risulta determinante la variabile tempo.

La categoria medica afferma, inoltre, di considerare lo stato d'animo del paziente piuttosto che il proprio, per decidere di parlare con il malato. Da questo dato si può ipotizzare una sensibilità degli operatori nell'anteporre il vissuto del paziente al proprio ma, allo stesso tempo, ciò può riflettere anche una sottostima dell'influenza della propria condizione emotiva nel processo di comunicazione (grafico n. 7 e n. 8).

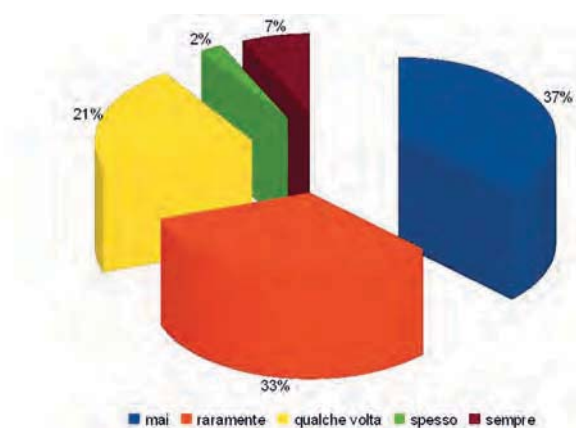


Grafico 7. Scelta di effettuare il colloquio in base al suo stato d'animo (punto di vista dei medici).

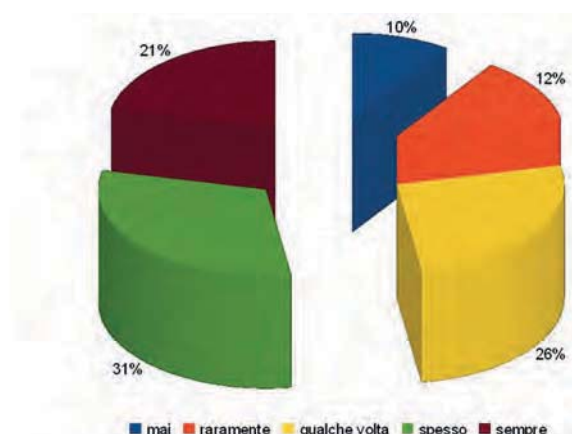


Grafico 8. Scelta di effettuare il colloquio in base allo stato d'animo del paziente (punto di vista dei medici).

5.4. Criticità percepite

Passando a considerare le criticità percepite dagli operatori riguardo la comunicazione, il 62% del campione ritiene che queste siano di tipo prevalentemente quantitativo, mentre il rimanente 38% di tipo qualitativo. Nello specifico, il 38,24% del campione afferma di incontrare "spesso" difficoltà nella comunicazione con i colleghi del proprio reparto, mentre la percentuale si abbassa se si valutano le criticità tra operatori sanitari e pazienti (il 22,56% risponde "spesso") (grafico n. 9 e n. 10). Emergono quindi, maggiori difficoltà nella comunicazione fra colleghi del reparto e, in tal senso, qualsiasi intervento psicologico dovrà

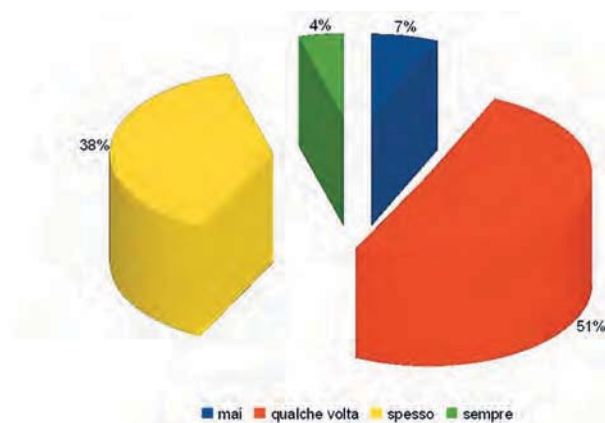


Grafico 9. Presenza di criticità all'interno del reparto legate alla comunicazione tra operatori sanitari.

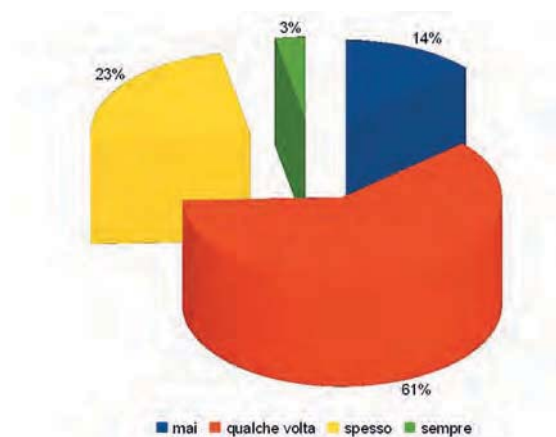


Grafico 10. Presenza di criticità all'interno del reparto legate alla comunicazione tra operatori sanitari e pazienti.

necessariamente avere come obiettivo primario il coinvolgimento dell'equipe di lavoro. La comunicazione all'interno dello staff rappresenta, infatti, il processo chiave per garantire il funzionamento del gruppo e, di conseguenza, garantire un'assistenza efficace e completa al paziente.

Inoltre, per quanto riguarda le difficoltà comunicative tra i diversi reparti, le risposte si distribuiscono in modo abbastanza omogeneo tra le varie alternative.

Appare rilevante come gli operatori sanitari affermino di incontrare difficoltà nella comunicazione coi familiari dei pazienti ("qualche volta" nel 53,73% e "spesso" nel 29,85% dei casi). Questo dato viene confermato da un 60% del campione che individua come le criticità relazionali più frequenti si verifichino nel rapporto coi familiari; il 22% lo riferisce al rapporto con i colleghi e un 18% con i pazienti (grafico n. 11).

Risulta, quindi, evidente come il rapporto operatori-familiari sia una questione estremamente delicata: la letteratura riferisce dell'utilità dei familiari nel percorso assistenziale e di cura dei pazienti; la famiglia costituisce, infatti, il loro sistema primario di supporto e, di conseguenza, una preziosa risorsa. Sebbene la famiglia risulti una risorsa preziosa, spesso insostituibile, tuttavia appare innegabile che frequentemente, per i curanti, i parenti si rivelino un lavoro aggiuntivo, sia per il bisogno di spiegazioni che avanzano sia, talvolta, per una difficoltà degli operatori stessi nell'individuare un'efficace modalità relazionale. Tale atteggiamento può essere ricondotto anche alla difficoltà che spesso i familiari hanno nel delegare ad altri la cura del proprio caro. In tal senso, può essere utile prevedere dei colloqui psicologici con i familiari, quando si comprende che la loro non è tanto e solo una necessità di informazioni di tipo medico, ma anche un bisogno di ascolto, di contenimento e di trovare uno spazio in cui provare ad elaborare quanto sta accadendo.

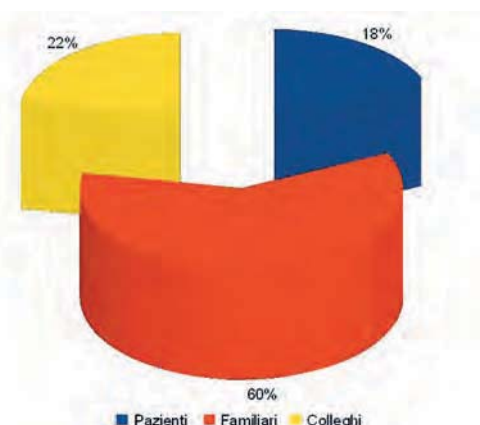


Grafico 11. Le criticità relazionali più frequenti si verificano nel rapporto con pazienti, familiari, colleghi.

5.5. Conclusioni

Dall'analisi dello studio emerge che, nonostante la comunicazione con il paziente oncologico e la sua famiglia costituisca un aspetto fondamentale nella pratica medica, nella realtà lavorativa quotidiana si evidenzia spesso la mancanza di un pensiero condiviso e dichiarato fra gli operatori sanitari dello stesso reparto riguardo alle modalità comunicative da adottare. In particolare, i professionisti riferiscono di non possedere accordi espliciti su cosa dire al paziente e/o ai familiari circa il suo percorso di cura e non affrontano tale problematica in equipe, ma la scelta e le modalità comunicative messe in atto sembrano maggiormente delegate alle variabili personologiche di ciascun operatore.

La maggioranza del campione afferma di incontrare frequentemente difficoltà nella comunicazione con i colleghi del proprio reparto; in tal senso, qualsiasi intervento psicologico dovrà necessariamente avere come obiettivo primario il coinvolgimento dell'equipe di lavoro. La comunicazione all'interno dello staff rappresenta, infatti, il processo chiave per garantire il funzionamento del gruppo e, di conseguenza, garantire un'assistenza efficace e completa al paziente. Una buona comunicazione interna è inoltre indispensabile per trasmettere un senso globale di coerenza, incrementando la fiducia dei pazienti che percepiscono una sinergia e individuano un progetto condiviso nella prassi medica del reparto.

Dallo studio gli operatori sanitari esprimono un quasi totale accordo sul ritenere di fondamentale importanza una formazione volta a migliorare le competenze comunicative in ambito oncologico nel rapporto operatore sanitario-paziente e/o familiari. Sulla base di quanto emerso risulta chiaro che i percorsi formativi hanno importanza non solo per incrementare l'attenzione del personale sanitario verso i problemi psicosociali del paziente e migliorare la qualità dell'assistenza, ma anche per proteggere il personale stesso dalla sofferenza psicologica secondaria al lavoro e ridurre il rischio di burn-out.

I professionisti che hanno partecipato alla ricerca, hanno inoltre ritenuto importante la possibilità di usufruire di consulenze psicologiche. In questo caso, il ruolo del professionista della salute mentale dovrebbe essere quello di affiancare e aiutare l'operatore nel processo di comunicazione-relazione, senza ovviamente sostituirlo. Oltre a questo aspetto, l'intervento dello psicologo può essere anche rivolto verso i pazienti e/o familiari, visto il diffuso bisogno di affrontare questioni psicologiche associate a questo tipo di patologia.

Sulla base di quanto detto, è auspicabile progettare un intervento con i gruppi di lavoro per fornire loro degli strumenti operativi sugli aspetti comunicativi in generale e nel peculiare contesto dell'oncologia, per facilitare e implementare la comunicazione interna e per aiutare gli operatori a raggiungere prassi condivise relative alle modalità comunicative.

5.6. Bibliografia

- Azoulay, E. *et al.* (2000), *Half families of intensive care units patients experience inadequate communications with physicians*, in «Critical Care Medicine», vol. XXVIII, n. 8, pp. 3044-3049.
- Beckman, H.B. *et al.* (1994), *The doctor patient relationship and malpractice*, «Archives of Internal Medicine», vol. CCLXXII, pp. 1365-1370.
- Bellani, M.L. *et al.* (1997), *Il medico e l'infermiere di fronte alla sofferenza e alla morte*, in «Quaderni di Cure Palliative», vol. V, n. 145, p. 8.
- Branch, W. *et al.* (1993), *Becoming a doctor. Critical reports from third year medical students*, in «New England Journal of Medicine», vol. CCCXXIX, pp. 1130-1132.
- Buckman, R. (1992), *How to break bad news*, The John Hopkins University Press, Baltimore.
- Carli, R. e Panicia, R.M. (2005), *La psicologia clinica tra diagnosi e analisi della domanda*, in, Carli R. e Panicia R.M., *Casi clinici*, Il Mulino, Bologna.
- Chiodi, M. (2003), *L'enigma della sofferenza e la testimonianza della Cura*, Glossa, Milano.
- Fallowfield, L.J. *et al.* (2002), *Truth may Hurt, but deceit hurts more: communication in palliative care*, in «Palliative Medicine», n. 16, pp. 297-303.
- Grassi, L. *et al.* (2003), *La comunicazione col paziente e la famiglia*, in Grassi, L. *et al.*, *Manuale pratico di psico-oncologia*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Grassi, L. *et al.* (2003), *Il disagio del personale curante e il problema del burn - out*, in Grassi, L. *et al.*, *Manuale pratico di psico-oncologia*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Grassi, L. *et al.* (2000), *Physicians' attitudes and problems in truth - telling to cancer patients*, in «Supp. Care Cancer», n. 8, pp. 40-45.
- Jaspers, K. (1991), *Il medico nell'età della tecnica*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Kaneklin, C. (2001), *Lavorare in gruppo oggi*, «Spunti», n. 4, pp. 27-47.
- Kaneklin, C. e Manoukian, F. (1999), *L'organizzazione nelle rappresentazioni di chi vi lavora*, in Kaneklin C. e Manoukian F., *Conoscere l'organizzazione*, Carocci, Roma.
- Kaplan, S.H. (1996), *Characteristics of physicians with participatory decision making styles*, in «Annals of Internal Medicine», n. 124, pp. 497-504.
- Maguire, G.P. (1980), *Can communication skills be taught?*, in «British Journal of Hospital Medicine», n. 43, pp. 215-216.
- Manghi, S. (2005), *Il medico, il paziente e l'altro. Un'indagine sull'interazione comunicativa nelle pratiche mediche*, Franco Angeli, Milano.
- Morasso, G. *et al.* (1988), *Physicians' attitudes in the management of terminally ill patients*, in Gillmore, A. e Gillmore, S. (eds), *A safer death: Multidisciplinary aspects of terminal care*, Plenum Press, NY.
- Ramirez, A.J. *et al.* (1996), *Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work*, in «Lancet», n. 347, pp. 724-748.
- Tomamichel, M. (2002), *Guarirò dottore? cattive notizie o cattive risposte?*, in Pinkus, L. e Filiberti, A., *La qualità della morte*, Franco Angeli, Milano.

Capitolo 6

Progetto “Lo strumento ‘cinema’ come nuova modalità di acquisizione di competenze nell’ambito delle criticità relazionali degli operatori sanitari”

Collaborazione tra CRRCR, Formas (Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria) e Operatori del Settore Cinematografico

6.1. Le “ragioni” del progetto: il CRRCR

«Il CRRCR è un’idea che produce altre idee, che a loro volta producono un gruppo di lavoro che è una costruzione. Tutto nasce dall’osservazione che nelle strutture sanitarie le persone stanno male e soffrono, e questo vale non solo per i pazienti ma anche per gli operatori: se gli operatori riescono ad essere sufficientemente soddisfatti del proprio lavoro o almeno quest’ultimo non aggrava troppo le angosce della loro vita personale, allora si ottengono dei risultati migliori nell’accoglienza e nell’accompagnamento sia della persona malata che dei suoi familiari all’interno della struttura sanitaria».

Laura Belloni

Responsabile Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali

L’esperienza del Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali nel lavoro con gli operatori sanitari ha evidenziato un’importante diffusione di vissuti di impotenza e frustrazione frequentemente attribuibili a problematiche di tipo organizzativo aziendale.

Negli ultimi anni, infatti, l’organizzazione delle aziende sanitarie è andata incontro a molteplici e importantissime trasformazioni, alcune delle quali tuttora in fase di attuazione, che hanno mutato profondamente i rapporti gerarchici all’interno dei diversi contesti lavorativi.

Il CRRCR si è posto il problema di trovare delle risposte adeguate a queste problematiche relazionali cercando di creare percorsi di armonizzazione tra le figure professionali che restituiscano senso anche a quelle attività di cui l’operatore e l’organizzazione possono non cogliere pienamente il significato.

L’esperienza clinica maturata in questi anni sul tema delle criticità ha permesso di evidenziare tre punti nodali che possono costituire aree di riflessione e spazi di intervento:

- 1) Un sistema sanitario moderno, complesso e teso all’eccellenza della qualità, comporta fortissime pressioni sulla figura dell’operatore gravato dal peso di

alte aspettative. La “rottura” dell’operatore (stress, burn-out, ed altro) comporta inesorabilmente la crisi del sistema.

- 2) L’operatore sanitario inizia la propria attività lavorativa con un bagaglio di competenze scarso o esclusivamente teorico, ma con un grande “capitale” di passione e disponibilità umana. L’iter professionale determina una crescita progressiva delle competenze tecniche e dell’esperienza, ma non prevede alcuna attenzione alla cura delle emozioni e della sfera relazionale.
- 3) Le emozioni trascurate non si annullano ma, specialmente nei momenti di maggior carico e stress, finiscono per agire in modo incontrollato determinando oltreché effetti dannosi sulla persona anche disturbi gravi delle relazioni e del sistema, ovvero le “criticità”.

In relazione a quanto detto lo “strumento cinema” ci è sembrato quello più idoneo non soltanto per la sua immediatezza e la sua potenza comunicativa, ma soprattutto per l’importanza che rivestono al suo interno il lavoro di squadra e la collaborazione tra operatori. Infatti il cinema rappresenta, racconta una “storia”, che nasce nel momento in cui un evento nuovo rompe la ripetitività quotidiana e determina dei cambiamenti in un gruppo di persone.

La cinepresa, oltre a documentare i fatti, può cogliere e trasmettere le emozioni di tutti i protagonisti le cui storie personali si intrecciano nella vicenda e la creano.

Il CRRCR, nell’affrontare gli aspetti relazionali degli eventi critici in sanità, ha incontrato molte persone con le loro storie e ha pensato che anche una di queste potesse essere raccontata, elaborata, “letta” e restituita agli operatori che dopo averla immaginata la vivevano nella dimensione scenica attraverso le chiavi di lettura e interpretazione proprie dell’intervento psicologico.

Per raggiungere l’obiettivo prefissato sono stati organizzati tre seminari/workshops della durata di due giorni ciascuno, durante i quali gli operatori del settore, sotto la guida di un team composto da psicologi e *filmmakers*, sono stati suddivisi in alcuni gruppi di lavoro con il compito di provare ad astrarre e drammatizzare in un cortometraggio (“Drammaturgia delle criticità relazionali”) situazioni critiche da un punto di vista organizzativo-relazionale sul luogo di lavoro ipotizzando scambi di ruoli delle diverse figure professionali coinvolte.

L’utilizzo di queste inversioni di ruolo nelle messe in scena ha fornito agli operatori l’opportunità di misurarsi con le difficoltà affrontate dai colleghi durante fasi particolarmente delicate del lavoro e dunque la gestione dei conflitti è stata affrontata attraverso lo scambio di compiti, mansioni e vissuti emozionali (per es. inversione di ruolo fra Dirigenza e Operatori Sanitari o tra operatori e pazienti).

Questo strumento, già in uso da anni in ambito internazionale in contesti lavorativi dall’alto indice di criticità relazionale, sembra aver dato importanti frutti dal punto di vista umano aumentando non solo la capacità di fare squadra dei lavo-

ratori, ma soprattutto la loro disponibilità ad ammettere le proprie difficoltà e le problematiche affrontate sul lavoro.

Lo strumento del seminario, attraverso un continuo confronto con l'altro, ha permesso di aumentare negli operatori del settore la consapevolezza delle proprie competenze. Il lavoro di gruppo ha permesso loro di superare le difficoltà che nella prassi quotidiana ostacolano la reale comprensione del ruolo degli altri.

Anche se il progetto cinema rappresenta una parte di un percorso psicologico molto più articolato attraverso cui un gruppo multidisciplinare "pilota" acquisisce strumenti psicologici indispensabili per incrementare consapevolezza e qualità delle proprie relazioni, il workshop si è concluso con la realizzazione di un prodotto finito.

Infatti la troupe dei *filmmakers* ha scelto una tra le sceneggiature ideate dai gruppi e ha realizzato un cortometraggio, girato all'interno dell'ospedale, con la partecipazione di tutti gli operatori coinvolti nel progetto.

Prima di entrare nei dettagli "operativi" del progetto è necessario ricordare che lo strumento linguistico non permette di esprimere e cogliere gli aspetti emozionali e relazionali emersi nel percorso. Pertanto può essere utile integrare la lettura di questo capitolo con la visione del documentario filmato e del cortometraggio che, pur non rappresentando neanche essi la completezza del lavoro, permetterà comunque una migliore comprensione della complessità del progetto.

6.2. La Struttura del Corso

«... come si struttura? si struttura in tre fine settimana nel corso dei quali ai partecipanti viene chiesto di dare una disponibilità ad una riflessione su testi cinematografici e su delle scene; imparare a leggere quelli che sono i conflitti sulla scena in un film, costruire una storia che riguardi criticità relazionali relative al proprio lavoro e metterla in scena».

Duccio Chiarini
Regista

PRIMO WORKSHOP: CINEMA E CRITICITÀ RELAZIONALI

14 MAGGIO ore 9.00 - 17.00

Ore 9.00 - 10.00 Introduzione del CRRCR: motivazione e mappa del percorso formativo, obiettivo del percorso ed obiettivi formativi. Casistica, tipologia.

Ore 10.00 - 11.30 Cinema e criticità relazionali; raccontare e mettere in scena i conflitti sul lavoro; uno sguardo particolare sul mondo sanitario. Visione di filmati.

Ore 11.45 - 13.00 Lavoro di gruppo attraverso l'analisi di scene critiche.

Ore 14.00 - 17.00 Dall'astratto al concreto: lavoro di messa in scena su alcuni eventi di criticità relazionali. Le scene, ignote ai partecipanti, saranno tratte da alcuni film e rila-

borate in modo narrativo. Le stesse scene saranno riproposte alla fine del lavoro nella loro versione originale, promuovendo, attraverso il confronto con il modello (film originale), la capacità del gruppo di esprimere sentimenti ed emozioni suscitati dalle relazioni.

15 MAGGIO ore 9.00 - 13.00

Ore 9.00 - 11.00 Cinema, leadership e lavoro di gruppo; il complesso rapporto tra il regista e la troupe come modello di interazione tra leader e gruppo di lavoro, strumento di acquisizione di nuove conoscenze in ambito relazionale attraverso l'utilizzo del mezzo creativo.

Ore 11.15 - 13.00 Drammatizzare i conflitti, la funzione catartica del testo; mettere in scena le criticità relazionali. Fondamenti di sceneggiatura I. (ai partecipanti verrà chiesto di pensare e scrivere una storia sulle criticità relazionali da portare per il workshop successivo).

SECONDO WORKSHOP: DRAMMATIZZARE I CONFLITTI

21 MAGGIO ore 9.00 - 17.00

Ore 9.00-10.00 Discussione su quanto emerso nella settimana precedente.

Ore 10.00-11.00 Drammatizzare i conflitti, la funzione catartica del testo; mettere in scena le criticità relazionali. Fondamenti di sceneggiatura II (analisi delle storie portate in aula dai partecipanti ed individuazione dei punti chiave rispetto alle criticità relazionali)

Ore 11.15-13.00 Drammatizzare i conflitti, la funzione catartica del testo; mettere in scena le criticità relazionali. Fondamenti di sceneggiatura III. (Lavoro e riflessione di una storia scelta dal gruppo come modello concettuale di riferimento da sviluppare e approfondire rispetto alle criticità relazionali.)

Ore 14.00 - 17.00 2 GDL sulla preparazione del cortometraggio in base alla "storia" individuata.

1° e 2° gruppo - Role playing della scena individuata e acquisizione di tecniche basilari per la messa in scena della drammaturgia relazionale.

22 MAGGIO ore 9.00 - 13.00

Ore 9.00 - 11.00 Riflessione e approfondimento sulla "sceneggiatura" delle emozioni provate e dei comportamenti agiti.

Ore 11.15 - 13.00 Lavori di gruppo in preparazione al set con prove tecniche da parte dei partecipanti delle scene individuate – Lettura delle emozioni.

TERZO WORKSHOP: FILMARE I CONFLITTI

Durante le due giornate di workshop, i partecipanti, coadiuvati dal regista e da altri docenti, realizzeranno ed interpreteranno il cortometraggio da loro scritto e sviluppato nel corso dei due workshops precedenti.

28 MAGGIO 9.00 - 17.00

Ore 9.00 - 10.00 Sintesi e riflessione sul lavoro di gruppo: formulazione dei punti chiave.

Ore 10.00 - 11.00 Realizzazione espressiva del lavoro di gruppo sviluppato con la supervisione del regista e della troupe.

Ore 11.15 - 13.00 Analisi dei ruoli a partire dalle criticità relazionali emerse con la metodologia espressiva del cinema.

Pomeriggio

Ore 14.00 - 17.00 Ruoli flessibili e loro applicabilità al contesto sanitario in movimento rispetto ai cambiamenti in atto (es: ospedale per intensità di cura, nuovi sviluppi delle professionalità).

29 MAGGIO ore 9.00 - 13.00

Ore 9.00 - 13.00 Completamento dei lavori e riflessione sulle relazioni attraverso la drammaturgia relazionale.

QUARTO WORKSHOP: FILMARE I CONFLITTI

11 GIUGNO ore 9.00 - 11.00

Ore 9.00 - 11.00 Analisi di aspetti e di significati emersi durante il percorso cinema e discussione con il gruppo.

CONVEGNO CONCLUSIVO

16 SETTEMBRE ore 9.00 - 13.00

Ore 9.30 - 10.00 Apertura lavori (Prof. G. F. Gensini, Dott. E. Majno, Dott. L. Setti, Dott.ssa L. Belloni) - Visione cortometraggio.

Ore 10.00 - 10.30 "La cultura sanitaria mediata dal cinema" (Dott.ssa M. Crocellà).

Ore 10.30 - 11.00 "Significato e motivazione del progetto di formazione" (Dott. L. Amoroso, Dott. D. Chiarini).

Ore 11.30 - 12.00 "Lo strumento cinema come modalità formativa per gli operatori sanitari" (Dott. A. Colotti).

Ore 12.00 - 13.00 Visione del filmato completo - "Il sentire dei partecipanti al corso di formazione" (Dott. M. Galanti, Dott. V. Di Tante, Dott. A. De Luca).

Ore 13.00 - 13.30 Punti chiave del percorso formativo e sviluppi futuri (Dott.ssa L. Belloni, Dott. G. Squarci, Prof. G. Galanti, Dott. D. Chiarini).

6.3. La Conoscenza

«... la criticità più grande è cercare di accordare tutti i suoni e trovare la giusta coordinazione per comunicare con gli altri».

Partecipante al corso

Un elemento fondamentale per chi si occupa di aspetti relazionali è introdurre nel percorso formativo la possibilità di costruire un gruppo di lavoro che comprenda tutti i partecipanti al progetto. In questo caso era necessario integrare tre gruppi di lavoro: la troupe cinematografica, l'equipe del CRRCR e gli operatori della SOD Medicina dello Sport e dell'Esercizio.

Pertanto, nonostante il progetto si inserisse in un percorso già avviato in precedenza (indagini di clima, incontri con il gruppo e individuazione di criticità), ad ogni persona partecipante al corso è stato chiesto di presentarsi specificando oltre il proprio ruolo in ambito lavorativo, aspetti relativi alla propria vita privata (interessi etc. ...) e di mettere in evidenza, in modo preliminare, la principale criticità che a loro parere caratterizza il luogo di lavoro.

La presentazione diviene così un momento fondamentale, un sorta di consenso, che ognuno dà all'idea di mettersi in gioco nel nuovo gruppo che si sta formando.

Infatti, come è possibile osservare dalla visione del filmato, che costituisce una piccola parte del lavoro effettuato, già in questa fase sono emerse, insieme con la disponibilità degli operatori ad interrogarsi ed esporsi, evidenti difficoltà nell'espressione della dimensione relazionale specialmente riguardo alle criticità. L'ansia legata all'esprimere in un contesto nuovo (molto spesso anche nel proprio gruppo non parliamo di noi), aspetti della propria vita privata o problemi inerenti al luogo di lavoro (concetti quali mancanza di equità, rispetto dei ruoli, problemi legati alla leadership, difficoltà comunicative e relazionali ed altro) dimostra che questa fase iniziale non rappresenta una semplice ritualità formale, ma si colloca già nella fase operativa del progetto.

Sin dall'inizio emergono le emozioni che nascono dalle criticità e che inevitabilmente ne determineranno altre, "... la criticità nasce da emozioni e ne determina altre" (partecipante al corso).

Il percorso servirà anche a promuovere all'interno del gruppo una crescita degli aspetti emozionali, una maggiore consapevolezza di quest'ultimi e aiuterà a conoscere e a superare le componenti pre-giudiziali importanti nell'instaurarsi e cristallizzarsi delle criticità.

6.4. Le Opere dei Grandi: libertà ed autonomia di giudizio, emozioni ed identificazione

In questa fase del lavoro vengono proiettate scene tratte da due film ("L'attimo Fuggente" di Peter Weir, 1989 e "La felicità porta fortuna" di Mike Leigh, 2008) scelti dal regista sulla base della loro capacità di "muovere" emozioni e di esprimere in modo efficace situazioni di criticità relazionale.

Dopo la visione viene aperta la discussione nel gruppo con lo scopo di cogliere, esprimere, condividere gli aspetti emozionali ed infine acquisire strumenti di lettura psicologica delle dinamiche evocate o meglio risvegliate dalla visione delle scene cinematografiche. Parallelamente si inizia un percorso attraverso cui il gruppo impari ad astrarre concetti, rappresentabili con parole chiave, che rappresentano acquisizioni di competenze tecniche ma anche strumenti utilizzabili per realizzare un prodotto autonomo che rappresenti in modo efficace, attraverso lo strumento cinematografico, una criticità relazionale.

La discussione, come ovvio e prevedibile, ha fatto emergere punti di vista differenti che all'interno del gruppo, supportato ed orientato dagli operatori del CRRRCR e dal regista, sono stati comunque sintetizzabili per quanto riguarda il film "L'attimo fuggente" nelle seguenti parole chiave: cultura, carica umana, esperienza, coerenza, ascolto, intelligenza, sensibilità, credibilità, rispetto, stima, definizione del ruolo di leader (ovvero la leadership conquistata sul valore dell'idea ma anche sul modo utilizzato per comunicarla). Per quanto riguarda invece il secondo film visionato, "La felicità porta fortuna", la discussione ha fatto emergere aspetti di identificazione nei due personaggi del film. Quest'ultimo mette in scena una rappresentazione grottesca e estremizzata di una criticità relazionale insorta tra un uomo e una donna in una situazione di normale vita quotidiana: la crisi finale fa esplodere il conflitto, ma permette l'espressione di vissuti emotivi che rendono comprensibili comportamenti relazionali fin ad allora paradossali.

Al di là di una valutazione psicologica obiettiva dei due personaggi abbiamo osservato nel gruppo una identificazione molto individuale nei vissuti dei protagonisti della storia. Anche in questo caso il lavoro di gruppo ha permesso comunque di individuare aspetti condivisi: lei solare, piena di vita, naturale, spontanea, aperta (ma per alcuni maliziosa, seduttiva, impostata), lui chiuso, scontroso, scorbutico, pieno di conflitti, represso, in difficoltà, rabbioso, debole, frustrato, timido (per alcuni comprensibilmente irritato in quanto provocato dal comportamento di lei). Unanime invece è stato il riconoscimento finale del valore catartico della crisi dove i vissuti profondi dei protagonisti si sono espressi nella loro pienezza affettiva.

All'analisi dei vissuti e delle emozioni dei protagonisti del film si è aggiunta dunque una lettura "psicologica" dell'intera sceneggiatura e quindi della storia raccontata.

La discussione ha avuto un momento importante col dibattito avvenuto tra il regista e un partecipante al corso che ha una funzione di grande rilievo professionale nel proprio gruppo di lavoro. Da una divergenza di opinioni riguardo un contenuto è emersa una dinamica di natura conflittuale dovuta presumibilmente alla difficoltà di accettare un criterio di giudizio diverso dal proprio. Tutto questo è spiegabile analizzando le normali dinamiche legate al potere e al ruolo, dove la discussione non si centra tanto sul contenuto, ma su aspetti relazionali di leadership. Questo tipo di situazione può essere gestita e, come in questo caso è avvenuto, è stata pienamente risolta con un confronto aperto e con il ritorno al valore concettuale del contenuto all'interno di un pensiero comune del gruppo. Il cinema ha dato lo spunto e la discussione è servita a chiarire la dinamica. Se ciò fosse accaduto in una situazione diversa, dove non vi era spazio per una riflessione comune era possibile che si creasse una criticità relazionale.

Interessante a questo riguardo è la domanda che il gruppo si è posto: “dato che in questo caso la capacità e la possibilità di ascoltarsi hanno permesso il riconoscimento reciproco e la risoluzione del conflitto (ma anche l’instaurarsi di un rapporto di rispetto e collaborazione e quindi con una crescita comunicativa e relazionale), quante volte nelle attività sanitaria una cosa del genere si sarebbe risolta così? Cosa sarebbe potuto succedere tra due operatori per un problema di questo genere nell’attività quotidiana, dove non ci si parla? Avrebbe potuto strutturarsi una criticità relazionale” (schema 1).



Schema 1. Ipotesi di lettura della discussione sopra citata.

6.5. Dall'astratto al concreto: l'inversione dei ruoli

«... cosa fate voi due nella vita reale? Medico strutturato e specializzanda. Si vede!!! Se nella vita vera succedesse questa roba qua, lei cosa farebbe a questo punto? Se tu arrivassi a questo punto di irriverenza verso di lei, cosa faresti? ... senza tirare uno schiaffo! non ti urlerebbe in faccia adesso basta falla finita e siediti?!? Ecco, allora fallo! Oggi te lo puoi permettere».

Duccio Chiarini

Tutte le fasi del percorso, sinteticamente suddivise in questi paragrafi, hanno importanza e significato. È indubbio però che con l'inversione dei ruoli si entra nel "vivo" e si realizza un momento di assoluta centralità del progetto.

L'inversione dei ruoli rappresenta di per sé il passaggio da concettualizzazioni teoriche più o meno astratte ad un coinvolgimento reale nella dimensione relazionale, con tutte le componenti proiettive correlate, ed è perciò molto usata come strumento di formazione in ambito psicologico.

In questo caso, però, sono presenti aspetti peculiari, quali la scelta del tema da parte dei partecipanti, la sua attinenza all'area professionale, l'integrazione con un'altra équipe multidisciplinare (la troupe cinematografica), la necessità di una sintesi finalizzata alla costruzione di un prodotto valido, la funzione della telecamera nel cogliere comportamenti e vissuti, l'effetto catartico del gruppo ed il supporto alla lettura degli aspetti relazionali ed emozionali fornite dagli operatori del CRRCR.

Nelle nostre scene i partecipanti recitano un copione senza avere mai preso visione del film originale (si tratta di un bel film romeno intitolato "*La morte di Dante Lazarescu*" (*Moartea domnului Lazarescu* di Cristi Puiu, 2005), in cui si rappresenta l'odissea sanitaria e relazionale di un malato e di chi lo accompagna in varie strutture ospedaliere fino all'infausta conclusione).

Inizialmente impacciati ed in grande difficoltà, in una condizione di timore reverenziale per la cinepresa e di dipendenza dal copione, vengono supportati ed invitati dall'esperto regista a lasciarsi andare, a osare, ma anche ad "approfittare dell'occasione" per vedere le cose da un punto di vista diverso.

Gradualmente la recitazione diviene più spontanea e disinvolta, ed il bisogno di dipendere da una traccia scritta progressivamente scompare. Ognuno tende ad interpretare il personaggio in modo immediato, portando in scena le proprie esperienze ed emozioni. A questo punto emergono, come può essere rilevato dalla visione del documentario allegato, gli aspetti di personalità e temperamento, ma anche tutti gli ostacoli che l'interiorizzazione del proprio abituale ruolo professionale pone rispetto alla possibilità di "mettersi nei panni dell'altro".

Proprio il superamento di questa difesa e la capacità di uscire dal proprio angusto punto di vista e cogliere le cose da un'altra angolazione è un obiettivo del percorso, ma anche una prerogativa dello "strumento cinema" e dello "strumento psicologico".



Schema 2. Criticità "semplice".

Di questo passaggio il gruppo diviene contemporaneamente soggetto e strumento.

“Penso che abbia un po’ riprodotto le dinamiche che ci sono in reparto e spero che se ne possa trarre qualcosa di costruttivo”, “è un nuovo modo divertente per affrontare questi problemi nelle relazioni: in certe occasioni sono venute fuori delle cose che fanno parte di noi” (Partecipanti al corso).

Volendo definire sinteticamente due spunti concreti che l’inversione di ruolo ha evidenziato, abbiamo individuato problemi di comunicazione definibili come “semplici” e altri da noi classificati come “complessi”.

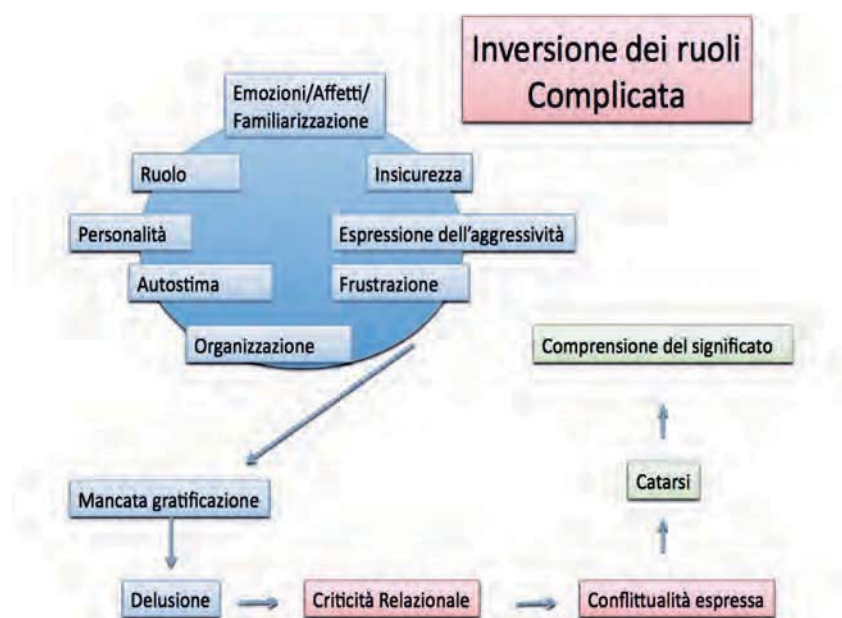
I primi (vedi schema 1) in genere insorgono tra operatori che hanno contatti (e relazioni tra loro) occasionali, derivano da incomprensioni sui contenuti motivate da stress, aspetti di personalità, ruolo. Queste incomprensioni, se non affrontate da subito ed in modo corretto dal punto di vista relazionale, possono costituire la base di una possibile/probabile criticità relazionale.

I secondi (vedi schema 2) invece sono abbastanza frequenti all’interno di gruppi con contatti stabili, spesso caratterizzati da una lunga storia comune. Vi giocano un ruolo determinante aspetti quali familiarizzazione, investimenti reciproci, idealizzazione, aspettative, delusione. In questo caso la criticità è di fatto già presente alla base, ed il problema “acuto” di comunicazione ne rappresenta l’espressione macroscopica.

Aggiungiamo due schemi semplificati per una lettura di questi due tipi di situazione.

«... libertà di rompere gli schemi e di vivere le emozioni».

Partecipante al corso



Schema 3. Criticità "complessa".

«Il cambio dei ruoli permette di comprendere il punto di vista degli altri».

Partecipante al corso

«Attraverso il momento del ribaltamento dei ruoli viene data la possibilità di interpretare un personaggio che non è il proprio, lì ti rendi conto di come certi non detti e certe tensioni si accumulino, diventano strati che poi portano ad una non comunicabilità delle emozioni e quindi è bello vedere come queste cose si sciolgono come neve al sole, durante queste piccole scene, che forse non serviranno nell'immediato a risolvere il conflitto ma che portano sollievo, una certa catarsi».

Duccio Chiarini

6.6. Dall'improvvisazione alla realizzazione professionale

6.6.1 Parole chiave ed emozioni

In questa fase i partecipanti al corso vedono per la prima volta la scena tratta dal film originale che loro stessi avevano precedentemente interpretato nell'inversione dei ruoli. Come per tutto ciò che riguarda questo progetto, percorso ed obiettivi si possono collocare su almeno tre livelli:

- 1) L'acquisizione di nuovi strumenti tecnici utili per la realizzazione di un'opera autonoma, in questo caso forniti dall'opera originale realizzata da un regista.
- 2) Una approfondita riflessione su come il racconto di un evento possa far emergere elementi differenti (addirittura storie differenti) in relazioni a diversi livelli di comunicazione.
- 3) Condivisione e approfondimento del gruppo delle emozioni contenute in una scena drammatica, dove il dramma umano si inserisce in un sistema di relazioni critiche.

La visione del film ha suscitato una discussione dove il confronto tra i punti di vista emersi nel gruppo ha portato alla definizione di concetti chiave che sinteticamente rappresentassero ed esprimessero il "senso" della storia. Il passo successivo è stata l'elaborazione nel gruppo di tali concetti. L'evoluzione e la crescita del gruppo ha permesso di lavorare su questi concetti passando rapidamente da definizioni sostanzialmente teoriche a altre più aderenti a vissuti e più direttamente espressive delle emozioni che la scena del film trasmetteva agli spettatori. Ad esempio siamo passati da termini come denuncia, indagine psicologica, espressione di emozioni ad altri quali indifferenza, mancanza di umanità, solitudine e rassegnazione.

La conclusione di questa fase è stata la scelta di un titolo che riassume sinteticamente i contenuti della scena individuati sino a quel momento. Il titolo scelto è stato: "la solitudine di un uomo nell'indifferenza della società".

6.6.2 La sceneggiatura: come raccontare una storia e metterla in scena

«... è molto bello vedere come queste persone hanno dei potenziali narrativi di storie che nessuno conosce e che nel momento in cui le raccontano, riescono a cogliere certi aspetti della realtà che per noi sono difficili da cogliere nella loro essenza».

Ottavia Madeddu
Sceneggiatrice

In questa fase del percorso l'acquisizione di strumenti tecnici e il lavoro psicologico del gruppo procedono parallelamente.

La giornata si apre con una vera e propria lezione didattica in cui una sceneggiatrice esperta insegna al gruppo come costruire una sceneggiatura a partire proprio dalla ridefinizione del concetto di "storia".

«cos'è una storia? Se raccontate come stamani siete arrivati al lavoro... non è una storia ma una descrizione che non vale la pena di essere raccontata, se invece ad un certo punto succede qualcosa che... ha rotto la routine...».

Ottavia Madeddu

Si delinea quindi una somiglianza tra la vicenda cinematograficamente raccontabile e la criticità relazionale che quotidianamente avviene all'interno di un gruppo.

Lo strumento cinema si configura in questo senso come "perfetto" per raccontare questa "storia". L'occhio del cinema è infatti in grado di cogliere e trasmettere fatti ed emozioni relative a tutte le persone le cui storie si intrecciano nella vicenda narrata (vedi schema 3). Lo spettatore può quindi "vivere" al di là dei cliché e dei pre-giudizi vissuti e l'umana essenza di tutti i protagonisti attraverso meccanismi di identificazione e condivisione emozionale, "mettendosi nei panni dell'altro".



Schema 4. Il cinema, strumento narrativo privilegiato per le criticità relazionali.

Nella prosecuzione del percorso vengono evidenziati anche i limiti in cui si deve muovere la troupe cinematografica. Alcuni di essi sono sorprendentemente simili alle quotidiane difficoltà che affronta un gruppo di lavoro in un contesto sanitario e la possibilità di raccontarli rappresenta già una opportunità.

A conclusione della parte didattica viene chiesto ai partecipanti, divisi in piccoli gruppi, di provare a scrivere, utilizzando gli strumenti narrativi acquisiti nelle precedenti lezioni, una storia ambientata nel loro contesto lavorativo che sia a loro parere rappresentativa di una criticità relazionale. Ogni gruppo, strategicamente designato dagli operatori del CRRCR, viene seguito nel proprio percorso di elaborazione della vicenda narrata dal regista, sceneggiatrice e psicologi/psichiatri del CRRCR. Importante sottolineare che questa parte del lavoro non si conclude con la fine della giornata, ma viene chiesto espressamente a loro di continuare a lavorare nel gruppo sulla costruzione della sceneggiatura fuori

dall'orario del workshop e di spedire il prodotto al regista e al CRRCR.

«Sono storie che hanno tratto dal loro vissuto, alcuni episodi che li hanno condizionati ed emozionati, con i quali si trovano tuttora in conflitto e che raccontano attraverso la scrittura per fare anche pace con gli avvenimenti che li hanno traumatizzati... ci sono storie autobiografiche mentre altre sono giocate attraverso la fantasia, ma comunque il risultato è sorprendente e tutte le storie meriterebbero di essere messe in scena».

Ottavia Madeddu

Il regista e la sceneggiatrice scelgono con difficoltà la storia che verrà messa in scena nel cortometraggio. Nell'arco della mattinata tutte le storie vengono riprese ed analizzate con l'intero gruppo. La scelta della storia da rappresentare è dettata da motivi prettamente pratici, legate ad esigenze di set e di tempi. In realtà ogni storia contiene aspetti inediti che potranno essere raccolti ed utilizzati attraverso strumenti narrativi (articoli, pubblicazioni etc). Questo penultimo workshop si conclude, prima di iniziare le riprese, con l'attribuzione di un ruolo a tutti i partecipanti al progetto, che contribuiranno alla realizzazione del cortometraggio alcuni come attori ed altri con funzioni tecniche all'interno della troupe cinematografica.

6.7. Ciak: si gira! Le due équipes multidisciplinari a confronto nella realizzazione del cortometraggio

«... lasciarsi andare e buttare via il copione: l'evoluzione e il miglioramento così rapidi non si spiegano con lo studio della sceneggiatura ma con la capacità di entrare in contatto con le emozioni dei personaggi se necessario buttando via il copione».

Duccio Chiarini

Le giornate conclusive dedicate alla realizzazione del cortometraggio hanno anche la funzione di mettere a confronto due gruppi operativi promuovendo un ulteriore momento di riflessione negli operatori della sanità partecipanti al percorso (vedi schema 4).

Un aspetto molto interessante è che in questa fase il gruppo "diviene osservatore di se stesso", nel senso che una di quelle stesse criticità che vengono quotidianamente affrontate nella vita professionale viene osservata da un nuovo punto di vista che è quello cinematografico.

Confronti e analogie che si affrontano in ambito sanitario e nel mondo del cinema vengono ora esplicitate con nuovi strumenti di lettura. I partecipanti hanno lavorato con professionalità e insospettabile disinvoltura nelle loro nuove vesti di attori ed operatori della troupe cinematografica.

L'insorgenza di evidenti criticità e problemi di comunicazione sul set è stata



Schema 5. Due gruppi-disciplinari a confronto.

affrontata con spirito di gruppo e nuove modalità relazionali in vista di un obiettivo concreto e condiviso. Quest'ultimo aspetto ha consentito ai partecipanti di sentirsi finalmente gruppo e di superare facilmente quelle problematiche interpersonali e logistiche presenti nel loro usuale luogo di lavoro (il cortometraggio è stato infatti girato totalmente nelle piccolissime stanze e corsie del loro reparto).

Ovviamente il gruppo durante questa fase operativa si è concentrato prevalentemente sulla realizzazione del film, entrando pienamente "nella parte". Pertanto le dinamiche interpersonali sono state osservate dagli operatori del CRRCR e restituiti al gruppo in successivi incontri specifici.

Come evidenziabile dalla visione del cortometraggio il risultato conseguito dal gruppo dal punto di vista cinematografico è stato certamente molto pregevole ed ha suscitato l'apprezzamento sia degli osservatori del CRRCR e, cosa particolarmente importante da questo punto di vista, dell'occhio esperto del regista stesso e della sua troupe.

6.8. Riflessioni nel gruppo

«Le criticità si trovano in qualunque posto di lavoro, quelli che pensano che siano problemi specifici del loro reparto sbagliano: sono problemi che si trovano ovunque quando si lavora con altre persone. Sono anche gli stessi problemi che regista e troupe si trovano a dover gestire (spazi e tempi stretti, divergenze di opinione, personalismi etc.) per arrivare al raggiungimento di un risultato. Se si crea la comprensione reciproca del fatto che i "loro"

problemi sono i "nostri" problemi e che anche noi possiamo capire... forse questo è un momento di avvicinamento per poi poter lavorare insieme, ascoltarsi reciprocamente e trasformare quel non dialogo della corsia e del reparto in un dialogo sul set».

Duccio Chiarini

La costruzione di un gruppo di lavoro solido ed unito rappresenta di per sé un obiettivo, ma anche un passaggio delicato e complesso del percorso formativo. La crescita della consapevolezza della dimensione relazionale e quella delle capacità di introspezione e lettura delle criticità da parte del gruppo, sono parametri in continua evoluzione e pertanto verificabili in un lasso di tempo più lungo.

Tuttavia, la percezione di una maggiore fluidità dello scambio di idee e di emozioni, di una nuova disponibilità a "fare squadra" è stata evidente negli ultimi incontri: *«dopo così poco tempo, sembra un altro gruppo rispetto all'inizio»* (membro della troupe cinematografica).

Al termine delle riprese ci sono stati degli incontri (che tuttora proseguono) nei quali, con l'aiuto degli operatori del CRRRCR, il gruppo ha riflettuto e continua a riflettere sul significato di questa parte di percorso e più in generale sui temi che quest'ultimo ha fatto emergere.

Il gruppo ha anche prodotto su questo argomento un interessante contributo, presentato ad un convegno organizzato a conclusione del progetto "cinema", dove i vissuti dei partecipanti sono stati raccolti sotto forma di parole ed immagini. L'elaborazione delle problematiche emerse apre una riflessione molto ampia che si lega alla filosofia attraverso cui il CRRRCR affronta temi quali benessere e disagio delle organizzazioni sanitarie.

Infatti tra gli aspetti che emergono nell'attività quotidiana che il CRRRCR svolge sui gruppi e sulle organizzazioni in sanità ve ne sono alcuni che assumono carattere di ripetitività e "cronicità". Volendo sinteticamente riassumere possiamo parlare di difficoltà a sentirsi parte di un gruppo, di tendenza a "vedere" solo una piccola parte del lavoro (e quindi del percorso che il paziente fa all'interno della struttura sanitaria), una scarsa predisposizione all'integrazione dei ruoli, una visione sommaria dell'obiettivo ultimo del proprio lavoro; il tutto in una situazione di cambiamento sociale dei ruoli, dei livelli organizzativi e di grosso carico lavorativo più indirizzato alla "quantità" che alla "qualità" soprattutto relazionale.

Come anticipato nella premessa un'osservazione psicologica del fenomeno non può prescindere dalla considerazione che i vissuti di isolamento e di solitudine dell'operatore sanitario di oggi continuino ad agire in maniera sotterranea danneggiando, insieme al vissuto di benessere, aspetti fondamentali della professione sanitaria quali passione e motivazione. In questo senso l'aumento delle tecnologie a disposizione di una struttura moderna in assenza di una cura degli aspetti psicologici dell'operatore anziché aiutarlo costituiscono un'ulteriore fonte di stress e di ostacolo alla relazione.

Mentre sugli aspetti tecnico scientifici il percorso svolto in questi anni dall'organizzazione sanitaria è stato velocissimo, molto poco si è fatto per migliorare la qualità dell'integrazione nei gruppi e tra i gruppi di operatori. Alla luce della nostra esperienza, problematiche di questo genere stanno spesso alla base di conflitti e criticità che irrompono nell'attività quotidiana con ricaduta sempre dannosa sulle relazioni, ma spesso anche con conseguenze imprevedibilmente negative sulla qualità del servizio reso al paziente.

All'interno dell'indispensabile percorso che un gruppo di lavoro deve effettuare per auto-individuarsi come tale e per crescere umanamente e professionalmente, un momento centrale è rappresentato dalla possibilità di raccontarsi portando una storia in cui convergano le storie di tutti i "protagonisti". Il cinema ci è sembrato lo strumento ideale per raccontare e raccontarsi, per osservare ed osservarsi.

6.9. Il percorso visto dal Formas: il punto di vista della formazione tra emozioni e ragione

Il progetto cinema si inserisce in quell'ambito di metodologie formative innovative supportate dalla rete formativa creata dal Formas (Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria) con la collaborazione del CRRCR (Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali).

L'intento è quello di valorizzare la complessità organizzativa, i significati del vivere organizzativo, valorizzare la persona in un costruendo formativo e sviluppare un'ottica dialettica sui saperi e l'accumulo delle conoscenze.

Dal punto di vista del formatore il significato è come utilizzare questa esperienza per poter adottare lo strumento cinema come nuova modalità didattica esperienziale finalizzata al raggiungimento di obiettivi formativi attinenti alla sfera affettivo-relazionale e comunicativa nel complesso contesto delle nostre organizzazioni aziendali. Come pensano le nostre organizzazioni? Di quale sapere sono portatrici? In quale modo sviluppano le loro conoscenze? Come apprendono?

Partiamo dal presupposto che senza affetti, emozione, coniugazione di testa e cuore, e senza la consapevolezza di essi, non ci può essere apprendimento personale e, in un'ottica sistemica, alcuna possibilità per l'organizzazione di apprendere ad apprendere. Quindi ogni formazione necessita di entrare nell'animo dell'organizzazione cui si riferisce, nella sua storia, nei suoi obiettivi, nel suo futuro e nelle sue proiezioni, nell'animo delle persone che contemporaneamente la compongono, nel loro bisogno di unità e differenziazione. Il cinema è storia raccontata. Stimolo per lo sviluppo delle capacità auto-riflessive e strumento condensante gli aspetti comunicativi del comportamento, del verbale e del non verbale, del detto e del non detto, dell'esplicito e dell'implicito che alle organizzazioni stesse danno forma e vita, creatività e desiderio, idee e progettualità.

Si rivaluta nel fare cinema l'aspetto psicologico del qui ed ora dei comportamenti e del loro significato riflettendo sulle sceneggiature ideate e prodotte dagli stessi partecipanti soggetti e oggetti delle storie raccontate. Una domanda ricorrente durante la messa in scena del cortometraggio era: *«in quelle scene ero concentrato su come si comportavano gli altri, ma come fare per attuare un'analisi di come mi comporto io?»*.

Nella fase di sperimentazione e di attuazione della nuova metodologia risultano basilari la disponibilità degli operatori a mettersi in gioco tra storie personali, storie lavorative, ragione ed emozioni, nonché la coerenza con gli obiettivi di apprendimento facenti parte sia della conoscenza in sé, sia della consapevolezza della propria sfera e capacità o modalità relazionale, elemento centrale di offerta e di qualità di un'azienda che si occupa di salute e questa offre ai propri cittadini.

Il focus si esplica sull'acquisizione di competenze agendo su immagine e visioni, permettendo un'interazione tra la dimensione contenutistica e la pratica, in un contesto molto simile alla realtà e al contempo dissimile, consentendo l'evoluzione e l'aggiornamento della conoscenza di sé nel contesto di saperi collettivi e dato dal coinvolgimento emotivo delle immagini prima ancora che dalle parole.

In tale assetto formativo si ha una sedimentazione cognitiva delle emozioni con un rinforzo sull'apprendimento creativo.

Il cinema mette in campo le esperienze del singolo e del gruppo nella partecipazione e condivisione di obiettivi comuni in un arricchimento istantaneo contemporaneo trasversale di esperienze interpretative della realtà considerando l'organizzazione non solo come un insieme di strutture e processi, ma organizzazione come stato d'animo.

Coniugazione di autonomia e responsabilità, libertà e regole, vincoli e possibilità, cuore e ragione, razionalizzazione e razionalità, competizione e cooperazione, motivazione e demotivazione, simbiosi e differenziazione i cui aspetti dicotomici divengono conflittualmente spinta naturale e necessaria al cambiamento.

L'indicazione è quella di erogare buone pratiche che trovano il loro valore nella ricchezza delle relazioni interumane di cui l'organizzazione si nutre e vive. Dove l'operatore, consapevole del contesto e dell'organizzazione in cui è e del proprio saper fare e saper essere, possa immaginare e sentire prospettive diverse e immaginare e provare le prospettive altrui, degli altri operatori, del paziente.

Si apre quindi una nuova visione e immagine del formatore stesso, promotore e sintetizzatore di intuizioni, bisogni e necessità, accompagnatore del cambiamento.

In questa esperienza il formatore riesce ad avvalorare le ipotesi teoriche rispetto all'acquisizione delle competenze riferendosi alla nota piramide di Miller, dove si passa dalla base all'apice attraverso la fase delle conoscenze fino al fare, evidenziando come la formazione incide nella parte più alta della piramide. È inol-

tre basilare il passaggio di supporto a tutte le considerazioni di tipo realistico pratico delle evidenze scientifiche, che avvalorano quanto detto.

Possiamo quindi condividere le seguenti considerazioni:

1. La formazione e la didattica deprivate del contesto organizzativo perdono di significato.
2. Le organizzazioni sono ambienti della complessità, dello sviluppo, del cambiamento. Per il loro mantenimento è necessaria una intelligenza distribuita e una formazione del tipo apprendere ad apprendere.
3. Meeting e sessioni didattiche "ex-cathedra" non modificano i comportamenti degli operatori sanitari, mentre sessioni interattive (metodologie didattiche interattive, *problem based*, risoluzioni di casi, role-playing, ecc.) sembrano risultare in modificazioni apprezzabili della pratica clinica.
4. La produzione e/o visualizzazione di immagini è strumento potente per catturare l'attenzione, per generare emozioni, richiede un tempo breve per indurre un effetto, ed è facile da implementare. Inoltre il contenuto delle immagini promuove l'apprendimento favorendo la creatività di pensiero e la formazione di nuove associazioni e analogie.
5. Il cinema in formazione può essere una metodologia accettata in quanto:
 - a. il suo successo non sembra essere limitato solo ad un pubblico omogeneo;
 - b. le immagini evocano emozioni che sono un linguaggio universale;
 - c. le "montagne russe" di sentimenti che questa metodologia genera sono un ambiente di apprendimento che porta costantemente il dibattito sulle ipotesi di base delle scienze umanistiche;
 - d. si tratta infatti di apprendere ad apprendere ovvero innescare processi mentali attivi in idee, ipotesi progettuali dove l'operatore da esser macchina diviene attivo promotore di creatività e idee.

*«L'uomo pensa, ricorda, sogna per immagini, non per parole.
Pensare esige immagini e le immagini contengono pensiero».*

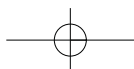
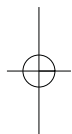
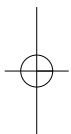
R. Arnheim

6.10. Bibliografia

- AA.VV. (1989), *Emozioni in celluloide*, Raffaello Cortina, Milano, in AA.VV. (2005), *La fabbrica dei sogni: tra cinema e psicoanalisi*, ISU, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano.
- Accerboni, A.M. e Shon, A. (1997), *Le frontiere della psicoanalisi*, Borla, Roma.
- Albano, L. (2004), *Lo schermo dei sogni. Chiavi psicoanalitiche del cinema*, Marsili, Venezia.
- Agosti, A. (2004), *Il cinema per la Formazione*, Franco Angeli, Milano.

- Angelini, A. (1992), *Psicologia del cinema*, Liguori, Napoli.
- Argentieri, S. e Saponi, A. (1988), *Freud a Hollywood*, Nuova ERI, Torino.
- Arnheim, R. (1967), *Il pensiero visivo*, Einaudi Editore, Torino.
- Arnheim, R. (1971), *Arte e percezione visiva*, Feltrinelli, Milano.
- Bedoni, G. e Tosatti, B. (2000), *Arte e psichiatria*, Fondazione Mazzotta, Milano.
- Bellavita, A. (2005), *Schermi perturbanti*, Vita e Pensiero, Milano.
- Blandino, G. (2000), *Il parere dello psicologo*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Blasco, P.G. et al. (2010), *Insegnare con i film in un ambiente multiculturale. Superare le barriere culturali attraverso le emozioni e la riflessione*, in «Fam Med», vol. XLII, n. 1 pp. 22-24.
- Brunetta, G.P. (1997), *Buio in sala*, Marsilio, Venezia.
- Buccheri, V. (2000), *Sguardi sul postmoderno*, I.S.U. Università Cattolica, Milano.
- Canova, G. (2000), *L'alieno e il pipistrello*, Bompiani, Torino.
- Carmagnola, F. (2004), *Plot, il tempo del raccontare nel cinema e nella letteratura*, Meltemi, Roma.
- Carmagnola, F. e Pievani, T. (2003), *Pulp Times. Immagini del tempo nel cinema d'oggi*, Meltemi, Roma.
- Casadio, L. (2004), *Le immagini della mente*, Franco Angeli, Milano.
- Catalbiano, P.S. (2009), *Il senso delle emozioni nell'apprendimento*, in «FOR Rivista per la Formazione», n. 81.
- Cattorini, P. (2003), *Bioetica e cinema*, Franco Angeli, Milano.
- Costantino, M. (2005, a cura di), *Educare al film*, Franco Angeli, Milano.
- Curi, U. (2000), *Lo schermo del pensiero. Cinema e filosofia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- De Franco, L. e Cortese, M. (2004, a cura di), *Ciak, si vive*, Edizioni Magi, Roma.
- De Mari, M. et al. (2006, a cura di), *La mente altrove. Cinema e sofferenza mentale*, Franco Angeli, Milano.
- D'Incerti, D. et al. (2000), *Schermi di formazione*, Guerini e Associati, Milano.
- Imbasciati, A. et al. (1998), *Schermi violenti. Catarsi o contagio?*, Borla, Roma.
- Indick, W. (2004), *Psicoanalisi per il cinema*, Dino Audino Editore, Roma.
- Kaplan, A. (1990), *Psychoanalysis & Cinema*, Routledge, New York.
- Gabbard, G.O. e Gabbard, K. (1999), *Cinema e psichiatria*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Giovanelli, F. (2005, a cura di), *Frontiere. Il cinema e le narrazioni dell'identità*, Bulzoni, Roma.
- Goisis, P.R. et al. (2006), *Psychiatric help: 5 cent. The doctor is in. La consultazione al cinema*, in G. Landoni e R. Jaffè (2006, a cura di), *L'assetto mentale dello psicoanalista nella consultazione*, «Quaderni del Centro Milanese di Psicoanalisi», n. 9.
- Golinelli, P. (2004), *Per una lettura psicoanalitica dei film*, «Rivista di Psicoanalisi», n. 2, pp. 443-460.

- Grossini, G. (1984), *Cinema e Folli: Stati di psicopatologia sullo schermo (1948-1982)*, Dedalo, Bari.
- Lago, G. (2002), *Orientamenti diagnostici in psichiatria e psicoterapia clinica. Tra teoria, casi clinici e personaggi cinematografici*, Ma. Gi. Editore, Roma.
- Linguisti, F. e Colacino, M. (2004), *L'inconscio cinema. Lo spettatore tra cinema, film e psiche*, Effatà, Torino.
- Maisetti, M. (2004), *Il lato oscuro. Viaggio nell'ombra*. Alinea Editrice, Firenze.
- Mecacci, L. (2000), *Il caso Marilyn M. e altri disastri della psicoanalisi*, Editori Laterza, Bari.
- Mereghetti, P. (2002), *Il Mereghetti Dizionario dei film 2010*, Baldini e Castoldi, Milano.
- Metz, C. (1980), *Cinema e psicoanalisi*, Marsilio, Venezia.
- Musatti, C. (2000), *Scritti sul cinema*. in Romano, D.F. (2000, a cura di), *Testo e Immagine*, Torino.
- Nepoti, R. (2004), *L'illusione filmica*, UTET, Torino.
- Peske, N. e West, B. (1999), *Cinematerapia. C'è un film per ogni stato d'animo*, Feltrinelli, Milano.
- Peske, N. e West, B. (2005), *Cinematerapia 2*, Feltrinelli, Milano.
- Ravasi Bellocchio, L. (2004), *Gli occhi d'oro. Il cinema nella stanza d'analisi*, Moretti & Vitali, Bergamo.
- Regosa, M. (2003, a cura di), *Il sorriso di Dionisio*, Alinea Editrice, Firenze.
- Regosa, M. (2001), *Il cerchio magico. Cinema e psicoanalisi: la famiglia*, Alinea Editrice, Firenze.
- Regosa, M. (2003), *L'albero spezzato. Cinema e psicoanalisi su infanzia e adolescenza*, Alinea Editrice, Firenze.
- Riefolo, G. (2006), *Le visioni di uno psicoanalista*, Antigone, Torino.
- Sabbadini, A. (2006), *Dal lettino allo schermo cinematografico*, Borla, Roma.
- Shapiro, J. (2007), *Movies and emotional engagement: laughing matters in lecturing*, in «Fam Med»; vol. XXXIX, n. 4, pp. 245-247.
- Senatore, I. (1994), *L'analista in celluloide*, Franco Angeli, Milano.
- Senatore, I. (2001), *Curare con il cinema*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Senatore, I. (2004), *Cineforum del Dottor Freud*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Senatore, I. (2006), *Psycho-cult. Psicodizionario del cinema di genere*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Strada, R. (2005), *Il buio oltre lo schermo. Gli archetipi del cinema di paura*, Zephire Edizioni, Torino.
- Varchetta, G. (2010), *Cinema e Apprendimento*, in «FOR Rivista per la Formazione», n. 83.
- Vergerio, F. (2000, a cura di), *Cinema e adolescenza: 400 film*, Moretti & Vitali, Bergamo.
- Verrua, G. (1994), *Io Freud, tu Jane. La psicoanalisi nel cinema*, Upsel, Torino.
- Viganò, D.E. (2002), *La camera oscura Il cinema tra memoria e immaginario*, vol. 1, Effatà, Torino.
- Viganò, D.E. (2003), *La camera oscura. Il cinema tra memoria e immaginario*, vol. 2, Effatà, Torino.



Capitolo 7

Progetto “Competenze psicologiche e relazionali in Chirurgia: un’esperienza formativa presso il Dipartimento di Chirurgia della Asl 8”

7.1. Aspetti psicologici del lavoro in Chirurgia

Comunicare una diagnosi, accompagnare malato e familiari lungo tutto il delicato e complesso percorso di cura dall’accoglienza ospedaliera all’intervento chirurgico, sostenere e curare nell’eventuale evolversi della malattia, spesso oncologica, lavorare in gruppo e integrare le competenze dei vari membri dell’équipe: sono tutte operazioni che richiedono conoscenze comunicative e psicologiche oltre ad una capacità di curare relazioni il cui impatto può essere di difficile elaborazione per il personale sanitario.

L’esperienza della malattia porta con sé una profonda crisi nella persona direttamente coinvolta e nel sistema paziente-famiglia: diagnosi e trattamenti determinano nella persona malata una condizione di grave stress psicofisico che sconvolge tanto l’equilibrio dell’individuo quanto quello delle persone che gli stanno accanto, soprattutto nei casi di malattie gravi a prognosi infausta.

L’intervento chirurgico in particolare poi veicola inevitabilmente elementi fortemente simbolici e attribuzioni di significato emotivamente rilevanti, spesso sottostimati, che implicano concetti di cura, guarigione, speranza, paura e morte.

Per il paziente la componente invasiva ed intrusiva nei confronti del proprio corpo, necessaria per intervenire sulla parte malata e propria dell’atto medico – chirurgico, può essere vissuta come una aggressiva perdita di integrità della propria identità personale.

Nel caso dell’intervento medico, infatti, la scissione tra parte malata ed insieme della persona portatrice della malattia permette di conservare la separazione netta tra *bene proprio* della persona e *male altro* della forma patogena che concerne un organo o un apparato, ma non l’intera persona. Separazione necessaria emotivamente, che, nel perdersi in una progressiva confusività tra altro e proprio, comporta sempre il rischio della violenza emotiva (Fornari, 1975; Carli, 1987, Carli e Panizza, 2003).

Insieme a questi aspetti inerenti il significato emotivo dell’intervento medico sulla persona malata, è opportuno rilevare anche l’emergere di sentimenti spesso associati a tonalità affettive di tipo depressivo e ansioso che si legano alle diverse fasi in cui si articola il percorso di cura: l’anestesia assume frequentemente significati di morte per la temporanea sospensione della coscienza, il dolore post ope-

ratorio frustra l'aspettativa di risoluzione magica della malattia che l'intervento porta con sé, la tecnica chirurgica come *extrema ratio* muove sentimenti assoluti e alternanti di speranza e di disperazione.

Tali movimenti emotivi sono riscontrabili in tutti i pazienti che afferiscono al percorso chirurgico, indipendentemente dal tipo di intervento cui sono sottoposti, dalla sua gravità e dalla sua invasività, in quanto ognuno di essi lo vive con una particolare attivazione emotiva che ha anche a che fare con le proprie caratteristiche personologiche e con la propria storia, personale e familiare.

Ciò che è differente può essere invece la reazione dell'operatore, sia medico sia infermieristico o tecnico assistenziale, generalmente più preparato e predisposto ad affrontare e comprendere reazioni collegate a quadri clinici specifici e chiaramente complessi da un punto di vista emotivo, quali ad esempio quelli oncologici, piuttosto che a situazioni apparentemente meno critiche, come nel caso di piccoli interventi ambulatoriali.

L'operatore che assiste questi pazienti si trova ad affrontare una situazione relazionale che reca un gravoso carico emotivo significativo e che richiede la capacità di accogliere l'altro con tutte le sue angosce, senza peraltro lasciarsi travolgere.

L'operatore è inoltre spesso investito dalle elevate aspettative che i pazienti e i loro familiari hanno relativamente alla cura e all'assistenza e dalle attese onnipotenti e speranze di guarigione che contrastano con i limiti reali della tecnica professionale e possono provocare frustrazione e senso di impotenza.

La possibilità di instaurare una relazione di cura è caratterizzata da un lato dalla comprensione degli stati emotivi del paziente e dei familiari e dall'altro dalla comprensione degli affetti che inevitabilmente l'incontro col paziente muove all'interno dell'operatore stesso. Quindi "l'operatore sanitario deve poter sviluppare una capacità riflessiva rispetto a quanto accade nel campo relazionale", intendendo come oggetto di tale campo non la malattia ma la relazione stessa. (Imbasciati e Margiotta, 2004).

Questa situazione può essere ulteriormente complicata dal rapporto con i colleghi del proprio gruppo di lavoro: talvolta può essere difficile condividere vissuti e competenze in un reale lavoro di équipe e le abilità relazionali e comunicative possono aggregarsi nelle differenti professionalità piuttosto che costituire una competenza diffusa e condivisa da tutta l'équipe.

Sviluppare una funzione riflessiva sugli aspetti affettivi del proprio lavoro e di conseguenza promuovere nell'operatore la capacità di instaurare una buona relazione comunicativa sia con il paziente e i suoi familiari che con i colleghi risulta essere un nodo centrale di un intervento formativo come quello che qui descriviamo.

7.2. La relazione paziente – famiglia – operatore

Di fronte alla sofferenza dei pazienti e dei loro familiari gli operatori possono sviluppare dei meccanismi automatici e inconsapevoli di fronteggiamento dei sentimenti di ansia e di frustrazione, sia nel senso di ipercoinvolgimento sia di evitamento.

Alcuni operatori hanno la tendenza ad assorbire gli stati emotivi dei pazienti e dei loro familiari, identificandosi con la loro sofferenza e finendo per sentirsi sopraffatti, tanto da riportare di continuare a pensare ad essi anche al di fuori del contesto lavorativo. Un'altra modalità di reazione, altrettanto frequente, è quella di difendersi da questo eccessivo impegno emotivo utilizzando meccanismi di distanziamento, ipertecnicismo e razionalizzazione.

Entrambe queste modalità relazionali, se poco flessibili e strutturate in modo rigido, impediscono un reale contatto e comportano dei rischi relazionali sia per l'operatore che per il paziente.

Nel primo caso l'identificazione con l'altro rischia di produrre nell'operatore un'usura emotiva non sostenibile e un invischiamento della relazione in cui non è più possibile separare i bisogni o le paure proprie da quelli del paziente.

Nel secondo caso, l'evitamento degli elementi affettivi della relazione può determinare un distanziamento emotivo eccessivo che impedisce una reale comunicazione con il paziente e i suoi familiari. Questo può avere una duplice conseguenza: da un lato il paziente si può sentire non capito, rifiutato, o addirittura ignorato nei suoi bisogni di vicinanza, dialogo e comprensione emotiva da parte dell'operatore; dall'altro l'operatore, a lungo termine, può arrivare ad esperire tale distanziamento come un inaridimento emotivo che alimenta la demotivazione e un senso di scarsa efficacia e utilità, aspetti che possono poi sfociare nella strutturazione di un vero e proprio burn-out.

Di fronte alle emozioni intense e dolorose che la malattia e la morte evocano, gli operatori possono quindi utilizzare delle modalità relazionali che difendono dall'ansia o dalla tristezza; questi meccanismi non sono di per sé dannosi, ma lo diventano se rimangono automatici, al di fuori della consapevolezza e dell'auto-osservazione, mai oggetto di riflessione e problematizzazione, divenendo rigidi, poco flessibili e di ostacolo ad un contatto proficuo con sé stessi e con i pazienti e i loro familiari.

In area chirurgica la macro area della comunicazione operatore-paziente si declina inoltre in modo più specifico nei temi della comunicazione della diagnosi e della prognosi. Essendo spesso i pazienti chirurgici persone che presentano una malattia oncologica si rimanda in questo senso agli approfondimenti sviluppati nel Capitolo V di questo testo. Ricordiamo tuttavia un aspetto fondamentale relativo alla comunicazione della diagnosi: il problema non riguarda se e quanto informare il paziente, ma il processo della relazione e della comunicazione nel suo insieme.

Un problema frequente è il difficile impatto che l'operatore sanitario ha con i limiti della propria professione, inevitabile nel caso dei malati terminali o a prognosi infausta: il contatto con la morte e con i sentimenti e le reazioni dei familiari non solo costringe l'operatore a un confronto con le proprie paure e angosce di morte, ma ridimensiona fortemente la fantasia di poter sempre riuscire a guarire l'altro, provocando frustrazione, impotenza, inutilità e paura.

L'attività sanitaria mette continuamente in contatto gli operatori con il dolore e la morte: il dolore fisico e psicologico dei pazienti e dei loro familiari, il dolore dell'abbandono e dell'essere abbandonati e il lutto nelle sue forme più varie e più drammatiche.

L'operatore dovrebbe essere in grado di tollerare l'espressione di dolore che i familiari mostrano in queste situazioni e mantenere un atteggiamento di disponibilità, sebbene offrire una reale e sincera apertura nella fase del lutto non sia semplice (Kubler Ross, 1998).

In situazioni ad alto contenuto emotivo esprimere interesse e disponibilità richiede all'operatore una notevole conoscenza delle proprie reazioni circa la morte, il lutto, la perdita personale; inoltre la constatazione di non essere in grado di fare qualcosa nell'immediato per alleviare le sofferenze della persona può portare l'operatore ad affrontare tali situazioni con modalità disfunzionali.

In quest'ottica la formazione sulle competenze relazionali e comunicative si orienta allo sviluppo di una funzione riflessiva sugli aspetti emotivi che si attivano e si vivono nella quotidianità del proprio lavoro.

Un gruppo di lavoro preparato in senso emotivo e relazionale dovrebbe essere in grado di incrementare il suo livello di comprensione delle necessità e dei bisogni dei pazienti e dei loro familiari e delle proprie modalità di funzionamento emotivo.

È pertanto estremamente opportuno che agli operatori sanitari vengano fornite occasioni per *pensare le proprie emozioni in gruppo*, laddove difficilmente nel quotidiano lavorativo sono previsti spazi dedicati al confronto e alla riflessione condivisa.

Una delle finalità della formazione è anche poter sperimentare in gruppo la discussione e l'analisi dei casi più difficili da un punto di vista emotivo o relazionale (supervisione/intervisione), al fine di individuare strategie efficaci e sostenibili per affrontare eventuali difficoltà o situazioni problematiche e per poter esprimere e condividere in gruppo le difficoltà personali del singolo operatore o dell'intera équipe nei confronti dell'attivazione di dinamiche emozionali di difficile gestione.

Essere disponibili ad automonitorarsi e a tollerare i propri sentimenti di impotenza e angoscia, accettare la contrazione della dimensione del fare e sviluppare uno spazio relazionale non saturo, di accoglienza e ascolto dell'altro, permette agli operatori di mantenere un senso di efficacia professionale e di offrire vicinanza

emotiva e supporto ai pazienti e alle loro famiglie.

La formazione psicologica dell'operatore che lavora in ambito chirurgico ha come ulteriore obiettivo lo sviluppo di una competenza al lavoro in équipe integrata.

La formazione al lavoro di gruppo è opportuna non solo perché migliora la qualità del benessere lavorativo del gruppo di lavoro e di conseguenza del singolo operatore, costituendo un elemento che previene lo sviluppo del disagio e dello stress, ma anche perché un'équipe integrata e ben funzionante sotto il profilo della comunicazione e del clima relazionale garantisce al paziente una buona qualità del servizio, riducendo il rischio di errori e migliorando efficienza e efficacia degli interventi.

È utile sottolineare che la capacità di lavorare in gruppo non si attiva in modo automatico né semplice: integrare competenze e linguaggi diversi in un approccio comune, negoziare i conflitti e i diversi ruoli può essere un compito difficile e ciclicamente sottoposto a stressors di varia natura: la formazione può offrire sostegno al gruppo e facilitare l'evoluzione e il mantenimento di un livello di funzionamento adeguato, soprattutto durante le vicende che esso vive (cambiamenti, perdite, nuovi ingressi, conflitti ecc.).

7.3. Progetto formativo Dipartimento di Chirurgia Asl 8 (anni 2006/2007/2008)

Il progetto è nato su domanda del Direttore di Dipartimento di Chirurgia della Asl 8, con la richiesta di aiutare gli operatori a implementare le competenze relazionali con gli utenti; domanda che, in sede di pre-progettazione, viene ridefinita con i committenti e i destinatari del progetto insieme, gli stessi operatori, come approfondimento degli aspetti psicologici e comunicativi del lavoro in chirurgia riguardanti non solo gli utenti e le loro famiglie, ma anche il gruppo di lavoro multiprofessionale (medici, infermieri, OSS).

Il focus è stato mantenuto sul tentativo di comprendere le motivazioni delle eventuali difficoltà di comunicazione e di relazione che si possono presentare, alla luce dei vissuti emotivi che l'incontro con l'altro (paziente e familiare) evoca e come in tali situazioni le dinamiche di gruppo influenzino la capacità individuale di affrontare in modo più o meno funzionale le criticità.

Il primo step è stato quindi effettuare un'indagine preliminare sulla percezione delle criticità, dei bisogni e delle esigenze degli operatori del Dipartimento relativamente al tema degli aspetti psicologici e relazionali del lavoro con i pazienti, le famiglie e all'interno del proprio gruppo, attraverso la compilazione di un questionario.

Il questionario, creato appositamente dal CRRCR, si è proposto di fotografare

la realtà alla quale viene rivolto l'intervento in modo da contestualizzare e meglio calibrare l'intervento stesso sulla base delle esigenze emergenti; viene esplicitato agli operatori che non ha alcuno scopo valutativo e viene proposto in forma anonima.

Il questionario comprende domande aperte per fornire all'operatore la libertà di sviluppare liberamente gli argomenti scelti e/o di affrontare ulteriori tematiche.

Dopo le fasi della raccolta dei questionari e dell'analisi statistica dei dati ottenuti, è stato quindi programmato il corso formativo, che in prima giornata ha effettuato la restituzione e la discussione delle tematiche e degli argomenti emersi.

Il corso, che si è sviluppato su tre anni, ha previsto la partecipazione di tutti gli operatori del Dipartimento, medici, infermieri e OSS; inizialmente in grande gruppo di 30 persone (primo anno), poi (secondo e terzo anno) in piccoli gruppi di 10-12 persone, dimensione facilitante le fasi di discussione e di confronto sui temi proposti.

Obiettivi generali del corso: analizzare, comprendere e affrontare i conflitti relazionali e comunicativi con l'utenza e all'interno del gruppo di lavoro degli operatori; implementare e mantenere le competenze relazionali e comunicative degli operatori; migliorare il benessere lavorativo; fornire uno spazio dedicato dove poter riflettere insieme sugli aspetti relazionali del lavoro e confrontarsi con i colleghi sulle situazioni più stressanti e difficili da un punto di vista emotivo.

I moduli formativi di gruppo sono stati organizzati alternando momenti di approfondimento teorico a momenti di lavoro in gruppo con discussione di casi clinici, role playing, autocasi; è stata inoltre effettuata una iniziale indagine conoscitiva pre-formativa sulle problematiche relazionali e comunicative evidenziate dagli operatori e dei loro bisogni e esigenze, la valutazione dell'esito dell'intervento e un follow up post-formativo.

Dopo la prima esperienza formativa svolta nel 2006, si sono succeduti due cicli di formazione sulle tematiche psicologiche già in parte sviluppate nel primo anno esplicitamente richiesti dagli operatori del Dipartimento di Chirurgia; individuati come temi da approfondire e discutere durante la formazione sono stati la relazione con pazienti e familiari "difficili", intendendo quelle situazioni in cui la gravità delle condizioni di malattia implica reazioni psicologiche di difficile comprensione e controllo da parte degli operatori, e le dinamiche e la comunicazione all'interno del gruppo di lavoro.

Obiettivo del progetto formativo svoltosi nel 2007 "La gestione della relazione con il paziente difficile" è stato fornire degli spunti teorici di riferimento ma soprattutto uno spazio dove il gruppo degli operatori potesse discutere, riflettere e confrontarsi sui casi problematici incontrati nella pratica lavorativa quotidiana, sulle possibili strategie più o meno funzionali di approccio e sugli aspetti emotivi coinvolti in tali dinamiche relazionali.

Con la stessa modalità nel 2008 ha avuto luogo il progetto formativo "Le rela-

zioni nel gruppo di lavoro: analisi dei conflitti e loro risoluzione", che ha avuto l'obiettivo di approfondire il tema delle dinamiche psicologiche presenti nel gruppo di lavoro e l'analisi e comprensione delle dinamiche conflittuali che si verificano sia tra operatori sia tra operatori e utenza, attraverso un lavoro sull'esperienza degli operatori stessi.

Le tematiche sviluppate nei tre corsi di formazione sono illustrate nel dettaglio nelle Tabelle 1, 2 e 3.

Tabella 1. Argomenti corso 2006 e numero partecipanti.

Anno 2006 "Sviluppo delle competenze relazionali nel rapporto Operatore-Paziente-Familiare" Presentazione e discussione in gruppo dei dati emersi dai questionari pre-formativi L'organizzazione del gruppo di lavoro La relazione e la comunicazione tra operatori La relazione e la comunicazione tra operatori e pazienti La relazione e la comunicazione tra operatori e familiari Il "paziente difficile" Presentazione e discussione di casi clinici Partecipanti n. 82 su 9 giornate
--

Tabella 2. Argomenti corso 2007 e numero partecipanti.

Anno 2007 "La gestione della relazione con il paziente difficile" Il paziente difficile: definizione La relazione e la comunicazione con il paziente La relazione e la comunicazione con la famiglia del paziente Il gruppo di lavoro di fronte al paziente difficile e alla sua famiglia La comunicazione della diagnosi I meccanismi di difesa Discussione di casi clinici Partecipanti n. 114 su 10 giornate
--

Tabella 3. Argomenti corso 2008 e numero partecipanti.

Anno 2008 “Le relazioni nel gruppo di lavoro: analisi dei conflitti e loro risoluzione” L'organizzazione e le dinamiche relazionali del gruppo di lavoro Analisi e strategie di risoluzione dei conflitti interpersonali La relazione e la comunicazione tra operatori La relazione e la comunicazione tra operatori e pazienti/familiari Discussione di casi Partecipanti n. 142 su 10 giornate

7.4. Riflessioni conclusive

I principali temi affrontati in questo progetto formativo possono essere riassunti in due macro aree: la relazione e comunicazione con i pazienti e i loro familiari e la relazione e la comunicazione tra operatori all'interno del proprio gruppo di lavoro. In questo senso il gruppo degli operatori ha sviluppato una riflessione sul campo relazionale in cui è immerso, con l'invito ad approfondire la conoscenza delle modalità comunicative e relazionali proprie e del proprio gruppo di lavoro, oltre che a individuare gli elementi maggiormente funzionali e critici nella relazione con i pazienti e i loro familiari. Durante i percorsi formativi sono state individuate inoltre micro aree costituite da elementi portanti nelle competenze professionali, quali le reazioni emotive con pazienti con specifici quadri clinici e le dinamiche del gruppo di lavoro.

La complessità e l'ampia estensione dei temi trattati, pertinenti per operatori dell'area chirurgica come per operatori di altre aree, è tale poiché il modello formativo del CRRCR non prevede una formazione che conduce all'apprendimento di strumenti forti o di metodi standardizzati differenziati per specifici ambiti, ma è rivolta principalmente a fornire momenti di confronto in cui è possibile condividere esperienze e dare ascolto anche agli aspetti meno razionali dell'agire professionale.

Le problematiche di comunicazione e di conflitto all'interno dei gruppi di lavoro multiprofessionali, ad esempio, così come le criticità relative alla comunicazione della diagnosi, soprattutto quando infausta, costituiscono questioni diffuse e trasversali in moltissimi ambiti sanitari, e in esse sono chiamate in causa non solo una preparazione di tipo tecnico, ma esperienze e questioni molto più ampie relative da

un lato all'identità professionale e personale, motivazione, senso di appartenenza o di isolamento, dall'altro alla salute, alla malattia, alla guarigione e alla morte.

Il percorso formativo qui descritto, superando le resistenze degli operatori stessi a lavorare sulla propria persona piuttosto che individuare esclusivamente le difficoltà nei pazienti o nei colleghi, ha permesso a ciascun operatore di riflettere sul proprio abituale comportamento nel rapporto umano e professionale e di migliorare l'assistenza al malato e alla sua famiglia.

Il confronto in gruppo sulle chiavi di lettura teoriche e sui casi clinici e gli episodi dell'esperienza lavorativa ha infatti consentito un'analisi critica dei processi comunicativi e relazionali messi in atto e l'individuazione di modalità disfunzionali e altre che si sono rivelate efficaci.

Punto di forza dell'esperienza formativa è stata la rappresentatività all'interno dei gruppi formativi delle diverse professionalità che compongono l'équipe (medica, infermieristica, assistenziale), che ha permesso un ulteriore passaggio dalla riflessione individuale a quella di gruppo e ha consentito un approfondimento di dinamiche relazionali e un'integrazione preziosa delle diverse anime dell'équipe.

Sarà interessante vedere inoltre ad esempio gli sviluppi di un altro progetto del CRRCR che riguarda l'implementazione di competenze psicologico relazionali in area chirurgica, quello sulle *Non Technical Skills* (Capitolo VIII), che nasce rivolto principalmente alla componente medica in integrazione con tutti gli attori presenti nel team chirurgico.

Conoscere le proprie reazioni, i propri limiti e riconoscere che inevitabilmente entreranno a far parte del processo comunicativo influenzandolo, consentono all'operatore sanitario (medico, infermiere, tecnico dell'assistenza) di condurre la relazione mantenendo un equilibrio dinamico tra il proprio benessere e quello del paziente.

7.5. Bibliografia

- Azoulay, E. *et al.* (2000), *Half families of intensive care units patients experience inadequate communications with physicians*, in «Critical Care Medicine», vol. XXVIII, n. 8, pp. 3044-3049.
- Bertini, M. (1988), *Dalla Psicologia medica alla psicologia della salute*, in «Psicologia e salute», La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Carli, R. (1987), *Psicologia Clinica*, UTET Università, Torino.
- Carli, R. e Paniccia, M.R. (2000), *Psicologia della Formazione*, Il Mulino, Bologna.
- Carli, R. e Paniccia, M.R. (2003), *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*, Il Mulino, Bologna.
- Carli, R. e Paniccia, M.R. (2005), *Casi clinici. Il resoconto in psicologia clinica*, Il Mulino, Bologna.

- Caruso, A. *et al.* (2001), La formazione psicologica degli operatori: la proposta di un modello interdisciplinare, in «Giornale Italiano di Psico-Oncologia», vol. III, n. 1, pp. 12-16.
- Caruso, A. e Di Francesco, B. (2002), *L'intervento integrato in psiconcologia*, in Bellani M., *et al.* (2002, a cura di), *Psiconcologia*, Masson, Milano.
- Cecchini, M.G. e Taddei, G. (2003), *La definizione del metodo come base per un'etica della relazione d'aiuto*, in «Formazione Psicoterapia Counselling Fenomenologia, Psiche e Teatro», n. 2, pp. 104-109.
- Corgatelli, G. (2000), Attori e modelli per la formazione continua del medico, in «L'Arco di Giano», n. 25.
- Del Vecchio, G. e Barberis, L. (2000), *Metodologia della formazione continua e dell'educazione degli adulti*, in «L'Arco di Giano», n. 25.
- Ferri, V. (2001), *Centralità dei bisogni nella relazione di cura*, in Crozzoli Aite L. (2001, a cura di), *Sarà così lasciare la vita*, ed. Paoline, Roma.
- Ferri, V. e Teresi, N. (2002), *Il lavoro di rete in oncologia: l'esperienza del centro di ascolto Gigi Ghirotti*, in «Formazione in Psicologia Psicoterapia Psichiatria», n. 46, pp. 70-79.
- Fornari, F. (1975), *Genialità e cultura*, Feltrinelli, Milano.
- Garfield, C.A. (1987), *Assistenza psicosociale al malato terminale*, McGraw Hill, Milano.
- Grassi, L. *et al.* (2003), *Manuale pratico di psico-oncologia*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Imbasciati, A. e Margiotta, M. (2004), *Compendio di Psicologia per gli operatori socio-sanitari*, Piccin Editore, Padova.
- Kubler-Ross, E. (1998), *La morte e il morire*, Cittadella, Assisi.
- Labrozzi, D. (1992), *Verso un'efficace relazione d'aiuto. Note introduttive alla psicologia medica*, in «Polarità», vol. 6, n. 1, pp. 105-124.
- Licciardello, O. (2001), *Il piccolo gruppo psicologico*, Franco Angeli, Milano.
- Majello, C. (2003), *L'arte di comunicare*, Franco Angeli, Milano.
- Mares, J. (2001), *La relazione d'aiuto comprensiva: una visione sociale/medica/psichiatrica di alcuni fattori che la rendono difficile*, in «Formazione in Psicologia Psicoterapia Psichiatria, La relazione d'aiuto tra tradizione e innovazione», n. 41-42, pp. 30-343.
- Martello, M. (2003), *Oltre il conflitto. Dalla mediazione alla relazione costruttiva*, McGraw Hill, Milano.
- Morasso, G. (1998, a cura di), *Cancro: curare i bisogni del malato. L'assistenza in fase avanzata di malattia*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Quaglino, G.P. *et al.* (1992), *Gruppo di Lavoro, lavoro di gruppo*, Raffaello Cortina, Milano.
- Scilligo, P. (1994), *La relazione d'aiuto fondata sull'azione*, in «Polarità», vol. 8, n. 3, pp. 381-448.
- Solano, L. (2001), *Tra mente e corpo*, Cortina, Milano.
- Spinsanti, S. (2000), *Curare e prendersi cura*, Edizioni Cidas, Roma.
- Stroebe, M.S. *et al.* (1993), *Handbook of bereavement. Theory, research and intervention*, The pitt Building, Cambridge.

Capitolo 8

Progetto di valutazione delle *Non-Technical Skills* nei comparti operatori ad alta intensità di cure

8.1. Introduzione

Dalle linee guida per la sicurezza in chirurgia proposte dalla *World Health Organization* (WHO) emerge che molti errori medici in sala operatoria sono dovuti a difficoltà del lavoro di gruppo e alla carente comunicazione fra gli operatori. Le sale operatorie sono un sistema complesso dove gli aspetti strutturali (spazi, metodi, obiettivi, tecnologie) si interfacciano con variabili processuali legate alle risorse umane, che presuppongono una forte interdipendenza e integrazione, pur nella differenza dei ruoli presenti. Il setting della sala operatoria è inoltre sempre più articolato, e gli aspetti tecnico-professionali (strutturali) devono integrarsi con gli aspetti relativi al fattore umano (processuali). L'équipe di sala operatoria è composta da chirurghi, anestesisti, infermieri, medici in formazione e personale di supporto e può essere più o meno numerosa in relazione alla complessità dell'intervento. Essa è caratterizzata da professionalità diverse, autonome ma interdipendenti; occorre tener presente che tuttavia non si tratta di un insieme di persone che casualmente lavorano insieme, ma di una squadra, un team, che ha uno scopo preciso: agire in maniera sinergica per la riuscita dell'intervento e quindi per la salute del paziente. Per questa ragione si potrebbe dire che è necessario mettere insieme professionisti eccellenti per avere un risultato eccellente, ma questo non è sufficiente.

Il lavoro svolto dal gruppo chirurgico è difficile, stressante e di grande responsabilità. Il confronto quotidiano con situazioni drammatiche, emotivamente coinvolgenti, la necessità di decisioni rapide e talvolta in regime di urgenza, la riduzione degli organici, la stanchezza e le turnazioni, il lavoro notturno, la paura delle sempre più frequenti conseguenze medico-legali rispetto alle attività chirurgiche, pesano fortemente sugli operatori e spesso ne compromettono i rapporti. Un clima relazionale teso o conflittuale nell'équipe chirurgica si può sviluppare nel gruppo di lavoro sia per motivi individuali (stanchezza, insoddisfazione, demotivazione) sia nel rapporto fra i vari professionisti (antagonismo, sudditanza psicologica, disistima) e può determinare un clima relazionale ed emotivo interno alla sala operatoria che non fa lavorare al meglio tutti gli operatori, e in alcuni casi può favorire l'errore. È indubbio che l'affiatamento e la coesione del gruppo produce sinergia, mentre l'estraneità o la conflittualità dei suoi componenti può

addirittura costituire un ostacolo reciproco. In modelli di organizzazioni complesse come questa emerge l'importanza dell'uso di strumenti di controllo come le check list che garantiscono il passaggio d'informazioni fra operatori.

Se gli operatori sanitari infatti non sono sufficientemente preparati al lavoro di équipe tendono ad affermare la propria individualità, a non valorizzare il lavoro degli altri, e a comunicare in modo non efficace, e tutto questo può creare conflitti e tensioni interne al gruppo che inficiano non solo il benessere degli operatori ma anche la qualità del lavoro che svolgono (mediocrità dei risultati, rischio per i pazienti, contenziosi legali). Non solo, ma la perfetta esecuzione tecnica di un singolo operatore non sostenuta dalla sintonia con gli altri può alterare la performance e influire negativamente sul risultato dell'operato dei professionisti sanitari.

Prendersi cura della relazione ed individuare le criticità fra gli operatori vuol dire quindi curare anche la qualità dell'assistenza, che si avvantaggia fortemente della sinergia fra le forze in campo. È importante quindi sviluppare una riflessione su alcuni degli elementi fondamentali presenti all'interno dell'équipe come il riconoscimento dei ruoli che ciascuno ricopre, la dichiarazione di regole, valori e obiettivi, la condivisione dei problemi e delle strategie per affrontarli: tutti questi aspetti dovrebbero essere esplicitati e negoziati, affinché si possa davvero parlare di gruppo di lavoro. L'attenzione alle variabili umane, e nello specifico gruppalì (ruoli, leadership, capacità comunicative e relazionali, clima emotivo), consente di individuare le criticità relazionali e promuovere lo sviluppo di competenze specifiche nell'ambito del gruppo di lavoro attraverso interventi quali la formazione e la consulenza psicosociale.

8.2. Analisi della letteratura

La revisione degli eventi avversi attraverso l'analisi dei contenziosi legati all'attività chirurgica fa emergere che l'errore deriva spesso da difetti di comunicazione fra operatori e che le abilità tecnico-professionali sono necessarie ma non sufficienti per garantire la qualità della prestazione (Yule *et al.*, 2006). Nelle sale operatorie, come in molte le organizzazioni complesse, il fattore umano può rappresentare una risorsa fondamentale all'interno del sistema, ma anche una criticità legata alla carenza di competenze cognitive e relazionali. In questo senso è stato proposto il concetto di *Non-Technical Skills* (NTS), definito come il complesso di competenze cognitive e sociali applicate a compiti di tipo operativo. Esse includono il *team working*, la *leadership*, la consapevolezza della situazione, il processo di *decision-making* e la comunicazione (Flin *et al.*, 2003). Le competenze non tecniche, particolarmente importanti in alcuni ambiti quali l'aviazione e la chirurgia, si inseriscono all'interno di un quadro più ampio di fattori psicosociali che

influiscono sull'attività lavorativa. Alcuni dei fattori individuati all'interno della letteratura sono riportati nelle tabelle sottostanti (Tabb. 1, 2 e 3).

Tabella 1. Fattori generali.

- Spazi e strutture.
- Formazione e training professionale.
- Gerarchie.
- Chiarezza di ruolo e responsabilità.
- Organizzazione del lavoro e carichi di lavoro.

Tabella 2. Fattori individuali.

- Reazione allo stress.
- Reazione alla stanchezza.
- Reazione alla privazione di sonno.
- Frustrazione.

Tabella 3. Fattori legati all'interazione tra operatori.

- Composizione (quantità e qualità).
- Distribuzione e percezione di ruoli e responsabilità all'interno dell'equipe chirurgica.
- Sudditanza psicologica o autorità legata al potere/modelli di leadership.
- Facilità di comunicazione e uso di check list.
- Differenze di genere e di anzianità di servizio.

Varie esperienze evidenziano un crescente interesse per queste tematiche e, in particolare, le ricerche volte a studiare ed enfatizzare il ruolo degli aspetti comportamentali nel determinare la sicurezza e la qualità delle prestazioni all'interno delle strutture sanitarie.

In ambito anestesilogico da molti anni si è cercato di analizzare quali siano gli aspetti che possono condizionare il lavoro degli anestesisti; Fletcher et coll. (2002) hanno fatto una revisione della letteratura sull'argomento. Alcuni sviluppi teorici sono stati proposti da Gaba rispetto al tema del *decision making*, e della *situational awareness* (1994, 1995) da Helmreich sulla performance di sala operatoria (1994).

Nel 2003 un gruppo di ricerca dell'Università di Aberdeen in Scozia (Fletcher et al.) ha elaborato uno strumento per valutare le competenze non tecniche degli

anestesisti e per fornire una griglia ed una terminologia comune che permettesse agli anestesisti di comunicare efficacemente fra loro. Si tratta di una guida sulle *Non-Technical Skills* degli anestesisti (ANTS), in cui sono identificate quattro aree comportamentali importanti: il lavoro in team, la gestione del gruppo, la consapevolezza della situazione e la capacità decisionale.

L'esperienza presentata da Leonard *et al.* (2004) riguarda un grande sistema di sanità integrata americana. In questa struttura sono stati sperimentati alcuni metodi per migliorare la comunicazione e il *teamwork*. In alcuni ambiti sanitari come l'ostetricia, l'emergenza, la medicina perinatale è stato proposto uno strumento (SBAR) che non solo sembra avere effetti positivi nel produrre una comunicazione efficace, ma sembra sviluppare buone abitudini sul modo di comunicare. L'acronimo SBAR (*situation, background, assessment, recommendation*) indica i dati che l'operatore deve conoscere per trasmettere in modo sintetico l'informazione. Nell'ambito di questa ricerca, gli autori propongono inoltre uno schema di comunicazione sistematica nel *briefing* preoperatorio per evitare discrepanze fra le varie professionalità presenti in sala operatoria.

L'*Agency for Healthcare Research and Quality* (2008) sottolinea che l'alta affidabilità dell'ospedale (*High Reliability Organization*) è condizionata dal fattore umano. In sistemi HRO infatti, è necessaria la consapevolezza che nessuna regola e pianificazione produrrà mai un comportamento affidabile, se non è diffuso un modo di pensare "altamente affidabile" fra le persone che lavorano insieme. In HRO gli aspetti indispensabili per la sicurezza sono essenzialmente di tipo comunicativo e relazionale.

In chirurgia, Yule e coll. 2006 hanno lavorato sullo sviluppo di un sistema di punteggio delle *Non-Technical Skills* per i chirurghi. Attraverso interviste rivolte a chirurghi generali, cardiocirurghi e ortopedici realizzate da parte di un gruppo di ricerca multidisciplinare, si è cercato di trovare un linguaggio comune sulle competenze non tecniche. Sono stati inoltre effettuati studi di osservazioni in sala operatoria e rilevazioni sulla mortalità chirurgica. Gli aspetti comportamentali derivati da questo studio sono in parte sovrapponibili a quelli individuati per gli anestesisti: consapevolezza della situazione, capacità decisionale, gestione del gruppo, leadership, lavoro di gruppo e comunicazione. Per i chirurghi viene maggiormente enfatizzato il modo di esercitare la *leadership*, perché questo può condizionare il lavoro di tutta l'équipe chirurgica. Un aspetto interessante è rappresentato dai criteri con cui vengono selezionate le *Non-Technical Skills* da misurare al fine di raggiungere la più alta standardizzazione possibile.

La messa a punto del sistema NOTSS realizzata tra il 2003 e il 2006 attraverso un progetto elaborato da un gruppo multidisciplinare di chirurghi, psicologi e anestesisti ha confermato ulteriormente l'importanza della valutazione di competenze comportamentali negli operatori. Il sistema NOTSS (vedi bibliografia) è un metodo che può essere usato per osservare il comportamento dei chirurghi in

sala operatoria in maniera strutturata e permette una valutazione attenta dei bisogni di formazione. Può essere usato nelle simulazioni o direttamente in sala operatoria. Il grande valore di questo sistema è quello di aver descritto le variabili relazionali e indicato quali sono gli atteggiamenti positivi e quelli negativi, così da non lasciare nessun margine di arbitrarietà all'osservatore.

Molto recentemente, McCulloch et coll. (2009) hanno mostrato come la formazione sulle *Non-Technical Skills* degli operatori porti a dei miglioramenti in termini di risultati clinici in interventi chirurgici. Nello studio descritto sono stati presi in considerazione interventi molto standardizzabili come la colecistectomia laparoscopica e la disostruzione carotidea. Nello studio sono stati valutati diversi parametri ma uno dei risultati più significativi riguarda la diminuzione di errori tecnici e di errori procedurali dopo la formazione sulle *Non-Technical Skills*.

8.3. La ricerca

Le sale operatorie di un ospedale ad alta intensità di cure come l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi sono un sistema molto complesso per la gravità delle situazioni cliniche, la multidisciplinarietà delle prestazioni professionali, la complessità delle terapie chirurgiche, l'impatto di tecnologie sempre più innovative e gli aspetti strutturali legati allo spazio fisico. La complessità investe anche la dimensione relazionale in quanto sistemi di questo tipo richiedono una forte integrazione delle attività svolte dai diversi professionisti. La qualità dell'organizzazione e la qualità della comunicazione sono quindi fortemente correlate e dipendenti da una buona relazione fra gli operatori. Tuttavia, occorre constatare che sebbene il lavoro chirurgico sia in queste sale sempre più multidisciplinare e basato sull'équipe, la formazione del personale medico rimane legata prevalentemente allo sviluppo delle competenze tecniche; anche in ambito accademico vi è una diffusa tendenza a non affrontare questi temi. A ciò si aggiunge la mancanza di un training adeguato su questi aspetti che può portare a un deterioramento delle relazioni all'interno del gruppo, rendendo potenzialmente più rischioso per il paziente il percorso chirurgico. L'attenzione su questo tipo di criticità ha portato allo sviluppo di questo progetto di ricerca.

Il progetto è realizzato dal CRRCR in collaborazione con il Gruppo di lavoro del Rischio Clinico AOU Careggi ed ha come obiettivo principale la sensibilizzazione degli operatori sull'importanza delle competenze comunicative e relazionali nelle aree chirurgiche per la sicurezza del paziente.

Altri obiettivi sono la diffusione della conoscenza delle evidenze riportate in letteratura in merito a questo tema e la condivisione della tassonomia che riguarda i *markers* comportamentali, lo sviluppo di una riflessione sulla portata delle criticità relazionali e comunicative nelle Sale Operatorie, la promozione dell'autova-

lutazione dei professionisti sulle proprie competenze non tecniche, e la definizione di indicatori per il monitoraggio delle *Non-Technical Skills*.

Il progetto si articola nelle seguenti fasi:

- a. istituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare (psicologi clinici, anestesisti, chirurghi) che coordina la ricerca e analizza gli strumenti idonei per rilevare i *markers* comportamentali e implementare l'uso di indicatori standardizzati;
- b. realizzazione di un'intervista semistrutturata a 60 operatori di sala operatoria. Le interviste sono effettuate da 1 o 2 operatori del gruppo di lavoro e interessano professionisti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi e dell'Azienda Ospedaliera Senese. Si tratta di due strutture sanitarie comparabili per la tipologia degli interventi, anche se diverse come dimensioni. Il questionario predisposto per le interviste prevede sia risposte chiuse che risposte aperte: la prima parte dell'intervista indaga la percezione che gli operatori hanno del ruolo delle competenze comunicative e relazionali del lavoro di sala operatoria, la seconda parte è invece dedicata alla valutazione soggettiva dei comportamenti osservati tra le diverse categorie professionali di operatori di sala;
- c. analisi dei risultati e restituzione ai partecipanti alla ricerca;
- d. strutturazione di un corso di formazione da organizzare e definire sulla base dei risultati e bisogni emersi nella fase di ricerca; il corso prevede una riflessione sui risultati dell'indagine svolta, la presentazione delle ricerche e degli studi europei e internazionali sul tema, una riflessione sugli strumenti di osservazione e auto-osservazione dei comportamenti in sala operatoria, la discussione di casi in cui l'errore in sala operatoria è riconducibile alle scarse competenze non tecniche. Il corso è articolato in incontri formativi che comprendono momenti di lezione frontale e momenti di lavoro in gruppo.

La ricerca, iniziata nell'anno 2010, è attualmente in fase di realizzazione presso le sale operatorie dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi (AOUC).

8.4. Risultati attesi

Tra i risultati attesi possiamo indicare in primo luogo la diffusione dei temi delle *Non-Technical Skills* in ambito chirurgico e la sensibilizzazione degli operatori sanitari sull'importanza delle competenze cognitive e relazionali. È importante infatti che l'attenzione sulle *Non-Technical Skills* diventi patrimonio formativo di tutti gli operatori delle sale operatorie, perché è ora evidente che questo tipo di addestramento si è rivelato utile per migliorare l'assistenza clinica del paziente.

Al fine di ridurre le criticità in sala operatoria e costruire percorsi sicuri per il paziente, è fondamentale effettuare un'analisi degli aspetti relazionali e comuni-

cativi presenti nel gruppo di lavoro. I fattori che possono influenzare i risultati operativi dell'équipe chirurgica sono molteplici, ma molti di essi, dipendenti sia dall'organizzazione del lavoro e dalla chiarezza delle regole sia dalle competenze non-tecniche del gruppo di lavoro stesso, possono essere modificati e migliorati. Sarebbe opportuno quindi individuare dei criteri oggettivi per la valutazione di *markers* comportamentali degli operatori di sala operatoria utilizzando le scale di misurazione proposte dalla letteratura corrente, giungendo così all'elaborazione di un codice di comportamento nelle sale operatorie al fine di ridurre o eliminare atteggiamenti individuali che possono compromettere il lavoro di squadra. In tal modo è possibile stimolare una riflessione da parte degli operatori sulle criticità relazionali e comunicative presenti nelle sale operatorie in cui lavorano quotidianamente; la promozione dell'autovalutazione dei professionisti è inoltre indispensabile per correggere il proprio comportamento nell'attività lavorativa diaria.

È evidente che un buon team chirurgico non s'improwvisa ma, come ogni gruppo di lavoro, si struttura e consolida nel tempo; per questo motivo è necessario e utile promuovere la cultura del lavoro d'équipe con interventi psicosociali di tipo consulenziale e formativo (valutazione del clima relazionale del gruppo, implementazione di strumenti come le check list per la facilitazione della comunicazione, interventi formativi su temi specifici) che costituiscano un supporto a tale evoluzione; essi possono divenire un importante strumento di risoluzione delle criticità, ma anche di prevenzione e monitoraggio degli aspetti relazionali e comunicativi necessari per il buon funzionamento dell'équipe, la riduzione dell'errore e il raggiungimento di risultati di qualità.

8.5. Divulgazione dei risultati

I risultati parziali sono stati presentati in forma di comunicazione orale con il titolo "Qualità della comunicazione e qualità dell'organizzazione. Progetto per la valutazione delle *Non-Technical Skills* nei comparti operatori multidisciplinari di ospedali ad alta intensità di cura" al Congresso Nazionale A.N.M.D.O. (Associazione Nazionale dei Manager delle Direzioni Ospedaliere), che si è tenuto a Napoli il 19-22 Maggio 2010. Sono inoltre stati presentati in forma di comunicazione orale dal titolo "*The operating theatre team in multidisciplinary sectors at the University Teaching Hospital of Careggi (AOUC). A training project on Non-Technical Skills*" all'International Conference HEPS "*An alliance between professionals and citizens for patient safety and quality of life. Healthcare systems ergonomics for hospital and communities*", che si è tenuta a Oviedo il 22-24 Giugno 2011. La conferenza è organizzata dalla SIE (Società Italiana di Ergonomia) e dalla AEE (*Asociación Española de Ergonomía*), sponsorizzata dall'International Ergonomics Association (IEA) con il coinvolgimento della *Federation of European Ergonomics Societies*.

8.6. Prospettive future

Uno degli elementi principali di questa ricerca è costituito dal suo carattere di trasferibilità, sia a livello intraziendale, in quanto gli strumenti individuati e validati da una casistica adeguata di osservazioni in sala operatoria possono essere applicati a diverse aree chirurgiche, che interaziendale. Ulteriore peculiarità è la ripetibilità della ricerca in differenti paesi europei; in particolare, l'obiettivo della costituzione di una rete di partenariati sarà perseguito al fine di facilitare la messa a punto di progetti da realizzare all'interno dell'Unione Europea. Ciò permetterà la diffusione della visione propria della Regione Toscana in merito alle tematiche sanitarie. Sarà inoltre possibile promuovere la sensibilizzazione rispetto ai messaggi, significati e mission del Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali, là dove la cultura del benessere per l'operatore sanitario come fondamento della qualità dei servizi non sia ancora sviluppata.

8.7. Bibliografia

- Agency for Healthcare Research and Quality (2008), *Becoming a High Reliability Organization: Operational Advice For Hospital Leaders*, n.ao-0022.
- Baldwin, P.J. et al. (1999), *Consultant Surgeons opinion of the skills required of basic surgical trainees*, in «Br.J.Surg.», vol. LXXXVI, n. 8, pp. 1078-1082.
- Fletcher, G. et al. (2003), *Anesthetists Non-Technical Skills (ANTS): evaluation of a behavioural marker system*, «Br J Anaesth», vol. XC, n. 5, pp. 580-588.
- Fletcher, G. et al. (2004), *Non Technical Skills developing a behavioural marker system for use in anaesthesia*, in «Cogn Technol Work», n. 16, pp. 165-171.
- Fletcher, G. et al. (2002), *The role of Non Technical Skills in Anesthesia: a Review of current literature*. in «Br J Anaesth», vol. LXXXVIII, n. 3, pp. 418-429.
- Fletcher, G. et al. (2001), *Final report Development of a Behavioural Marker System for Anaesthetists Non Technical Skills (ANTS)*, University of Aberdeen Grant Report for SCPMDE project reference: RDNES/991/C.
- Flin, R. e Maran, N. (2004), *Identifying and training non-technical skills for teams in acute medicine*, in «Quality Saf Health Care», vol. XIII, n. 1, pp. 80-84.
- Flin, R. e Yule, S. (2005), *Advances in patient safety: non-technical skills in surgery report on the University of Aberdeen's non-technical skill for surgeons project*, in «Surgeon-snews», vol. IV, n. 3, pp. 83-85.
- Flin, R. et al. (2006), *Attitude to team work and safety in the operating theatre*, in «The Surgeon», vol. IV, pp. 145-151.
- Flin, R. et al. (2003), *Rating Anaesthetists' Non-Technical Skills-The ANT system*, paper presented at 47th Human Factors and Ergonomics Society Conference, Denver.
- Gaba, D.M. et al. (1994), *Crisis Management Anesthesiology*, Churchill Livingstone, New York.

- Gaba, D.M. *et al.* (1995), *Situational awareness in anaesthesiology*, in «Hum.Factors», n. 5, pp. 20-23.
- Gawande, A.A. *et al.* (2003), *Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals*, in «Surgery», n. 133, pp. 614-21.
- Healey, A.N. *et al.* (2004), *Developing observational measures of performance in surgical teams*, in «Qual Safety Healthcare», n. 13(Suppl.1), pp. 33-40.
- Healey, A.N. *et al.* (2006), *Defining the technical skills of teamwork in surgery*, in «Saf Health Care», n. 15, pp. 231-4.
- Helmreich, R.L. e Davies, J.M. (1996), *Human Factors in the operating room: interpersonal determinants of safety, efficiency and morale*, in «Clin Anaesthesiol», n. 10, pp. 277-95.
- Helmreich, R.L. e Merrit, A.C. (1998) *Culture at work in aviation and medicine*. Aldeshot, Ashgate.
- Helmreich, R.L. e Schaefer, H.G. (1994), *Team performance in the operating room*, in «Bognor M ed. Human Error in Medicine», pp. 225-53.
- Klumpfer, B. *et al.* (2001), *Group Interaction in High Risk Environments: Enhancing Performance in High Risk Environments, Recommendations for the use of Behavioural Markers*, GIHRE, Berlin.
- Leonard, M. *et al.* (2004), *The Human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care*. Qual Saf Health Care, n. 13, pp. i85-i90.
- Lingard, L. *et al.* (2005), *Getting teams to talk: development and pilot implementation of a checklist to promote interprofessional communication in the OR*, in «Qual Saf Health Care» n. 14, pp. 340-6.
- Lingard, L. *et al.* (2004), *Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects*, in «Quality Saf Health Care», n. 13, pp. 330-334.
- Lingard, L. *et al.* (2002), *Team communications in the operating room: talk patterns, sites of tension and implications for novices*, in «Acad Med», n. 77, pp. 68-73.
- Makary, M.A. *et al.* (2006), *Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder*, in «J Am Coll Surg», vol. LLII, n. 5, pp. 746-752.
- McCulloch, P. *et al.* (2009), *The effects of aviation-style non technical skills training on technical performance and outcome in operating theatre*, in «Quality Saf Health Care», n. 18, pp. 109-115.
- Mishra, A. *et al.* (2008), *The influence of non technical skills outcome in laparoscopic cholecystectomy performance*, in «Surg Endosc», n. 22, pp. 68-73.
- Mishra, A. *et al.* (2009), *The Oxford NOTECHS System: reliability and validity of tool for measuring teamwork behaviour in the operating theatre*, in «Quality Saf Health Care», n. 18, pp. 104-108.
- Morey, J.C. *et al.* (2002), *Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of Medteams project* «Health Serv», n. 37, pp. 1553-1581.
- Orasanu, J. e Connolly, T. (1993), *The reinvention of decision making*, in: Klein, G.A. *et al.* (1993, a cura di), *Decision making in action: models and methods*, Ablex Publishing, Norwood, NJ.

- Patey, R. *et al.* (2005), *Advances in Patient Safety: from Research Anaesthetists non technical skills, (ANTS)*, in «Agency for Quality and Safety in Healthcare», pp. 325-336.
- Poletti, P. (10 dicembre 2007), *Relazione del corso sperimentale "Rischio clinico e non technical skills nel processo di donazione di organi e tessuti"*, Verona.
- Pronovost, P.J. *et al.* (2003), *Improving communications in the ICU using daily goals*, in «J Crit Care», n. 18, pp. 71-75.
- Rafferty, A.M. *et al.* (2001), *Teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care?*, in «Qual Health Care», n. 10, pp. ii32-ii37.
- Reader, T.W. *et al.* (2007), *Interdisciplinary communication in the intensive care unit*, in «Br J Anaesth», vol. XCVIII, n. 3, pp. 347-352.
- Tang, B. *et al.* (2004), *Identification and categorization of technical errors by observational Clinical Human Reliability Assessment (OCHRA) during laparoscopic cholecystectomy*, in «Arch. Surg», n. 139, pp. 1215-1220.
- Wilson, K.A. *et al.* (2005), *Promoting health care safety through training high reliability teams*, in «Qual Saf Health Health Care», n. 14, pp. 303-309.
- Yule, S. *et al.* (2006), *Surgeons' Non Technical Skills: a review of the literature*, in «Surgery», n. 139, pp. 140-149.
- Yule, S. *et al.* (2006), *Development of a rating system for surgeons' non technical skills*, in «Medical Education», n. 40, pp. 1098-1104.

8.8. Sitografia

- www.abdn.ac.uk/ipcr/ants, *Anaesthetists Non Technical Skills (ANTS) System Handbook v1.0* University of Aberdeen (1999-2003).
- www.abdn.ac.uk/ipcr/notss, *The Non Technical Skills for Surgeons (NOTSS) System Handbook V1.2* University of Aberdeen (2003-2006).

Capitolo 9

Progetto “BMA: atleta e persona insieme per essere felici, star bene e vincere”

9.1. Lo sport: atleta e persona insieme per vincere

I rapporti tra il CRRCR e il mondo dello sport si sono intensificati nel corso del tempo e parallelamente ad altre attività, centrate direttamente sugli aspetti psicologico-relazionali rivolte ai gruppi e alle organizzazioni.

L'incontro e il successivo instaurarsi di una stabile partnership con la SOD di Medicina dello Sport e dell'Esercizio dell'AOU Careggi, e contemporaneamente l'approfondimento di temi quali il benessere e lo stress degli operatori (realizzati attraverso progetti di interesse regionale) ci hanno portato inevitabilmente ad affrontare la complessità e l'inscindibilità del binomio mente-corpo (come ampiamente illustrato in un progetto denominato BMA, ovvero *Body Mind Adjustment*, Laura Belloni). In questo senso il valore dell'attività sportiva intesa in un'ottica per così dire olistica, che coinvolge contemporaneamente la salute psicologica e fisica, ha determinato la formulazione del progetto “*Aequilibrium*”, rivolto ai dipendenti dell'AOU Careggi descritto nel prossimo paragrafo.

Più in generale l'attenzione allo sport si inserisce nella costante analisi delle informazioni e dei fenomeni socio-culturali che caratterizzano, in quest'epoca problematica, il contesto in cui collocare le reti relazionali, quali “oggetto” e “fine” degli interventi del CRRCR.

È indubbio che lo sport ha assunto soprattutto negli ultimi anni un enorme peso ed un ruolo centrale nella comunicazione globale. In maniera apparentemente paradossale, in una società che mostra una memoria brevissima per eventi e personaggi che hanno segnato la storia dell'umanità, l'atleta, specialmente professionista, ha recuperato un ruolo “eroico” proprio dell'antichità ed il suo gesto sportivo ha assunto un significato universale e tramandato nel tempo.

È facile, rivolgendo una domanda specifica, verificare che molte persone, soprattutto giovani, mostrano difficoltà nel riconoscere immagini di personaggi appartenuti alla nostra storia quali Cavour e Mazzini. Al contrario sono in grado di associare immediatamente un semplice simbolo o logo inventato, il numero 46 ad un notissimo motociclista e una *bandana gialla* ad un ciclista idolatrato dalle folle e divenuto per la drammatica conclusione della sua esistenza un personaggio degno della tragedia greca (Fig. 1). È del tutto ovvio quanto questo aspetto socio-culturale, per certi versi distorto rispetto allo spirito ideale dello sport, determini

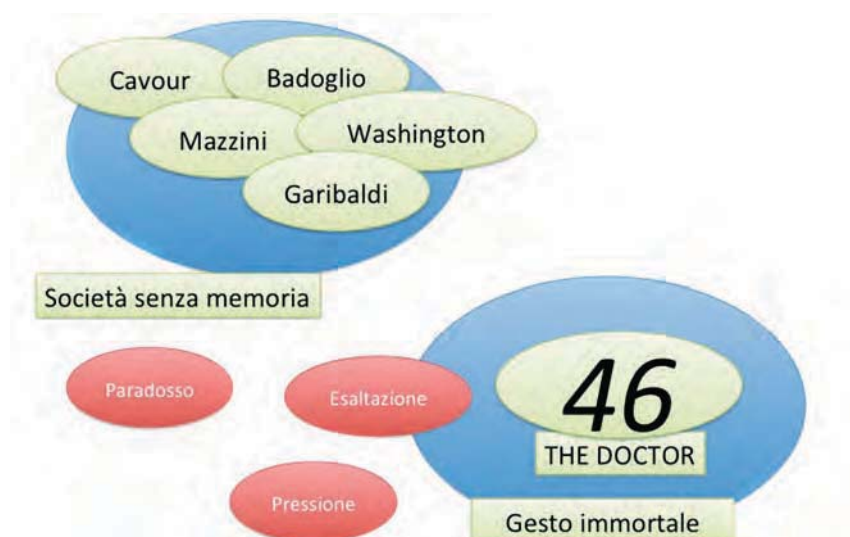


Figura 1

sull'atleta enormi livelli di pressione psicologica e di stress.

Il passo successivo è rappresentato dalla correlazione, ormai ampiamente descritta (vedi bibliografia), esistente non solo tra stress subito dall'atleta e scarsa qualità della sua performance sportiva, ma anche tra eventi stressanti e rischio di infortunio.

L'infortunio e più in generale l'esperienza del dolore, appartengono alla logica dello sport. Tuttavia, mentre il dolore può assumere per un atleta diversi significati (non necessariamente negativi, se si pensa al performance routine pain, cioè al dolore somatico che segnala l'ingresso nella condizione di forma fisica, o al dolore-allarme, che consiglia la riduzione/sospensione dell'attività in corso in quanto di una possibile imminente lesione), l'infortunio vero e proprio (inteso come incidente inaspettato) rappresenta inevitabilmente una criticità.

L'infortunio infatti è un evento che altera la qualità della vita di chi è abituato a fare sport e rappresenta senza dubbio un elemento di profonda destabilizzazione, in misura maggiore o minore, a livello dell'equilibrio emotivo e psicologico dello sportivo. «Un cattivo adattamento all'infortunio può infatti comportare la comparsa di sensazioni di rabbia e impotenza, sbalzi di umore, sensi di colpa, domande ossessive circa il proprio ritorno alla "normalità", pensieri irrazionali e depressivi, ritorno "insicuro" all'attività, abbandono precoce dello sport praticato e, nei casi più gravi, sindrome del dolore cronico e *grief reaction*» (Soncini Rosangela, *Emergenza e sport: la gestione psicologica dell'infortunio*, www.psyamedisport.com).



Figura 2

Secondo alcune ricerche internazionali (Andersen e Williams, 1999, fig. 2) elevati livelli di stress possono causare un aumento della tensione muscolare, riduzione del campo visivo e una marcata riduzione dei livelli di attenzione predisponendo l'individuo ad un maggior rischio di infortunio.

Altri studi (Bandura, 2004, fig. 3) sottolineano l'importanza di considerare le dimensioni di personalità, comportamento e ambiente nella maggiore o minore vulnerabilità allo stress e alle sue conseguenze. Il tema della complessa e reciproca interazione tra tratti di personalità ed attività sportiva è stata già in passato affrontata dal CRRCCR nell'ambito della collaborazione con la SOD Medicina dello Sport e dell'Esercizio.

Alla luce di queste considerazioni il CRRCCR ha ipotizzato alcuni interventi che avrebbero come focus l'atleta, e come obiettivo la cura e la prevenzione degli infortuni sportivi, eventi caratterizzati da fortissime implicazioni sull'esistenza stessa dell'individuo (Fig. 4).

Il progetto è stato rivolto nella fase iniziale ad una squadra professionistica di calcio, ma è stato progressivamente esteso anche ad altre realtà del complesso universo dello sport.

L'intervento, come tutti quelli effettuati dal CRRCCR, è caratterizzato dalla centralità degli aspetti relazionali.

In questo senso va oltre un approccio mirato esclusivamente alla motivazione e si rivolge al complesso rapporto tra individuo, gruppo di appartenenza e contesto (Fig. 5).

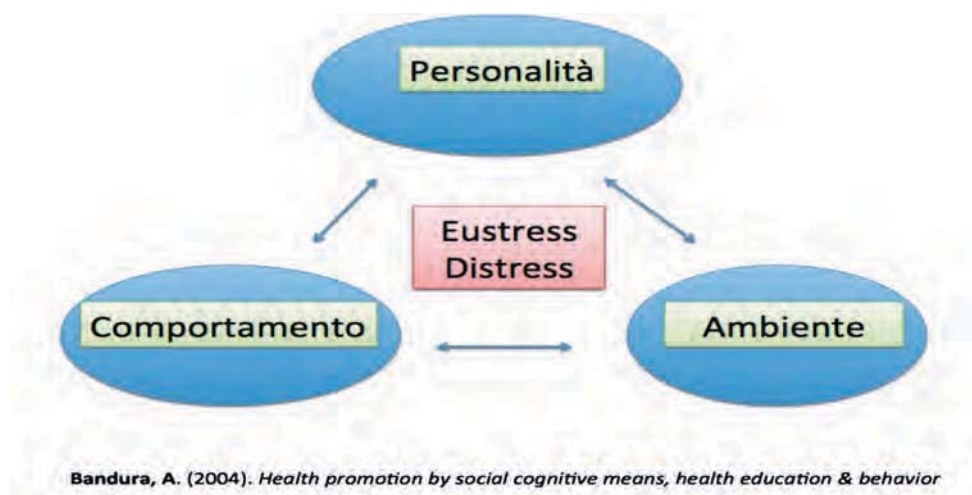


Figura 3



Figura 4

La parte alta dello schema rappresenta, in maniera ovviamente semplificata, il risultato di un intervento efficace sulle qualità relazionali esistenti all'interno dell'intero sistema (Fig. 2).

L'importanza di tale sistema non deve ovviamente far pensare ad una minor attenzione all'atleta inteso come persona con il suo bagaglio affettivo/relazionale, che rimane il centro e il bersaglio più fragile di tutte le pressioni (Fig. 6).

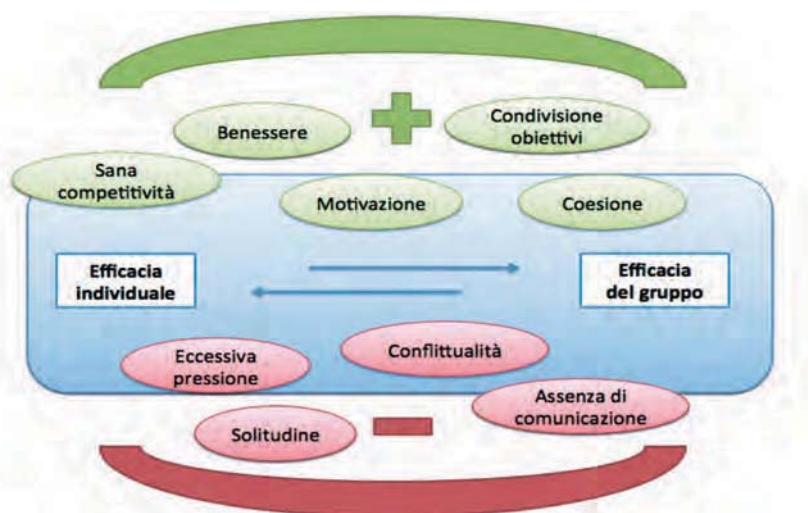


Figura 5



Figura 6

Il nostro intervento prevede alcuni punti fermi ispirati da una approfondita analisi dei bisogni e finalizzati a evitare errori comunemente riscontrabili nella gestione degli atleti e dei loro gruppi di appartenenza. Tra questi è di frequente ri-

scontro la scarsa comunicazione fra specialisti, che spesso non condividono percorso ed obiettivi del progetto di recupero dopo l'infortunio. Alla base di tutto è evidenziabile una scarsa attenzione alla realizzazione di una valida partnership con l'atleta. Gli aspetti affettivi emotivi psicologici dell'atleta, del team, della squadra vengono infatti spesso sottovalutati in funzione dell'importanza dell'obiettivo sportivo percepito nel suo valore assoluto, indipendentemente dal benessere dell'individuo che tale obiettivo deve raggiungere.

Alla luce di tutto questo l'approccio da noi proposto persegue una migliore qualità della vita affettivo-relazionale del gruppo. Questa costituisce la base per un cambiamento che secondariamente determina, attraverso un meccanismo a cascata, anche un miglioramento nelle aree cognitive e motivazionali.

La fase preliminare dell'intervento prevede sia una accurata misura dello stress mediante un questionario specifico, sia una valutazione degli aspetti più soggettivi e collegati alle percezioni e ai vissuti dell'atleta e del suo staff mediante strumenti di indagine di tipo qualitativo (Fig. 7).

Quest'ultima rappresenta la parte fondamentale della nostra valutazione in quanto approfondisce aree tematiche di primaria importanza nell'assetto psico-relazionale dell'individuo, fornendoci informazioni essenziali alla costruzione del progetto di intervento (Fig. 8).

I dati che abbiamo fino ad ora raccolto ci permettono già di delineare due punti fondamentali. Il primo è rappresentato dalla centralità degli aspetti emotivo-affettivi e delle relazioni nel funzionamento dell'individuo e del gruppo, specialmen-

*Figura 7*



Figura 8

te nel momento critico dell'infortunio. Il secondo riguarda la necessità di mantenere stabile il sistema di relazioni all'interno del gruppo, avendo sempre come obiettivo la costruzione di una rete che coinvolga tutti i professionisti del team (Fig. 9).



Figura 9

9.2. Progetto “Aequilibrium”

«Il corpo, se lo si tratta bene, può durare tutta la vita».

Noel Clarasó

Risultato della collaborazione tra CRRRCR – Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali, U.O. Accreditamento, Qualità e Miglioramento Continuo, SOD Agenzia Medicina dello Sport e dell'esercizio fisico e L'Azienda Ospedaliero – Universitaria Careggi.

Risulta evidente dall'esame del presente capitolo che esiste una continuità tra i fondamenti teorici e filosofici dell'operare del CRRRCR e l'intervento specifico in ambito sportivo, che di tale filosofia rappresenta una delle varie e possibili espressioni.

Principi ispiratori della nostra attività, quali il costante confronto tra esperienza clinica e teorie psicologiche di riferimento, l'attenzione al contesto ed alle interazioni tra i vari sistemi in cui i gruppi sono inseriti, la centralità dell'individuo inteso nell'unità di tutte le sue componenti (e quindi ovviamente nell'interesse della sua dimensione “psiche-soma”), sono alcuni degli aspetti che collegano tra loro tutti gli interventi del CRRRCR.

La “centralità” attribuita agli aspetti affettivo-emotivi ed a quelli relazionali rende tutti i gruppi caratterizzati da alti livelli di professionalità e di aspettative, e dunque da un alto rischio di stress, validi target di lavoro del CRRRCR.

D'altra parte, la collaborazione del CRRRCR all'interno dell'AOU Careggi, attraverso la SOD Clinica delle Organizzazioni, costituisce un osservatorio privilegiato su una realtà complessa, in cui operano gruppi con caratteristiche di operatività e di interrelazione la cui potenziale criticità costituisce l'oggetto dei nostri interventi.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi è parte integrante del Servizio Sanitario della Regione Toscana, conta circa 5.900 dipendenti, 132.001 ricoveri tra degenze ordinarie e *Day Hospital/Day Surgery*, e 10.830.563 prestazioni ambulatoriali annuali (<http://www.aou-careggi.toscana.it>). Considerati i livelli di eccellenza professionale richiesti, è comprensibile la pressione esercitata sugli operatori.

In un moderno sistema organizzativo, quale l'AOU Careggi, che si propone di offrire alla propria utenza un “bene” come la salute, risulta assolutamente necessario tutelare, in primis, il benessere dei propri operatori. A questo riguardo il CRRRCR (Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali) e la SOD Clinica delle Organizzazioni si occupano da almeno tre anni di interventi sulle criticità relazionali presenti all'interno del Sistema Sanitario Regionale. Si occupano, inoltre, di prevenzione del disagio e di promozione del benessere degli operatori (vedi Capitolo 3). In questa occasione il Centro, che ha sinora focalizzato la

propria azione sugli aspetti psicologico-relazionali, intende porre l'attenzione sul recupero dell'unità e dell'armonia mente-corpo. Lo sport, quindi, può costituire una "chiave di volta" nella prevenzione delle malattie fisiche, una "cura" per il disagio psicologico, un importante fattore di socializzazione e un potente promotore di benessere per l'individuo e per i gruppi.

Come dice Fabrizio Di Vincenzo (2002-2003):

«Dall'antica Grecia ad oggi lo sport è sempre stato un fattore fondamentale per lo sviluppo dell'individuo e per la sua aggregazione sociale, un potenziale mediatore di salute. È infatti un'attività che nasce con l'uomo e che fin dai primordi lo accompagna. Essa è legata alla dimensione psicofisica, allo sviluppo, all'equilibrio emotivo e alla dinamica relazionale... Il fatto che durante i Giochi Panellenici venissero sospese le ostilità tra gli stati pone in evidenza la funzione esercitata dallo sport sul piano istintuale. La ritualità propria delle manifestazioni sportive costituiva, infatti, il contenitore entro il quale le energie istintuali trovavano, grazie all'integrazione tra aspetto ludico e competitivo, un diverso e più costruttivo canale di scarica».

Il significato moderno della parola sport è propriamente collegato al suo aspetto ludico, infatti il termine, risalente al XIX secolo, deriva dalla parola francese "deporte" e cioè "svago" (Vercelli, 2003).

La società contemporanea, caratterizzata da una visione iper-tecnologica dell'uomo in funzione del mito della produttività, tende a separare le attività psico-ideative da quelle psico-motorie, destinando alle seconde una funzione meramente esecutiva con conseguenze destabilizzanti sull'equilibrio della persona. Negli ultimi anni lo sport è stato riscoperto, attingendo ad una tradizione storicamente propria delle culture orientali, come strumento olistico e armonico che l'individuo può utilizzare per recuperare equilibrio e benessere generale. Esistono in tal senso innumerevoli testi e contributi scientifici (vedi bibliografia) che evidenziano connessioni esistenti tra attività motoria, forma fisica, benessere psicologico, salute mentale ed energie produttive dell'individuo. È inoltre ampiamente dimostrato (vedi bibliografia) che una sana attività fisica, armonizzata con le motivazioni della personalità, può rivelarsi la chiave del recupero dell'equilibrio psicosomatico dell'individuo e del gruppo.

Attualmente le normative vigenti nella Regione Toscana che promuovono le attività sportive si articolano nel seguente modo:

- Tutela Sanitaria dello Sport, Legge Regionale 35/2003 - Questa legge rafforza le tutele dei cittadini che praticano sport agonistico o amatoriale, attività motorie e ricreative.

Promuove la pratica sportiva e motoria per la prevenzione, il mantenimento e il recupero di un buono stato di salute.

Ridisegna le competenze di Regione e Comuni e prevede l'obbligo di accreditamento delle strutture specialistiche di medicina dello sport pubbliche e private.

Istituisce l'anagrafe degli atleti a cura delle Aziende sanitarie, ma anche degli istituti accreditati.

Estende alle strutture ambulatoriali private il rilascio dei certificati di idoneità allo sport agonistico.

- Piano Regionale per la promozione della cultura e della pratica delle attività motorie per il triennio 2008/2010, Legge Regionale 72/2000, art. 2 - Il nuovo Piano prosegue l'attività già avviata con i due precedenti piani (2001-2003 e 2004-2007) con il proposito di coordinare gli interventi per la diffusione della pratica sportiva e favorire l'integrazione con quelli relativi alle politiche sanitarie, educative, formative e culturali. Estendere a tutti la possibilità di praticare sport, favorire l'associazionismo sportivo, promuovere la tutela della salute, l'integrazione sociale e la funzione educativa della pratica sportiva (<http://www.regione.toscana.it/sport/index.html>).

Ne consegue che obiettivo del progetto è la promozione del benessere e miglioramento della comunicazione interpersonale degli operatori e il raggiungimento di un ri-equilibrio del rapporto mente-corpo attraverso una sana attività sportiva. A livello operativo una prima fase del progetto prevede una convenzione tra AOU Careggi e CUS Firenze con possibilità di utilizzare in orari prestabiliti gli impianti sportivi indicati dal CUS e l'iscrizione dei dipendenti dell'AOU interessati a svolgere attività sportiva. Effettuata l'iscrizione questi ultimi verranno sottoposti al momento dell'ingresso e successivamente, a intervalli regolari, ad una valutazione medico-sportivo completa condotta dall'Agenzia Medicina dello Sport assieme ad un assessment psicologico, svolto dal CRRCR, focalizzato in particolare all'individuazione dei livelli di stress e di difficoltà relazionali. In qualsiasi momento i dipendenti potranno rivolgersi a personale esperto in training sportivo per consulenza e indicazioni riguardo alla tipologia e all'intensità dell'attività da svolgere (personal training); inoltre, il supporto psicologico sarà sempre garantito dalla presenza di operatori interni al CRRCR. Sono, infine, previste attività sportive specifiche per facilitare la comunicazione interpersonale e la socializzazione (competizioni volontarie non agonistiche di calcetto, tennis, pallavolo, pallamano, basket ed altro) e percorsi tematici di armonizzazione mente-corpo.

Questo progetto, ancora in fase di partenza, rappresenta l'inizio di un percorso che verrà costantemente rivalutato e confrontato con gli sviluppi di altri interventi parallelamente svolti dal CRRCR. Se i risultati confermeranno le nostre previsioni (ottenute, come sempre, dal confronto tra analisi dei bisogni derivante dalla nostra esperienza operativa quotidiana e i dati già presenti in letteratura) riteniamo che questo potrebbe costituire un modello di integrazione degli interventi sul benessere dell'individuo e delle organizzazioni che potrà essere riprodotto in realtà diversificate.

9.3. Bibliografia

- Andersen, M.B. e Williams, J.M. (1999), *Athletic injury, psychosocial factors and perceptual changes during stress*, in «Journal of Sport Sciences», vol. XVII, n. 9, pp. 735-741.
- Bal Filoramo, L. (2001), *La psicologia dello sport tra performance e benessere*, CELID, Torino.
- Bandura, A. (2004), *Health promotion by social cognitive means, health education & behaviour*, in «Health Education & Behaviour», vol. XXXI, n. 2, pp. 143-164.
- Carbone, F. e Lupatelli, D. (1991), *Psicologia e sport*, La Casa Usher, Firenze.
- Cei, A. (1987), *Mental Training. Guida pratica all'allenamento psicologico dell'atleta*, Pozzi edizioni, Ravenna.
- Cei, A. (1998), *Psicologia dello sport*, Il Mulino, Bologna.
- Coca, S. (1991), *Elementi di psicologia dell'allenamento*, Società Stampa Sportiva, Roma.
- Cosmai, M. (1995), *L'intervento psicologico e psicoterapeutico nello sport*, Società Stampa Sportiva, Roma.
- Cratty, B. e Pigott, R.E. (1988), *Psicologia dello sport*, Società Stampa Sportiva, Roma.
- De Moja, C.A. (1987), *Psicologia dello sport*, Piccin-Nuova Libreria, Padova.
- Di Vincenzo, F. (2002-03), *Ansia e stress nell'attività sportiva: un approccio psicologico*, Università degli Studi di Palermo, Facoltà di Scienze della Formazione, corso di Psicologia.
- Di Vincenzo, F. (2002-02), *Ansia e stress nell'attività sportiva: un approccio psicologico*, Tesi di Laurea, Università degli Studi di Palermo.
- Facchini, F. (1993), *Psicologia del calciatore*, Società Stampa Sportiva, Roma.
- Facchini, F. (1992), *Il training autogeno nel calcio*, Società Stampa Sportiva, Roma.
- Gill, D.L. e Williams, K. (2000), *Psychological dynamics of sport and exercise*, Human Kinetics, Champaign (US).
- Giovannini, D. e Savoia, L. (2002), *Psicologia dello sport*, Carocci, Roma.
- Hanin Yuri, L. (2000), *Emotion in sport*, Human Kinetics, Champaign (US).
- Lombardo, G. e Cavalieri, P. (1994), *Psicologia della personalità nello sport*, Carocci, Roma.
- Longoni, U. (1995), *Questione di testa*, Calderini, Milano.
- Martens, R. e Bump, L. (1991), *Psicologia dello sport*, Borla, Roma.
- Muzio, M. (2002), *Le basi scientifiche del recupero: gli aspetti psicologici*, Convegno "Il ritorno allo sport dopo la ricostruzione del LCA: quando, come e perché", relazione.
- Petitpas, A. e Danish, S.J. (1995), *Caring for injured athletes*, in «S. M. Murphy».
- Saibene, F. et al. (1995), *Fisiologia e psicologia degli sport*, Zanichelli, Bologna.
- Salvini, A. (1982), *Identità femminile e sport*, La Nuova Italia, Milano.
- Salvini, A. e Tarantini, F. (1989), *Mente e azione motoria*, Borla, Roma.
- Tamorri, S. (1999), *Neuroscienze e sport*, Psicologia dello sport, UTET, Torino.
- Thill, E. (1984), *Sport e personalità*, Armando, Roma.

Vercelli, G. (2003), *Atleta nel corpo e nella mente: riflessione e regole per la costruzione della prestazione d'eccellenza*, Centro Psicologia dello Sport - ISEF - Torino, atti del Convegno Sempre in gioco, Vercelli.

Vercelli, G. (2003), *Atleta nel corpo e nella mente: riflessioni e regole per la costruzione della prestazione d'eccellenza*, Atti del Convegno, Sempre in gioco, Vercelli.

9.4. Sitografia

<http://www.aou-careggi.toscana.it/internet/index.php>

Conclusioni

Sviluppi futuri. La funzione psichica

La nostra esperienza nasce dalla clinica delle organizzazioni orientate alla salute ed è rivolta alla comprensione della loro complessità relazionale e dei quesiti che costantemente pongono. Il nostro vedere è contemporaneamente dedicato alla complessità relazionale del sistema uomo-natura.

La finalità è lo sviluppo delle idee, accrescere la consapevolezza della finitezza relativa del pensiero umano e del suo significato.

Abbiamo così declinato un proto-progetto che affonda le sue radici nella relazione fra esseri umani desiderosi od obbligati a vivere in una comunità critica e conflittuale, nell'impegno di una cultura che sviluppi consapevolezza dell'agire psichico come salvaguardia e valore differenziale degli esseri umani, quando reciprocamente destinati a prendersi cura della sofferenza.

Elemento fondante è la costruzione in itinere di un gruppo di lavoro coeso nella condivisione e nella differenziazione delle prospettive e delle idee, a sua volta teso ad emanciparsi da sè stesso così come dalle proprie credenze e risultanze storiche o appartenenze disciplinari.

Per tale fatto risulta cardine operativo durante ogni nuova esperienza progettuale, l'inserirsi di tale gruppo nella dimensione dell'unicità dell'esperienza stessa capace di dare avvio così a domande inesauribili e motivanti la costruzione e l'incontro col nuovo.

La trascendenza dal proprio particolare permette il movimento del pensiero. In tale sintesi, talvolta contraddittoria rispetto al naturale movimento umano incardinato in un *io* spesso spregiudicato e conflittuale, nasce lo studio, la ricerca, l'operatività di rete, la costruzione di nuovi gruppi di lavoro che definiscono e rimodellano il cambiamento e la progettualità.

Così che si possa anche superare, tralasciare o mettere da parte l'identità personale, l'identità del gruppo primigenio a favore del soggetto di conoscenza, che infine e fin dall'inizio è la relazione umana nelle proprie vicissitudini ambientali tra salute/malattia, felicità/sofferenza, vita/morte.

Per tale progetto, etimologicamente politico e sociale, comprendiamo, all'interno di una sintesi certo complessa, l'imprescindibile presenza di tutte le Istituzioni e Associazioni coinvolte e coinvolgibili.

Coloro che si occupano di cure e che lavorano come terapeuti o come ricerca-

tori terapeuti sono epistemofili e affrontano un discorso inerente la conoscenza e il proprio modo di conoscere all'interno di organizzazioni, fatalmente limite e possibilità del proprio divenire, della capacità di conoscere, della capacità di essere soggetti di cambiamento felice.

È un problema etico, oggi, riflettere e porsi di fronte alla natura della propria conoscenza in maniera consapevole e senza confondere il proprio mito con la ragione e la propria ideologia con la scienza. Un osservatore-terapeuta-ricercatore e comunque coloro che studiano, analizzano, danno lettura del proprio oggetto di ricerca e comunicano il proprio sapere ad altri sistemi e ai sistemi via via più allargati (i sistemi della gestione dei saperi e i sistemi della decisione), hanno la responsabilità di cercare, acquisire, inventare nuove pratiche e nuove teorie, di riconoscere i limiti delle certezze cui mirano, di riconsiderare e porre in discussione costantemente ciò che si pone loro come evidenza, di tenere in mente che l'uomo non è strumento, ma il fine di ogni conoscenza. Che la cura e conoscenza, la ricerca e la sistematizzazione degli errori, pur avendo bisogno di organizzazioni comprensive, strutturate e teorie generali di riferimento, dovranno sempre tornare alle domande fondanti della filosofia e della scienza.

Un osservatore deve essere oggi in grado di comprendere e spiegare il proprio modo di essere e di operare in seno a quella cultura che egli stesso concorre a produrre, quella cultura che conserva, trasmette, riproduce i linguaggi della realtà, le logiche umane, i saperi, i criteri e le organizzazioni della verità. Egli può essere consapevole che la sua mente elabora e organizza la conoscenza strumentale o funzionale, utilizzando i mezzi della cultura di cui dispone e che egli stesso crea; che la sua attività interagisce con l'etica, il mito, la religione, la politica, le dimensioni del potere; che il proprio sapere particolare e specifico non è conoscenza se disgiunto dalla complessità di cui fa parte e di cui vive; che tale conoscenza e ricerca hanno come motore l'idealità della scoperta.

È opportuno chiedersi se il tema della conoscenza e del modo di conoscere possa essere, in termini espliciti, il filo conduttore di un lavoro che abbia come oggetto di riconoscimento e di studio questioni inerenti realtà soggettive e sociali già definite in termini di problemi.

Poiché affrontare un problema significa ridefinire il problema stesso e offrire nuove ipotesi relativamente a obiettivi specifici, il tema della conoscenza può essere utilizzato per rinominare e ridefinire ciò che è l'oggetto del nostro studio, ovvero la problematizzazione della mente organizzativa: nello specifico la creazione di una psicologia diffusa negli ambienti e nei contesti di vita, la normalità della patologia, la patologia e la normalità delle organizzazioni come mente.

L'idea di un'Organizzazione – Mente può suscitare complessi interrogativi: può una organizzazione che non tiene conto della propria funzione mentale resistere a

se stessa? Può conoscersi? Può risolvere le problematiche cui è tenuta a rispondere? E ancora: l'avere come fine anche sé stessa costituisce un limite, un fatto umanamente ineludibile o comporta comunque una qualche forma di verità?

Contemporaneamente, sia pure attraverso un'operazione arbitraria, essa rende tollerabile la difficoltà a comprendere e utilizzare ciò che accade nei gruppi – sistemi – sottosistemi – organizzazioni lavorative ed umane favorendo il superamento dell'inganno insito nella dicotomia – scissione individuo – organizzazione.

Nell'affrontare la nostra mente in termini di problema, diviene indispensabile esplicitare Chi dà definizioni, su Che Cosa e Come raggiungiamo tale conoscenza.

La delimitazione e la formalizzazione della “questione mente” in termini di problema, passa attraverso la sua complessità e multifunzionalità, ovvero attraverso una serie di concettualizzazioni con funzioni operative effettuate da coloro che definendosi implicitamente come osservatori esterni, sono interessati all'argomento relativamente al proprio ruolo, motivo e obiettivo.

La questione mentale è un problema di complessità poiché ha tutte le caratteristiche per non poter essere compreso nell'ambito di un particolare sapere, né di una specifica disciplina di studio ed è un problema multifunzionale poiché si pone come un significante sociale e culturale, riorganizzatore delle medesime strutture e ordinamenti sociali e culturali che, a loro volta, lo organizzano e lo definiscono.

Complessità e multifunzionalità sono elementi relativi e concatenati alla multidisciplinarietà, parcellizzazione e frammentazione dell'odierno sapere.

Il riconoscimento di una questione in termini di problema, come pure la sua successiva organizzazione in problematiche disciplinari, può comportare una sorta di confusione fra “che cos'è la questione in sé”, ad esempio che cos'è la mente ragionante, e “che cos'è la stessa questione definita in termini di una disciplina che la voglia rappresentare”, ad esempio quando si definisca la mente ragionante, la follia, come una malattia, oppure come un disagio sociale, come un disturbo delle relazioni familiari, o, ancora, come variante esistenziale.

Tale confusione rimanda, a sua volta, al conflitto fra definizioni soggettive e definizioni oggettive applicate allo stesso problema, lì dove le definizioni stesse ne tracciano il futuro (sociale, sanitario, economico, politico, culturale ed anche personale).

Per il momento si aprono i seguenti argomenti:

Le definizioni si strutturano su questioni autologicamente indefinibili.

Una definizione organizza la questione nei termini di problema e, questo, a sua volta, in problematiche disciplinari.

Lì dove una disciplina comunichi sul proprio oggetto di studio, è contempora-

nea la metacomunicazione relativa alla propria definizione e alla gestione della propria conoscenza.

Le discipline conoscitive creano la realtà osservata e sono da questa create e mantenute.

Nelle questioni inerenti la mente, la mente che organizza, l'organizzazione come mente, il processo definitorio è continuamente modificato da un soggetto razioinante che osserva un altro soggetto entrambi facenti parte di un insieme complesso.

In tal senso non vi sono verità oggettivabili, pur permanendo l'unica verità, in quanto dato di fatto, che è quella della sofferenza soggettiva, a-categoriale, personale, relazionale.

Nelle scienze della mente la confusione avviene nel passaggio da soggetto ad oggetto.

Il soggetto ha come mezzo, fine e scopo sé medesimo, ed è la stessa cosa del soggetto che fa. Questo soggetto, quando parlato, diviene un oggetto di chi lo parla e lo osserva. Un oggetto che è mentre ha, che ha mentre è, e che porta l'intrinseca confusione e l'errore di essere definito esplicitamente come soggetto e implicitamente usato come oggetto, oggetto di una morale, di una disciplina, di una legge.

Il soggetto di cura diviene curabile solo se oggetto di terapia, ma è guaribile solo se soggetto della propria cura.

Il soggetto di malattia diviene malato solo se oggetto di malattia, ma può essere sano nella malattia solo se soggetto della propria natura, della propria unitarietà e unicità.

Il soggetto-utente diviene afferente ad un servizio sanitario solo se oggetto di cura, oggetto di malattia, oggetto di una categoria diagnostica, oggetto di norma in quanto deviante dalla norma. Diviene soggetto quando non afferisce al servizio, quando non è epidemiologicamente definibile, quando ha consapevolezza di sé e del proprio disagio indipendentemente da una relazione curativa istituzionalizzata.

L'esperienza è conoscenza. La conoscenza è esperienza (emozione e ragione). Conoscere è vivere. La conoscenza fondamentale è: come esistere mentre si esiste?

La polverizzazione specialistica e la frammentazione dei saperi, l'incomunicabilità fra discipline diverse, la chiusura, implicano una non conoscenza che ora va a discapito dell'unitarietà della persona e delle sue relazioni rivelandosi soprattutto nel disagio e nella sofferenza, termini di cui sempre più ci meravigliamo. Come? Soffre?

Così come le nostre capacità cognitive necessitano dell'integrazione dei pro-

cessi mentali (ciò che concettualizziamo in termini di memoria, pensiero, attenzione, coscienza, linguaggio, emozioni), altrettanto inseparabili divengono, nell'organizzazione della conoscenza, i saperi della scienza e della filosofia, delle scienze naturali e umane.

In effetti, stiamo parlando ora di Organizzazioni.

La nostra oscurità nasce oggi dal modo di produrre i saperi e le conoscenze e dal modo con cui, identificandoci con esse, costruiamo le idee che noi abbiamo di noi stessi senza possibilità di errore. Il problema della conoscenza consiste invece nella capacità di ammettere il rischio di errori e illusioni. Poiché l'errore spesso si nasconde o non appare come tale, noi ci illudiamo di verità, certezze, definizioni. L'illusione si confonde con il desiderio e il desiderio allunga il tempo della nostra vita. Quel tempo che abbiamo allontanato ed estraniato insieme alla sofferenza, la malattia, la morte.

Prevale dunque la ricerca del senso assoluto delle cose, la ricerca delle definizioni definitive, le verità certe, la giustificazione, la non condivisione.

Se le scienze esatte devono affrontare la garanzia della validità di una procedura scientifica, la verifica, falsificazione delle teorie, le scienze umane insieme alle prime debbono accogliere in sé l'uomo e la possibilità di una conoscenza creativa, affettiva, immaginativa, tenendo conto del tempo che è e del tempo che ha.

Precarietà, futuro, disagio. Si è modificata la percezione del tempo, il suo valore e significato, trascinando con sé le questioni relative alla salute, malattia, morte.

Il tempo fisiologico si separa dal tempo sociale, il tempo interno dal tempo esterno, il tempo soggettivo dal tempo oggettivo, il tempo della natura da quello delle normative della società. Manca l'infuturazione.

Negli stati psicotici della mente il tempo viene annullato, si entra in una percezione sensoriale dove si è tempo o annullamento del tempo e dove il senso di onnipotenza e immortalità si sostituisce al niente e all'angoscia del vivere. Le terapie riabilitative riconnotano il cadenzare del tempo. Ma il tempo di chi? Il tempo dedicato a chi, per che cosa? Con quali valori?

In tali dualismi temporali organizziamo le attività del pensiero, della volontà, della ragione, dei sentimenti. Vi si organizzano anche il disagio, la sofferenza, la malattia, la morte. Si organizza quella normativa sociale che ne permetterà o meno l'espressione, la lettura, la traduzione.

La creazione del tempo come un corpus a sé stante, esterno e separato dal corpo-uomo avviene contemporaneamente alla divaricazione del tempo psicologico e soggettivo dal tempo sociale. L'uomo pone le proprie cose all'esterno. Si separa dall'ascolto dei propri sentimenti, dal riconoscimento della propria sofferenza,

dalla possibilità di dare loro un nome. Vive ora di sintomi. Delega le proprie competenze agli esperti.

Egli non può sapere ora qual è la sua cura, quale nome ha il proprio bisogno. Non può più accettare non tanto la sofferenza in sé, quanto l'idea in assoluto di una qualsiasi possibilità di sofferenza. Nello stesso modo l'uomo si separa dal dolore, dalla malattia e dalla morte, le riconsegna ad un tempo esterno, sì da renderle non più proprie, interne, soggettive, ma esterne, oggettive, di altri, capaci di aggressione, nemiche.

L'ambiguità di tale posizione consiste nel fatto che quando proiettiamo qualcosa di noi all'esterno pensiamo anche di esserne i controllori e di averne acquisito il potere, una sorta di immortalità. Il tempo stesso, in certi momenti del suo modo di trascorrere, rappresenta la malattia stessa e la morte. Malattia e morte divengono oggetti afferenti all'uomo e di esse, come per il tempo, viene persa ogni possibilità di controllo.

Ecco perché possiamo ipotizzare che le nostre organizzazioni altro non siano che proiezioni della nostra mente.

È pur vero che l'esigenza individuale è legata all'esigenza sociale. L'esigenza sociale è, nel nostro caso, quella di stabilire delle norme cui la maggioranza delle persone deve attenersi. È a tali norme, naturalizzate nella Legge tramite sanzioni e punizioni che le persone della comunità devono tendere, soprattutto quando è difficile o impossibile attenervisi. È infatti in tale difficoltà che la norma esprime il proprio potere sui singoli individui. Ogni norma, quindi, per potersi consolidare, reificare, necessita di individui che vengono a trovarsi nella difficoltà di attenervisi e di strumenti capaci di darne la misura dell'importanza. Vicinanza e distanza dalla norma comportano l'evidenziazione di ciò che è a-norme, concettualmente indistinguibile da anormalità.

Il primo strumento e obiettivo di una norma è il tempo. È il tempo fatto a oggetto e obbiettivato tramite la sua misurazione che ci separa da ciò che è anormale-innaturale, e da ciò che è normale-naturale.

Il tempo si identifica con la resa produttiva: produzione di uomini normali che producono cose normali, capaci di attenersi alla norma stabilita e di distinguere ciò che da essa devia.

Qual è, allora lo spazio, il tempo possibile delle nostre organizzazioni?

Che cosa vuol dire, ad esempio, "la nostra organizzazione è malata". Qual è l'approccio e quale la sistematizzazione in grado di comprenderla e di leggerla?

Abbiamo detto come la norma abbia come strumento e obbiettivo della propria auto-organizzazione il tempo e come questo venga poi a concretizzarsi in un oggetto esterno alla persona, attraverso il quale è resa possibile la misurazione di distanze, differenze, ovvero delle anormalità. Se oggi, quindi, stabiliamo che è

norma avere la salute, il significato individuale dato a tale lettura è quello di misurare se stessi nella discordanza da tale obiettivo, ovvero quanto si è distanti dall'avere un'anormalità, un'anomalia, una malattia.

È lecito chiedersi se questo tempo che ci ha prodotti uomini normali e uomini anormali sia l'unico tempo ormai possibile, esistendo solo soggettività che dovendo divenire oggetti di conoscenza, sono le uniche a poter spiegare l'esistenza della realtà di cui abbiamo bisogno per sopravvivere nello spazio dell'universo. Uomini: piccoli elementi dotati dell'anima, persi nel caos e nella precarietà delle relazioni.

Il poeta tedesco J.W. Goethe disse: «Colui che non sa darsi conto di tremila anni rimane nel buio e vive alla giornata».

Abbiamo bisogno di collaborare affinché la scienza della mente cessi di fluttuare nel vuoto, affinché le nostre istituzioni si pongano nuove domande, si diano nuove risposte, cambino le proprie parole, perché l'essere umano non ha in sé niente di scontato e niente di definitivo, niente che non valga la pena di non essere ridomandato, rinominato, ripensato.

È tempo di rimettersi a pensare per tentare nuove strade di approccio al problema della vita degli esseri umani e tentare di tracciare un nuovo scenario, un teatro insolito e seducente se capaci di oltrepassare la dimensione personale, trascendere, essere curiosi, non aver paura. Perché niente di più sano e soddisfacente vi è per l'uomo del provare paura e superarne il limite.

I dati che forniscono le discipline specialistiche della salute psichica, della salute/malattia mentale non sembrano ad oggi sufficienti a delineare un orientamento utile ad intraprendere o tratteggiare un'azione programmatica in termini di prevenzione primaria nell'ambito delle nostre organizzazioni sanitarie poiché ad oggi è stata trascurata proprio la questione organizzativa, lavorando tali discipline solo su pezzi parziali del sistema: il paziente psichiatrico, il paziente psicologico.

D'altronde le cause, lineari?/circolari? interne?/esterne? che producono disagio, terrore esistenziale, che inducono alla catastrofe mentale della vita personale, familiare, sociale, lavorativa, relazionale, organizzativa, restano tuttora oscure, nonostante la sequela di teorie sull'argomento.

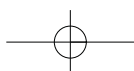
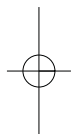
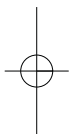
Le discipline che si occupano della cura delle persone diagnosticate come malate psichicamente, dal più semplice al più complesso disturbo, hanno prodotto descrizioni raggruppate in sindromi e catalogazioni che non sono riuscite ad andare al di là dei fenomeni soggettivi osservati e in cui il vero oggetto di interesse appare essere la descrizione della "malattia" in sé anche a prescindere dalle moderne considerazioni prodotte dalla fisica, dalla matematica, dalla biologia. Che cos'è che non vogliamo comprendere del nostro mondo organizzativo?

La parola “guarigione”, almeno nei casi dei disturbi più severi e con “quantità” maggiore di malattia, sembra tuttavia circolare con difficoltà all’interno dei professionisti della cura, psichiatri pubblici e privati, psicologi, infermieri, educatori, amministratori, manager. E d’altronde non potrebbe essere in altro modo, dato quanto descritto circa la/le causalità.

Sembrerebbe così necessario porsi la domanda se non sia possibile riconsiderare il tema della normalità/anormalità e se non sia il caso di tentare nuovi modi di dirle, nuovi modi di pensarle, nuovi modi di prendersene cura, visto che le nostre stesse organizzazioni pongono il costante dilemma dell’innovazione e della progettualità.

Tale questione non sembra più poter essere preda delle sole discipline che curano; sembra oggi necessario e utile invece riavviare un confronto con le altre scienze che si occupano delle “cose umane”, con la Politica, la Cittadinanza.

Laura Belloni



Consulenza editoriale
Giovanni Squarci

Edizioni ETS
Piazza Carrara, 16-19, I-56126 Pisa
info@edizioniets.com - www.edizioniets.com
Finito di stampare nel mese di ottobre 2011