

Expert Opinion

Il sostegno psicologico per operatori e familiari ai tempi del Covid-19

Marilena Balatti, Marina Bertoni, Alessandro Pratelli^o, Flavia Righi, Manuela Sacchi, Luisa Elisabetta Sonzognò*, Federico Durbano^s

**Psicologa psicoterapeuta*

^oPsicologo psicoterapeuta, direttore Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Psicologia Clinica, Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Melegnano e della Martesana

^sPsichiatra psicoterapeuta, Direttore Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Melegnano e della Martesana

In relazione all'attuale pandemia di COVID 19 ciascun operatore sanitario ha dovuto confrontarsi con reazioni di paura e distress mai sperimentate in precedenza nella propria esperienza professionale, sia per intensità che per durata.

La condizione di sofferenza psicologica ed emotiva è stata segnalata in più occasioni, informalmente (comunicazioni dirette, post sui social, interviste su organi di stampa), ed è anche emersa formalmente a seguito di indicazioni istituzionali.

Nello specifico della ASST Melegnano e della Martesana la prima richiesta di aiuto è venuta dalle Terapie Intensive, incardinata su 3 elementi critici:

1. Carichi di lavoro insostenibili
2. Casi gravissimi
3. Troppi morti

L'analisi della domanda ha da subito evidenziato come elemento critico l'estremo coinvolgimento del personale sanitario in relazione alla risposta emotiva e la necessità di organizzare un immediato supporto psicologico.

La Direzione dell'ASST ha quindi dato mandato all'UO-SD di Psicologia Clinica del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze di organizzare un gruppo di lavoro che attualmente si avvale della collaborazione di 35 psicologi esperti, provenienti da diversi settori sociosanitari dell'azienda, con un servizio di segnalazione di bisogno / richiesta di intervento tramite una mail dedicata, fornendo la possibilità di una risposta celere 7 giorni su 7 attraverso videochiamate (o telefonate), per essere più comodamente fruibile da parte del personale sanitario e per non rinunciare

alla comunicazione non verbale delle emozioni che i mezzi di protezione inevitabilmente nascondono.

L'intervento focalizzato sugli operatori sanitari, in quanto persone in "trincea" esposte a richieste di lavoro eccezionali e a una sollecitazione emotiva pesante, ha l'obiettivo, in prima battuta, di rafforzare risposte resilienti a questa situazione spazzante e, nel medio periodo, di prevenire uno stato di stress cronicizzato che potrebbe insorgere nelle fasi successive all'emergenza, con il manifestarsi di sintomi post-traumatici.

La condizione di chi opera "in prima linea"

Medici, Infermieri e altro personale sanitario si sono trovati a dover lavorare con una malattia che non ha protocolli già stabiliti, ognuno di loro si sta

segue

formando sul campo, attraverso prove continue e nessuna sicurezza legata anche alla fluidità delle linee di comportamento che giorno per giorno vengono comunicate in base alle sempre nuove conoscenze che emergono.

Inoltre i malati di Covid 19 richiedono molto impegno, molte risorse in termini di energia.

Solamente chi ci lavora a diretto contatto può percepire la reale fatica (fisica ma anche psichica) provata.

Il mondo sembra essersi ribaltato: i contatti fisici, che nella quotidianità sono negati tra persone che non appartengono allo stesso nucleo familiare, normalmente in reparto esistono, sono l'unico contatto umano tra operatori e pazienti. In questa situazione invece Medici e Infermieri risultano irricognoscibili ai degenti, perché i DPI coprono tutto il volto e diventa difficile poter riconoscere e distinguere le persone... diventano tutte uguali.

Alcuni operatori hanno deciso di scrivere il proprio nome sui camici, altri hanno addirittura pensato di renderli personalizzati, con disegni particolari. Così anche i pazienti sanno con chi si stanno relazionando, personalizzando la relazione che in queste condizioni di sostanziale isolamento si sta perdendo.

Anche gli ospedali hanno dovuto riorganizzarsi, cambiando la tipica strutturazione dei reparti, variando le équipes, rivoluzionando l'organizzazione generale.

Tutto ciò ha portato ad un ulteriore stress che impatta sulla resilienza del personale, sempre più messa alla prova dagli eventi che si susseguono in maniera drammatica e sembrano non fermarsi.

Le notti, un tempo, avevano un ritmo diverso all'interno dell'ospedale, ora non è più così.

Gli agenti stressogeni si sono significativamente incrementati rispetto alla normale routine: metti e togli i DPI (sperando di averlo fatto in modo corretto), numero di infetti elevato e apparentemente sempre in crescita, mai avuto in un normale ospedale, il rientro a casa e tutto ciò che questo comporta (tra cui la paura di infettare i propri cari). Ma anche, rimanendo solo sul piano tecnico, la fatica a gestire pazienti che chiedono "solo" di poter respirare bene: arrivano con una spaventosa "fame d'aria" causata dalla polmonite, che non permette loro di parlare...non ce la fanno!

Infine, una volta che i pazienti sono entrati in rianimazione o in qualsiasi altro reparto, viene a mancare il contatto con i parenti, l'accudimento che normalmente vivrebbero e che ad oggi oggettivamente gli ospedalieri non sono in grado di supplire per la mole impressionante di lavoro che si sono trovati a dover gestire.

Considerazioni derivanti dall'analisi delle richieste

L'esposizione alla non adeguata disponibilità di protezioni (soprattutto nelle fasi iniziali della pandemia) ed al

rischio di ammalarsi ha certamente giocato un ruolo fondamentale in chiave di stress, in particolar modo ha generato angosce rispetto al poter contagiare i propri familiari.

Le fasi iniziali hanno colto medici ed infermieri impreparati e tale condizione ha generato sentimenti di inadeguatezza ed impotenza; sulla base di questi sentimenti spesso sono state riferite reazioni di rabbia ed acting out.

Il lavoro conosciuto e noto che scandiva la quotidianità è stato stravolto da eventi drammatici che si sono susseguiti con rapidità ed intensità, tanto da esporre gli operatori sanitari a condizioni di elevatissima Emotività Espressa.

Le sollecitazioni più spesso evidenziate dai colleghi ospedalieri hanno riguardato sia lo stato emotivo che i sentimenti, ma anche le differenze dal solito operare con il paziente che rendono destrutturato il contatto relazionale.

Un'altra tematica che ha notevolmente condizionato l'impegno quotidiano è stata **l'angoscia di morte**, che è praticamente sempre presente e che ha certamente esposto gli operatori a riversare su loro stessi le storie vissute da altri. In questa dinamica di proiezione e identificazione gli operatori diventano figli, genitori ed ammalati, generando e strutturando importanti preoccupazioni, paure, angosce ed ansia.

Spesso i colleghi in prima linea ci hanno raccontato di una gestione dei pazienti nel loro reparto, prima dell'avvento

segue

del COVID19, in cui le relazioni erano caratterizzate dalla lettura e attenta considerazione di aspetti non verbali, di prossemica ed anche di vicinanza.

La condizione attuale di distacco umano ha certamente creato idiosincrasie. Ripetutamente ci raccontano di come possano difficilmente trasferire al paziente la loro vicinanza e trasmettere empatia nell'atto di prendersi cura dell'altro.

Il modello di intervento proposto

L'attività del gruppo di psicologi si è impostata strutturando interventi iniziali volti al riconoscimento delle proprie emozioni, cercando di mettere in parole e soprattutto di normalizzare i pensieri negativi rimuginativi e le emozioni soverchianti. Si è cercato di rinforzare le risorse emotive positive che nel corso dei colloqui in videochiamata ogni singolo operatore, attraverso il proprio racconto, descriveva.

Nonostante gli operatori sanitari siano normalmente più "attrezzati" e abbiano una soglia più alta di sopportazione dello stress, per la prima volta sono di fronte al fatto di trovarsi anche loro esposti alla stessa malattia, hanno paura del contagio e di contagiare, di non riuscire a reggere i ritmi. Abituati a vivere a contatto con situazioni estreme ma non massive in termini di numeri e concentrazione temporale, l'esposizione massiva attuale alle stesse impone di dover affrontare repentini cambiamenti radicali nella routine lavorativa, che oggi è completamente stravolta: bisogna

apprendere nuove procedure e adattarvisi (armature fastidiose che impediscono movimenti agili), i protocolli ordinari sono stati stravolti, bisogna compiere scelte importanti e tutto ciò porta ad un sovraccarico sempre maggiore. La fatica psichica è data anche dalla mancanza di una linea temporale certa che faccia intravedere la fine di questa situazione traumatica. Gli operatori lamentano di non riuscire a scindere vita privata e vita lavorativa: le due sfere, personale e professionale, sono unite, l'operatore anche a casa pensa alla realtà lavorativa, non stacca mai.

Anche le abitudini normali e di relazione sono cambiate. Si sentono in colpa per stare lontano da figli e famigliari. Tutti gli schemi emotivi che prima venivano messi in campo oggi non funzionano più. Un'altra cosa che sta succedendo è che vedono i loro colleghi ammalarsi, morire. Ognuno che si ammala o muore ricorda loro che potrebbero essere i prossimi. Una minaccia imminente a cui non erano emotivamente preparati.

Nel lavorare con i sanitari che esprimono quanto descritto sopra emerge che il bisogno più importante è quello di essere accolti ed ascoltati e non lasciati soli.

Il nostro intervento si è focalizzato sull'aiuto a fronteggiare l'incertezza e sul favorire una decompressione, dare loro la possibilità di pensare nella maniera più adeguata possibile a quello che sta realmente accadendo, condividere e confrontarsi con i vari aspetti nuovi e stressanti, oltre

che con i limiti presenti nelle situazioni che ci circondano.

Viene anche sottolineato che essere affaticati, avere un po' di ansia, essere un po' preoccupati ha senso e deve essere tollerato.

Inoltre è indispensabile e necessario attivare tutte le risorse interne e relazionali che ognuno di noi ha.

Le richieste di supporto inizialmente non sono state numerose, anche se sono progressivamente aumentate mano a mano che è stata presa coscienza effettiva della situazione e di tutti i suoi risvolti, anche appunto quelli del disagio psichico che il lavorare in certe condizioni comporta. Probabilmente c'è anche un problema di timing: forse non è ancora giunto il momento di **elaborare**, "non c'è tempo" e chi aiuta difficilmente chiede aiuto.

Anche in conseguenza di ciò abbiamo deciso di allargare l'offerta di sostegno ai famigliari dei ricoverati, sgravando il personale di una parte del carico emotivo spesso più pesante del lavoro stesso legato alla necessità di dover comunicare con elementi terzi.

Abbiamo quindi iniziato ad ascoltare i racconti dei famigliari. Anche in queste situazioni emerge una elevata emotività espressa.

I contenuti sono ascrivibili soprattutto alle **angosce di morte**, al **distanziamento sociale** e all'**isolamento** che non permette di congiungersi ai propri cari nel corso dell'ospedalizzazione o durante e dopo la morte.

segue

Lo stress e l'ansia sono soprattutto riconducibili all'attesa spasmodica di poter ricevere informazioni ed in molte situazioni, purtroppo, alla possibilità di ricevere le cosiddette bad news.

Anche nel caso dei familiari è largamente espressa la paura di ammalarsi e anche quella di contagiare altri della propria famiglia (come, del resto, avviene negli operatori sanitari); tali aspetti generano **potenti sentimenti di colpa** e per quanto riguarda i processi di pensiero, conducono, a cul de sac, a **disturbanti ruminazioni ossessive**.

In queste situazioni, gli interventi effettuati in chiave psicologica hanno come premessa l'intenzione di poter validare contenuti emotivi anche molto disagiati e dunque di poter canalizzare esperienze di stress ed angoscia in una dimensione di miglior tolleranza, favorendo la strutturazione di adeguate risorse per nuove strategie di fronteggiamento.

In conclusione, appare molto evidente come la popolazione, che a diversi livelli ed intensità accomuna sia operatori sanitari che familiari, necessita di riadattamenti nei consolidati approcci terapeutici e di interventi ad hoc sulla situazione COVID 19. In attualità si evidenziano in modo nitido aspetti che si configurano dal punto di vista diagnostico e dunque sintomatologico in ciò che descriviamo comunemente come un **Disturbo Post Traumatico da Stress**. Certamente non possiamo dimenticare che ora non possiamo definire le situazioni di

sofferenza emotiva descritte come un post trauma, poiché la traumatizzazione è quotidiana e ripetuta lungo un continuum di eventi, tra loro molto diversificati e diversificabili e la fatica psichica è data dalla mancanza di una linea temporale che faccia intravedere la fine di questa situazione traumatica. Manca anche l'elemento temporale della stabilizzazione della risposta disfunzionale allo stress, parametro necessario a formalizzare la diagnosi di disturbo post-traumatico da stress. Certamente ci sono però tutti gli elementi predisponenti, che se non adeguatamente gestiti possono determinare nel futuro un incremento di tale disturbo.

Bisogna infatti ragionare in termini di uno stress di lungo periodo, valutare che gli operatori che vivono il contatto con le sofferenze acute, nonostante tendano a sviluppare una soglia di tolleranza piuttosto alta verso gli eventi traumatici, sono comunque soggetti a disturbi psicopatologici a breve o lungo termine causati dalla traumatizzazione vicaria. Altrettanto importante, soprattutto in questa evenienza, è ricordare che anche noi psicologi, parimenti ai colleghi ed ai familiari, siamo esposti a **variabili stressogene rilevanti**: non siamo spettatori od osservatori che giungono su una scena traumatica dalla quale non siamo stati coinvolti; diventa quindi fondamentale, per attuare interventi lucidi ed efficaci, aver già strutturato per noi stessi una pianificazione della gestione emotiva e di rinforzo delle risorse. Questo può essere gestito con tecniche specifiche,

ma soprattutto con la condivisione in equipe di momenti di riflessione e di confronto, utili a riportare nella giusta dimensione quanto viene affrontato quotidianamente.

Il modello di intervento adottato dal gruppo di lavoro, derivante dalle esperienze professionali pregresse dei partecipanti al gruppo stesso, è quello del **PRIMO SOCCORSO PSICOLOGICO** come proposto da Sphere (2011) e IASC (2007).

Il primo soccorso psicologico (PSP) rappresenta una risposta umana e di sostegno a un altro essere umano che sta soffrendo e che potrebbe aver bisogno di aiuto.

Il PSP prevede di:

- offrire assistenza pratica e supporto;
- raccogliere i bisogni e le preoccupazioni;
- aiutare le persone a soddisfare i bisogni di base;
- ascoltare le persone, ma non forzarle a parlare;
- offrire conforto alle persone e aiutarle a stare calme;
- aiutare le persone a trovare informazioni, servizi e supporto sociale;
- proteggere le persone da danni ulteriori;
- il primo supporto psicologico è indicato per persone in difficoltà che sono state di recente esposte ad un grave evento critico;
- è possibile applicarlo sia su bambini che su adulti;
- non bisogna forzare le persone ad accettare un aiuto che non desiderano ricevere, ma occorre rendersi facilmente reperibili per coloro che vorrebbero essere aiutati

segue

Al momento è prematuro fare ulteriori valutazioni sia sul potenziale decorso degli squilibri psicologici descritti sia sull'effetto protettivo e preventivo dell'intervento offerto, ma certamente gli operatori ed i familiari che ne hanno usufruito hanno mostrato non solo gratitudine ma anche

hanno modificato in parte la risposta emotiva agli eventi cui sono esposti. Il che ci fa ben sperare sul potenziale proattivo del nostro intervento. Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva:

IASC. http://www.who.int/mental_health_psychosocial_june_2007.pdf

The Sphere Project (2011) Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Geneva: The Sphere Project. <http://www.sphereproject.org>