

Expert Opinion

Affrontare lo stress negli operatori sanitari coinvolti nella gestione del CoViD-19. Alcune riflessioni cliniche

Federico Durbano

Psichiatra, Direttore Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Melegnano e della Martesana

Barbara Marchesi

Psicologa Psicoterapeuta

L'epidemia legata all'infezione da SARS-CoV-2, definita CoViD-19, sta comportando nelle professioni sanitarie un sovraccarico di impegno non solo fisico (turni di lavoro aumentati, riduzione dei riposi, incremento del carico assistenziale) ma anche emotivo. La reattività emotiva, tipica delle situazioni di stress massiccio e improvviso, ha anche una definizione clinica (e non potrebbe essere altrimenti, in un mondo che "classifica" tutto): si chiama Critical Incident Stress Syndrome (CISS), ovvero sindrome da stress da incidente critico (Fullerton, C. S. & Ursano, R. J. Posttraumatic Stress Disorder: Acute and Long-Term Responses to Trauma and Disaster. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1997; DeWolfe DJ. Training Manual for Mental Health and Human. Service Workers in Major Disasters, second edition. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Publication No. ADM 90-538), 2000) (vedi anche).

Perché tale sindrome si manifesta, e come si manifesta?

Intanto, bisogna ricordare e ricordarsi che gli operatori della salute sono, prima di tutto, esseri umani. Certamente sono portatori di un sapere tecnico e operativo, relativo alla gestione della salute, significativamente superiore a quello dell'essere umano medio. Ma questo "superiore" sapere non protegge dalle reazioni emotive, soprattutto in condizioni estreme, anzi, paradossalmente può essere anche dannoso. Infatti una delle reazioni difensive poco efficaci è rappresentata dal distanziamento: da "tecnico" si osserva quello che accade da una posizione esterna, neutra, "scientifica"; dimenticandosi invece che c'è anche un diretto coinvolgimento in quanto essere umano negli stessi rischi, se non superiori, della popolazione generale. E questo è l'elemento critico: la consapevolezza di essere anche "popolazione normale" irrompe improvvisa e impre-

vista quando qualcosa rompe il delicato equilibrio difensivo del distanziamento. Ad esempio la malattia o la morte di qualcuno caro e vicino, la morte di troppi assistiti sui cui non si è stati in grado di fare nulla, a volte la propria stessa malattia (contro cui si era combattuto nei propri assistiti) o addirittura la consapevolezza della possibilità della propria morte (veicolata dalla morte dei colleghi). È inevitabile che il proprio mondo emotivo in qualche misura risuoni in sintonia con quello che accade intorno, l'operatore della salute non è un robot anaffettivo. Ma in assenza di una adeguata consapevolezza di questa risonanza e di questa reattività, quando queste si manifestano all'improvviso espongono ad una condizione di crisi. Ed è quello che accade nella CISS. Il sovraccarico di lavoro necessario a rispondere alla marea rapidamente montante delle richieste legate al ruolo e alla professione non permette di riflettere su di sé e sulla propria emotività, a

segue

sua volta la marea montante dell'emotività viene trattata ma solo fino ad un punto critico, poi esplosivamente emerge. Un ulteriore elemento di rischio legato alla reazione di stress è rappresentato dalla alterazione delle routine abituali, prima tra tutte quella del sonno. Non si parlerà mai abbastanza del ruolo "ristoratore" (in senso di "riparatore") del sonno per l'organismo sia nelle componenti fisiche che in quelle psichiche. Certo è che, sottoposti a turni eccessivi, sotto tensione, saltando riposi e recuperi, anche il sonno viene sacrificato. Un sonno non ristoratore, tra le varie conseguenze anche in acuto, comporta significative alterazioni delle funzioni cognitive, del controllo emozionale e della funzione immunitaria. E questo comporta l'aumento dei fattori di rischio correlati all'esposizione al nuovo virus (Kancherla BS, Upender R, Collen JF et al. Sleep, fatigue and burnout among physicians: an American Academy of Sleep Medicine position statement [pub. 28/2/2020] J Clin Sleep Med).

Quello che ne consegue è lo sviluppo di quadri emotivi/psicopatologici che spaziano da un "banale" disequilibrio psicologico (una fisiologica sindrome di risposta allo stress) via via attraverso il disturbo di adattamento fino ai quadri conclamati e clinicamente impegnativi del disturbo post-traumatico da stress. Che a sua volta può strutturarsi in quadri ancora più impegnativi/complessi quali un disturbo dell'umore o altro. Certamente le caratteristiche individuali biopsicosociali (temperamento e personali-

tà, vulnerabilità e resilienza, fattori protettivi e fattori di rischio) hanno un ruolo centrale nel tracciare la strada che l'individuo prenderà quando esposto ad una condizione di stress massiccio, ma ciò non toglie che tutti noi operatori siamo esposti ad una reazione di adattamento che se non gestita bene può diventare una reazione di disadattamento. Soprattutto quando gli eventi che ci vedono coinvolti hanno una particolare salienza per noi, un significato specifico, un valore. Come nel caso che ci sta coinvolgendo per la pandemia: la salienza è rappresentata dal rischio per me e per i miei cari di perdere la vita.

Ma cos'è la CISS?

La CISS è quella reazione che si manifesta quando l'individuo viene esposto ad un evento traumatico intenso e acuto caratterizzato da grave danno o rischio di vita per sé o qualcuno vicino, o gravi incidenti / morte di massa, o, infine, per il concreto rischio che l'esposizione a quell'evento determini nel soggetto esposto gravi conseguenze a livello del funzionamento personale e professionale. Come è oggettivamente il caso della attuale pandemia CoViD-19, soprattutto nelle aree di focolaio maggiore. Infatti una delle categorie maggiormente esposte al rischio di CISS è quella del personale impiegato nella filiera della sanità, nei diversi livelli. È personale che quotidianamente, e in questo periodo in maniera significativamente oltre il normale, viene esposto alla malattia, a condizioni a rischio di sopravvivenza, senza avere il tempo

di "digerire" adeguatamente questi eventi traumatici per poter essere emotivamente pronto ad una successiva esposizione oppure senza avere avuto la possibilità di quantificare il peso soggettivo che questi eventi hanno avuto su di sé.

Bisogna infatti ricordare e sottolineare che la reazione di stress è una reazione cumulativa, che ha una curva di crescita e di decrescita, ma se alla decrescita viene sovrapposta una nuova "dose" di stress la curva non può che salire ulteriormente. (Bryant, R.; Harvey, A. (2000). Acute Stress Disorder: A Handbook Of Theory, Assessment, And Treatment. Washington, D.C.: American Psychological Association. Pp. 3-40, 87-134; Tsigos, Constantine; Chrousos, George P (October 2002). "Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, neuroendocrine factors and stress". Journal of Psychosomatic Research. 53 (4): 865-871. Doi:10.1016/s0022-3999(02)00429-4; C.L. Hunter, J.L. Goodie, M.S. Oordt & A.C. Dobmeyer. Integrated Behavioral Health in Primary Care. American Psychological Association, Washington, DC, 2009)

A questi eventi, come si è detto, l'organismo risponde con una normale reazione di adattamento (definita come risposta allo stress) che rappresenta la modalità di difesa che il soggetto mette in campo. In genere è un meccanismo che preserva l'omeostasi (fisica e psichica), quindi è una reazione fisiologica. Oltre certi livelli o di impegno (evento troppo massiccio o incontrollabile o impossibilità di recuperare/

segue

riposare) o di risposta (caratteristiche biopsicosociali del soggetto) lo stress può determinare quadri di franca patologia. La reazione allo shock è diversa da soggetto a soggetto, e può comprendere dapprima una reazione di incredulità rispetto a quello cui si è stati esposti. La reazione inoltre può avere una manifestazione immediata oppure, per svariati motivi, esprimersi dopo tempo dall'esposizione. Di solito, la durata della reazione di stress è contenuta nel tempo, ma diventa potenzialmente patologica quando dura più di 4-6 settimane.

Ma quali sono i segnali che ci dovrebbero mettere in allarme?

I primi segnali che percepiamo sono quelli fisici, correlati all'attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, e si manifestano con disturbi del sonno e incubi, dolore al tronco, disturbi gastrointestinali e dell'appetito, riduzione dell'interesse sessuale o alterazioni del ciclo mestruale, cefalea, vertigini, tremori muscolari, aumentato rischio di malattie infettive. Si manifestano, in genere successivamente e spesso alla fine dell'esposizione all'evento, anche segnali emotivi / affettivi, quali sviluppo di pensieri di colpa e disperazione, irritabilità, ansietà, senso di isolamento, lutto, rabbia, "senno del poi"; segnali cognitivi, quali rifiuto/negazione, perdita della capacità di concentrazione, flashbacks / immagini intrusive ricorrenti dell'evento, problemi di memoria a breve termine, difficoltà a prendere decisioni; Importanti sono anche le

manifestazioni comportamentali, quali crisi nervose, perdita di interesse per il lavoro, uso di sostanze o alcool, allontanamento dalle relazioni, perdita di interesse verso la vita familiare, bisogno compulsivo di parlare sempre di quello che è successo, aumentato rischio di incidenti (Julian D. Ford, Damion J. Grasso, Jon D. Elhai, Christine A. Courtois, *Neurobiology of traumatic stress disorders and their impact on physical health*, in: Julian D. Ford, Damion J. Grasso, Jon D. Elhai, Christine A. Courtois, (Eds.) *Posttraumatic Stress Disorder (Second Edition)*, Academic Press, 2015, Pages 183-232, ISBN 9780128012888, <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801288-8.00005-4>).

I primi interventi che nella nostra ASST, ma anche in altre aziende della Regione, stati fatti a favore degli operatori coinvolti direttamente nella gestione della pandemia hanno messo in luce alcuni elementi degni di riflessione, che integrano e approfondiscono quanto sopra esposto.

In prima battuta, ed è un elemento tipico della CISS, è il fatto di essersi confrontati, all'improvviso (o quasi all'improvviso) e sicuramente senza preparazione specifica precedente, con un evento totalmente nuovo e per il quale non c'erano precedenti esperienze. Questo ha determinato da subito lo sviluppo di una condizione di insicurezza e incertezza di fondo, a sua volta sostenuta da un atteggiamento cognitivo/emotivo fluttuante tra la incapacità percepita di fronteggiare quello che accade e il pensiero

totipotente di farcela "come sempre" nella propria professione. La fluttuazione alterante tra le due posizioni (dicotomia cognitiva), scontrandosi con la dura realtà quotidiana, ha favorito lo sviluppo di sentimenti contrastanti caratterizzati da rabbia e terrore. Rabbia sia verso l'"altro" (ovvero in senso generico l'organizzazione che non è in grado di dare risposte rassicuranti) sia verso sé stessi perché non si è in grado di aderire allo standard ideale relativo alle proprie capacità. Ma anche terrore, terrore primordiale, panico, verso una condizione ignota (ignota perché mai affrontata prima, e totalizzante perché mette a rischio non solo il sistema sociale ma la sopravvivenza stessa di un gran numero di persone). E si sa, l'ignoto fa paura. Soprattutto se assume, anche grazie alle descrizioni non filtrate dell'attuale sistema mediatico, le forme di una piaga biblica, in grado di risvegliare modelli archetipi profondi e mai eliminati dall'inconscio collettivo, neanche nella rassicurante civiltà occidentale moderna. A questi aspetti si associa, umanamente e comprensibilmente (ancora di più per gli operatori della salute), il senso di tristezza e commozione legato ai numerosi lutti diretti ed indiretti (e in ogni caso amplificati da una modalità comunicativa dei media non adeguatamente filtrata, come già detto). A riprova di quanto descritto, una recentissima ricerca condotta su un campione di 1500 medici cinesi che si sono trovati impegnati nello Wuhan ha evidenziato il progressivo sviluppo di una sindrome affettiva acuta caratterizzata da

segue

depressione, ansia ed insonnia. Il dato sottolinea come la protezione del personale sanitario non possa limitarsi solo ai DPI variamente declinati, ma debba assolutamente prendere in considerazione anche la protezione della sfera psicologica, con adeguati interventi preventivi, di riduzione del danno e di recupero funzionale successivo al danno (JAMA Netw Open online 2020, pubblicato il 23/3 doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976). Tale ricerca ovviamente declina un modello di intervento utilizzabile come schema per una futura formazione degli operatori potenzialmente coinvolti.

Non dobbiamo poi dimenticare che esistono anche altri elementi non strettamente afferenti alla sfera psico(pato)logica, ma a quella morale: esistono infatti anche le ferite morali, legate alla condizione di violazione del proprio codice etico e morale legato al dover prendere decisioni in condizioni di urgenza (tabella 1). È un termine mutuato dal lessico militare, dove l'obbedienza a un ordine, per una finalità strategica superiore, può essere in contrasto con i propri valori. Questo induce una condizione di tensione psicologica che può svilupparsi su due binari: un quadro di sofferenza psichica piuttosto che invece un quadro di crescita individuale, di maturazione, di cambiamento adattativo. Quale delle due strade il soggetto prenderà è determinato sicuramente dalle differenze individuali ma anche da come il dilemma morale viene gestito, ovvero da come il soggetto viene preparato prima e supportato durante e dopo

l'evento traumatico. Il senso di inadeguatezza nasce proprio dalla mancata preparazione, non solo tecnica ma anche morale e psicologica, ad affrontare la nuova drammatica sfida della pandemia. È necessario che tutti gli operatori della salute siano preparati ad affrontare i dilemmi morali ed etici che la lotta al virus comporta e comporterà, e quanto prima verrà fatto tanto meglio sarà per l'equilibrio psicologico successivo. Gruppi di ricerca internazionali si stanno già interrogando su questi temi, proponendo interessanti spunti di riflessione (Greenberg N, Docherty M, Gnanapragmasam S, Wessley S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. BMJ 2020:m1211 doi:10.1136/bmj.m1211, 26 marzo 2020).

Alcune linee guida di comportamento da adottare dopo un evento critico massivo, come potrebbe essere quello legato al sovraccarico di lavoro derivante dalla CoViD-19, o al dover fronteggiare una incidenza di morti significativamente superiore a quella per la quale siamo stati preparati nella formazione di base, possono essere sintetizzate secondo quanto suggerito dalla task force dedicata della American Psychological Association (Guideline Development Panel for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Adults Adopted as APA Policy February 24, 2017).

Possono essere utilizzate tecniche "on site", nell'immediatezza o durante l'esposizione all'evento. Queste comprendono lo stare attivi

fisicamente, nutrirsi in maniera adeguata (assumere piccole quantità di cibo frequentemente), utilizzare con moderazione l'umorismo, fare affermazioni positive e non negative sottolineando i punti di forza e non quelli di debolezza, curare il respiro (lento e profondo), prendersi delle pause, mostrare le proprie emozioni e il proprio stato d'animo senza esasperarli. Subito dopo l'esposizione all'evento stressante bisogna scaricare la tensione con esercizi fisici, "staccare" per un certo periodo, alimentarsi in maniera adeguata dal punto di vista calorico, mantenere la propria routine, evitare l'innattività dedicandosi a qualche hobby, condividere con qualcuno i propri sentimenti ed emozioni senza esasperazione, non cercare di contrastare eventuali flashback e incubi, essere presente nelle riunioni di debriefing/defusing se richiesto.

Un altro elemento importante per la gestione della CISS è dare adeguato supporto e consigli alla famiglia delle persone esposte ad eventi stressanti gravi. I familiari sono in una posizione privilegiata per accorgersi di eventuali "comportamenti spia" di una condizione di stress: è importante dare loro adeguate informazioni su segni e sintomi della sindrome da stress (psicoeducazione), ricordando come sia possibile sia la reazione acuta allo stress sia l'assenza di manifestazioni rilevanti, istruendo pertanto a non "patologizzare" le condizioni descritte che rappresentano i due estremi in un continuum di "normale risposta". È importante che

segue

la famiglia sia disponibile ad ascoltare e condividere con il proprio congiunto se questi manifesta il bisogno di parlare. Altrettanto importante, se la persona non vuole parlare, la sua decisione deve essere rispettata. In ogni caso deve essere rinforzato nel soggetto il comportamento di mantenere vivi i legami familiari, ed eventualmente anche una rete di supporto extrafamiliare (sia formale, ad esempio i servizi sociali, sia informale, ad esempio amici e colleghi), utile a mantenere adeguati livelli di supporto sociale e dare un senso di continuità alla vita.

Ma quali sono gli interventi specifici maggiormente validati per la gestione della CISS?

Sotto l'ampio ombrello del Critical Incident Stress Management possono trovare spazio diverse modalità di intervento, declinate in base al tempo (preventive, di gestione sul campo, di gestione a crisi finita), alle modalità (individuali o di gruppo), allo stile operativo (psicoterapie, supporto psicologico, problem solving ecc...).

Gli interventi strutturati di Critical Incident Stress Management (CISM) prevedono diverse fasi, sia preventive che di gestione dopo l'esposizione all'evento stressante (Young, B. et al. (2002). L'Assistenza Psicologica nelle Emergenze. Trento, Centro Studi Erickson).

Particolarmente importanti, per gli operatori della salute, sono le azioni preventive, in quanto è prevedibile il tipo e la probabilità di esposizione ad un evento stressante così

come descritto nella parte iniziale di questo articolo.

Ma altrettanto importanti sono anche le azioni da mettere in campo durante l'esposizione all'evento stressante, che per la natura e caratteristica della nostra professione è intrinseco al nostro lavoro.

Bisogna quindi dotarsi degli "strumenti" utili sia a rinforzare le proprie difese (prevenzione) sia a contrastare l'effetto dirompente dell'evento reale quando questo si manifesta.

Le fasi del CISM sono le seguenti:

Fase pre-critica

Interventi Preventivi (che utilizzano diverse tecniche quali una specifica formazione sulle reazioni traumatiche, Stress Inoculation Training, psicoeducazione)

Fase peri-critica

Primo soccorso psicologico, supporto immediato e diretto sulla scena dell'evento / sul luogo di lavoro

Defusing / Demobilization

Il defusing (dall'inglese defuse, disinnescare) è un intervento breve, solitamente condotto da uno psicologo, organizzato attraverso colloqui di gruppo, che si tiene su soggetti reduci di un evento fortemente drammatico o traumatico. L'obiettivo di questo intervento è cercare di iniziare a rielaborare brevemente e collettivamente il significato dell'evento per cercare di ridurre l'impatto emotivo del trauma e dello stress. La modalità della comunicazione nel gruppo non deve essere giudicante, deve

essere in una condizione relazionale protetta e deve focalizzarsi sui pensieri e il vissuto emotivo dei presenti. Il defusing è una forma ridotta del debriefing, e serve a capire se sia necessario un intervento più strutturato ed estensivo. Se condotto bene permette di diminuire o rimodulare l'intensità delle reazioni emotive generate da un'esperienza difficile, contribuendo a rinforzare la rete di supporto sociale delle persone che hanno condiviso i vissuti derivanti dal contatto con la drammaticità dell'evento.

La Demobilization è una forma particolare di defusing nella forma specifica del "peer support", dedicata alle squadre di soccorso impegnate in azioni di particolare intensità, complessità o rilievo emotivo.

Il debriefing è un intervento psicologico-clinico strutturato e di gruppo, condotto da uno psicologo esperto di situazioni di emergenza, che si tiene a seguito di un avvenimento potenzialmente traumatico, allo scopo di eliminare o alleviare le conseguenze emotive spesso generate da questo tipo di esperienze., condotto da uno psicologo esperto di situazioni di emergenza, organizzato a seguito di un avvenimento potenzialmente traumatico, con la finalità di eliminare o alleviare le conseguenze emotive generate da esperienze estreme., che si tiene a seguito di un avvenimento potenzialmente traumatico, condotto da uno psicologo esperto di situazioni di emergenza, allo scopo di alleviare o eliminare le conseguenze emotive generate da questo tipo di esperienze estreme.

segue

Fase post-critica

Debriefing (multipli), consulenza di sostegno individuale e familiare, follow-ups, eventuale presa in carico psicotraumatologica di gruppo o individuale.

Interventi professionali specifici, psicoterapia individuale o di gruppo

Quando le capacità individuali di risposta all'evento (coping mechanisms), sia fisiche che psichiche, non sono più in grado di mettere il soggetto in condizioni di reagire efficacemente, possono svilupparsi problemi psicologici ma anche psichiatrici potenzialmente gravi e tendenti alla cronicizzazione. Soprattutto, questi problemi possono condurre a gravi disfunzioni nel funzionamento lavorativo (soprattutto) ma anche familiare e sociale. Quando questi disturbi durano più di un mese, è opportuno chiedere l'aiuto di un professionista esperto. Nell'attuale situazione di pandemia CoViD-19, la rapida dif-

fusione della malattia non ha permesso di organizzare le fasi preliminari degli interventi di gestione dello stress, essendo mancato non solo il tempo ma anche il "materiale" su cui costruire gli interventi di preparazione; l'unica risposta che si può strutturare al momento è quella di intervenire nella fase peri-critica, ma con tempismo. Le varie Aziende regionali si sono mosse attivando servizi di ascolto, in remoto (più spesso) o in spazi dedicati, raramente direttamente sul campo (a causa dei rischi anche per gli operatori di supporto). E proprio questa scarsa presenza sul campo ha determinato una ridotta richiesta di aiuto, essendo gli operatori coinvolti troppo impegnati (in termini temporali) per potersi dedicare, nei momenti di riposo, a un lavoro psicologico su di sé. Giocano poi anche altri fattori, quali la ipervalutazione delle proprie capacità ("ce la faccio da solo"), la svalutazione del lavoro degli psicologi ("non basta una chiacchierata per risolvere i problemi"), la paura di mettersi in discussio-

ne e a parlare dei propri vissuti, l'ipersaturazione emotiva ("ho bisogno di non pensarci e di staccare la spina"). Ma abbiamo visto come invece gli interventi psicologici, di contenimento emotivo e di rinforzo delle strategie di coping siano importanti e essenziali in alcuni casi per abbattere il rischio psichico che si corre nel confrontarsi con un evento oggettivamente fuori dalle nostre capacità di controllo e, per alcuni versi, anche della nostra capacità di comprensione.

Questo periodo è un periodo straordinario, che richiede comportamenti straordinari, ma comporta anche grandi rischi non solo per la salute fisica e la sopravvivenza: il crollo emotivo degli operatori della salute comporta grandi rischi anche per la popolazione. Degli eroi di oggi dobbiamo garantire la capacità di intervento per domani, e quindi è più che mai necessario agire a difesa e tutela dell'equilibrio psichico e morale degli operatori della sanità in questo periodo convulso, incerto e pericoloso.

Tabella 1
Fattori di potenziale innesco di una "ferita morale" indotti dalla pandemia CoViD-19

Seguire decisioni cliniche di altri che vengono ritenute non etiche, immorali o in contrasto con linee guida delle società scientifiche riconosciute
Mancata segnalazione di un incidente clinico, di un near miss, o di episodi di pressione/minacce su di sé, su colleghi o su pazienti
Modifiche di valori di riferimento rispetto alla necessità o alla giustificazione di adottare piani di trattamento o protocolli che possono minacciare l'integrità o la vita dei pazienti
Mettere in pericolo colleghi o pazienti a causa della propria inesperienza, indecisione, o per compiti eseguiti al di fuori delle proprie competenze usuali
Rientrare a casa dopo un turno e venire a conoscenza che nella struttura dove abbiamo appena finito di lavorare si sono verificate delle condizioni critiche per la salute di tutti
Dover scegliere quale di due pazienti ugualmente gravi trattare, sacrificandone uno, a causa della mancanza di strumenti di cura sufficienti
Dare ordini clinici o stabilire protocolli di azione che possono determinare la morte di colleghi o pazienti
Intervenire d'urgenza in una situazione d'emergenza causando danno o morte di pazienti, sapendolo in anticipo ma non avendo alternative, oppure in maniera non intenzionale
Sentirsi abbattuti perché si lavora con risorse insufficienti (umane o materiali), sapendo che è una situazione che poteva essere evitata

Adatt. da BMJ 2020;368:m1211