

**CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO SPERIMENTALE C.I.I.C.S.
ISTITUTO FRANCO GRANONE
SCUOLA POST-UNIVERSITARIA DI IPNOSI CLINICA E
SPERIMENTALE**

Direttore: Dott. Antonio Maria Lapenta

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Torino, Anno 2013

**L'INFERMIERE DI SALA OPERATORIA:
STRESS, STRATEGIE DI COPING, IPNOSI.**

Candidato

Gallo Mirko

Relatore

Dr. Angelo Gonella

INDICE

INTRODUZIONE	4
Capitolo 1. LO STRESS	6
1.1 Attivazione e risposte	6
1.2 Lo stress in ambito sanitario	10
Capitolo 2. IL BENESSERE ORGANIZZATIVO	12
2.1 Il benessere nelle organizzazioni	12
2.2 Il clima organizzativo	13
2.3 Equilibrio tra vita lavorativa e familiare	14
Capitolo 3. STRESS E INFERMIERE	16
3.1 L'infermiere di sala operatoria	16
3.2 Le principali cause di stress per la professione infermieristica	17
3.3 European Next Study	18
3.4 Età lavorativa e stress	21
3.5 Violenza e stress a lavoro	22
Capitolo 4. IL LAVORO IN TEAM IN SALA OPERATORIA	24
4.1 Il clima lavorativo in sala operatoria	26
4.2 I fattori di tensione per l'infermiere di sala operatoria	28
Capitolo 5. LA SODDISFAZIONE LAVORATIVA	31
5.1 La motivazione lavorativa degli infermieri	33
5.2 Valori e competenze culturali	34

Capitolo 6. LE STRATEGIE DI COPING	36
Capitolo 7. IPNOSI E AUTOIPNOSI	43
CONCLUSIONI	49
RINGRAZIAMENTI.....	52
BIBLIOGRAFIA	53
SITOGRAFIA	65

INTRODUZIONE

Questo elaborato ha come obiettivo quello di approfondire le relazioni tra lo stress percepito e le strategie di coping dell'infermiere di sala operatoria.

Tale interesse nasce dal fatto che ne sono direttamente coinvolto in quanto esercito la professione di infermiere da diciassette anni e dagli ultimi sette in un blocco operatorio multi specialistico.

Quotidianamente ci troviamo ad operare in condizioni di gestione del dolore, di paura, ansia, solitudine e anche di morte. Il personale infermieristico inoltre è sottoposto a turni massacranti e a carichi di lavoro sempre più pesanti anche a causa della sempre maggiore carenza di colleghi. Queste condizioni sono elementi di tensione che l'infermiere deve fronteggiare giornalmente.

Numerosi studi internazionali tra cui il Next, si occupano di indagare le cause dello stress che spinge gli infermieri ad abbandonare la professione; il motivo per cui molti soggetti non si avvicinano a tale lavoro e quindi cercare di trovare una soluzione alla cronica mancanza di personale infermieristico.

L'intento di questo elaborato è quindi quello di compiere un percorso partendo dall'analisi dei fattori di stress in generale e in ambito sanitario, l'approfondimento delle dinamiche del clima e benessere organizzativo nel lavoro e per gli infermieri, fino ad indagare i molteplici fattori di tensione all'interno degli ospedali che vedono coinvolti gli infermieri di sala operatoria. Questi, per superare tali stressors devono adottare numerose strategie di coping, con lo scopo di mantenere un salutare equilibrio psico-fisico, mantenere un'elevata motivazione e svolgere il proprio lavoro con soddisfazione. Naturalmente l'obiettivo principale è tutelare il benessere del paziente in ogni suo aspetto durante la sua degenza nel blocco operatorio.

Chiunque abbia fatto ricorso ad un intervento chirurgico, si sarà reso conto della peculiarità del contesto della sala operatoria. In questo ambiente più che in altri è necessario esperire un buon clima lavorativo, lavorare in condizioni ottimali,

possibilmente in team affiatati per poter così garantire elevati standard di sicurezza per il paziente.

I singoli infermieri e le varie organizzazioni sanitarie devono operare sinergicamente con comunione di intenti se vogliono garantire elevati livelli assistenziali e terapeutici. Per poter fronteggiare le numerose tensioni che ogni singolo infermiere incontra quotidianamente, sarà necessario perciò l'utilizzo delle proprie risorse individuali, delle proprie strategie di coping, dell'apprendimento delle tecniche di autoipnosi e il supporto sociale che si deve ricevere da parte dei propri colleghi e dalle istituzioni che ci dirigono.

1 LO STRESS

1.1 Attivazione e risposte

L'esperienza dello stress avviene quando la possibilità di affrontare e superare determinate situazioni eccede le risorse individuali (Lazarus, Folkman, 1984).

Il soggetto ricopre un ruolo attivo nell'affrontare l'evento stressante e ne può influenzare le conseguenze adottando le relative strategie per superarne l'effetto dannoso che lo stressor produce. Adotterà quindi strategie psicologiche, emozionali e comportamentali tese a mantenere il proprio equilibrio psicofisico che l'evento stressante cerca costantemente di minare.

Lo stressor, ovvero l'evento scatenante lo stress, è legato a una condizione di percezione soggettiva. Ogni individuo ha un modo diverso di affrontare e quindi risolvere la medesima situazione. Ciò che è la routine per un individuo, una situazione piacevole o persino eccitante può risultare estremamente stressante per altri. Possiamo così pensare allo stress come una condizione di disparità, asimmetria, tra la percezione che il soggetto ha nel dover affrontare una determinata situazione e la competenza, capacità che lo stesso investe nell'affrontarla. Cavagnaro (1983), identifica lo stress in endogeno ed esogeno e sia individui che gruppi di individui possono esperirlo. Quando un soggetto ha un'esperienza stressante va incontro ad un cambiamento del proprio equilibrio, della propria omeostasi, fisica e psicologica. Si ha un'attivazione del Sistema Nervoso Simpatico, con rilascio dei neurotrasmettitori deputati all'azione: Acetilcolina, Adrenalina, Noradrenalina. Questi trasmettitori permettono al corpo di prepararsi ad affrontare e superare gli stressors che hanno indotto l'attivazione del Sistema Nervoso Simpatico. Si hanno cambiamenti a livello fisiologico, come l'aumento della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa, la contrazione muscolare, aumento della sudorazione delle mani e della frequenza respiratoria.

L'omeostasi è interrotta anche per quanto riguarda la sfera psicologica.

Chiunque abbia esperienza per la prima volta di un evento stressante, al ripresentarsi dello stesso sarà più preparato per superarlo. La stessa situazione non avrà lo stesso impatto sul soggetto che avrà certamente acquisito dei meccanismi di difesa tali da rendere lo stressor meno invalidante.

Lo stress quindi non lo si può ritenere negativo a tutti gli effetti. Si può dire che affrontare e superare eventi stressanti pone l'individuo nella condizione di essere sempre più preparati di fronte a situazioni simili, nuove e inaspettate. Si può perciò avere anche un miglioramento delle prestazioni legate allo stress. In questo caso parleremo di eustress.

In conclusione come ha ben teorizzato Hans Selye nel 1936 (cit. in Trevisani et al. 2004, p.5), il corpo umano risponde all'evento stressante con la Sindrome Generale di Adattamento (SGA). Questa sarebbe appunto: una reazione biologica aspecifica dell'organismo alla presenza di un agente stressante (stressor) tesa a ristabilire la condizione precedente (omeostasi).

Si compone di tre fasi: 1) Reazione di allarme: si ha una attivazione biochimica – ormonale. Durante questa fase come ho già accennato si ha una produzione di neurotrasmettitori che inducono delle reazioni fisiologiche, come vasocostrizione e conseguente aumento della frequenza e pressione arteriosa. Questi cambiamenti a livello fisiologico producono l'attivazione di risposte comportamentali come l'aumento del livello di allerta, ansia e la preparazione ad una risposta di difesa. 2) Fase di resistenza e di adattamento. Durante questo periodo il soggetto tenta di trovare le strategie di risposta all'evento stressante e quindi di fronteggiarlo al meglio per mantenere la propria omeostasi. Si ha un abbassamento dei livelli ormonali e dei neurotrasmettitori, si riduce lo stato di ansia e allerta, pur mantenendo la condizione di difesa fino al superamento o al buon adattamento del soggetto all'evento stressante. 3) Lo stress causa un esaurimento delle capacità difensive del soggetto con conseguente difficoltà di adattarsi al nuovo evento.

Durante questa ultima fase si ha un abbassamento delle difese immunitarie con conseguenti ripercussioni fisiche come: disturbi del sonno, digestivi, tachicardia, spossatezza, mal di testa. Disturbi psicologici come: depressione, irritabilità,

nervosismo, rabbia, tristezza. Questi conducono a comportamenti psicologici anche di carattere antisociale come aggressività, isolamento e a tentativi anticonservativi.

Un'interessante interpretazione delle cause dello stress su un soggetto è stata data da Ansell nel 1981. Questo autore scriveva che “la più grande causa dello stress sei tu”! In effetti quegli individui che pensano di dover essere sempre e dovunque, hanno un cronico senso dell'indifferibilità, non hanno pazienza e si sovraccaricano costantemente di molteplici lavori, andranno prima o poi incontro a qualche situazione cui non riusciranno a far fronte, cui non troveranno una qualsiasi strategia di coping adatta.

Nei primi anni Novanta, Rizzolatti e i suoi collaboratori hanno fatto un'importante scoperta: i neuroni specchio. Questi neuroni sono localizzati nella corteccia cingolata anteriore e nell'insula anteriore e sono responsabili dell'attivazione di risposte emotive ed espressioni facciali semplicemente osservando le reazioni di propri simili soggetti a determinati eventi. “Quindi io ti capisco perché i miei neuroni specchio mi permettono di avere una rappresentazione chiara di cosa stai provando e quindi di dividerlo”. Cosa può significare tutto questo per gli operatori d'aiuto e in particolare negli infermieri? Alcuni studi (Saarela et al. 2006), hanno dimostrato che gli operatori con forte empatia avevano una maggiore attivazione dei neuroni dell'insula anteriore con conseguente accumulo di tensione, sofferenza emotiva e stress. Questi però oltre ad avere una maggiore capacità empatica e di compassione sono anche quelli che maggiormente sviluppano o hanno abilità ipnotica (Wickramasekera II 2003).

Karasek e Theorell (1990), hanno sviluppato un modello chiamato *demand-control-support* (DCS). Questo si proponeva di analizzare le variabili antecedenti lo stress degli individui nelle organizzazioni. Tali variabili erano le seguenti:

- 1) Le richieste avanzate sul lavoro (disponibilità di straordinari, elevati carichi di lavoro, riduzione delle pause e dei tempi di recupero, ecc..), considerate fonti di stress psicologico, ansia e conseguente insicurezza.

- 2) La libertà decisionale o il controllo percepito, consistente nell'autonomia del lavoratore di regolare i propri impegni lavorativi ed essere responsabile delle proprie decisioni in relazione alla sue abilità professionali.
- 3) Il supporto sociale prestato dai propri collaboratori e coordinatori.

Secondo gli autori quindi ad alti livelli di stress e di malessere corrispondono elevate richieste lavorative, bassa libertà decisionale e basso supporto sociale.

Viceversa, una condizione di salute e benessere si esperisce in relazione a basse richieste lavorative, elevata libertà decisionale e supporto sociale.

Questo modello esplicita come le caratteristiche lavorative influenzino le risposte psicologiche dei lavoratori ma non tiene conto dei fattori organizzativi che lo presuppongono. Tale lacuna viene colmata da uno studio condotto in ambito sanitario su due tipologie di servizi di cura (intensivi e non intensivi) da Tummers et al. (2002), che prende in considerazione alcune caratteristiche organizzative quali: autorità decisionale, incertezza dell'ambiente e la complessità.

I risultati dello studio evidenziano che per i servizi di cura intensivi come le sale operatorie si necessita di una maggiore autorità decisionale in relazione al maggior grado di incertezza e alla maggior complessità del lavoro. E' emerso inoltre che nelle terapie intensive e/o sale operatorie, gli operatori esperiscano livelli minori di stress ed esaurimento emotivo rispetto ai colleghi dei servizi di cura non intensivi. Gli autori pensano che questo sia il risultato di una scelta razionale da parte degli operatori dei servizi più complessi e che quindi questi siano consapevoli dei rischi cui vanno incontro quotidianamente; hanno risorse emotive maggiori. Inoltre, gli infermieri di sala operatoria o terapia intensiva lavorando a stretto contatto con sofferenza e morte, si ipotizza che riescano a sviluppare migliori strategie di superamento degli eventi stressanti. Le conclusioni cui gli autori sono giunti sembrano consigliare alle organizzazioni la creazione di gruppi di supporto psicologico per gli operatori dei servizi di cura intensiva. La creazione dei suddetti servizi aiuterebbe gli infermieri e i suoi collaboratori a migliorare quelle strategie di coping necessarie a superare tutti quegli stressors che quotidianamente affrontano.

1.2 Lo stress in ambito sanitario

Oggi giorno ogni individuo è costretto a far fronte a sempre più numerose fonti di stress in ogni contesto in cui si trovi ad operare, sia esso familiare o lavorativo. Si ha l'impressione che tutto giri più velocemente; è come se ognuno di noi vivesse in un mondo sempre più pretenzioso. In ogni ambito ci viene chiesto di fare di più, più velocemente e naturalmente di farlo nel miglior modo possibile.

Uno dei campi dove lo stress è senz'altro sempre presente e sempre più protagonista è quello lavorativo. Qualsiasi lavoro anche quello più tecnico, meccanico o individuale non può prescindere in una qualche misura da una relazione con altri individui. In ambito sanitario questa relazione interpersonale che sia col paziente, i propri colleghi o superiori è una prerogativa assoluta di ogni operatore. Non si tratta quindi di produrre semplicemente dei servizi nel senso stretto del termine. Non come siamo abituati a intendere il termine produrre, che rimanda a qualcosa di fisico, un oggetto per intendersi. Per produrre dei servizi in ambito sanitario, si intende avere cura di qualcuno. In questo caso il termine cura ha una doppia valenza: occuparsi di qualcuno, prendersi in carico un soggetto e tentare di curarlo, fare del proprio meglio per ristabilire il naturale equilibrio bio-psico-sociale del soggetto stesso che ha richiesto il nostro aiuto. Produrre dei servizi in ambito sanitario implica quindi tutto quell'insieme di relazioni che riguardano l'essere umano nella sua completezza: identità personali, rispetto, riservatezza (Trevisani et al. 2004). Tutto ciò che fa parte del percorso assistenziale-terapeutico. Il soggetto che richiede il nostro aiuto è esso stesso una fonte inesauribile di stress per gli operatori sanitari che lo prendono in carico. Esso afferendo ad un servizio sanitario si porta in dote tutti quei sentimenti, vissuti, emozioni tipici di chi si trova in una situazione di vulnerabilità ed inferiorità legati alla malattia e al timore della morte.

L'incertezza del domani comporta sofferenze psichiche e fisiche difficili da gestire. Farsi troppo carico delle sofferenze, delle angosce, delle incertezze dei pazienti spesso è la strada più breve per andare incontro a situazioni stressanti di

difficile gestione. Il paziente spesso senza rendersene conto scarica sul malcapitato operatore di turno tutte le proprie paure e frustrazioni e se non si è adeguatamente preparati si rischia di non riuscire ad adottare quelle strategie di coping necessarie per dar la giusta risposta al soggetto, né a difendersi adeguatamente, a superare con successo tutte le richieste che ci vengono fatte.

Per fornire delle prestazioni di aiuto gli operatori sanitari devono essere sufficientemente preparati e sufficientemente equilibrati. Non si può pretendere di fornire dei servizi assistenziali-terapeutici se i primi che hanno bisogno di questi servizi sono gli operatori stessi.

La relazione di aiuto implica un naturale squilibrio emotivo tra gli operatori e i pazienti. E' ovvio che chi è deputato a fornire assistenza abbia le capacità e le competenze affinché tale servizio sia erogato al meglio, nell'interesse di entrambi i soggetti coinvolti. Balint (1961), riconobbe l'importanza di una sincera e positiva relazione di aiuto tra medico/infermiere e paziente; una gestione infelice di tale relazione poteva compromettere il regolare decorso della degenza e prolungare il malessere del paziente. Saper gestire la sofferenza, essere pronto a dare risposte senza essere travolto dall'angoscia del soggetto malato è un requisito essenziale se si vuole lavorare in ambiti professionali sanitari che trasudano dolore continuamente. Molti autori asseriscono che gli operatori coinvolti nelle relazioni di aiuto devono agire con "egoismo responsabile". Saper dosare le proprie energie, il proprio coinvolgimento emotivo, saper modulare la giusta distanza tra sé stessi e l'utente.

2 IL BENESSERE ORGANIZZATIVO

2.1 Il benessere nelle organizzazioni

Oggigiorno le ricerche sul benessere organizzativo sono tese allo studio del benessere individuale piuttosto che al complesso di fenomeni che riguardano il mantenimento dell'equilibrio bio-psico-sociale dei singoli individui all'interno di un'organizzazione (Avallone, Pamplomatas, 2005).

Nonostante sia interesse comune ricercare il benessere, sembra che sia prevalente l'attenzione per lo studio delle condizioni del malessere nelle organizzazioni, del disagio e delle malattie. Sembra che questa condizione sia giustificata secondo Spaltro (2004), dal fatto che il malessere sia più evidente, oggettivo; il benessere invece risponde a requisiti soggettivi, individuali che fanno riferimento a valori, costrutti di relazioni ambientali e motivazioni individuali.

Avallone e Pamplomatas (2005, p.65), sono arrivati alla seguente definizione di benessere organizzativo: “ 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”.

I loro studi sono orientati a favorire il passaggio dal disagio al benessere, dall'analisi dei singoli individui all'organizzazione. Hanno studiato i fattori che favoriscono questo cambiamento i fattori favorenti il benessere e quelli che contrastano l'insorgere del malessere.

Diversi sono gli studi in ambito internazionale che si sono presi a cuore lo studio del benessere nelle organizzazioni; Converso e Falcetta (2007), hanno messo in relazione questo costrutto con tre fattori che lo influenzano direttamente. Il primo è il clima organizzativo; ovvero come l'atmosfera che si respira a lavoro, influenzi sia la soddisfazione, la motivazione, la performance e di conseguenza il benessere degli individui all'interno di un'organizzazione. Il secondo è il delicato equilibrio tra vita personale e lavorativa. Ognuno è quotidianamente costretto a

mediare tra le varie priorità dei due contesti, a cercare di mantenere gli stessi separati e limitare le influenze e le conseguenti ripercussioni. Il terzo è il disagio psicologico, in quanto all'interno delle organizzazioni è impensabile che non ci siano situazioni di malessere. Studiare il disagio è un modo per prevenirlo e/o curarlo e quindi tendere ad una condizione di benessere.

2.2 Il clima organizzativo

Numerosi sono gli autori che si sono interessati allo studio del clima organizzativo, spesso con risultati contrastanti e privilegiando taluni l'approccio individuale a tale costrutto e altri a quello di interazione con gli altri soggetti.

Palumbo et al. (2005), individuano cinque variabile della sfera individuale e organizzativa che influenzano il clima organizzativo:

- Soddisfazione lavorativa: il soggetto esperisce una maggior soddisfazione lavorativa se è messo in condizione di lavorare nella maniera migliore possibile, nelle migliori condizioni contrattuali. In un clima lavorativo sereno;
- Motivazione: è il motore che spinge ogni soggetto a intraprendere una determinata carriera lavorativa e a perseguirla con passione;
- Qualità: è un fattore che influenza ed è influenzato da un buon clima organizzativo. Chiunque si trovi ad operare in un contesto lavorativo di alta qualità percepisce di sicuro un buon clima organizzativo. Questi per contro muove il soggetto ad operare in maniera più serena, in condizioni migliori e la qualità del servizio da lui erogato non può che migliorare.
- Produttività e profitto: un soggetto che lavori con soddisfazione, sia motivato e produca dei servizi di qualità non può che lavorare in maniera più veloce e produrre di più senza risentirne in termini di prestazione;

- Benessere e qualità: un buon clima lavorativo è il precursore necessario affinché ogni soggetto maturi in sé quel senso di appartenenza, di motivazione e soddisfazione lavorativa che portano ad uno stato di salute e di equilibrio psico-fisico.

Secondo Majer e D'Amato (2005), il clima è: “ un modo di pensare e di rappresentarsi l'intera vita sociale all'interno delle organizzazioni. Il clima trascende il livello soggettivo: non è elemento struttura in senso classico, ma non è neppure elemento percettivo, nonostante debba essere studiato attraverso le descrizioni fornite dai suoi membri”.

Studi recenti hanno dimostrato una correlazione positiva tra il clima di lavoro e responsabilità, relazioni sociali, identità organizzativa ed impegno organizzativo, nonché nella qualità delle comunicazioni (Emam et al. 2005; Beecroft et al. 2008). Un'organizzazione che funziona, che favorisce un buon clima di lavoro, vedrà lavorare i propri dipendenti al massimo delle loro potenzialità con soddisfazione, impegno, motivazione, con capacità di supportarsi vicendevolmente e approfondendo infine ulteriori sforzi per imparare e migliorarsi.

2.3 Equilibrio tra vita lavorativa e familiare

E' un tema ampiamente studiato recentemente. Politiche family-friendly sono state adottate recentemente da molte aziende nel mondo. Allen (2001; Lapierre, Allen, 2006), ritiene che gli effetti positivi si possono misurare in seguito al minor conflitto tra vita lavorativa ed extra-lavorativa. Questo, abbassa i livelli di stress con maggior soddisfazione lavorativa, maggior impegno e benessere.

Meijman e Mulder (1998), hanno evidenziato la relazione tra vita lavorativa ed extra-lavorativa nel loro lavoro *Effort-Recovery* (E-R, sforzo-recupero).

Gli autori ritengono che sforzi lavorativi eccessivi e prolungati inducano il soggetto ad attivare delle risposte adattive, come aumento del ritmo cardiaco e cambiamenti di umore. A seguito della risposta se non si ha un adeguato periodo

di recupero dallo sforzo del carico di lavoro si avrà una risposta disfunzionale con elevati livelli di stress, disturbi psicosomatici e il trasferimento di tale tensione lavorativa nella sfera familiare (fenomeno dello spillover).

Il lavoro dell'infermiere è sicuramente soggetto al fenomeno spillover in quanto raramente ha l'autonomia di decidere il proprio ritmo di lavoro, le proprie pause, i propri tempi di recupero. Spesso accade che proprio durante i momenti di relax e recupero, l'infermiere di sala operatoria sia chiamato a farsi trovare nuovamente pronto per un altro intervento o per il sopraggiungere di un'emergenza. In queste condizioni il sistema funzionale adattivo non avrà il tempo di riposizionarsi ai livelli basali. Si innescherà quindi una sorta di spirale negativa per cui l'infermiere non riuscirà mai a recuperare pienamente. Il modello E-R secondo gli autori ha anche una valenza positiva in quanto nei contesti lavorativi in cui i soggetti possono decidere in autonomia le proprie scadenze, i propri impegni e i relativi tempi di recupero si può assistere ad un miglioramento delle prestazioni dovuto ad un maggior coinvolgimento, impegno e relativa soddisfazione lavorativa. Tutto questo ovviamente in un contesto come la sala operatoria non può certo avvenire con la insalubre conseguenza che l'infermiere avrà un aumento della tensione lavorativa e la scaricherà nella sfera familiare.

Guerts et al. (2005) hanno teorizzato un modello da cui si desume anche la direzione dell'influenza (del lavoro sulla vita privata e viceversa) e la qualità della stessa (positiva e negativa): lo SWING¹. E' uno strumento di ricerca che ha evidenziato come sia la vita lavorativa ad influenzare negativamente la vita extra-lavorativa a causa dei margini di azione più ridotta della stessa. A lavoro si deve seguire determinati orari e si è vincolati da impegni precisi, mentre nella propria sfera privata si ha maggior flessibilità. Di conseguenza nella sfera familiare si ha maggior tempo di recupero dagli sforzi e uno spillover positivo nella sfera lavorativa, cosa che raramente succede al contrario.

¹ SWING significa: Survey Work-home Interaction di Nijmegen (nome della città, sede dell'università dove operano gli autori).

3 STRESS E INFERMIERE

3.1 L'infermiere di sala operatoria

E' responsabilità dell'infermiere di sala operatoria mantenere la sicurezza e la dignità del paziente durante tutto il tempo che questi trascorre nel blocco operatorio. Dall'ammissione alla dimissione, sono tre le figure infermieristiche che a vario titolo si prendono in carico il paziente. Le loro principali attività e responsabilità vengono così riassunte (Silen-Lipponen, 2005):

- L'infermiere circolante, è colui che si occupa dell'ammissione del paziente, della sua corretta identificazione e dell'applicazione delle check-list aziendali. Prima dell'inizio dell'intervento è responsabile del posizionamento del paziente sul letto operatorio e della sua sicurezza. Aiuta lo strumentista nell'apertura di tutto il materiale sterile necessario all'intervento chirurgico e presta attenzione che nessuno lo contaminino, esegue la conta del materiale affinché non venga lasciato niente all'interno del campo chirurgico. Limita l'accesso alla sala operatoria al minor numero di persone; le sole necessarie all'esecuzione dell'intervento.
- Lo strumentista è colui che si occupa della preparazione del campo chirurgico in maniera sterile. Collabora con il chirurgo durante l'intervento e assiste il paziente durante lo svolgimento delle procedure.
- L'infermiere di anestesia è invece quello che monitorizza il paziente, collabora con l'anestesista nel posizionamento dei presidi (cannula venosa, cannula arteriosa, catetere vescicale, tubo oro tracheale e quant'altro necessario..) indispensabili al perfetto controllo dei parametri durante l'intervento chirurgico.

Oggi si tende a essere multidisciplinari e quindi acquisire quell'interscambiabilità necessaria affinché tutti riescano a sapere qual è l'esatto compito dei propri colleghi, i relativi bisogni e riuscire a soddisfarli ancor prima che se ne faccia richiesta (Heermann, 1999; Robbins, 2000). Tutto ciò ovviamente con l'ottimo risultato di tenere bassi i livelli di stress in sala operatoria. Se tutti sanno cosa fare, nei modi e nei tempi giusti, ci saranno meno situazioni improvvise e impreviste da fronteggiare e tutti saranno pronti ad affrontare qualsiasi complicità in modo coeso, collaborativo e complementare. Aumentando le competenze individuali, le abilità professionali e formando adeguatamente i colleghi meno esperti si raggiungeranno eccelsi livelli di sicurezza per se stessi e per il paziente soprattutto. In un clima collaborativo dove tutti i ruoli infermieristici partecipano congiuntamente, dialogando e aiutandosi reciprocamente l'attività lavorativa non solo sarà sicura per tutti ma risulterà pure piacevole.

3.2 Le principali cause di stress per la professione infermieristica

La professione di infermiere è ritenuta universalmente e a giusto titolo la colonna spinale della sanità.

L'infermiere è a contatto del paziente ventiquattro ore su ventiquattro, sette giorni su sette per trecentosessantacinque giorni l'anno. Un buon gruppo infermieristico sa tutto del paziente, tutto ciò che succede durante la sua degenza ed è in grado di aiutarlo in prima persona oppure essere il migliore aiuto per il medico di reparto.

Con l'entrata in vigore della Legge N° 42 del 26 Febbraio del 1999 si ha l'abrogazione del Mansionario che dettava i limiti entro cui l'infermiere poteva operare e guidava con troppa rigidità i passi che poteva compiere quotidianamente nell'esercizio della sua professione. A partire da tale data l'infermiere acquisiva maggior indipendenza e autonomia professionale. Di conseguenza gli veniva

richiesto maggior capacità di stabilire relazioni d'aiuto, maggior visione olistica del paziente, saper attuare processi assistenziali in collaborazione con personale di supporto e infine operare secondo le linee guida e su procedure basate sull'evidenza scientifica. Tutto questo anche per garantire una migliore flessibilità nella gestione delle risorse professionali incentrate da allora sui processi piuttosto che sui compiti.

In questo contesto lavorativo l'infermiere è però a continuo confronto con un'ampia gamma di fattori stressanti. Per esempio grossi carichi di lavoro, eccessive responsabilità, mancanza di supporto da parte dei superiori, conflitti interpersonali tra colleghi e medici, incapacità/impossibilità di rispondere alle richieste di aiuto dei pazienti con la qualità e nei tempi necessari, lavorare in turni senza l'adeguato riposo compensativo, basse retribuzioni salariali, basso riconoscimento professionale con quasi assenza di possibilità di carriera sono solo alcuni dei maggiori stressors in ambito lavorativo per infermieri.

L'infermiere inoltre si trova spesso da solo nello svolgimento delle attività assistenziali e questo semplicemente per carenza di personale. A questo proposito ci sono studi internazionali di rilievo che cercano di capire le cause di una cronica, continua e ingravescente mancanza di personale infermieristico a livello mondiale. A livello Europeo è necessario illustrare il lavoro che periodicamente emerge dallo studio NEXT, che indaga le cause che inducono gli infermieri a lasciare il proprio lavoro, prima di quanto facciano altri operatori di altre professioni e quali sono le conseguenze per essi e per le istituzioni presso cui lavorano.

3.3 European Next Study

L'European NEXT Study (nurses early exit study), è finanziato dalla Unione Europea e sviluppato contemporaneamente in molti degli Stati che la

compongono. I contenuti che seguiranno sono riferiti al triennio 2009-2011. Gli scopi principali sono stati:

- Descrivere e analizzare le condizioni di lavoro degli infermieri in larga parte di Europa;
- Identificare le ragioni per cui un infermiere consideri la possibilità di abbandonare il proprio lavoro (socio strutturali, legate al lavoro, individuali);
- Fornire le basi per promuovere la salute sui luoghi di lavoro e sostenere l'abilità professionale degli infermieri;
- Identificare i rischi per le istituzioni e per l'individuo in caso di prematuro abbandono del lavoro.

In quasi tutti gli Stati Europei si ha una grave mancanza di infermieri attivi. Le condizioni demografiche cui andremo incontro nei prossimi 20-30 anni non faranno che peggiorare la situazione se non verranno prese le adeguate contromisure. Tre sono gli aspetti da prendere in considerazione:

- La percentuale di persone giovani tra i lavoratori attivi sta diminuendo;
- La percentuale delle persone anziane tra i lavoratori attivi sta aumentando;
- Il numero delle persone over 64 aumenterà.

Lo studio NEXT ha evidenziato che c'è un generale abbandono della professione da parte di personale infermieristico di età media o anziana e questo anche a causa di un aumento dell'età media della popolazione mondiale che implica un sempre maggior numero di persone che hanno bisogno di assistenza.

Quindi, un maggior numero di persone bisognose di cura a fronte di una costante riduzione di operatori che erogano tali servizi assistenziali. Si evince che chi resta operativo avrà sempre maggiori carichi di lavoro con un elevato rischio di stress correlato che è causa e conseguenza dell'aumento della disaffezione verso la propria professione e riduzione della capacità di prendersi cura di se stesso.

Dallo studio NEXT, emerge che per risolvere il problema della carenza degli infermieri si potrebbero aumentare i servizi e migliorare l'offerta formativa delle università. Sembra comunque che per quanto si faccia non basti a risolvere il problema. La professione infermieristica infatti è sempre meno appetibile presso i giovani, proprio per l'intenso coinvolgimento emotivo, i grossi carichi di lavoro, i turni massacranti e altre condizioni che richiedono costante devozione e sacrificio. Un'alternativa, potrebbe essere quella di importare infermieri già formati in paesi stranieri. E' ciò che avviene in Gran Bretagna o in alcuni paesi Scandinavi. Anche se il numero di operatori stranieri non basta comunque a coprire il fabbisogno interno e molti sono comunque restii a lasciare il proprio paese d'origine sia per problemi di lingua che per un forte senso di appartenenza alla propria terra.

Lo studio NEXT è quindi giunto alla conclusione che ci siano fattori interni che spingono l'infermiere a lasciare anticipatamente il proprio lavoro e fattori esterni che attirano lo stesso a lasciare per intraprendere percorsi di vita diversi.

Per quanto riguarda i primi si possono menzionare:

- L'ambiente di lavoro e i grossi carichi ad esso legati (conflitti con colleghi e superiori, costante contatto con la sofferenza e la morte);
- così come la propria vita privata (maternità, lutti, separazioni).

Il percorso che porta a prendere la decisione di lasciare può essere dovuto a cause improvvise o frutto di una lunga esposizione a fattori stressanti e usuranti e conseguente a profonda riflessione e spesso sofferta decisione.

Possono anche riguardare motivi personali come condizioni di salute precarie o l'avanzamento dell'età.

Le cause esterne invece si possono spiegare così:

- Opportunità di nuove e più remunerative professioni;
- Intraprendere la carriera dell'insegnamento infermieristico;
- Ritirarsi dal lavoro per pensionamento o per disabilità fisiche.

Questo studio viene condotto costantemente da professionisti come: infermieri, medici, psicologi, assistenti sociali e altri operatori sanitari. La continua raccolta

dati e il continuo investimento nella ricerca fa ben sperare affinché si riesca a risolvere il cronico problema della mancanza di infermieri.

3.4 Età lavorativa e stress

Si è dimostrato che infermieri con una certa anzianità di servizio fossero più esperti nell'affrontare eventi stressanti e avessero una miglior capacità di coping, inoltre i più insoddisfatti dal punto di vista lavorativo lasciavano il proprio posto da giovani (Ullrich, Fitzgerald, 1990). Recentemente grazie anche alla maggior possibilità di cure dovute alle nuove scoperte scientifiche si è allungata l'età della popolazione in generale. Da un lato, oggi si hanno patologie più acute curabili ma con la necessità di rapide dimissioni, dall'altro, dato il costante invecchiamento della popolazione si ha un aumento delle lungodegenze. Santos et al. (2003), hanno evidenziato come i maggiori carichi fisici di lavoro e le aumentate responsabilità fossero le maggiori fonti di stress per infermieri. Uno studio condotto su infermieri Giapponesi (Lambert et al. 2004), ha invece mostrato come la differenza di cultura dai paesi occidentali sia un fattore protettivo nei confronti degli infermieri più anziani. Sembra infatti che siano i nuovi assunti, i più giovani a essere investiti del maggior carico di lavoro, del confronto con responsabilità burocratiche e in generale con quegli aspetti meno gratificanti dell'assistenza infermieristica che sono anche le maggior fonti di stress per gli operatori. La propensione a lasciare anticipatamente il proprio lavoro ha trovato anche in questo studio una correlazione positiva con gli stressors lavorativi (conflitti tra colleghi e medici, mancanza di supporto da parte dei superiori, carichi di lavoro eccessivi..).

3.5 Violenza e stress a lavoro

Atti di violenza e molestie fisiche e verbali sono delle fonti di stress in ambito sanitario che riguardano maggiormente gli infermieri rispetto agli altri operatori.

Gli infermieri subiscono quotidianamente aggressioni verbali e talvolta fisiche da parte di pazienti e familiari.

Jackson et al. (2002), nel loro studio sulla relazione tra violenza sui luoghi di lavoro e infermieri hanno evidenziato che il semplice fatto di essere potenziali vittime di aggressioni li pone in una condizione di continua ansia e conseguente stress con relative assenze per malattia e abbandono prematuro della professione.

Non solo, il rischio di essere soggetti ad atti di violenza rende meno appetibile la professione infermieristica per i giovani che vorrebbero intraprendere questa carriera.

Questi atti di violenza possono essere perpetrati anche da colleghi anziani o medici con veri e propri comportamenti di bullismo. Delegare continuamente lo svolgimento di compiti meno piacevoli, limitare l'autonomia professionale dei colleghi e non aiutarli in attività per cui si richiederebbe collaborazione sono solo alcuni dei comportamenti da condannare cui vanno incontro continuamente molti infermieri in ogni reparto ospedaliero.

A volte invece l'infermiere si trova a portar assistenza a soggetti afferenti alle cure ospedaliere proprio per violenze subite e procurate.

Recentemente inoltre a causa della crisi internazionale che colpisce ogni istituzione, l'infermiere è visto come il primo operatore con cui interfacciarsi che rappresenta il pubblico impiego.

Non sono rare le aggressioni sia fisiche che verbali che coinvolgono gli infermieri ritenuti responsabili di ritardi nell'esecuzione di esami o nel protrarsi dell'attesa dello svolgimento delle normali attività assistenziali. In molti reparti ospedalieri si possono notare affissi un po' ovunque, dei cartelli che ricordano come il personale ospedaliero non deve essere fatto, per nessuna ragione, oggetto di aggressioni fisiche o verbali che siano. Intimando i trasgressori che ogni violazione sarà

perseguita legalmente. Queste situazioni di violenza esperite quotidianamente non fanno che mettere a rischio la già usurante attività infermieristica con aumento dei livelli di stress e conseguente abbandono della professione.

4 IL LAVORO IN TEAM IN SALA OPERATORIA

Condividere un piano di lavoro, collaborare nello svolgimento delle attività di routine e farsi ancora più compatti nelle urgenze delle sale operatorie, sono requisiti assoluti che ogni componente del turno di lavoro deve possedere se si vuol lavorare in team.

Un team di sala operatoria è quindi composto da professionisti mossi dalle stesse motivazioni, che uniscono le proprie abilità individuali e le mettono al servizio del benessere del paziente. Ogni soggetto che prestasse aiuto individualmente non potrebbe mai raggiungere gli standard di sicurezza e qualitativi che invece un team può erogare.

Lavorare in team significa apprendere l'uno dagli altri, migliorarsi continuamente, supportare i meno esperti per ridurre il loro stress (Firth-Cozens, Moss, 1998; Firth-Cozens, 2001). Certo non può esserci troppa disparità di formazione tra il personale presente in sala operatoria, anzi ognuno prima di essere autonomo e indipendente deve essere adeguatamente formato. A volte si cerca di ovviare alla carenza di infermieri inserendo personale di supporto come O.S.S. ovvero operatori socio sanitari. Secondo uno studio condotto da Silén-Lipponen (2005), il rischio cui si va incontro è ancora maggiore, perché il loro titolo di studio non li autorizza a svolgere determinate attività prettamente infermieristiche. Tutto questo non fa che aumentare lo stress cui è sottoposto l'infermiere di sala operatoria che si trova a dover lavorare in condizioni in cui non può neanche delegare lo svolgimento di alcuni compiti al seppur volenteroso operatore che lo affianca.

Aver piena consapevolezza di far parte di un team affiatato significa lavorare in sicurezza e serenità con alti standard qualitativi, ridurre eventuali imprevisti al minimo e accelerare le procedure di turnover della sala operatoria. Aver infatti una mentalità di condivisione di intenti aiuta ad aumentare la coesione del gruppo e il lavoro verrà svolto come un unico soggetto e non come l'aggregazione di singoli elementi e il risultato del lavoro individuale. Far parte di un team affiatato

protegge inoltre dallo stress in quanto si ha sempre la certezza di poter contare sulla forza di un gruppo unito, preparato e disponibile a collaborare continuamente.

Naturalmente non tutti i membri del team hanno le stesse caratteristiche.

Amalgamare tutti i componenti e orchestrare l'attività della sala operatoria in modo armonioso è il gold standard a cui si deve tendere per garantire la massima cura del paziente (Silén-Lipponen, 2005). Le singole capacità professionali devono essere messe a disposizione dei colleghi meno dotati, volenterosi o meno esperti.

Ciò da cui non si può prescindere è una comunicazione efficace.

In sala operatoria devi saper comunicare onestamente ma direttamente agli altri componenti del team. Bisogna saper mettere da parte amicizie e anche rancori. Comportamenti o atteggiamenti di diffidenza verso colleghi meno esperti, non saper mettersi alle spalle problemi personali irrisolti e dubitare della professionalità degli altri operatori di sala operatoria mettono a repentaglio la sicurezza del paziente. In alcuni studi (Graff et al. 1999; Baker et al. 2000; Blythe et al. 2001), è stato riconosciuto che lavorare in gruppi ritenuti inadeguati, che possono compromettere la performance dell'intero team limita le capacità dell'operatore di fornire cure idonee e lo allontana dal senso di appartenenza al team stesso.

Gli infermieri di sala operatoria, lavorano quotidianamente sotto pressione per gli elevati standard assistenziali che sono loro richiesti.

Gli errori devono essere limitati al minimo assoluto, la perfezione è richiesta anche se difficile da mettere in pratica ogni giorno. Data la necessità di raggiungere la perfezione in ogni manovra, ogni errore è di conseguenza messo in risalto e duramente contestato. Chiunque può commettere errori ma in sala operatoria non sono ammessi. Commetterli troppo frequentemente non può che pregiudicare la permanenza dell'operatore in questione all'interno dello stesso team. Infermieri anziani o troppo inesperti sono i più soggetti a commettere errori, sia per la troppa lentezza nello svolgere le procedure che per mancanza di

esperienza. Questi soggetti si sentono in una condizione di perenne giudizio. Tale stato li porta a celare talvolta i propri errori per paura di rimproveri, vergogna, umiliazione. Questa è una condizione che si sviluppa quando nel team non c'è coesione, affiatamento e la condivisione di responsabilità dovuta ad una mancanza di comunicazione. Reagire in maniera troppo emotiva o eccessiva a situazioni improvvise è considerato un punto debole dell'operatore e come tale una fonte di stress per l'intero team. La sala operatoria è un ambiente molto competitivo e se non si acquisisce la mentalità di lavorare per un bene comune (la sicurezza e il benessere del paziente), resterà un luogo fortemente stressante e ad alto turnover di personale.

Ogni membro del team deve avere quindi una grande varietà di abilità, sia professionali che emotive. Professionalmente deve saper affrontare qualsiasi situazione di routine e di emergenza; emotivamente deve essere in grado di affrontare con sufficiente stabilità le sofferenze del paziente che dovrà seguire. Deve saper essere flessibile ai vari cambiamenti anche repentini che avvengono durante l'intervento chirurgico e rispondere ad essi nel modo più adeguato possibile e con la massima performance.

Per Millward e Purvis (1998), un team affinché sappia adattarsi alle varie e mutevoli circostanze della sala operatoria deve conoscersi profondamente, essere auto correttivo e mettere al servizio le proprie abilità nelle pratiche di assistenza.

4.1 Il clima lavorativo in sala operatoria

Per un infermiere di sala operatoria, lavorare con un buon clima organizzativo significa rendere assolutamente più sicura la permanenza del paziente nel blocco operatorio. Questo è il risultato finale che interessa ovviamente il paziente in questione e i suoi familiari. Naturalmente la maggior parte delle persone che afferiscono come pazienti in un blocco operatorio non ha idea dell'importanza di un buon clima lavorativo in un contesto così delicato. La sala operatoria si

distingue da ogni altro contesto per il peculiare ambiente, nel senso stretto del termine, in cui si trovano ad operare i vari professionisti. Sono fonte di importante stress e quindi pregiudizievoli del benessere lavorativo tanto ricercato, alcuni fattori unici di questo ambiente, come: l'inquinamento acustico causato da allarmi del ventilatore, dei monitor, dai dispositivi di aspirazione; la possibilità di essere soggetto a radiazioni ionizzanti a causa di particolari procedure chirurgiche (ortopediche); la possibile esposizioni ad infezioni sia per contatto che per trasmissione aerea; la mancanza di esposizione diretta alla luce solare, in ambienti rigidamente asettici e isolati; l'esposizione a lasers e fonti luminose artificiali di forte intensità (Nyssen et al. 2003; Morais et al. 2006). A tutto questo si aggiunge il fatto che l'infermiere e gli altri operatori sono quotidianamente costretti a lavorare in ambienti ormai obsoleti e ristretti, costruiti quando il progresso tecnologico non aveva ancora fornito quei mezzi che oggi sono indispensabili. Queste moderne apparecchiature, occupano fisicamente uno spazio per cui molte sale operatorie non sono state progettate. Il risultato è che l'ambiente diventa molto più insicuro e stressante a causa dei numerosi cavi elettrici sparsi nella sala operatoria e dello spazio limitato in cui si trova ad operare il personale. La conseguenza diretta è un abbassamento dei livelli di sicurezza del paziente e del personale a causa del ritardo nell'esecuzione di manovre assistenziali da un lato e dall'alto rischio di incidenti sul lavoro. Indirettamente può portare ad un allungamento dei tempi di pulizia, riordino e ripristino delle sale operatorie con conseguente rischio di rinvio di interventi chirurgici. Inoltre sommato a tutti gli altri stressors della sala operatoria può condurre il dipendente a lunghe e reiterate assenze per malattia da esaurimento psicofisico, fino all'intenzione di lasciare la professione.

4.2 I fattori di tensione per l'infermiere di sala operatoria

Uno degli stressors cui un infermiere di sala operatoria va incontro più frequentemente è quello di non far sempre parte dello stesso team di lavoro. All'inizio di ogni turno lavorativo ogni infermiere può dover condividere l'attività operatoria con colleghi con cui non opera abitualmente, in sale operatorie diverse e su interventi chirurgici non di routine. La composizione di un team operatorio comprende sia infermieri che medici anestesisti e chirurghi. Spesso è molto difficile pensare tutti questi operatori come facenti parte di un solo team di lavoro, specialmente quando le identità professionali di ciascuno prevalgono sul senso di appartenenza al team stesso (Millward, Purvis, 1998; Millward, Jeffries, 2001).

Nonostante ogni operatore senta con orgoglio di appartenere al proprio gruppo professionale, ognuno degli stessi, coinvolti nell'attività della sala operatoria deve mettere da parte presunte superiorità culturali o sociali per affrontare insieme in modo prioritario il benessere del paziente. Non sempre si può lavorare col collega preferito, col più esperto, col proprio amico. Talvolta si è costretti a dover condividere il turno con nuovi assunti o con qualcuno che ha recentemente commesso degli errori e allora la diffidenza e la mancanza di collaborazione si insinuano all'interno del team. Tutto questo è una forte fonte di stress per cui spesso il dialogo tra colleghi si limita allo stretto necessario e fondamentali informazioni da condividere vengono spesso taciute. Il rischio in queste situazioni è che il numero di errori che si possono commettere aumenta notevolmente, con gravi ripercussioni per la sicurezza del paziente ovviamente.

Se si lavora in team nuovi, l'infermiere percepisce elevati livelli di stress che aumentano in quelle situazioni in cui lavora in reperibilità, in condizioni di emergenza. Qui oltre allo stress dell'imprevedibilità dell'evento, della gravità dello stesso e dell'urgenza di recarsi il prima possibile sul luogo di lavoro, si aggiunge quella già citata di trovarsi a dover agire in condizioni di emergenza, con persone con le quali non si ha mai lavorato. Concordi con Clutterbuck et al.

(2002), la probabilità per gli infermieri di cambiare spesso team induce gli stessi ad agire più individualmente che a condividere le proprie esperienze per un apprendimento futuro.

Gli eccessivi carichi di lavoro legati a condizioni critiche del paziente e a ritardi nella programmazione degli interventi sono fonti di conflitti tra i vari membri del team. Spesso gli infermieri sono quelle figure chiamate a mediare e a rendere più fluide le relazioni con gli altri colleghi e con i medici. Quest'ultimi molto spesso durante le sedute operatorie non esitano a scaricare le proprie ansie e frustrazioni per la difficoltà dell'operazione sul personale della sala, siano essi infermieri o propri colleghi. Gli infermieri sono vittime di veri e propri atti di bullismo e aggressioni verbali sia da parte di colleghi che dai medici. In questi casi è difficile celare le proprie emozioni e il proprio risentimento. Ciononostante per la sicurezza del paziente è bene rimandare ogni chiarimento al termine della seduta operatoria, parlando in maniera onesta ma diretta senza soggezione del ruolo gerarchico del medico, pretendendo rispetto ed educazione. La cooperazione interprofessionale continua ad essere un'importante fonte di stress per l'infermiere (Bratt, 2000; Kivimaki et al. 2000; Ball et al. 2002). Specialmente per i nuovi assunti sembra che la comunicazione con i medici sia particolarmente difficile (Evans, 2001; Boswell et al. 2004).

Un'altra grande minaccia per l'equilibrio psico-fisico dell'infermiere è dover restare oltre il proprio turno di lavoro a causa dell'imprevedibilità dei tempi chirurgici di ogni singola operazione. E' compito dei responsabili della sala operatoria saper organizzare il personale in modo che ci sia sempre qualcuno che dia disponibilità a restare in servizio qualora necessario. Tutto questo nel rispetto delle vite familiari e private degli operatori e per garantire allo stesso tempo la continuità assistenziale. Lavorare oltre il proprio turno risulta essere secondo una ricerca Americana uno dei maggiori ostacoli per un buon lavoro in team (Bauer, 2001). Inoltre lavorare oltre le otto ore giornaliere, fare turni extra e non aver riposi compensativi compromette notevolmente la performance e la soddisfazione lavorativa (Kundi et al. 1995; Shader et al. 2001). L'inaspettato e imprevisto

prolungamento della seduta operatoria pone tutto il team nella difficile condizione di scegliere se dover rinviare interventi chirurgici programmati o dover acconsentire a restare oltre il proprio orario di servizio per completare la lista operatoria del programma giornaliero. Per far tutto ciò l'infermiere e gli altri membri del team spesso rinunciano alla pausa per il pranzo o si accontentano di pause veramente fugaci. Le richieste dei chirurghi di affrettare le operazioni di pulizia e ripristino della sala operatoria per l'intervento successivo pone notevole pressione e rischia di sovraccaricare psicologicamente gli operatori oltre i propri limiti fisiologici. Tutto questo con notevole rischio di abbattere gli standard di igiene e asepsi necessari per evitare spiacevoli infezioni e compromettere la salute del paziente anche nel post-operatorio.

5 LA SODDISFAZIONE LAVORATIVA

Per Spector (1997), la soddisfazione lavorativa (SL), è il “ grado in cui le persone amano il loro lavoro”.

Krueger et al. (2002), definiscono invece la SL come: “un costrutto multidimensionale e il prodotto della valutazione globale di ognuno del proprio posto di lavoro nel suo contesto”.

Se da una parte si può considerare la SL come una variabile dipendente che varia in relazione alle condizioni lavorative e agli altri stressors dall'altra si può pensare ad essa come ad una variabile indipendente che influenza tutta una serie di fenomeni tra i quali: le assenze dal lavoro, l'impegno lavorativo, la performance. Recenti studi hanno dimostrato che a parità di carichi di lavoro i maschi e le femmine esperiscono una SL sostanzialmente simile. Secondo Kinzl et al. (2005), gli infermieri che hanno possibilità di gestire il loro lavoro, che ne esercitano il maggior controllo, ottengono i risultati migliori in termini di SL; così come coloro che lavorano in un ambiente stimolante che permette loro di esprimere le proprie idee e le proprie abilità professionali.

La SL è a parere di tutti gli esperti del settore uno dei maggiori indicatori di benessere lavorativo e della qualità della vita in generale.

E' descritta come un'attitudine con due componenti: affettiva e cognitiva.

La dimensione cognitiva prende in considerazione alcune caratteristiche legate al lavoro, come: il salario, la possibilità di carriera, i riposi, le ferie. La cognitiva si riferisce alla correlazione che si instaura tra i propri bisogni, i propri desideri e il grado di soddisfacimento che deriva dalle caratteristiche lavorative sopra descritte (Lu et al. 2005; Parish et al. 2008).

L'attitudine affettiva deriva invece dai sentimenti, dalle emozioni legate al proprio lavoro. Weiss e Cropanzano (1996), affermano nella loro Teoria Affettiva degli Eventi che sono gli eventi appunto, che guidano le emozioni che influenzano la SL. Chiunque ami il proprio lavoro e lo esegue con piacere e passione avrà un maggior livello di SL (Spector, 1985; Wang et al. 2009).

La SL è una condizione del lavoratore che varia frequentemente durante la propria attività quotidiana. E' legata all'umore di ognuno e alle emozioni. Quest'ultime sono scatenate da alcuni avvenimenti specifici, hanno quindi un nesso causale con dei fatti che intercorrono durante l'attività lavorativa. Se quindi la SL è legata a determinati eventi, situazioni che avvengono all'interno del proprio contesto lavorativo, è dimostrato come anche le caratteristiche individuali, per esempio i tratti di personalità degli infermieri influiscano sulla stessa (Judge et al. 2002). Si ha perciò un'influenza disposizionale della personalità di ogni singolo infermiere su ogni evento che si troverà ad affrontare nel corso della propria attività lavorativa. Liou et al. (2009), hanno evidenziato come per gli infermieri, questi tratti disposizionali siano un forte predittore della SL e dell'intenzione di lasciare il lavoro. Un'affettività negativa, locus of control esterno, personalità nevrotica e introversione sono associati ad una bassa soddisfazione lavorativa. Quest'ultima può condurre ad una condizione sempre più grave e intollerabile di stress la cui cronicizzazione può evolvere in burnout, cioè "Una sindrome di esaurimento emozionale, di spersonalizzazione e di riduzione delle capacità personali che può presentarsi in soggetti che per professione si occupano della gente" (Maslach 1982, cit. in Converso e Falcetta 2007, p. 75) e nell'intenzione di lasciare il lavoro.

Secondo Lester et al. (2007, cit. in Meeusen 2010), la soddisfazione lavorativa decresce in un contesto come la sala operatoria quando manca la sicurezza e si percepisce incertezza. La collaborazione e la comunicazione efficace tra il personale di sala operatoria diminuisce la sensazione di insicurezza e incertezza e aumenta la soddisfazione lavorativa degli infermieri, riducendo i livelli di stress e/o l'adozione di strategie di coping (Michinov et al. 2008).

5.1 La motivazione lavorativa degli infermieri

La motivazione è il motore che spinge ogni individuo ad adottare un particolare comportamento o svolgere una specifica attività.

Parliamo di motivazione intrinseca quando qualcuno fa qualcosa mosso dal desiderio, dalla passione, dalla curiosità, dal senso di appartenenza o per orgoglio. Si fa qualcosa in particolare e non altro, perché si pensa di essere bravi a farlo perché rispecchia i propri ideali, i propri valori.

La motivazione estrinseca è invece guidata dal bisogno di ricompensa, dal soddisfacimento di un bisogno più materiale e meno astratto o addirittura dalla necessità di scongiurare una punizione o un evento spiacevole.

Chan et al. (2008), Ma et al. (2009), confermano l'importanza di una ricompensa (lo stipendio) come motivazione principale per gli infermieri di sala operatoria. Denotano una correlazione positiva tra questa motivazione (estrinseca) e la soddisfazione lavorativa. Frey (1997), ritiene invece che le ricompense (esterne) da parte dei propri supervisori siano esperiti dagli infermieri come un supporto alla propria motivazione intrinseca ma solo quando queste sono percepite come un riconoscimento delle proprie abilità, delle proprie professionalità. Ancora Frey (1997), sostiene che l'infermiere di sala operatoria che ha una forte motivazione intrinseca raggiunge elevati livelli di performance con evidenti vantaggi dal punto di vista della capacità di apprendimento, minor necessità di supervisione e si ammala meno frequentemente. Coomber e Barriball (2007), ritengono che lo stipendio non sia il motivo principale che soddisfi il personale infermieristico nello svolgimento del proprio lavoro e che abbia un peso poco rilevante per impedire agli stessi di lasciare la professione infermieristica. Secondo questi ultimi autori, gli aumenti salariali somministrati a tutto il personale infermieristico senza considerare le performance e le abilità individuali non fa altro che svalutare le motivazioni intrinseche degli stessi. Sentirsi orgoglioso del proprio lavoro è un fattore importante che motiva (intrinsecamente) l'operato dell'infermiere di sala operatoria, così come essere rispettato e ricevere feed-back

positivi aumentano la motivazione e la soddisfazione lavorativa secondo Kluger et al. (2003), Kluger et al. (2008).

5.2 Valori e competenze culturali

Secondo Rokeach (1979), un valore esprime un concetto di desiderabilità, di credere in qualcosa, di perseguire quello in cui si crede. La professione infermieristica, secondo l'autore ha un valore fondamentale che è prendersi cura di qualcuno. Leininger (2006, p.12) definisce questo valore infermieristico così: "le azioni, le attitudini e le pratiche per migliorare le condizioni umane". Un valore caratteristico della professione infermieristica è il prendersi cura di qualcuno che necessita assistenza. Secondo Eichhorn et al. (1991), ogni infermiere riesce nella propria missione se abbatte le diversità culturali che lo distingue dai propri collaboratori e dai pazienti.

Nelle realtà in cui non ci sia percezione di congruenza di valori tra il personale infermieristico e i propri collaboratori e superiori, i lavoratori esperiscono stati di malessere psicofisici che influenzano le proprie prestazioni professionali (Edwards et al. 1998).

Druker (2001), sostiene che le organizzazioni e i lavoratori devono avere dei valori congruenti per aumentare la qualità dei servizi. Kouzes e Posner (2002), ritengono che sia la chiarezza delle comunicazioni a fare una significativa differenza negli ambienti lavorativi.

L'infermiere è un professionista che fornisce le proprie prestazioni assistenziali con competenza culturale all'interno della propria organizzazione (Burchum, 2002).

Dunn (2003), sostiene che un'incongruenza di valori e competenze culturali tra colleghi, genera invidia, gelosie e comportamenti aggressivi e oppressivi. Questi comportamenti conducono gli infermieri di sala operatoria a esperire elevati livelli

di stress, avere frequenti conflitti interpersonali e interprofessionali, diminuzione della soddisfazione lavorativa e rischio di abbandono della professione.

Pease (2005), suggerisce che aumentare il livello di competenza culturale degli infermieri di sala operatoria, favorendo l'acquisizione di abilità professionali e l'integrazione tra i vari membri del team aiuta a combattere lo stress e a superare le ostilità tra i vari operatori nonché fa aumentare la soddisfazione lavorativa.

Johnson (2008), assume che gli infermieri che possiedono maggior competenza culturale e abilità professionali siano più in grado di calarsi nelle differenti realtà assistenziali in cui si trovano ad operare. Sia nell'interazioni con diverse tipologie di pazienti che in collaborazione con le differenti figure professionali che operano all'interno della sala operatoria.

Weiss e Hughes (2005), affermano che nonostante le differenze culturali tra operatori possano generare dei conflitti di opinioni o punti di vista, nella maggior parte dei casi sono fonti di arricchimento e di scambio di vedute costruttive. Da queste nascono idee creative che permettono di superare conflitti o momenti critici all'interno del team. Anche la loro conclusione è che maggiori competenze culturali portano ad un aumentata soddisfazione lavorativa.

6 LE STRATEGIE DI COPING

Parlando di strategie di coping, Converso e Falcetta (2007), individuano in particolare, due contributi teorici a tale argomento. Il primo, definito *trait-based coping*, analizza le relazioni che intercorrono tra i tratti di personalità individuali e le strategie di coping. Il secondo invece definito *stated-based coping*, analizza le relazioni che si instaurano tra individuo e ambiente; si occupa di comprendere come certi comportamenti di coping vengono attuati dagli individui in conseguenza a situazioni stressanti, al fine di mantenere un equilibrio nel proprio stato di benessere psico-fisico.

Uno dei metodi di misurazione del coping è il *Cybernetic Coping Scale* (CCS) di Edwards e Baglioni (1993). Gli autori prendono spunto dalla *teoria cibernetica dello stress* (Edwards 1988; 1992). In questa teoria, lo stress è considerato come una discrepanza tra lo stato attuale di ogni individuo e lo stato desiderato. Il coping è utilizzato per ridurre questa discrepanza che se dura troppo a lungo incide negativamente sul benessere degli individui. Il coping è quindi un mezzo per prevenire lo stress o ridurlo. La teoria cibernetica dello stress prevede un sistema di feed-back negativo in quanto lo stress danneggia la salute degli individui, attiva strategie di coping che a loro volta influenzano gli stressors (Edwards, 1992). Questa prospettiva teorica di feed-back negativo, spiega come gli individui regolino i propri livelli di stress, coping, benessere, in un processo circolare del fenomeno.

Cinque comportamenti di coping sono i fattori che costituiscono il CCS.

- 1) Il cambiamento della situazione: permette di modificare la condizione negativa attuale in una che risponda maggiormente agli interessi individuali;
- 2) L'accomodamento: prevede di allineare i propri desideri con la situazione attuale;
- 3) La svalutazione: consiste nella riduzione del valore della discrepanza tra i propri interessi e la situazione presente;

- 4) L'evitamento: è il distogliere la propria attenzione dalla situazione attuale;
- 5) La riduzione dei sintomi: è il tentativo di migliorare la percezione immediata del benessere.

A seguito di questi contributi, merita una menzione lo studio longitudinale di Brough et al. (2005), condotto su un ampio campione, al fine di analizzare come lo stress e la soddisfazione lavorativa siano predetti dal CCS lungo un arco di tempo. Gli autori hanno evidenziato come ci sia una relazione causale positiva tra il cambiamento della situazione e la soddisfazione lavorativa mentre riduce la disfunzione sociale.

Strategie di coping come: accomodamento, evitamento e riduzione del sintomo aumentano i livelli di disfunzione sociale mentre la svalutazione riduce la tensione e lo stress psicologico solo nei casi in cui non ci siano elementi negativi nella situazione in oggetto. In ultima analisi l'evitamento ha inizialmente un aumento della soddisfazione lavorativa ma solamente a breve termine. In realtà a lungo andare ha una funzione disadattiva aumentando la tensione psicologica (Snow et al. 2003). Situazioni in cui l'individuo ha un'azione attiva nel fronteggiare eventi stressanti portano a conseguenze positive sul proprio benessere mentre ignorare o evitare di affrontare stressor comporta conseguenze negative sull'equilibrio psico-fisico (Folkman, Lazarus, 1988; Koopman et al. 2003; McWilliams et al. 2003; Ouimette et al. 1999; Veach et al. 2003).

Gli infermieri di sala operatoria incontrano durante la loro carriera numerosi eventi stressanti; a meno che questi professionisti non abbiano abilità di coping per fronteggiare gli stressors, andranno incontro a deterioramento fisico, emozionale o professionale (Booth, 1998).

Sono numerose le strategie di coping che possono essere adottate sia individualmente che dalle organizzazioni che forniscono servizi di cura e assistenza. Janssen et al. (1999), sostengono che stress e burnout possono essere prevenuti se si incoraggiano le relazioni sociali all'interno delle organizzazioni. Garrett e McDaniel (2001, p. 2), dichiarano: "le reti sociali sono importanti

durante i periodi di cambiamento e incertezza nell'ambiente di lavoro: il sostegno dei colleghi può proteggere contro il burnout". Da una ricerca condotta da Schroeder e Worrall-Carter (2002), emerge che i livelli di stress degli infermieri sono minori negli ospedali in cui si attuano politiche di supporto, di educazione e informazione sullo stress, nonché strategie di team-building e impegno sociale.

Il lavoro di infermiere è tutt'oggi una professione prevalentemente femminile e in quanto tale le donne oltre a faticosi turni lavorativi sono coloro che si occupano prevalentemente dei lavori domestici e della famiglia. A lungo andare queste condizioni di impegno lavorativo ed extra-lavorativo minano l'equilibrio psico-fisico del professionista con fenomeni di spillover sia in una direzione che nell'altra. Clissold et al. (2002), hanno evidenziato nelle loro ricerche che per ridurre questo tipo di tensione sia necessario che l'infermiere abbia turni più flessibili e con maggior possibilità di gestione del proprio lavoro. Tutto questo aiuterebbe inoltre a ridurre notevolmente il fenomeno di abbandono della professione proprio a causa del cronico stress a cui è sottoposto ciascun lavoratore turnista.

Per quanto riguarda la gestione e il superamento dello stress derivante da fenomeni di violenza all'interno degli ospedali Jackson et al (2002, p. 19), affermano: "sono necessari efficaci protocolli per gestire il bullismo e l'abuso di potere da parte degli infermieri e altri operatori destinati a sostenere il personale infermieristico". Gli autori ritengono che sia fondamentale il supporto formativo ed educativo da parte delle istituzioni ospedaliere, tale da preparare adeguatamente gli infermieri a superare lo stress derivante da fenomeni violenti che li vedono coinvolti. La consapevolezza da parte di quest'ultimi di avere il supporto dei propri dirigenti, a parere degli autori, sembra che consenta agli infermieri di acquisire il coraggio per denunciare atti di bullismo o fenomeni di violenza di cui siano vittime.

Abbiamo visto come sia stressante per gli infermieri meno esperti inserirsi in una realtà così specialistica come la sala operatoria. Lo è sia per essi come per i colleghi che li hanno in turno e li devono formare. Greenwood (2000), sostiene

che per ridurre sensibilmente lo stress per i nuovi assunti e per i più esperti siano necessari specifici programmi di tutoraggio e un clima di aperta comunicazione dove ci sia un feed-back attivo e costruttivo di ogni problema incontrato durante il lavoro. Secondo l'autore è necessario inoltre l'affiancamento dei nuovi assunti a infermieri anziani, motivati e con particolari competenze di insegnamento.

Le strategie di coping migliori per gestire e tenere sotto controllo lo stress, secondo una ricerca condotta da Edwards e Burnard (2003), consistono in un approccio multilivello al problema da parte delle organizzazioni ospedaliere.

Per prima cosa suggeriscono la necessità da parte delle organizzazioni di avere un approccio proattivo al problema, piuttosto che reattivo. Individuare tutti i possibili stressors e eliminarli o attenuarli piuttosto che ricorrere a strategie di recupero del personale vittima degli eventi stressanti. Come seconda azione, indicano la stesura di programmi di educazione e informazione sullo stress, così da far acquisire al personale infermieristico consapevolezza dei rischi lavorativi che corrono quotidianamente e quindi l'adozione di strategie lavorative e comportamentali atte a limitare gli effetti dello stress. L'ultimo approccio è di tipo assistenziale, di recupero verso coloro che purtroppo non hanno saputo adottare efficaci strategie individuali di coping, si sono quindi ammalati e manifestano l'intenzione di abbandonare la professione.

La cronica mancanza di personale infermieristico, come già illustrato in precedenza, fa sì che gli elevati carichi di lavoro incidano pesantemente sull'attività professionale di ogni singolo individuo con inevitabili ripercussioni sull'aumento dello stress correlato. Janssen et al. (1999), considerano che finché non verranno attuate idonee politiche di attrazione sui giovani verso la professione infermieristica o adeguate politiche di ritenzione del personale lavorante, si deve agire su una più efficace distribuzione dei carichi di lavoro all'interno delle diverse unità lavorative. Gli autori ritengono che sia utile distribuire le attività lavorative in un lasso di tempo più adeguato.

Janiszewski Goodin (2003), ritiene che le migliori strategie da parte delle organizzazioni per ridurre lo stress, siano quelle di motivare (estrinsecamente) il

personale infermieristico ed aumentare la soddisfazione lavorativa. L'autore, ritiene sia importante adottare delle politiche di avanzamento di carriera, aumentare i benefits e la formazione continua del personale. Soprattutto considera di vitale importanza, premiare economicamente il personale in relazione all'esperienza, la formazione le abilità professionali. Tutto questo secondo l'autore aiuterebbe a ridurre lo stress e a limitare il fenomeno di abbandono della professione.

Lambert et al. (2003), ritengono che la migliore strategia di coping per limitare e/o superare lo stress, ogni infermiere lo debba ricercare dentro di sé (intrinsecamente). Gli autori, sostengono che per aumentare la resistenza psicologica al fine di combattere lo stress lavorativo si debbano implementare l'impegno, il controllo e gli stimoli. L'impegno lavorativo può essere costruito e rafforzato avendo come obiettivo il coinvolgimento attivo nelle attività professionali; riflettendo internamente sugli avvenimenti che hanno procurato stress e cercando una soluzione alternativa per superarli la prossima volta che si affrontano; rielaborando mentalmente le situazioni vissute; parlando dell'accaduto con i propri colleghi. Questo costituisce come sosteneva anche la Maslach nel 1982 (cit. in Converso e Falcetta, 2007), un sostegno diretto per superare lo stress (i colleghi accolgono lo sfogo, confortano, danno suggerimenti) e uno indiretto (parlar con qualcuno che conosce direttamente le difficoltà in cui si è coinvolti ha un effetto rassicurante). L'infermiere di sala operatoria aumenta il controllo sulle situazioni agendo direttamente sugli eventi quotidiani, documentandosi, informandosi e aumentando la propria preparazione professionale che deve essere quindi continua e aggiornata; rinforza il controllo riducendo lo stress derivante dai vari fattori di rischio del microclima della sala operatoria (luminosità, rumori, ronzii..). L'acquisizione di un maggior controllo deriva anche dalle pratiche religiose o spirituali. Già secondo Wong et al. (2001), essere dei religiosi praticanti, nutrire sentimenti di fede e speranza, sembra rinforzare delle attitudini positive presso gli infermieri di sala operatoria. Queste positive attitudini hanno

secondo gli autori un fattore protettivo contro ansia, stress, depressione e comportamenti antisociali.

Lambert et al. (2003), sostengono infine che l'infermiere cerca di contrastare lo stress attraverso l'attività fisica all'aria aperta come già affermavano Long e Pfifferling (1986). Secondo quest'ultimi gli infermieri di sala operatoria preferirebbero l'esercizio fisico all'aperto proprio per il bisogno di distendere il fisico e la mente e allontanarsi da quel luogo di lavoro senza finestre, freddo e permeato dal dolore e conflitto dove passano gran parte della propria giornata.

In ultima istanza per aumentare la resistenza psicologica Lambert et al. (2003), ritengono che sia necessario per l'infermiere costruire nuovi stimoli professionali. L'idea di base era che ogni cambiamento doveva essere visto come una fonte di miglioramento, arricchimento e non come una minaccia alla stabilità e alla sicurezza. Questo cambiamento può far aumentare le proprie abilità e deve essere visto come un allargamento dei propri orizzonti culturali, aumentando le proprie competenze per coltivare nuovi interessi e obiettivi.

Come già sostenuto precedentemente da altri autori (Folkman, Lazarus 1988; Koopman et al. 2003; McWilliams et al. 2003; Ouimette et al. 1999; Veach et al. 2003) ancora Lambert et al. (2004), in seguito ad una ricerca condotta su infermieri Giapponesi confermano l'importanza di fronteggiare gli eventi stressanti come la migliore strategia di coping per mantenere un salutare equilibrio psico-fisico. Al contrario comportamenti di fuga o evitamento degli stressors uniti alla mancanza di supporto da parte dei propri colleghi o dalle istituzioni porta a sentimenti di ansia, stress, isolamento e abbandono della professione.

Secondo Perry (2002), è importante menzionare altre due strategie di coping individuali. Il primo è coltivare degli hobbies personali che consentano di distrarsi dalle tensioni professionali quotidiane e superare le situazioni stressanti lavorative. Tali hobbies spaziano dal giardinaggio, all'antiquariato, ai viaggi, alla lettura, al prendersi cura di un animale, alla lettura ecc.. La seconda strategia spesso usata in sala operatoria riguarda l'utilizzo dell'umor, del sarcasmo e della

capacità di sdrammatizzare le situazioni stressanti che si avvicendano durante l'attività operatoria.

Per ultimo, secondo Ruyschaert (2009), sarebbe l'ipnosi la migliore strategia per fronteggiare tutti gli stressors che gli infermieri incontrano durante la loro attività professionale. A tale argomento ho dedicato il capitolo successivo.

7 IPNOSI E AUTOIPNOSI

Prima di parlare di autoipnosi è doveroso fare un passo indietro e spiegare cos'è l'ipnosi. L'ipnosi è sia condizione dinamica e fisiologica della coscienza sia un rapporto medico-paziente, durante la quale è possibile una serie di modificazioni fisiche, psichiche e viscerali per mezzo di monoideismi ideoplastici. Questi non sono altro che un'idea proposta dall'operatore e accettata dal soggetto che riverbera sul piano psicosomatico di quest'ultimo. Perché si possano conseguire gli obiettivi terapeutici è necessaria che si sviluppi una forte relazione empatica tra l'ipnotizzatore ed ipnotizzato, tale da catalizzare la situazione ideoplastica, che potremo definire "ipnosi" solo nel momento in cui si realizzerà anche una certa dissociazione (indotta, temporanea e reversibile) che sempre caratterizza la condizione ipnotica. Occorre puntualizzare che non tutti i soggetti sono ugualmente ipnotizzabili ed inoltre è doveroso precisare che non è opportuno sottoporre a trattamento ipnotico i pazienti borderline e che è pericolosa tale terapia anche con gli psicotici. Le menti in evoluzione dei bambini e degli adolescenti devono essere avvicinate con cautela dai trattamenti ipnotici e solo psicoterapeutici molto esperti dell'età evolutiva potranno valersi più della comunicazione ipnotica che dell'ipnosi vera e propria per curare i soggetti sotto i dodici anni. Con l'ipnotista esperto il 60% della popolazione è mediamente abile ad entrare in ipnosi. Il 20%, se non è addirittura refrattario è per lo meno molto lento a realizzare la condizione ipnotica. Solo il 20% della popolazione è molto abile ad entrare in tempi brevi in ipnosi e solo la metà di questi soggetti ha le caratteristiche neuropsicologiche per realizzare il sonnambulismo ipnotico. Ci sono alcune variabili che rendono più probabile l'instaurarsi di una condizione di ipnosi, fermo restando una buona relazione tra ipnotista e ipnotizzato. Per un verso una variabile è sicuramente la capacità e l'esperienza dell'induttore e per l'altro verso conterà molto nel determinare l'ipnotizzabilità del soggetto, la sua plasticità mentale, le sue motivazioni, l'età, la condizione psicofisica ed ormonale (come per le gravide). Detto questo, l'ipnosi ha numerosi campi di applicazione

che vanno dalla medicina all'educazione, al lavoro, allo sport. La tecnica dell'ipnosi prevede quindi la creazione di una condizione essenziale di fiducia tra l'operatore e il soggetto da ipnotizzare e la conversione della critica nella direzione di una fattiva collaborazione dei due emisferi cerebrali verso l'ideoplasia. L'ipnosi può essere diretta e indiretta: nella prima, l'operatore impartisce indicazioni esplicite, direttive, sul percorso che il soggetto dovrà seguire per raggiungere il proprio obiettivo. Quando il soggetto non ama un approccio troppo diretto, l'operatore ricorre ad una tecnica indiretta, dove le indicazioni, suggestioni, sono più sfumate, in terza persona. E' più difficile ma a volte fa maggior breccia nell'inconscio. L'induzione presuppone la transizione da una condizione di "veglia" ed attenzione abituali ad una condizione modificata e dinamica ma sempre fisiologica della coscienza. L'operatore grazie all'ipnosi guida il soggetto in un percorso di conoscenza e approfondimento delle proprie capacità. Dà le opportunità che il soggetto coglie se lo vuole, così da avere i mezzi per fare ciò che potenzialmente è comunque in grado di fare. In genere verso il termine della seduta ipnotica, l'induttore cerca di instaurare un condizionamento (ancoraggio) che serva per eventuali nuove sedute ipnotiche in cui far raggiungere rapidamente la condizione operativa e terapeutica. Con una dinamica sovrapponibile poi, l'ipnotizzatore instruirà il soggetto in merito alla possibilità di ritornare da solo in una condizione di autoipnosi appunto, sempre valendosi di un condizionamento che chiamiamo ancoraggio. Così facendo quando il soggetto sente il bisogno di rientrare in una stato di ipnosi può richiamare quelle condizioni in maniera autonoma grazie a quel segnale/gesto convenzionale stabilito in passato dal suo operatore di ipnosi. Può entrare in quella condizione di etero-ipnosi auto-indotta. Detto questo si può definire che da alcune ricerche è emerso che l'autoipnosi, ovvero l'etero-ipnosi auto-indotta, apporta benefici per quanto riguarda i livelli di stress, sulle difese immunitarie ed eleva il tono dell'umore (Gruzelier, 2002). Con l'ipnosi è possibile controllare la frequenza respiratoria e cardiaca, attivando il tono vagale e parasimpatico, riducendo la tensione e lo stress. Chi utilizza l'ipnosi per affrontare eventi avversi

e impegni professionali difficili é maggiormente preparato a superarli e a farlo con risultati migliori.

Alcune modalità di gestire la terapia ipnotica, quali soprattutto l'uso di metafore durante la condizione di trance, sono di aiuto a prevenire l'eccessivo coinvolgimento emotivo con i pazienti e a promuovere la soddisfazione lavorativa.

Abbiamo parlato dell'importanza di saper fronteggiare un evento stressante, della innata capacità adattiva ad un evento imprevisto: al termine del quale è fondamentale avere un efficiente metodo e tempo di recupero per non restare sovraccaricati ed andare incontro a deleteri effetti psicologici e fisici da esaurimento. E' fondamentale saper creare una distanza tra la sofferenza del paziente e il dolore emozionale a cui è esposto l'infermiere. L'auto ipnosi permette di prendersi del tempo per recuperare energie (Backman et al. 1997).

Grazie all'ipnosi l'infermiere riesce ad imparare a gestire le influenze negative dell'accumulo delle tensioni lavorative, a distaccarsene .

La pratica regolare dell'auto ipnosi è perciò un mezzo per promuovere la piena consapevolezza di sé stessi, della propria salute, distanziandosi dal mondo esterno per il tempo necessario a ripristinare l'omeostasi interiore. Può essere utile immaginarsi le preoccupazioni e le difficoltà lavorative come nubi che ci passano vicine ma non ci toccano focalizzando l'attenzione sul proprio sé. Oppure immaginarsi di camminare lasciando i pensieri negativi dietro di sé come se fosse una tenda che si chiude.

Un strategia di coping particolare da utilizzare quando si è sovraccaricati e tesi è quella di immaginare di riporre le problematiche che ci affliggono in una cassaforte e di aprirla solo quando ci si sente pronti per processare, analizzare i vari stressors che ci affliggono.

Lavorando con persone sofferenti l'infermiere deve avere capacità empatiche e compassione non comuni. E' necessario riuscire a mantenere un salutare equilibrio tra la cura degli altri e quella del proprio sé. Spesso gli operatori sanitari tendono a veder sfumare nel corso degli anni questi confini. Così grazie all'ipnosi,

spesso in tempi molto rapidi, l'infermiere fin dall'inizio dell'induzione riesce a riprendere il controllo dei propri confini personali. Esaltando il proprio sé come essere unico e ben distinto dal resto del mondo col quale quotidianamente interagisce. E' importante prendere consapevolezza del proprio spazio fisico, del proprio corpo e sapere che al suo interno troviamo conforto e sicurezza ogni qualvolta ne abbiamo bisogno e ci sentiamo troppo coinvolti dalle sofferenze altrui.

Una tecnica particolare per immaginarsi sicuri e difesi dall'eccessivo coinvolgimento emotivo con i pazienti è quello di vedere uno scudo protettivo (Korn, Pratt, 1990), o una bolla inviolabile intorno a sé (Alden, 1995). Una protezione visibile solo a noi stessi che ci dà sicurezza e ci permette di interagire col paziente, sicuri del fatto di avere una barriera che ci tiene ad una certa distanza non solo fisica ma anche emotiva.

Per ovviare all'azione dei neuroni specchio e quindi farsi troppo carico delle sofferenze dei pazienti si deve allontanare la rappresentazione del dolore altrui da sé, immaginarlo più sfuocato, meno intenso. Come in una foto istantanea, non in movimento e non a colori ma in bianco e nero. Le grida con un volume più basso del reale, la sequenza degli avvenimenti in un formato più piccolo. Questa tecnica ci permette di dare attenzione ai problemi altrui ma non rimanendone schiacciati dall'apparente insormontabile peso.

Un'altra strategia per fronteggiare e superare eventi avversi è lo sviluppo della resilienza. Questa è definita come un processo dinamico grazie al quale i soggetti sviluppano un positivo comportamento adattivo quando vanno incontro a eventi avversi o a traumi (Luthar, Cicchetti e Becker, 2000).

Alcuni soggetti riescono a migliorarsi nonostante le esperienze difficili che li hanno colpiti. Trasformano le avversità nello sviluppo del loro potenziale. Grazie all'ipnosi e in particolare all'utilizzo di alcune metafore di vita l'infermiere può fronteggiare e superare le avversità quotidiane, generando forza e speranza.

Immaginiamo di pensare alle tensioni e alle sofferenze dei pazienti e vedersi come in una barca lungo un torrente con rapide a correnti minacciose; il susseguirsi di

emozioni e tensione lascia a volte l'operatore senza fiato ma è necessario far fronte a tutto ciò con forza e determinazione. Al termine del momento di sofferenza o di avversità sarà come aver superato la discesa in barca e aver maturato la forza e l'esperienza necessarie per essere più preparati e meno tesi per l'evento successivo. Il buon esito del superamento di questa esperienza ci farà certamente provare un senso di maturazione e di crescita.

Per esaltare la propria forza e la vitalità pensiamo di essere un albero che nel corso della sua lunga esistenza è sottoposto ad ogni genere di intemperie. Grazie alle sue possenti radici, al suo tronco, ai suoi rami mantiene la stabilità necessaria e dà protezione e sicurezza a migliaia di organismi viventi. Così l'infermiere affronta e supera le avversità quotidiane e grazie ad esse si rinforza e si prepara per nuove sfide mentre dà aiuto e accoglie i bisogni dei pazienti.

Altre metafore riguardano la necessità di valutare le proprie risorse e i propri limiti, accogliendoli e rispettandoli nell'essenziale compito di salvaguardia della propria salute psico-fisica

Per migliorarsi e rinforzarsi non possiamo non tenerne conto. Così come fosse un elastico un infermiere deve rispettare il proprio limite di tensione o come una spugna che non riesce ad assorbire più di un certo volume di acqua così l'operatore deve evitare di sobbarcarsi troppe responsabilità o richieste di aiuto che inevitabilmente rimarrebbero inattese con inoltre un forte rischio per la propria salute. Grazie all'ipnosi molte risorse possono essere trovate, sviluppate e ancorate come strategie di coping per essere disponibili ogniqualvolta se ne abbia bisogno.

E' necessario andare indietro nel tempo a ricercare nella propria memoria situazioni piacevoli, confortanti, appaganti, di successo, momenti di semplice distensione o relax. Tutto questo permette all'infermiere di poter attingere dalla propria esperienza passata e focalizzare quelle immagini positive che tanto hanno giovato al proprio benessere e adattare alle nuove situazioni. Una volta ancorate stabilmente nella propria mente l'infermiere sarà capace di superare le avversità e le tensioni grazie al successo riportato in precedenza in simili situazioni.

Concentrarsi sul proprio obiettivo, sul risultato da raggiungere è una delle caratteristiche essenziali dell'ipnosi, aiuta a focalizzare la propria attenzione sul problema da risolvere, da superare, controlla le distrazioni e fa lavorare più efficientemente contribuendo ad aumentare la soddisfazione lavorativa.

CONCLUSIONI

L'infermiere di sala operatoria, nel corso della sua carriera è esposto a numerosi stressors, ognuno dei quali deve essere fronteggiato con le specifiche strategie di coping. Le varie strategie di evitamento, svalutazione, accomodamento e riduzione dei sintomi non sono sufficienti o del tutto efficaci per superare le situazioni stressanti e mantenere un ottimale equilibrio psico-fisico. Il problema va affrontato attivamente e vanno sovvertite le conseguenze che angosciano l'operatore. I carichi di lavoro sono una delle maggiori fonti di stress per gli infermieri e questo anche a causa della mancanza di personale. Secondo lo studio Next il problema della carenza di infermieri è ben lontano dall'essere risolto. Saranno necessarie quindi politiche alternative per ridurre i pesanti carichi di lavoro degli infermieri; migliore distribuzione del lavoro tra gli operatori, gestione dei turni più adeguata in relazione al necessario recupero fisiologico dell'infermiere, maggior flessibilità nella gestione delle ore di lavoro. Ritengo che sarebbe importante da parte delle istituzioni stimolare un positivo clima lavorativo, riconoscere e gratificare con incrementi salariali le migliori abilità e performance degli operatori, facilitare l'avanzamento delle carriere dei più meritevoli. Concordo con Coomber e Barriball (2007), nel ritenere comunque tutto ciò non sufficiente ad impedire che gli infermieri possano lasciare la professione se non intrinsecamente motivati. Le organizzazioni ospedaliere dovranno quindi implementare le strategie di team building e di supporto sociale del personale. Sarà prioritario da parte degli ospedali creare le condizioni per gli infermieri di essere soddisfatti del proprio lavoro, far sì che ogni operatore trovi le motivazioni dentro di sé, per affrontare ogni impegno lavorativo come una nuova sfida da superare, variando le attività lavorative e richiedendo un aperto dialogo e confronto su ogni problema rilevato.

Se un infermiere di sala operatoria lavora in un contesto in cui esperisce una buona soddisfazione lavorativa sarà motivato a lavorare meglio e con maggior sicurezza sia per sé che per il paziente soprattutto. Avere un atteggiamento

collaborativo e affidabile è un antagonista dei conflitti tra infermieri. Avere una comunicazione efficace secondo Cavagnaro (1983), rende gli infermieri capaci di gestire le criticità durante le sedute operatorie. Condividere le responsabilità, collaborare, comunicare, fornire mutuo aiuto e supporto sono le migliori strategie per prevenire l'insorgenza di eventi stressanti o per affrontarli e superarli con successo, nonché il miglior modo per apprendere e migliorare imparando dalle difficoltà superate. Se non si è soli di fronte alle difficoltà si è più forti e sicuri di sé con maggior probabilità di successo e sicurezza.

La sfida maggiore per chi si occupa di sanità è di proporre dei programmi per attrarre i giovani verso la professione infermieristica e attuare strategie idonee per evitare l'abbandono della professione da parte dei lavoratori occupati.

Al momento attuale sembra difficile stabilire se il problema della carenza degli infermieri sarà superato a breve ed è altrettanto difficile stabilire quali possano essere le migliori strategie per attrarne nuovi o ritenere gli attuali lavoratori. Studi internazionali come il Next sono finanziati da molte Nazioni esattamente per cercare di dare una risposta al problema cronico della carenza di infermieri. In tali studi vengono poste le speranze anche dei cittadini che necessitano di costante e qualificata assistenza. L'auspicio è che si continui ad investire nella ricerca e nello studio delle dinamiche che intervengono nel percorso professionale degli infermieri.

Una risorsa a mio parere molto utile ma poco conosciuta è l'ipnosi.

Il personale che ne fa ricorso troverà enormi giovamenti per quanto riguarda la concentrazione e la focalizzazione sugli obiettivi lavorativi. La ricerca di immagini che riportino la propria mente a situazioni positive, di benessere, di relax o di sicurezza, rendono l'infermiere capace di lavorare mantenendo sotto controllo stress e tensioni professionali che quotidianamente lo minacciano. L'utilizzo di questa strategia di coping se riuscisse ad imporsi in ambito sanitario sarebbe utile e a costo zero sia per l'operatore che per le istituzioni.

Al momento attuale purtroppo sta all'iniziativa e alla volontà individuale perseguire questa strategia di rafforzamento del proprio sé e di difesa contro le

difficoltà lavorative. Il buon esito di questa tecnica è evidente in una maggior concentrazione e soddisfazione lavorativa con ovvie ripercussioni positive sulla cura del paziente.

Detto questo la professione infermieristica resta a mio parere uno dei lavori più belli in assoluto. Poter dar sollievo ad una persona malata ascoltandone i bisogni e prendersi cura di chi soffre, ripaga dei sacrifici che quotidianamente facciamo.

Quando un paziente premia la tua passione, dedizione e motivazione con un grazie e un sorriso sincero, l'infermiere ha già vinto la sua battaglia contro lo stress.

RINGRAZIAMENTI

Conseguita la laurea in psicologia e consapevole dell'importanza della terapia ipnotica in ambito sia medico che psicologico mi sono iscritto ed ho frequentato il corso base della scuola del C.I.I.C.S. 2013 aderendo con entusiasmo all'opportunità che uno dei docenti della scuola nonché mio relatore, supervisore del presente elaborato mi ha offerto.

Sto frequentando “ il laboratorio di approfondimento e formazione continua” del Dr. A. Gonella che ringrazio per l'occasione unica che mi ha offerto di approfondire i multiformi aspetti dell'ipnosi terapia e fare esperienza.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Alden, P.H. (1995). *Back to the past: introducing the "bubble"*. *Contemporary hypnosis* 12 (2), 59-68.
- 2) Allen, T. D. (2001). Family-supportive work environments: The role of organizational perceptions. *Journal of Vocational Behaviour*. 58 (3), 414-435.
- 3) Ansell, E. (1981). Professional Burn-Out: Recognition and management. *Journal of the American Association of Nurse Anesthetists*, April, 135-142.
- 4) Avallone, F., Pamplomatas, A. (2005). *Salute Organizzativa. Psicologia del benessere nei contesti lavorativi*. Raffaello Cortina. Milano.
- 5) Backman, L., Arnetz, B., Levin, D., Lublin, A. (1997). *Psychophysiological effects of mental imaging training for police trainees*. *Stress Medicine* 13 (1), 43-48.
- 6) Baker, C., Berlinger, J., King, S., Salyards, M., Thompson, A. (2000). Transforming negative work cultures. *Journal of Nursing Administration*, 30 (7/8), 357-363.
- 7) Balint, M. (1961). *Medico, paziente, malattia*. Feltrinelli. Milano.
- 8) Ball, J., Pike, G., Cuff, C., Mellor-Clark, J., Connell, J. (2002). Royal College of Nursing. Working well survey. URL: <http://www.rcn.org.uk/publications/pdf/working-well-survey-inside1/pdf>
- 9) Bauer, J. (2001). 2001 Earning survey: higher earnings, longer hours. *Medical Economics*, 64 (10), 56-64.
- 10) Beecroft, P. C., Dorey, F., Wenten, M. (2008). Turnover intention in new graduate nurses: a multivariate analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (1), 41-52.

- 11) Blythe, J., Bauman, A., Giovanni, P. (2001). Nurses' experiences of restructuring in three Ontario Hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 33 (1), 61-68.
- 12) Booth, M. (1998). Nurse anaesthetist reaction to the unexpected or untimely death of patients in the operating room. *Holistic Nursing Practice*, 13, 51-58.
- 13) Boswell, S., Lowry, L., Willhoit, K. (2004). New nurses' perceptions of nursing practice and quality patient care. *Journal of Nursing Care quality*, 19 (19), 76-81.
- 14) Bratt, M. (2000). Factors influencing job satisfaction and anticipated turnover of paediatric emergency department nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 26 (5), 416.
- 15) Brough, P., O'Driscoll, M., Kalliath, T. (2005). Evaluating the criterion validity of the Cybernetic Coping Scale: cross-lagged predictions of psychological strain, job and family satisfaction. *Work & Stress*, 19 (3), 276-292.
- 16) Burchum, J. L. R. (2002). Culture competence: An evolutionary perspective. *Nursing Forum*, 37 (4), 5-15.
- 17) Cavagnaro, M. (1983). A comparison study of stress factors as they affect CRNAs. *Journal of the American Association of Nurse Anesthetists*, June, 290-294.
- 18) Chan, M. F., Luk, A. L., Leong, S. M., Yeung, S. M., Van, I. K. (2008). Factors influencing Macao nurses' intention to leave current employment. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 893-901.
- 19) Clissold, G., Smith, P., Accutt, B., Di Milia, L. (2002). A study of female nurses combining partner and parent roles with working a continuous three-shift roster: The impact of sleep, fatigue and stress. *Contemporary Nurse*, 12, 294-302.
- 20) Clutterbuck, D. (2002). How teams learn? *Training & Development*, 56 (3), 67-70.

- 21) Converso, D., Falcetta, R. (2007). *Burn-Out e non solo. Valutazione del rischio, prevenzione e benessere nelle organizzazioni sociosanitarie*. Centro Scientifico Editore. Torino.
- 22) Coomber, B., Barriball, K. L. (2007). Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 297-314.
- 23) Drucker, P. F. (2001). *The Essential Drucker*. HarperCollins Publishers. New York.
- 24) Dunn, H. (2003). Horizontal violence among nurses in the operating room. *AORN Journal*, 78 (6), 977-988.
- 25) Edwards, D., Burnard, P. (2003). A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 42, 169-200.
- 26) Edwards, J. R. (1988). The determinants and consequences of coping with stress. In L. C. Cooper, R. Payne (a cura di). *Causes, coping and consequences of coping with stress at work* (pp. 233-263). Wiley. New York.
- 27) Edwards, J. R. (1992). A cybernetic Theory of stress, coping and well-being in organizations. *Academy of Management Review*, 17, 238-274.
- 28) Edwards, J. R., Baglioni, A. J. (1993). The measurement of coping with stress Construct validity of the Ways of Coping Checklist and the Cybernetic Coping Scale. *Work & Stress*, 7, 17-31.
- 29) Edwards, J. R., Caplan, R. D., Van Harrison, R. (1998). Person-environment fit theory: Conceptual foundations, empirical evidence and directions for future research. In Cooper, L. C. (1998). *Theories of Organizational Stress*. Oxford University Press. New York.
- 30) Eichhorn, S. F., Speedling, E., Rosenberg, G. (1991). Changing the way we work. *The Healthcare Forum Journal*, 34 (2), 46-47.

- 31) Emam, S. A., Nabawy, Z. M., Mohamed, A. H., Sbeira, W. H. (2005). Assessment of nurses' work at Alexandria Main University Hospital. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*, 80 (1-2), 233-262.
- 32) Erickson, M. H. (1978). *Le nuove vie dell'ipnosi*. Astrolabio. Roma.
- 33) Erickson, M. H., Rossi, S. I., Rossi, E. L. (1979). *Tecniche di suggestione ipnotica*. Astrolabio. Roma.
- 34) Erickson, M. H. (1983). *La mia voce ti accompagnerà*. Astrolabio. Roma.
- 35) Evans, K. (2001). Expectations of newly qualified nurses. *Nursing Standard*, 15 (41), 33-38.
- 36) Falda, R., Gonella, A., Goti, P., Cardinali, C. (1985). "L'agopuntura e ipnosi come anestesia alternativa in Odontoiatria". *Minerva Somatologia* 34:91.
- 37) Firth-Cozens, J., Moss, F. (1998). Hours, sleep, teamwork and stress: sleep and teamwork, matter as much as hours in reducing doctors' stress. *British Medical Journal*, 317, 1335-1336.
- 38) Firth-Cozens, J. (2001). Cultures for improving patient safety through learning: the role of teamwork. *Quality in Health Care*, 10 (2), 26-31.
- 39) Folkman, S., Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotions. *Journal of Personality & Social Psychology*, 54, 466-475.
- 40) Frey, B. S. (1997). On the relationship between intrinsic and extrinsic work motivation. *International Journal of Industrial Organization*, 15, 427-439.
- 41) Giovetti, P. (1996). *La crescita interiore 2*. Edizioni Mediterranee.
- 42) Gonella, A. (1982). "L'ipnosi in Odontostomatologia. Considerazioni su una casistica di 152 casi: Medica e suoi risultati". *Rassegna Ipnosi e Sofrologia*. Stati di rilassamento. *Minerva Medica* 73:3195.
- 43) Gonella, A. (1984). "L'ipnosi in Odontostomatologia". *Rassegna d'Ipnosi e Psicoterapie* II:59.

- 44) Gonella, A., Gonella, A. M. (1990). *“Indicazioni all’utilizzo delle tecniche ipnotiche in Odontostomatologia”*. Rivista: Fatebenefratelli, Luglio, vol. IV, fasc. 1.
- 45) Gonella, A., Pepe, R.R. (1997). *“Nuovi orientamenti all’utilizzo dell’ipnosi medica in Odontostomatologia”*. Rassegna di Psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia Forense. Università degli Studi di Roma “La Sapienza”, Settembre-Dicembre, Vol. II n. 3.
- 46) Gonella, A., Pepe, R., Gonella, A. M. (1998). *“Ipnosi e trattamento dei D.C.C.M.”*. “Doctoros” – Elle Due – Milano, Marzo, anno IX n. 3.
- 47) Gonella, A. (1999). *“L’Agente terapeutico in psicoterapia”*, atti del convegno Nazionale della Scuola post Universitaria di Ipnosi Clinica e Sperimentale del C.I.I.C.S.: *“L’agente terapeutico in psicoterapia”* Torino, Villa Gualino, 22.05.99. Rassegna di Psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia Forense. Università degli Studi di Roma “La Sapienza”.
- 48) Gonella, A. (1999). *“Nuovi orientamenti all’utilizzo dell’ipnosi medica in odontostomatologia”* atti del XVIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Psicosomatica: *“Significato e senso della malattia”*, Siena 3-6.11.99. Atti del congresso.
- 49) Gonella, A. (2002). *“Ipnosi, suggestione, persuasione nel processo terapeutico”* atti del Convegno Nazionale della Scuola Post Universitaria di Ipnosi Clinica e Sperimentale del C.I.I.C.S.: *“Ipnosi, suggestione, persuasione nel processo terapeutico”*, Torino, Villa Gualino, 20.05.2000. *“Rassegna di Psicoterapie, Ipnosi, Medicina Psicosomatica, Psicopatologia Forense”* Università degli Studi di Roma “La Sapienza”.
- 50) Gonella, A. (2008). *“L’ipnosi in odontostomatologia”* in *“Teoria e pratica dell’ipnosi”* Libreria Padovana Editrice, Padova, pagg. 106-112.
- 51) Gonella, A. (2012). *“Applicazione dell’ipnosi in ambito medico e psicoterapeutico”*, in Atti del 16° Congresso Internazionale di studi delle esperienze di confine, San Marino, pagg.65/70.

- 52) Garrett, D., McDaniel, A. (2001). A new look at nurse burnout: The effects of environmental uncertainty and social climate. *Journal of Nursing Administration*, 31, 91-96.
- 53) Geurts, S. A. E., Taris, T. W., Kompier, M. A. J., Dijkers, J. S. E., Van Hooff, M. L. M., Kinnunen, U. M. (2005). Work-home interaction from a work psychological perspective development and validation of a new questionnaire: the SWING. *Work & Stress*, 19 (4), 319-339.
- 54) Graff, C., Roberts, K., Thornton, K. (1999). An ethnographic study of differentiated practice in an operating room. *Journal of Professional Nursing*, 15 (6), 364-371.
- 55) Granone, F. (1989). *Trattato di ipnosi*. UTET. Torino.
- 56) Greenwood, J. (2000). Critique of the graduate nurse: An international perspective. *Nurse Education Today*, 20, 17-23.
- 57) Gruzelier, J., H. (2002). A review of the impact of hypnosis, relaxation, guided imagery and individual differences on aspects of immunity and health. *Stress* 5 (2), 147-63.
- 58) Heermann, B. (1999). *Building Team*. McGraw Hill. New York.
- 59) Jackson, D., Clare, J., Mannix, J. (2002). Who would want to be a nurse? Violence in the workplace: a factor in recruitment and retention. *Journal of Nursing Management*, 10, 13-20.
- 60) Janiszewski Goodin, H. (2003). The nursing shortage in the United States of America: An integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 43, 335-350.
- 61) Janssen, P., de Jonge, J., Bakker, A. (1999). Specific determinants of intrinsic work motivation, burnout and turnover intentions: A study among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 1360-1369.
- 62) Johnson, D. A. (2008). "Job Satisfaction in the Operating Room: an analysis of the cultural competence of nurses". Dissertation. Capella University. Url: <http://en.scientificcommons.org/50544622>

- 63) Judge, T. A., Eller, D., Mount, M. K. (2002). Five-factor model of personality and job satisfaction: a meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87, 530-541.
- 64) Karasek, R. A., Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and Reconstruction of Working Life*. Basic Books. New York.
- 65) Kinzl, J. F., Knotzer, H., Traweger, C., Lederer, W., Heidegger, T., Benzer, A. (2005). Influence of working conditions on job satisfaction in anaesthetists. *British Journal of Anaesthesia*, 94 (2), 211-215.
- 66) Kivimaki, M., Elovainio, M., Vahtera, J. (2000). Workplace, bullying and sickness absence in hospital staff. *Occupational and Environmental Medicine*, 57 (10), 656-660.
- 67) Kluger, M. T., Townend, K., Laidlaw, T. (2003). Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialist anaesthetists. *Anaesthesia*, 58, 339-345.
- 68) Kluger, M. T., Bryant, J. (2008). Job satisfaction, stress and burnout in anaesthesia technicians in New Zealand. *Anaesthesia and Intensive Care*, 36, 214-221.
- 69) Koopman, C., Wanat, S. F., Whitsell, S., Westrup, D., Matano, R. A. (2003). Relationships of alcohol use, stress, avoidance, coping and other factors with mental health in a highly educated workforce. *American Journal of Health Promotions*, 17, 259-268.
- 70) Korn, E., Pratt, G. (1990). Mental rehearsal: the protective shield. In Corydon, D. (a cura di). *Handbook of Hypnotic Suggestion and Metaphors*. New York. W.W. Norton and Company, 547.
- 71) Kouzes, J. M., Posner, B. Z. (2002). *The leadership challenge*. Jossey-Bass. San Francisco, CA.
- 72) Krueger, P., Brazil, K., Lohfeld, L., Edward, H. G., Lewis, D., Tjam, E. (2002). Organization specific predictors of job satisfaction: finding from a Canadian multi-site quality of work life cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*, 2, 5-24.

- 73) Kundi, M., Koller, M., Stefan, H., Lehner, L., Kainldsdorfer, S., Rottenbacher, S. (1995). Attitudes of nurses' towards 8-h and 12-h shift systems. *Work and Stress*, 9, 134-139.
- 74) Lambert, V., Lambert, C., Yamase, H. (2003). Psychological hardiness, workplace stress and related stress reduction strategies. *Nursing & Health Sciences*, 5, 181-184.
- 75) Lambert, V., Lambert, C., Ito, M. (2004). Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and emotional health of Japanese hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 85-97.
- 76) Lapierre, L. M., Allen, T. D. (2006). Work-supportive family, family supportive supervision, use of organizational benefits, and problem-focused coping: implications for work family conflict and employee well-being. *Journal of Occupational Psychology*, 11, 169-181.
- 77) Lazarus, R. Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Singer. New York.
- 78) Leininger, M. (2006). Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethnonursing method. In M. Leininger, M. R. McFarland (a cura di). *Culture care diversity and universality: A worldwide theory* (pp. 1-41). Jones and Bartlett. Boston, MA.
- 79) Liou, S. R. (2009). Nurses' intention to leave: critically analyse the theory of reasoned action and organizational commitment model. *Journal of Nursing Management*, 17, 92-99.
- 80) Long, R., Pfifferling, J. (1986). Nurse anesthetists' well-being: part ii. *Journal of the American Association of Nurse Anesthetists*, 54, 438-441.
- 81) Lu, H., While, A. E., Barriball, K. J. (2005). Job satisfaction among nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 211-227.

- 82) Luthar, S.S., Cicchetti, D., Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development* 71 (3), 543-62.
- 83) Ma, J. C., Lee, P. H., Yang, Y. C., Chang, W. Y. (2009). Predicting factors related to nurses' intention to leave, job satisfaction, and perception of quality of care in acute care hospital. *Nursing Economics*, 27, 178-184.
- 84) Majer, V., D'Amato, A. (2005). *Il vantaggio del clima*. Raffaello Cortina. Milano.
- 85) McWilliams, L. A., Cox, B. J., Enns, M. W. (2003). Use of the coping inventory for stressful situations in a clinically depressed sample: factor structure, personality correlates and prediction of distress. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 1371-1385.
- 86) Meeusen, V. C. H. (2010). "Risk factors for job turnover among Dutch nurse anaesthetists. The influence of job satisfaction, burnout, work climate, work context and personality dimensions". Dissertation. Utrecht University. URL: <http://igitur-archive.library.uu.nl/dissertations/2010-1208-200225/UUindex.html>
- 87) Meijman, T. F., Mulder, G. (1998). Psychological aspect of workload. In Drenth, P. J., Thierry, H., de Wolf, C. J. (a cura di). *Handbook of Work and Organizational Psychology* (pp. 5-33). Psychology Press. Hove.
- 88) Michinov, E., Olivier-Chiron, E., Rush, E., Chiron, B. (2008). Influence of transactive memory on perceived performance, job satisfaction and identification in anaesthesia teams. *British Journal of Anaesthesia*, 100, 327-332.
- 89) Millward, L., Purvis, R. (1998). *Team Building Techniques – A Critical Evaluation*. Defence Evaluation Research Agency. Farnborough, UK. Centre for Human Sciences.
- 90) Millward, L., Jeffries, N. (2001). The team survey: a tool for health care team development. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (2), 276-287.

- 91) Morais, A., Maia, P., Azevedo, A., Amaral, C., Tavares, J. (2006). Stress and burnout amongst Portuguese Anaesthesiologists. *European Journal of Anaesthesiology*, 23, 433-439.
- 92) Musaiò, F., Calzavara, M., De Michelis, B., Gonella, A. (1993). “L’ipnosi: valido supporto in odontostomatologia”. *Gazz. Med. Ital. – Arch. Sci. Med.* 152, 1, 3.
- 93) Nyssen, A. S., Hansez, I., Baele, P., Lamy, M., De Keyser, V. (2003). Occupational stress and burnout in anaesthesia. *British journal of Anaesthesia*, 90, 333-337.
- 94) Ouimette, P., Finney, J., Moos, R. (1999). Two years posttreatment functioning and coping of substance abuse patient with posttraumatic stress disorders. *Psychology of Addictive Behaviours*, 13, 105-114.
- 95) Pacciolla, A. (1995). *Ipnosi*. Edizioni Paoline. Roma.
- 96) Pacciolla, A. (1995). *Epm. Esperienze pre-morte. Fenomenologia e ipotesi interpretative*. Edizioni San Paolo. Roma.
- 97) Pacciolla, A. (2000). *Persona e guarigione*. Due sorgenti. Roma.
- 98) Pacciolla, A., Gonella, A. (2012). “NDE nella regressione ipnotica: gli esiti di una ricerca”, in *Atti del 16° Congresso Internazionale di studi delle esperienze di confine*, San Marino , pagg.71/76.
- 99) Palumbo, C., Scarpuzzi, C., Ziliani, F. (2005). *Indagine sul clima organizzativo di alcune aziende sanitarie e ospedaliere della Regione Piemonte*. Edizioni Santa Croce. Parma.
- 100) Parish, J., Berry, L., Lam, S. (2008). The effect of the servicescape on service workers. *Journal of Service Research*, 10, 220-238.
- 101) Pease, K. (2005). *Inclusiveness at work: How to build inclusive non profit organizations*. Denver Foundation. Denver, Co.
- 102) Pepe, R.R., Gonella, A. (1997). “Trattamento delle disfunzioni cranio cervico mandibolari (D.C.C.M.) attraverso l’ipnosi clinica”. *Giornale odontogantologico*, organo Ass. Naz. Italiana Gnatologia n° 15 pag. 40-43.

- 103)Perry, T. R. (2002). "The Certified Registered Nurse Anaesthetist: occupational responsibilities, perceived stressors, coping strategies, and work relationship". Dissertation. Virginia University. URI: <http://scholar.lib.vt.edu/theses/available/etd-11252002-111750/unrestricted/tperry.pdf>
- 104)Rizzolatti, G., Fogassi, L., Gallese, V. (2001). Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action. *Nature Reviews: Neuroscience* 2: 661-70.
- 105)Robbins, S. (2000). *Essentials of Organizational Behaviour*. Prentice Hall. New Jersey.
- 106)Rokeach, L. M. (1979). *Understanding human values: Individual and societal*. The Free Press. New York.
- 107)Rolle, G., Gonella, A., Coltelletti, C., Prandi, R., Borgarino, S. (1986). "Sull'uso dell'ipnosi come trattamento collaterale nelle algie muscolatensive dell'apparato stomatognatico. Note preliminari". *Minerva Stomatologia* 35:1.
- 108)Saarela, M., Hlushchuk, Y. de C., Williams, A. C., Schurmann, M., Kalso, E., Hari, R. (2006). The compassionate brain: humans detect intensity of pain from another's face. *Cerebral cortex*, 17 (1), 230-237.
- 109)Santos, S. R., Carroll, C. A., Cox, K. S., Teaslely, S. L., Simon, S. D., Bainbridge, L., Cunningham, M., Otto, L. (2003). Baby boomer nurses bearing the burden of care: a four-site study of stress, strain and coping for inpatient registered nurses. *The Journal of Nursing Administration*, 33(4), 243-250.
- 110) Schroeder, M., Worrall-Carter, L. (2002). Perioperative managers: Role stressors and strategies for coping. *Contemporary Nurse*, 13, 229-238.
- 111)Shader, K., Broome, M., West, M., Nash, M. (2001). Factors influencing satisfaction and anticipated turnover of nurses in an academic medical center. *Journal of Nursing Administration*, 31 (4), 210-216.
- 112)Siani, A. (1997). *Autoipnosi*. Nuovi autori. Milano

- 113)Silén-Lipponen, M. (2005). "Teamwork in Operating Room Nursing. Conceptual Perspective and Finnish, British and American Nurses' and Nursing Students' Experiences." Dissertation. Kuopio University. URL: <http://wanda.uef.fi/uku-vaitokset/vaitokset/2005/isbn951-27-0362-9.pdf>
- 114)Snow, D. L., Swan, S. C., Raghavan, C., Connell, C. M., Klein, I. (2003). The relationship of work stressors, coping and social support to psychological symptoms among female secretarial employees. *Work & Stress*, 17, 241-263.
- 115)Spaltro, E. (2004). *Il clima lavorativo. Manuale di meteorologia organizzativa*. Franco Angeli. Milano.
- 116)Spector, P. (1985). Measurement of human service staff satisfaction: development of the job satisfaction survey. *American Journal of Community Psychology*, 13, 693-713.
- 117)Spector, P. E. (1997). *Job satisfaction: application, assessment, causes and consequences*. SAGE Publications. Thousand Oaks, CA.
- 118)Trevisani, L., Boccalon, R., Boccalon, P., Caravelli, G., Gullini, S. (2004). Lavoro, Stress e Burn-Out in Ospedale: fattori di protezione e di rischio, specifici e aspecifici, in Endoscopia digestiva. Milano, Area Qualità. *Gestione*, 12, 5-14.
- 119)Tummers, G., Van Merode, G. G., Landeweerd, J. A. (2002). The diversity of work: differences, similarities and relationship concerning characteristics of the organization, the work and psychological work reactions in intensive care and non-intensive care nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 841-855.
- 120)Ullrich, A., Fitzgerald, P. (1990). Stress experienced by physicians and nurses in the cancer ward. *Social Science & Medicine*, 31, 1013-1022.
- 121)Veach, T. L., Rahe, R. H., Tolles, R. L., Newhall, L. M. (2003). Effectiveness of an intensive stress intervention workshop for senior managers. *Stress & Health*, 19, 257-264.

- 122)Wang, G., Lee, P. (2009). Psychological empowerment and job satisfaction. An analysis of interactive effects. *Group & Organization Management*, 34, 271-296.
- 123)Weiss, H. M., Cropanzano, R. (1996). Effective Events Theory: a theoretical discussion on the structure, causes and consequences of affective experiences at work. In B. Staw, L. Cummings (a cura di). *Research in Organizational Behaviour*. JAI Press, 18, 1-74. Greenwich.
- 124)Weiss, J., Hughes, J. (2005). Want collaboration? Accept and actively manage conflict. *Harvard Business Review*, March, 93-101.
- 125)Wickramasekera II, I. E., Szlyk, J. P., (2003). Could empathy be a predictor of hypnotic ability? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51 (4), 390-9.
- 126)Wong, D., Leung, S., So, C., Lam, D. (2001). Mental health of Chinese nurses in Hong Kong: The role of nurses stresses and coping strategies. Online Journal of Issues in Nursing. URL: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume62001/No2May01/ArticlePreviousTopic/MentalHealthofChineseNursesinHongKong.html>

SITOGRAFIA

- 1) <http://www.next.uni-wuppertal.de/EN/index.php> Consultato il 7/01/2013