



Disponibile online all'indirizzo [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

SciVerse ScienceDirect

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/itjm](http://www.elsevier.com/locate/itjm)



ARTICOLO ORIGINALE

# La cura di chi cura. Un'esperienza di supporto psicologico per gli infermieri professionali in Medicina Interna

*Caring for health-care workers. Experience with a psychological support program for nurses working in Internal Medicine*

Elena Albertazzi<sup>a</sup>, Mauro Campanini<sup>b</sup>, Giuseppina Ferrotti<sup>b</sup>, Flavio Bobbio<sup>b,\*</sup>,  
Giuliana Ziliotto<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servizio di Psicologia Clinica (Direttore: Dr.ssa Daniela Cella), Azienda Ospedaliero-Universitaria Maggiore della Carità, Novara

<sup>b</sup> SC Medicina Interna 2, Dipartimento Medico (Direttore: Dott. Mauro Campanini), Azienda Ospedaliero-Universitaria Maggiore della Carità, Novara

Ricevuto il 14 marzo 2011; accettato il 18 luglio 2011

disponibile online il 16 novembre 2011

## KEYWORDS

Internal Medicine;  
Psychotherapeutic  
processes;  
Nursing.

## Summary

**Introduction:** Nurses working in an Internal Medicine ward must have very specific training and aptitude. Dealing with different types of patients with widely varying ages and different medical issues requires flexibility in managing emergencies and in choosing between various professional interventions, as well as strong communication skills. Because of this variety, the workload is perceived as being particularly heavy.

**Materials and methods:** The article describes the intervention of a psychologist in support of the nursing staff of an Internal Medicine ward. The intervention was prompted by findings of high staff turnover. The work began with an analysis of the group dynamics in the nursing team, and the psychologist's action was based on a group approach. In this way, specific problems of the group were solved through the instrument of the group itself, which became the true promoter of change.

**Results:** Nurses worked to recognize their professional identity and to strengthen their self-esteem, and this changed their perception of their workload. The team also became more aware of its individual and group resources. These changes decreased staff turnover and reduced arguments between the nurses themselves and between the nurses and patients' relatives.

\* Corrispondenza: via F.lli Dandolo 5, Novara.

E-mail: [flavio.bobbio@maggioreosp.novara.it](mailto:flavio.bobbio@maggioreosp.novara.it) (F. Bobbio).

*Discussion:* The nursing team become more solid and better organized. It dealt with emotional problems and has become more receptive to changes in the way the work is organized.  
© 2011 Elsevier Srl. All rights reserved.

## Introduzione

La Medicina Interna richiede agli infermieri una preparazione e una mentalità professionale molto specifiche. La varietà della casistica, l'età spesso avanzata e l'instabilità clinica dei pazienti, l'associarsi nello stesso paziente di più patologie impongono elasticità nel gestire l'emergenza e una particolare flessibilità nella scelta dei vari interventi. Gli infermieri di Medicina Interna devono saper offrire un'adeguata lettura funzionale della situazione in cui si trovano a operare e saper mediare e negoziare con i vari attori della cura: pazienti, parenti, medici, colleghi e operatori assistenziali di supporto. È fondamentale, pertanto, saper individuare le priorità a fronte di un numero notevole di richieste di intervento estremamente eterogenee e avere nel proprio bagaglio culturale e professionale un ampio repertorio di interventi tecnici da effettuare.

Al fianco di queste capacità più tecniche, l'infermiere di Medicina Interna deve sviluppare attitudini relazionali ugualmente flessibili e importanti. È richiesta, infatti, una grande capacità di ascolto empatico e di lettura dei bisogni psicologici sia dell'ammalato sia dei suoi familiari. Data la notevole varietà di situazioni cliniche e umane, gli infermieri devono saper differenziare i contesti emotivi al fine di utilizzare l'atteggiamento relazionale più adeguato agli specifici casi.

Nel complesso, le doti richieste all'infermiere in questo tipo di reparto si possono così sintetizzare: una grande flessibilità tecnica e spiccate capacità relazionali. Il tipo, la varietà di pazienti e la preparazione richiesta agli infermieri fanno sì che il carico di lavoro venga spesso vissuto come eccessivo e pressante. Inoltre, vi è la percezione che soggetti esterni al reparto considerino tale lavoro infermieristico come generico, poco specializzato e quindi poco professionalizzante [1,2].

## Materiali e metodi

Proprio per queste ragioni si è ritenuto necessario ricorrere all'intervento di una psicologa che supportasse gli infermieri di Medicina Interna al fine di evitare che il disagio percepito determinasse il desiderio di abbandonare il reparto, continuando a provocare – com'era accaduto negli ultimi anni – un continuo turnover fra gli operatori. Infatti all'inizio dell'intervento psicologico, avviato 2 anni fa e tuttora in corso, nella Struttura Complessa Medicina Interna 2 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Novara si verificavano due fenomeni: da una parte, i giovani infermieri transitavano nel reparto considerandolo una "nave scuola" per poi portare la propria professionalità, qui acquisita, in reparti considerati più "tecnici" (per esempio Cardiologia, Terapia Intensiva); dall'altra, il carico di lavoro veniva avvertito come intollerabile, tanto da far abbandonare appena possibile la struttura. La considerazione di altri reparti come più

qualificati derivava dall'ipotesi di fondo che l'infermiere più professionalmente preparato fosse il più "tecnico" e specializzato in un determinato e specifico ambito [3].

La caposala risultava particolarmente coinvolta da questo problema poiché non solo raccoglieva il malumore del personale, ma si trovava a gestire un reparto con uno staff infermieristico caratterizzato da elevato turnover e con difficoltà, pertanto, a fare formazione, a creare senso di appartenenza e a costituire un organico adeguatamente strutturato; in definitiva, con difficoltà ad assicurare una corretta assistenza sostenuta e alimentata da un buon livello professionale [4].

All'inizio del suo lavoro la psicologa ha effettuato diversi colloqui conoscitivi [5] con la caposala per acquisire informazioni sulle molteplici realtà lavorative e sulle dinamiche interpersonali del reparto, così da impostare meglio l'intervento sul personale infermieristico [6]. Un aspetto fondamentale dell'organizzazione del reparto sembrava il turno di lavoro organizzato per coppie con partner fissi. Gli infermieri facevano fronte a un carico di lavoro effettivamente intenso sostenendosi a vicenda, dal punto di vista sia pratico e professionale sia emotivo all'interno della coppia.

Tale atteggiamento costituiva un aspetto positivo, in quanto permetteva di superare alcune difficoltà, ma spesso risultava dannoso per un ottimale funzionamento del reparto: non permetteva, infatti, di sviluppare un atteggiamento di flessibilità che consentisse un'adeguata capacità di adattamento. Quest'ultimo elemento è fondamentale per un organico infermieristico operante in ambito internistico. In particolare, la coppia fissa di turnisti rispondeva sì al bisogno di sicurezza [7] degli infermieri, rappresentando una sorta di difesa verso il carico di lavoro avvertito come eccessivo, e permetteva in qualche modo di superare una sensazione di solitudine [8], offrendo la possibilità di ripartire la responsabilità; tuttavia con la sua rigidità impediva, come già sottolineato, la flessibilità e la rapidità di intervento in caso di urgenze e non favoriva l'integrazione tra i colleghi [9–11]. Ne risultava uno staff piuttosto frammentato, poco integrato e quindi sostanzialmente debole [12].

La psicologa, in accordo con la caposala, aveva pensato di proporre due gruppi di lavoro che s'incontrassero una volta al mese e in cui le coppie di infermieri turnisti venissero conservate al fine di non intaccare in modo dispotico l'organizzazione difensiva del duo e poter così valutare le reali potenzialità di crescita dello stesso. Per non causare disagi [7,13,14] all'organizzazione lavorativa del reparto e nell'impossibilità per gli infermieri di essere presenti contemporaneamente agli incontri, si era deciso di dividere in due lo staff infermieristico. I due gruppi sono rimasti il più possibile stabili nel tempo. La finalità dell'intervento esplicitata [15] agli infermieri era relativa alla comprensione del disagio alla base del turnover degli operatori e alla sua possibile soluzione. Per l'impostazione del lavoro psicologico si è fatto riferimento alla teoria dei codici affettivi di Franco Fornari [4], psicoanalista tra i primi in Italia ad applicare l'approccio

psicodinamico in ambito ospedaliero: egli riteneva fondamentale l'intervento sul gruppo, inteso come risorsa, partendo dall'idea che i cambiamenti che avvengono nel piccolo gruppo di lavoro modifichino profondamente l'istituzione stessa. La sua teoria si fonda sull'analisi dei codici affettivi, agenzie decisionali inconscie "che circolano nei piccoli gruppi di lavoro e finiscono per impregnare la cultura del reparto influenzandone profondamente il modo di lavorare" [4,16,17].

## Risultati

I primi incontri sono stati dedicati a delineare quale fosse il "percepito" da parte degli infermieri sull'andamento lavorativo del reparto; ne è emersa una realtà ritenuta caotica e vissuta con uno stato di frustrazione [18–20]. Anche se in senso assoluto le risorse umane erano sufficienti, la percezione del personale infermieristico non era tale e a ciò si univa la sensazione di non essere adeguati alle richieste; inoltre, in una realtà in cui tutti erano portati a rispondere ai bisogni degli "altri" (colleghi, ammalati, medici, parenti ecc.) (prevalenza netta del codice materno) [21], vi era una notevole difficoltà a interiorizzare le regole implicite ed esplicite (assenza del codice paterno) [22].

L'ora di colloquio con la psicologa è stata spesso utilizzata dal personale infermieristico come uno strumento per scaricare le proprie tensioni, descrivendo in dettaglio tutto ciò che non funzionava senza offrire una lettura del problema più matura e responsabile. Nei primi incontri un gruppo ha sfruttato la dinamica del "capro espiatorio" per dirigere e contenere l'aggressività, l'altro gruppo invece ha distribuito la responsabilità della difficoltà nella gestione del lavoro su più bersagli [23].

I due gruppi, con tempi pur leggermente diversi, sono passati da una posizione di dipendenza – per cui tutto ciò che non funzionava era da attribuire ad altri, a chi "sta sopra di noi" a diversi livelli, dalla caposala al direttore, ai dirigenti del Servizio Infermieristico Tecnico Sanitario della Riabilitazione e della Professione Ostetrica (SITRA) – a una posizione di maggiore presa di coscienza, con un'autocritica che ha portato a una profonda riflessione su quali potessero essere i cambiamenti lavorativi sostenuti da una rivisitazione del proprio modello culturale, comportamentale e organizzativo. I gruppi di infermieri, pertanto, hanno iniziato a focalizzarsi sulla percezione del carico di lavoro, sul significato della coppia nei turni e sulla specificità della loro professione all'interno del reparto. Un'attenzione particolare all'identità dell'infermiere di Medicina Interna ha permesso di delineare una professionalità valorizzante maggiormente i loro ruoli e compiti, attutendo il pregiudizio di una professionalità generica e svalutata [3,4].

La riflessione continua sulle tematiche sopra descritte e la presenza di voci "fuori dal coro" [24] ha aiutato i gruppi a diventare più critici rispetto alla situazione in generale. In particolare gli infermieri, attraverso l'analisi dei problemi relativi al carico di lavoro, con uno scambio di punti di vista e con una dinamica di confronto costante hanno rinforzato progressivamente la consapevolezza del proprio valore e della propria identità professionale. Tutto questo ha avuto un profondo impatto sia sulla percezione della propria professionalità e capacità, sia sulla percezione del carico

di lavoro stesso, permettendo sia di innescare un processo di autostima sia di accrescere il senso di appartenenza [3] e di modificare anche la percezione stessa del carico di lavoro, avvertito come più tollerabile e anche meglio organizzato [2].

Contemporaneamente al lavoro psicologico si sono verificati anche cambiamenti logistici che hanno sicuramente influenzato l'andamento dei gruppi. Infatti, nel corso di 2 mesi circa metà del personale infermieristico è cambiato: sono stati inseriti nuovi elementi che, dovendo imparare a conoscere le specificità tecniche e assistenziali di un reparto di Medicina Interna, sono stati affiancati alle coppie al fine di ricevere un'adeguata formazione prima di essere considerati pronti per lavorare in modo autonomo. Si sono pertanto formati dei "terzetti" con la possibilità di sperimentare nuove forme di integrazione. I terzetti, in un primo tempo, hanno determinato un'alterazione degli equilibri di coppia creando un momentaneo aumento delle incertezze e quasi uno stato di confusione, oltre a un maggiore impegno per gli infermieri più "anziani" che dovevano dedicare tempo a seguire, istruire e accompagnare nel loro percorso formativo i nuovi elementi. D'altro canto, il personale nuovo ha comportato a tutti gli effetti una maggiore forza lavoro e richiesto da parte degli infermieri più anziani una maggiore flessibilità e responsabilità, permettendo così a ognuno di consolidare le proprie capacità tecniche e relazionali.

Questi cambiamenti, affiancati e sostenuti dall'intervento psicologico, hanno fatto in modo che il gruppo di infermieri si rendesse maggiormente conto delle proprie capacità di integrazione e che il "formato coppia", rigidamente difeso, venisse meno. La modificazione nella mentalità del gruppo ha permesso anche di armonizzare maggiormente il bisogno di cura e di attenzione ai malati (codice materno e attenzione alla relazione) con il bisogno di seguire regole e di organizzare il lavoro (codice paterno contro la confusione). Il gruppo è diventato più capace di assumersi responsabilità e di gestire in maniera più autonoma alcuni aspetti del lavoro (codice dell'adulto) [12]. Questi cambiamenti hanno consentito la formazione di un gruppo di colleghi infermieri più solido e una significativa diminuzione del turnover degli operatori. Infatti, mentre nel 2008 circa il 60% degli infermieri aveva richiesto il trasferimento ad altri reparti, dopo l'intervento psicologico il turnover è stato minimo e fisiologico: 2 infermieri in 2 anni su uno staff di 19 infermieri.

La solidità dello staff infermieristico ha facilitato, l'anno successivo, il percorso di consolidamento del gruppo e una conseguente maggiore resistenza ad "agenti esterni" potenzialmente destabilizzanti. Si sono verificati, infatti, momenti di forte tensione emotiva dovuti alla presenza in corsia di malati giovani (coetanei degli infermieri) affetti da patologie terminali. Il gruppo degli infermieri, abituato alle relazioni con una casistica di pazienti anziani, nonostante un fisiologico primo momento di smarrimento, è stato in grado di organizzarsi non solo dal punto di vista pratico, ma anche dal punto di vista relazionale in modo che le persone malate venissero seguite nel miglior modo possibile. La suddivisione tra tutto lo staff dei compiti pratici ha permesso che anche il carico emotivo fosse condiviso e vissuto da tutto il personale.

Parallelamente gli infermieri, più consapevoli dei loro bisogni e delle loro fragilità, non più considerate come debolezze ma come caratteristiche umane, hanno richiesto in quel periodo un intensificarsi degli incontri con la psicologa

per parlare delle forti emozioni che emergevano e influivano sull'intervento lavorativo a contatto con questa nuova utenza. L'emergenza non veniva più vista semplicemente come un dato di realtà esterno di fronte al quale perlopiù ci si sentiva impotenti, ma come un aspetto che aveva risonanze anche nel mondo interno, con cui bisognava fare i conti e a cui, però, si poteva anche attingere per trovare risorse, senso e significato. Affrontare e superare questi momenti ha permesso allo staff di consolidare la propria autostima e di verificare il proprio potenziale di coping [25].

## Conclusioni

I colloqui e l'intervento psicologico hanno raggiunto l'obiettivo prefissato: comprendere, affrontare e ridurre il turnover degli operatori. A ciò si aggiungono risultati complementari quali la drastica diminuzione del contenzioso con i parenti degli ammalati e delle segnalazioni all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, che sono state pari a zero in 2 anni. Lo staff degli infermieri, più solido e coeso, ha fatto fronte non solo a problematiche emotive nuove, tipo quella descritta rispetto al cambiamento dell'età dell'utenza, ma si è anche positivamente e attivamente adeguato al cambiamento dell'organizzazione lavorativa con il passaggio alla farmacia computerizzata, alla cartella infermieristica con tassonomia NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) e l'integrazione del reparto nel Dipartimento Medico.

Per la conduzione del lavoro è stata fondamentale la preparazione della psicologa [26]. Durante il lavoro psicologico gli interventi, anche relativi a situazioni del singolo, sono stati valutati e interpretati come prodotto del gruppo, sia rispondendo alla tecnica psicodinamica dei gruppi – per cui è attraverso l'evoluzione del gruppo stesso che evolve il singolo – sia per la specificità della richiesta finalizzata al buon funzionamento dello staff. Il lavoro con e sul gruppo ha permesso di ridistribuire le responsabilità, di ridimensionare le problematiche, di attingere a informazioni ma ancor più a idee promotrici e rassicuranti, derivanti dalle diverse esperienze professionali e di vita portate nel gruppo. In qualche modo il gruppo ha curato se stesso con le proprie risorse, risultandone ancora più forte [1]. L'intervento, quindi, è stato vissuto dagli infermieri più come una mediazione che come un'ingerenza esterna portatrice di istruzioni calate dall'alto.

In ultimo va precisato che l'intervento avrebbe potuto coinvolgere anche altri professionisti (medici e operatori assistenziali di supporto), considerando che una situazione, in questo caso il turnover degli infermieri, non ha mai un'unica causa ma è invece frutto di una multifattorialità ed è inserita in un sistema; tuttavia, si è deciso di rispondere direttamente a chi aveva espresso il bisogno per rispettare la strutturazione del reparto e per lasciare che eventuali richieste fossero avanzate direttamente dagli interessati. Così è stato: sia i medici sia gli operatori assistenziali di supporto, in modo più pressante, hanno richiesto uno spazio di riflessione e aiuto, sottolineando così il valore percepito di tale intervento e ponendo basi motivazionali forti a un eventuale lavoro psicologico anche con questi professionisti.

## Ringraziamenti

Si desidera ringraziare l'associazione "Franca Capurro per Novara" ONLUS.

## Conflitto di interessi

Gli autori dichiarano di essere esenti da conflitto di interessi.

## Bibliografia

- [1] Yalom ID, Leszcz M. Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo. Torino: Bollati Boringhieri; 2009.
- [2] Fornari F. L'individuo e la simbolizzazione dell'ambiente. In: Mathieu W (a cura di). Individuo e ambiente. Bologna: il Mulino, 1972.
- [3] Pietropolli CG. Un'esperienza per la qualificazione degli operatori dei servizi sociosanitari. Atti del Convegno della USL n. 66, 24 maggio 1982.
- [4] Fornari F, Frontoni L, Riva Crugnola C. Psicoanalisi in ospedale. Milano: Raffaello Cortina; 1985.
- [5] Pietropolli CG. Nuove professionalità in ospedale: lo psicologo clinico. Devianza ed Emarginazione 1984;3.
- [6] Carli R, Paniccia RM. Psicologia delle associazioni e delle istituzioni. Bologna: il Mulino; 1981.
- [7] Freud S. Introduzione alla psicoanalisi. Opere, 8. Torino: Bollati Boringhieri; 1976.
- [8] Corbella S. Storie e luoghi del gruppo. Milano: Raffaello Cortina; 2003.
- [9] Carli R, Paniccia RM, Lancia F. Il gruppo in psicologia clinica. Roma: Carocci; 1988.
- [10] Carli R, Paniccia RM. Psicosociologia dell'ospedale: riflessioni sul ruolo dello psicologo clinico. Rivista di Psicologia Clinica 1989;2:148–60.
- [11] Pagliaro G. Psicologia, psicoanalisi e istituzioni sociosanitarie. Padova: CLEUP; 1984.
- [12] Pietropolli CG (a cura di). La democrazia degli affetti. Formazione psicologica in ospedale. Milano: Raffaello Cortina, 1987.
- [13] Vigorelli M (a cura di). Istituzione tra inerzia e cambiamento. Approccio psicodinamico al lavoro nei servizi pubblici. Torino: Bollati Boringhieri, 1994.
- [14] Vanni F. Modelli mentali di gruppo. Milano: Raffaello Cortina; 1984.
- [15] Frontoni L. Prescrizione e trasgressione nella vita dei codici culturali. In: Volere la luna. Milano: UNICOPLI; 1986.
- [16] Fornari F. Simbolo e codice. Dal processo psicoanalitico all'analisi istituzionale. Milano: Feltrinelli; 1981.
- [17] Anzieu D. Il gruppo e l'inconscio. Milano: Borla; 1998.
- [18] Fornari F. La conoscenza del mondo in gruppo e fuori dal gruppo: una prospettiva psicoanalitica. In: Di Maria F, Lo Verso G (a cura di). Il piccolo gruppo. Verso una fondazione epistemologica. Roma: Bulzoni, 1983.
- [19] Corraeale A. Il campo istituzionale. Roma: Borla; 1991.
- [20] Kaës R. Il gruppo e il soggetto del gruppo. Elementi per una teoria psicoanalitica del gruppo. Roma: Borla; 1994.
- [21] Matte Blanco I. L'inconscio come insieme infinito. Torino: Einaudi; 2000.
- [22] Pichón-Riviére E. Il processo gruppale. Dalla psicoanalisi alla psicologia sociale. Loreto: Libreria Editrice Lauretana; 1986.
- [23] Hinshelwood RD. Cosa accade nei gruppi. L'individuo nella comunità. Milano: Raffaello Cortina; 1989.
- [24] Bion WR. Apprendere dall'esperienza. Roma: Armando; 2009.
- [25] Corbella S, Girelli R, Marinelli S. Gruppi omogenei. Milano: Borla; 2004.
- [26] Bion WR. Esperienze nei gruppi e altri saggi. Roma: Armando; 2000.