



Infanzia rubata. Abusi e maltrattamenti presi in carico dall'ambulatorio Bambi dell'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino: una ricerca qualitativa

Silvia Foltran¹, Giovanni Borrelli², Silvano Gregorino³, Elena Coppo⁴,
Lorenza Garrino⁵

¹Corso di Laurea in Infermieristica Pediatrica, Università degli Studi di Torino; ²Docente Corso di Laurea in Infermieristica Pediatrica, Università degli Studi di Torino; ³Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino; ⁴Ambulatorio Bambi, SC Pediatria d'Urgenza, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, Presidio OIRM; ⁵Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino.

Obiettivi. Lo studio mira a indagare le esperienze vissute dagli infermieri e infermieri pediatrici che assistono bambini vittime di abuso/maltrattamento, evidenziando il rapporto infermiere-bambino abusato/maltrattato, la presa in carico infermieristica, le competenze richieste e il carico emotivo dei professionisti sanitari.

Metodi. È stata condotta una ricerca qualitativa mediante il metodo Giorgi. Sono state effettuate tredici interviste semistrutturate agli infermieri/infermieri pediatrici di pronto soccorso, ambulatorio Bambi e pediatria d'urgenza dell'OIRM di Torino.

Risultati. Dall'analisi delle narrazioni sono emerse 15 unità di significato raggruppate in 5 temi. I dati sottolineano il bisogno di sostegno degli infermieri, la complessità dell'elaborazione delle esperienze vissute nonché la delicatezza dell'intervento nell'approccio al minore e la collaborazione con l'autorità giudiziaria.

Conclusioni. Alla luce dei risultati ottenuti si può osservare la complessità del contenuto e relativa elaborazione dei vissuti degli infermieri che assistono bambini vittime di abuso o maltrattamento. Lo studio sottolinea l'importanza della presenza di un ambulatorio dedicato a questa tipologia di utenza.

Objective. The study aims to investigate the experiences lived by nurses and pediatric nurses who assist children victims of abuse, highlighting the relationship between nurse and abused child, nursing care, the required skills and the emotional load of healthcare professionals.

Methods. Qualitative research was conducted using the Giorgi method. Thirteen semi-structured interviews were conducted with pediatric emergency room nurses of the Bambi outpatient clinic and emergency pediatrics of the OIRM of Turin.

Results. From the analysis of the narratives, 15 units of meaning emerged grouped into 5 themes. The data underline the need for nurses' support, the complexity of the elaboration of the experiences lived as well as the delicacy of the intervention in approaching a child and the collaboration with the Judicial Authority.

Conclusions. In light of the obtained results, it is possible to observe the complexity of the content and the relative elaboration of the nurses experiences in the task of assisting children victims of abuse. The study highlights the importance of the presence of a dedicated outpatient clinic for this type of user.

Introduzione

L'infermiere pediatrico ha un ruolo fondamentale durante la presa in carico del bambino vittima di abuso o maltrattamento, è colui che comunica per primo con il paziente, deve riuscire ad attuare un'assistenza personalizzata, creare un rapporto empatico, notare segni e sintomi, evitare che si verifichino errori, promuovere azioni che prevenivano e scoraggino la violenza e fornire un'assistenza multidisciplinare

[1]. L'infermiere può andare incontro a situazioni di stress professionale, per questo motivo la risposta a un evento stressante (strategia di coping) è la chiave per riuscire a gestire la quotidianità professionale. In particolare in un settore delicato e psicologicamente forte come quello dell'abuso e maltrattamento minorile, la salvaguardia della salute dei professionisti sanitari è un elemento fondamentale ed evita che si verifichino danni a lungo termine an-

che sull'intervento terapeutico e sull'équipe sanitaria. Il supporto psicologico per i professionisti dev'essere accessibile da tutti e la direzione sanitaria in questo settore deve riuscire ad abbattere le barriere che possono impedire il raggiungimento di questo sostegno [2]. Il presente studio, quindi, si prefigge di affrontare il tema dell'abuso e maltrattamento minorile dal punto vista dell'infermiere pediatrico. Non sono presenti ricerche all'interno della letteratura nazionale e internazionale con lo stesso obiettivo dello studio in questione, sebbene alcune abbiano delle similitudini. È interessante osservare che, nonostante gli studi siano diversi per nazionalità, età dei partecipanti, tipo di mansioni e pazienti presi in carico, ciò che accomuna tutte le ricerche è l'impatto emotivo che l'assistenza a una particolare tipologia di utenza può avere sui professionisti sanitari e le barriere che essi incontrano nella quotidianità professionale [3]. L'ambulatorio Bambi dell'Ospedale Infantile Regina Margherita (OIRM) di Torino è un centro specializzato per accogliere e assistere minori vittime di abuso o maltrattamento. È un servizio attivo dal 2002, composto da un'équipe multidisciplinare. L'ambulatorio Bambi di Torino e gli altri quattro centri specializzati d'Italia (Milano, Padova, Firenze e Bari), hanno contato circa 3.000 casi di bambini vittime di violenza presi in carico dal 2011 al 2015. L'età media delle vittime è di circa 7 anni e in maggioranza bambine [4]. Le modalità di accesso all'ambulatorio Bambi sono: diretto, con accesso dal pronto soccorso; diretto con invio dalla procura, dalle forze dell'ordine o dai servizi territoriali; su appuntamento per i follow-up o i casi più a rischio; a seguito di consulenze all'interno

dei reparti di degenza. All'OIRM in caso di arrivo diretto in pronto soccorso di un bambino con sospetto abuso o maltrattamento, in triage si assegna il codice giallo, anche se le lesioni fisiche non sono tali da richiederlo [5]. A seconda delle necessità del bambino si può intervenire ricoverando il paziente all'interno dei reparti di degenza, oppure dimmetterlo e procedere con l'intervento terapeutico in collaborazione con le attività territoriali.

La presa in carico da parte del personale dedicato prevede: accoglienza (presso l'ambulatorio Bambi sia del bambino che della famiglia); raccolta del racconto dell'accompagnatore (associato alla raccolta dei dati anagrafici delle persone coinvolte nei fatti raccontati); anamnesi (con descrizione dettagliata di segni e sintomi); visita medica (con il consenso del bambino e l'acquisizione di fotografie); indagini di laboratorio o di radiologia (batteriologicali, tossicologici, test di gravidanza, screening per malattie sessualmente trasmissibili, radiografia total-body); indagine sociale e colloquio psicologico; referto (segnalazione all'autorità giudiziaria nei casi in cui si procede d'ufficio); relazione sociale o segnalazione; eventuale applicazione dell'articolo 403 del Codice Civile [5].

Obiettivo

L'obiettivo dello studio è indagare le esperienze vissute dagli infermieri e infermieri pediatrici che assistono bambini vittime di abuso o maltrattamento, evidenziando il rapporto che viene a crearsi tra infermiere e bambino abusato o maltrattato, la pre-

sa in carico infermieristica, le competenze richieste e il carico emotivo dei professionisti sanitari.

Materiali e metodi

Disegno dello studio

In relazione allo scopo della ricerca, si è scelto di utilizzare l'approccio qualitativo fenomenologico secondo il metodo Giorgi, per porre l'attenzione alle esperienze dell'individuo e permettere al ricercatore di cogliere particolari sfumature rispetto a un determinato argomento. Il presente studio è stato condotto formulando innanzitutto il quesito clinico di ricerca (strutturato secondo il metodo SPIDER) e in seguito eseguendo diverse ricerche bibliografiche sulle banche dati PubMed e CINAHL.

Campionamento e criteri d'inclusione

I partecipanti allo studio sono stati reclutati tra gli infermieri e infermieri pediatrici delle strutture operative di pronto soccorso, pediatria d'urgenza e poliambulatori (ambulatorio Bambi) dell'OIRM di Torino. Sono stati inclusi soltanto coloro che esercitavano la professione presso l'ambulatorio Bambi o le strutture sopra citate (effettuando il servizio di reperibilità per casi di abuso o maltrattamento minorile) per almeno un mese; i 13 infermieri individuati hanno aderito tutti allo studio.

Considerazioni etiche

Prima di procedere alla raccolta dati e al reclutamento dei partecipanti è stata richiesta l'autorizzazione alla Direzione

sanitaria e infermieristica dell'OIRM. Le interviste sono state eseguite secondo il D.Lgs 196/03 sulla privacy, garantendo l'anonimato e rispettando i dati sensibili. L'adesione è stata del tutto volontaria e ogni partecipante poteva decidere di uscire dallo studio in qualsiasi momento.

Setting dello studio

Le interviste sono state audioregistrate, previo consenso informato e compilazione della scheda anagrafico-professionale. La raccolta dati si è svolta nelle strutture operative di appartenenza dei partecipanti allo studio in locali dove poteva essere garantita la privacy e i dati sono stati ottenuti mediante il metodo dell'intervista semistrutturata.

Modalità di raccolta dati

La traccia dell'intervista (**Box 1**) è stata costruita sulla base di temi prefissati adattabili a ogni conversazione e in modo da poter formulare le domande a seconda delle esigenze dell'intervistato. La raccolta dati è stata completata nel momento del raggiungimento della saturazione, ovvero quando i temi principali sono completi dal punto di vista di ridondanza e ricorrenza [6]. Ogni intervista è stata trascritta interamente, subito dopo il termine della conversazione, in modo da avere sempre un ricordo "recente" e poter cogliere sentimenti ed emozioni "sfumate" all'interno dei racconti.

Analisi dei dati

Per l'analisi dei dati è stato utilizzato il metodo proposto da Giorgi [7]. I dati ot-

BOX 1.

1. Qual è stata la sua prima impressione quando ha iniziato a prendersi cura di bambini maltrattati/abusati?
2. Durante il suo percorso lavorativo sono state riscontrate difficoltà, paure o preoccupazioni che le hanno fatto dubitare dell'incarico assunto (reperibilità o infermiera/e Bambi)?
3. Pensa che un supporto psicologico o uno spazio dedicato al dialogo possa essere d'aiuto per gli infermieri che lavorano in questo settore? Perché?
4. Qual è/era, secondo lei, la parte più dura del suo incarico?
5. Che cosa, secondo lei, l'ha aiutata durante il suo percorso professionale?
6. Pensa che il suo modo di lavorare, l'attenzione e il rapporto con questa tipologia di utenza e con le famiglie siano cambiati negli anni?
7. Le è mai capitato di "pensare" agli abusanti distraendo l'attenzione dall'abusato? Se sì, quando?
8. Secondo lei, quali possono essere i miglioramenti da attuare nell'assistenza ai bambini/ragazzi abusati/maltrattati?
9. Lavora ancora presso l'ambulatorio/effettua ancora le reperibilità?
 - Se sì, cosa l'ha spinto a continuare?
 - Se no, cosa l'ha spinto a sospendere l'incarico?
10. Che cosa la gratifica o gratificava maggiormente nel suo lavoro?
11. Quali caratteristiche/competenze pensa debba possedere un infermiere per assistere questa tipologia di bambini/ragazzi?
12. Secondo lei, che tipologia di formazione deve avere l'infermiere per assistere bambini/ragazzi abusati/maltrattati?
13. Si ricorda un caso che l'ha segnata profondamente dal punto di vista personale o professionale e che le va di raccontare?
 - Cosa l'ha colpita di più del bambino/ragazzo?
 - Cosa l'ha colpita di più dell'accompagnatore?
 - Come ha gestito la situazione?
 - Quali emozioni ha provato?
 - Quali strategie di coping ha attuato per risolvere la situazione?
14. Le è mai capitato di avere a che fare con "vittime di tratta"? Se sì, in questi casi viene attuata un'assistenza infermieristica differente?
15. Quale aspetto le è rimasto maggiormente impresso di questi bambini/ragazzi?
16. Che emozioni ha suscitato fare questa intervista?

TABELLA 1. Dati anagrafico-professionali

INT	SESSO	ETÀ	FIGLI	FORMAZIONE PROFESSIONALE	MASTER	CA/M	EL	EA	ER
1	F	46-55	Sì	Vigilatrice d'infanzia	No	Sì	24	0	4
2	F	26-35	No	Laurea in infermieristica, laurea in infermieristica pediatrica	I livello: coordinamento	Sì	11	4	4
3	F	36-45	Sì	Diploma universitario di infermiere	No	Sì	18	4	4
4	F	26-35	No	Laurea in infermieristica	No	No	10	0	2
5	M	36-45	Sì	Laurea in infermieristica pediatrica	I livello: coordinamento	No	9	0	4
6	F	26-35	Sì	Laurea in infermieristica pediatrica	No	No	7	0	1 mese
7	F	> 55	Sì	Vigilatrice d'infanzia	No	Sì	27	10	10
8	F	46-55	No	Vigilatrice d'infanzia	No	Sì	29	10	10
9	F	26-35	No	Laurea in infermieristica pediatrica	No	No	10	0	3
10	F	46-55	No	Diploma universitario di infermiere	I livello: infermiere di comunità e famiglia	Sì	16	12	6
11	F	> 55	Sì	Vigilatrice d'infanzia Diploma universitario di infermiere	No	Sì	36	16	9
12	F	26-35	No	Laurea in infermieristica Laurea in infermieristica pediatrica	No	Sì	8	1,5	1
13	M	26-35	No	Laurea in infermieristica pediatrica	No	No	9	0	8

INT: numero intervista.

CA/M: frequenza di corsi su abuso e maltrattamento.

EL: Esperienza lavorativa come infermiere/infermiere pediatrico (in anni).

EA: Esperienza lavorativa presso l'ambulatorio Bambi (in anni).

ER: Esperienza lavorativa come servizio di reperibilità (in anni).

tenuti dalle interviste sono stati letti più volte da due ricercatori indipendenti, prima di procedere all'estrapolazione delle unità di significato. Durante l'analisi dei dati i ricercatori hanno "sospeso il giudizio" e posticipato il confronto con la letteratura riguardo al fenomeno e ai dati ottenuti, in modo da non avere pregiudizi (*bracketing*).

Risultati

Sono state realizzate e analizzate 13 interviste semistrutturate della durata media di circa 28 minuti, per un totale di 84 pagine di trascrizione delle audioregistrazioni. Le caratteristiche anagrafico-professionali dei partecipanti sono riassunte in **Tabella 1** (sesso, fascia d'età, figli, formazione professionale, master, frequenza di corsi su abuso e maltrattamento, anni di esperienza lavorativa come infermiere/infermiere pediatrico presso l'ambulatorio Bambi o come servizio di reperibilità). Dall'analisi

delle narrazioni, emergono 15 unità di significato, raggruppate in 5 temi principali (**Tabella 2**).

Tema 1: affrontare l'esperienza professionale

L'inevitabile presenza di situazioni stressogene osservabili all'interno delle esperienze e dei vissuti degli infermieri o infermieri pediatrici partecipanti allo studio, vengono affrontate mediante alcune strategie.

Difficoltà tecniche ed emozionali

"La difficoltà è enorme perché non sai quale sia la cosa giusta da fare, spesso non sai quale sia la parola giusta da dire" [Int. 4]. Spesso le esperienze logorano l'infermiere a livello personale. "[...] questa bimba che abbiamo ricoverato per un po' di tempo, ha coinvolto me ed altre colleghe, inoltre io ero appena rientrata dalla maternità e forse è anche questo aspetto che mi ha... (sospira), non mi ha aiutata molto" [Int. 6].

Strategie di coping

Come risposta alle situazioni di stress alcuni tra gli infermieri intervistati trovano conforto nel parlare con i colleghi, i famigliari, i counsellor, altri invece tendono a estraniarsi dal contesto di riferimento. "[...] dopo quella visita ho frequentato un counsellor che mi aiutasse in questo percorso, anche perché il bambino aveva l'età di mio figlio quindi era per me davvero difficile [...]" [Int. 3]. "Una strategia che metti in atto è il non seguire sempre il paziente Bambi a ogni turno, in modo tale da "distribuire" il carico emotivo un po' tra tutti [...]" [Int. 9].

Confronto e necessità di un supporto psicologico

Dalle interviste emerge la necessità di un supporto psicologico. "A me spesso è capitato di raccontare queste cose ai famigliari... una sera mio marito mi ha detto: 'Basta, io non ce la faccio più ad ascoltare questo tipo di racconti' e io avrei avuto voglia di parlarne con qualcuno" [Int. 3].

TABELLA 2. Temi e unità di significato	
TEMI PRINCIPALI	UNITÀ DI SIGNIFICATO
Affrontare l'esperienza professionale	- Difficoltà tecniche ed emozionali - Strategie di coping - Confronto e necessità di un supporto psicologico - Rielaborazione delle esperienze vissute
Significato e percezione di emozioni e sentimenti	- Rabbia associata alle ingiustizie - Tristezza per la situazione da affrontare - Coinvolgimento affettivo della relazione - Paura delle ripercussioni
Rapporto e creazione di una relazione d'aiuto	- Soddissfazione nel vedere il bambino star bene - Senso di responsabilità nei confronti del paziente
Presenza in carico infermieristica	- Mancanza di continuità assistenziale - Approccio e accoglienza al paziente - Sospensione del giudizio
Competenze e caratteristiche personali e professionali	- Conoscere e saper gestire l'aspetto tecnico - Possedere capacità relazionali

Rielaborazione delle esperienze vissute

Tutti i partecipanti allo studio durante l'esposizione di esperienze personali, hanno rielaborato diverse situazioni da cui sono nate emozioni o sentimenti. "Questa bambina l'avevano abusata con delle matite e aveva delle lesioni a livello della vagina, farle le medicazioni era una tortura" [Int. 1]. "A livello emotivo queste esperienze mi hanno aiutato anche a superare degli ostacoli nella vita, con i miei figli, con la società... mi hanno sbloccato tanto" [Int. 7].

Tema 2: significato e percezione di emozioni e sentimenti

Le emozioni e i sentimenti alla base delle narrazioni oggetto dello studio sono elementi presenti all'interno di tutte le interviste.

Rabbia associata alle ingiustizie

Tra le emozioni che vengono evidenziate dalle interviste quella che è maggiormente presente è la rabbia. "[...] quando hai di fronte una bambina di due anni e sospetti che il papà possa avere abusato sessualmente di lei, è praticamente impossibile non rivolgersi a quella persona con del disgusto" [Int. 6]. "Ti fa rabbia, ti colpisce nell'essere donna, mamma" [Int. 10]. "Un mix che va dalla rabbia, al voler fare tutte le cose che erano state fatte al bambino a chi gliel'aveva procurate" [Int. 13].

Tristezza per la situazione da affrontare

Il sentimento di tristezza emerge nel momento in cui l'intervistato pensa al caso che più lo ha colpito o segnato nella sua esperienza lavorativa. "Quando poi hai quelle certezze lì a volte ti vengono proprio le lacrime agli occhi (emozione nel racconto)" [Int. 6]. "[...] non dimenticherò mai quel bambino quando è stato allontanato dalla sua mamma, era il periodo vicino a Natale, lui non sapeva

per quale motivo si trovasse in reparto e durante la visita di Babbo Natale, che gli chiese quale dono desiderasse, lui piangendo disse che voleva solo rivedere la sua mamma". [Int. 3]. "Alcuni bambini stanno dei mesi ricoverati e tu fino al giorno prima gli stai vicino, fai l'amico, e il giorno dopo sai che ci sarà l'allontanamento e non puoi dire nulla... è una 'mazzata' emotiva non indifferente. Quindi ogni volta che succede una cosa del genere ce ne andiamo con un pezzo in meno" [Int. 9].

Coinvolgimento affettivo della relazione

L'affetto è un'emozione che fa parte del prendersi cura di una persona. I partecipanti allo studio lo hanno espresso raccontando situazioni in cui il bambino diventa più che un semplice paziente. "Mi è capitato di accogliere un bambino all'ambulatorio Bambi e poi seguirlo nel percorso in reparto, intorno a lui si forma veramente una micro-famiglia" [Int. 3]. "[...] si era affezionato come se fosse un pochino nostro" [Int. 9].

Paura delle ripercussioni

In relazione ai sentimenti emersi, la paura viene espressa nei confronti del bambino oppure, alcuni intervistati, temono di essere inadeguati alla situazione da gestire. "[...] il papà rimaneva con la bimba per qualche ora e in questi orari noi avevamo sempre il terrore che potesse succedere qualcosa, tenevamo le porte aperte però dovevi sempre un po' sorvegliare con occhi indiscreti" [Int. 6]. "Ci sono grosse emozioni, responsabilità, paura di non essere all'altezza della situazione, di non riuscire ad avere un ascolto adeguato" [Int. 10].

Tema 3: rapporto e creazione di una relazione d'aiuto

Nelle interviste viene evidenziato che il rapporto che si crea tra l'infermiere o infermiere pediatrico e il bambino di cui ci si

prende carico è unico e specifico per ogni relazione.

Soddissfazione nel vedere il bambino stare bene

"Quello che mi piace di più è vederli dopo, sapere che stanno bene, che poi la loro condizione di vita migliora, che abbiamo un ruolo e facciamo qualcosa per migliorare la loro vita e anche la vita della famiglia che li accoglie" [Int. 6]. "[...] faceva piacere magari che quando ritornavi o quando il bambino ritornava era felice, si ricordava di te e si ricordava il tuo nome" [Int. 10].

Senso di responsabilità nei confronti del paziente

"La mia prima impressione è stata quella di avere una grossa responsabilità nei confronti di questi casi, di questi bambini molto particolari, e di avere un ruolo importante" [Int. 6]. Questo senso di responsabilità nasce nel momento in cui l'infermiere pensa alle conseguenze che possono esserci sul bambino se non si agisce immediatamente. "Poi è logico, ci sono bambini che finiscono in una comunità e sicuramente la comunità non è una famiglia, ma che famiglia ha un bambino se non viene tutelato? Che famiglia è quella in cui una mamma che sa che il convivente è pedofilo mette il bambino nel letto insieme a loro?" [Int. 11].

Tema 4: presa in carico infermieristica

La presa in carico infermieristica in questo particolare settore prevede principalmente prendersi cura del bambino nella sua interezza inserendolo in un ambiente protetto.

Mancanza di continuità assistenziale

In alcune interviste si parla di mancanza di continuità assistenziale intesa come assenza di informazioni sul bambino di cui ci si prende cura. "A me quello che mancava

di più era, possiamo chiamarla continuità, il fatto di ritrovarti a dover gestire un bambino con cui magari avevano già iniziato un percorso o erano già state fatte o dette delle cose” [Int. 2].

Approccio e accoglienza al paziente

Attraverso le interviste i partecipanti allo studio hanno spiegato in che modo e quali sono i passi più importanti nell’approccio al bambino abusato o maltrattato. “Noi facevamo sempre tutto in una sola volta per non fargli ripercorrere il dramma più volte e sempre tutto con il suo consenso, mai forzandolo [...]” [Int. 8]. “L’accoglienza del bambino è il momento in cui instauri l’iter diagnostico, il rapporto empatico, in cui riesci a tranquillizzare la persona che hai davanti” [Int. 10].

Sospensione del giudizio

Dalle interviste emerge la necessità di riuscire a estraniarsi dal contesto, rimanere lucidi ed evitare di giudicare l’aggressore o la persona che si ha davanti. “Ho sempre cercato di sospendere il giudizio, non immediatamente anche perché questa cosa viene con gli anni e con l’esperienza, ma cercare di rimandarlo, perché non sappiamo ancora tutta la storia e tutta la vicenda” [Int. 3].

Tema 5: competenze e caratteristiche personali e professionali

Dalle interviste emerge che le competenze richieste ai professionisti sono molteplici, ma le fondamentali sono quelle tecniche e relazionali.

Conoscere e saper gestire l’aspetto tecnico

Durante le narrazioni viene spiegata l’importanza della competenza tecnica dell’infermiere in modo che non vengano commessi errori e si riesca ad arrivare alla soluzione ottimale per il bambino nel minor tempo possibile. “Non hai solo cose pratiche infermieristiche, ma devi anche sapere dal punto di vista burocratico e legale a chi rivolgerti, il reperimento dei reperti e ci sono procedure che devi conoscere” [Int. 10]. “Non bisogna sbagliare nessun tipo di esame, perché noi visitiamo una sola volta e non ti puoi giocare questa occasione, per esempio per un esame che magari è stato fatto in modo errato o non è stato fatto può cambiare tutto” [Int. 11].

Possedere capacità relazionali

All’interno delle competenze relazionali dell’infermiere sono emerse dalle interviste principalmente attitudini personali che variano da un professionista all’altro, creando perciò un gruppo di persone che, lavorando in équipe, riescono a fornire un’assistenza mirata. “Servono l’empatia, un percorso personale che ti ha avvicinato a un certo tipo di sofferenza interiore, e poi la calma” [Int. 3]. “Tanta sensibilità e una predisposizione nei confronti di questi casi perché te li porti veramente a casa” [Int. 6]. “La capacità di parlare e dialogare con loro, di saper ridere, scherzare ma anche di ascoltare i loro silenzi” [Int. 9]. “[...] la capacità personale di saper gestire le proprie emozioni” [Int. 12].

Discussione

Alla luce dei risultati ottenuti si può osservare la complessità del contenuto e relativa elaborazione dei vissuti degli infermieri che assistono bambini vittime di abuso o maltrattamento. In generale si può notare che, da una parte, vi è il tentativo dei professionisti di reprimere, allontanare le emozioni e, dall’altra, l’incapacità di eseguire questa azione a causa dell’affetto che si instaura nei confronti del piccolo paziente, o della portata delle stesse emozioni nel proprio personale registro di creazione di significato e senso a ciò che accade. A oggi, all’interno della letteratura nazionale e internazionale, non sono presenti studi con lo stesso obiettivo, né sono stati però visionati alcuni che hanno delle similarità con la ricerca in questione [8,9]. Barret [8] sottolinea quanto sia complessa e articolata l’assistenza a bambini vittime di lesioni non accidentali, evidenzia la responsabilità che il ruolo infermieristico richiede e la difficoltà nell’approccio al bambino e alla sua famiglia. Questo è un aspetto che emerge in gran parte anche nel presente studio in relazione al senso di responsabilità e accoglienza del paziente. Nella prima vengono poste considerazioni esistenziali e progettuali rispetto al futuro del bimbo, che portano con sé la consapevolezza, anche pedagogica, della propria funzione assistenziale. Nella seconda viene stigmatizzato come l’esordio relazionale e la cura nella costruzione del rapporto permetta l’incontro, il contenimento e la donazione di senso dell’esperienza che

il bimbo reca con sé, con elementi di creazione di legami di fiducia. Rowse [9] invece ha esplorato mediante un approccio fenomenologico le esperienze di quindici infermieri che lavoravano presso un’unità operativa coinvolta nella protezione dei minori e, come viene evidenziato nel presente studio, le esperienze dei partecipanti si sono rivelate profondamente emotive e stressanti. Come risposta a tutti gli elementi di stress che possono essere provocati dal registro emotivo-affettivo vengono evidenziate alcune strategie di coping: l’autocontrollo; la ricerca di aiuto; l’evasione dal contesto; il controllo della situazione... tutte in relazione alla condizione di riferimento [10]. La presenza di un supporto psicologico per i professionisti, di un sostegno pratico e una formazione più continuativa nel tempo, potrebbero essere richieste rilevanti per contribuire, consolidare e conformare le ragioni e le direzioni di senso di questa particolare esperienza di cura infermieristica. Emerge la consapevolezza che la relazione nelle concrete prassi – nella situazione del “qui e ora”, ancor più orientato allo sviluppo, al progetto esistenziale del bimbo e al contenimento della sua sofferenza – sia una competenza cardine di questo particolare rapporto di cura. È importante che il professionista sappia essere consapevole di sé, delle proprie abilità e dell’ambiente che lo circonda, con un atteggiamento di ascolto e supporto senza giudizio, in modo da poter fornire un’assistenza completa e basata sulle migliori pratiche cliniche.

Conclusioni

L’analisi delle esperienze vissute ha consentito di comprendere la profondità delle emozioni dei professionisti, la sensibilità del rapporto infermiere pediatrico-bambino, la rigidità procedurale e complicatezza della presa in carico infermieristica, le competenze tecniche e le caratteristiche personali che l’infermiere pediatrico deve possedere. I risultati sottolineano la grande capacità che i professionisti hanno nella gestione delle emozioni e nella comprensione delle proprie difficoltà lavorative.

✉ lorenza.garrino@unito.it

La bibliografia è consultabile online.