

---

**"Chi cura rischia di bruciarsi":** indagine sullo stress occupazionale d'infermieri e medici dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara - Arcispedale S. Anna

Roberto M. Boccalon (*Psichiatra, Dipartimento di Salute Mentale - Ferrara*)  
( pubblicato sul Sole 24 ore - Sanità e Management/2001 )

## **Introduzione**

Il lavoro umano non è mai, in modo esclusivo, semplice produzione di "cose", ma rimanda necessariamente a cose che scottano come l'identità, la relazione, la produzione di un senso. Ciò è particolarmente evidente nel lavoro terapeutico ed assistenziale. Esso si presenta, infatti, caratterizzato, principalmente, da prodotti/servizi, da lavorazioni/processi che s'intrecciano con le aree maggiormente problematiche della soggettività umana, con i vissuti dolorosi del limite e dell'incertezza, con il timore della malattia e della morte. Tale lavoro, nonostante gli straordinari sviluppi della tecnologia, non può del resto prescindere dalla relazione tra persone, tra chi richiede e chi offre un aiuto, ed eludere lo squilibrio, disorientante sul piano emotivo, che essa comporta. Tuttora, per molti aspetti del ciclo produttivo che ruota attorno all'azione terapeutica, la persona dell'operatore sanitario costituisce lo strumento tecnologico per eccellenza.

Lo spessore del lavoro assistenziale rischia di essere talora appiattito dall'ottica di modelli formativi e gestionali rigidi, semplicistici. Questi, seppur capaci di offrire risposte immediate e pragmatiche a bisogni congiunturali, nel lungo periodo si possono rivelare inutili e dannosi, se impediscono di pensare a fondo il nodo della soggettività umana, dei bisogni di cura ed il loro intreccio con la "produzione" di servizi alle persone.

Un pragmatismo spinto rischia talora di produrre e legittimare, in una sorta d'ideologia dell'emergenza, teorie dalle "gambe corte" che non facilitano la soluzione dei problemi pertinenti il lavoro terapeutico/assistenziale, ma contribuiscono ad allontanarne/alienarne i termini dall'orizzonte della coscienza individuale e collettiva.

La congruenza dei modelli di riferimento, in ambito formativo e gestionale, è indubbiamente pre-requisito di un percorso che miri alla qualità nei servizi sanitari.

E' necessaria la consapevolezza che nell'ospedale, accanto alle variabili "hard" (perimetri murari, risorse economiche, tecnologie, norme giuridiche), agiscono necessariamente e contestualmente anche le variabili "soft" (culture, atteggiamenti, attese e timori, stili di comunicazione, conflitti, condizioni fisiche e psichiche) che i diversi attori sociali implicati immettono nel "campo operatorio" del curare, e che sono responsabili di una quota non trascurabile della plasticità del sistema stesso, della sua razionalità ed efficacia.

La valenza della soggettività degli operatori che animano le strutture sanitarie, in mancanza di un modello esplicativo che ne consenta una lettura, una definizione adeguata, rischia di essere elusa, scotomizzata, nell'ambito di una razionalizzazione semplicistica della realtà lavorativa, definita sulla base delle semplici variabili "hard" della struttura, più facilmente visibili e misurabili.

Tale operazione si rivela però poco utile in quanto i nodi caldi negati si ripropongono costantemente come turbolenze inattese, come rigidità non spiegabili, come disagio diffuso e come dinamiche regressive in rotta di collisione con la razionalità organizzativa.

Alcuni autori, con i loro lavori scientifici pionieristici, hanno contribuito a sviluppare una maggiore consapevolezza delle linee di forza più interne delle strutture sanitarie e a delineare possibili e più integrati paradigmi operativi.

---

---

Menzies (1970) mette in luce l'intreccio tra dinamiche organizzative e meccanismi di difesa contro angosce primarie nel lavoro infermieristico.

Freudenberger (1974) utilizza per la prima volta in ambito sociosanitario il termine burn-out (bruciato, scoppiato), che nel giornalismo sportivo anglosassone descrive il brusco calo di rendimento di un atleta, dovuto al venire meno degli stimoli motivazionali. Con tale termine egli indica una condizione d'esaurimento fisico ed emotivo, riscontrata tra gli operatori impegnati in helping profession, e determinata dalla tensione emotiva cronica creata dal contatto e dall'impegno continui ed intensi con le persone, i loro problemi e le loro sofferenze.

Maslach (1976) dà una definizione operativa di Sindrome di burn-out composta da: 1) Esaurimento emozionale, caratterizzato da perdita d'energia e sensazione di aver esaurito le proprie risorse emozionali. 2) Depersonalizzazione caratterizzata dalla tendenza, difensiva, a trattare i clienti come oggetti e non come persone. 3) Ridotta realizzazione personale caratterizzata dalla sensazione che nel rapporto con gli altri la propria competenza stia venendo meno.

Cherniss (1981) ha osservato e descritto la Sindrome di burn-out in operatori di Servizi sociosanitari e l'ha messa in relazione con massicci processi di ristrutturazione, con processi di ridefinizione delle identità professionali, con assetti organizzativi squilibrati, con stili di comunicazione problematici, con carenza d'adequati sistemi premianti, evidenziando i fattori di rischio e di protezione.

Il processo di burn-out, che una volta avviato è difficilmente reversibile, inizia dunque, come risposta di difesa, quando l'operatore prova uno stress che non può riescere ad alleviare attraverso una soluzione attiva del problema. In altri termini quando si convince che la distanza tra lui ed i bisogni dell'utenza e le risorse disponibili, nell'organizzazione ed in se stesso, è incolmabile. A quel punto egli assume un atteggiamento di distacco, talora di fastidio e d'ostilità nei confronti dell'utenza e del lavoro. Tale atteggiamento dovrebbe difenderlo, proteggerlo dallo stress ma la strategia adottata, l'evitamento della sofferenza psicologica attraverso una postura mentale "antalgica", si rivela poco produttiva e a sua volta fonte di disagio.

Situazioni cristallizzate di stress e d'ansia non individuate, analizzate e contenute in modo consapevole, intaccano negativamente non solo le potenzialità del singolo, ma anche quelle della struttura nel suo complesso.

Il Convegno sul "Disadattamento al lavoro", promosso dall'Istituto Italiano di Medicina Sociale (1984) e la Ricerca Finalizzata del CNR su "Stress e lavoro" (1993) hanno offerto indicazioni metodologiche utili per un'analisi integrata dei fattori fisici, psichici e sociali di stress nel personale sanitario. Da tali ricerche scaturisce un'indicazione ad effettuare valutazioni multiassiali, a confrontare dati soggettivi e oggettivi per definire mappe dei fattori di rischio e di protezione sufficientemente articolate, capaci di descrivere e comprendere la complessità del lavoro. Solo così è possibile, infatti, orientare intelligentemente gli interventi preventivi o di riduzione delle manifestazioni di disadattamento.

Una meta-analisi della letteratura internazionale reperibile on line (1986-1998) evidenzia alcune lacune: 1) I lavori sono in genere effettuati su gruppi relativamente piccoli, con scarso o nullo mix di professionalità. Sono numerosi gli studi su infermieri, specie in formazione, e su volontari; sono meno frequenti gli studi sui medici ed altre figure professionali sanitarie. 2) Sono frequenti studi su alcuni singoli servizi o reparti ( psichiatria, malattie infettive, riabilitazione, oncologia), ma sono pressoché assenti studi che prendano in esame un intero ospedale. 3) Sono usati strumenti di rilevazione molto diversi che non consentono sempre di confrontare i risultati. Sono utilizzate diffusamente griglie di valutazione o test validati, come il Maslach Burn out Inventory, ma in modo isolato, senza contestuali indicatori capaci di una monitorizzare la complessità sia dell'esperienza soggettiva sia dell'organizzazione lavorativa. 4) Non esistono, a tutt'oggi, dati relativi a studi longitudinali e multicentrici che possano offrire una mappa dei fattori di rischio e di protezione e che possano orientare interventi sul piano formativo ed organizzativo e valutarne in modo affidabile l'efficacia.

L'Organizzazione Internazionale del Lavoro (1992) mette in guardia sul fatto che lo stress non può più essere considerato un problema occasionale e individuale, cui porre rimedio con

---

---

semplici palliativi. Esso va assumendo le proporzioni di un fenomeno globale, con costi crescenti per le aziende e per la società. Va affrontato con mezzi efficaci ed innovativi privilegiando strategie tese all'individuazione e all'eliminazione delle cause piuttosto che il trattamento delle sue conseguenze.

### **La ricerca**

I professionisti della salute e le strutture sanitarie appaiono particolarmente coinvolti dal rischio di stress e burn-out. Una maggiore conoscenza di tali fenomeni, ed il loro contenimento, sono di conseguenza un fattore strategico per la qualità dell'assistenza e l'ottimizzazione della spesa sanitaria.

Nell'ambito della ricerca finalizzata della Regione Emilia Romagna è stato pertanto elaborato un progetto di ricerca/intervento che intende contribuire a migliorare il livello delle conoscenze sui ruoli, i sistemi di valore, i fattori motivanti ed i fattori di burn-out in una struttura complessa come un ospedale, per individuare e sostenere possibili strategie attive d'implementazione e di coping.

L'indagine è stata condotta su tutti i dipendenti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara - Arcispedale S. Anna, un campione sufficientemente numeroso, contenente un ampio ventaglio di professionalità confrontabili, senza effetti confondenti, sullo sfondo di una comune appartenenza organizzativa.

Lo strumento utilizzato è stato un questionario anonimo, autosomministrato, contenente: 1) Numerosi item per valutare il ruolo dei fattori demografici, psico-sociologici ed organizzativi nel modulare l'esperienza lavorativa. 2) Alcuni test psicometrici specifici, tra cui il Maslach Burn out Inventory (MBI), per la misura dello specifico stress occupazionale delle helping profession, sia in modo globale sia nelle diverse sottoscale ( esaurimento emotivo, depersonalizzazione, realizzazione personale). 3) Una check list per misurare la frequenza e l'intensità dei sintomi somatici e psichici.

Sono stati utilizzati, a fini di confronto, anche i dati, relativi alle assenze per infortunio e malattia dei dipendenti, rilevati nello stesso anno in cui è stata effettuata l'indagine (1999).

### **Risultati**

Sono qui presentati ed analizzati specificamente alcuni dati relativi a 271 medici e 734 infermieri. I due campioni differiscono significativamente rispetto alla variabile età, mentre per altre variabili socio-demografiche sono sovrapponibili. Il 95,6% dei medici e il 96,8% degli infermieri hanno un rapporto di lavoro a tempo indeterminato. Un'analisi cumulativa degli item relativi ai principali fattori di stress extralavorativo non evidenzia significative differenze tra medici e infermieri, che si collocano parallelamente, per oltre il 90%, a livelli bassi o molto bassi.

Il lavoro è percepito come il momento più importante della giornata dal 54% dei medici, con una netta differenziazione interna legata al sesso (M 59% , F 41% ) e solo dal 18% degli infermieri.

La rigidità dell'orario di lavoro è percepita in misura minore dai medici (32%) che dagli infermieri (53%). L'utilità sociale del proprio lavoro è percepita in modo omogeneo da infermieri (63%) e medici (65%). I medici, con forti differenze interne legate al sesso (M 50% , F 69 %), trovano nel lavoro un mezzo di realizzazione in misura molto maggiore che gli infermieri (M27 % , F 31 %). I medici (63%) trovano il lavoro più interessante degli infermieri (44% ) e molto più adatto alle proprie potenzialità, ma registrano in modo maggiore (67%) un'influenza negativa del lavoro sulla vita privata rispetto agli infermieri. (51%)

I due gruppi concordano, anche se in misura diversa, nel definire come qualità essenziale per lo svolgimento del lavoro, la professionalità (medici 72% , infermieri 54%) seguita dalla disponibilità (medici 21% , infermieri 31%).

Gli infermieri (72%) avvertono più fortemente dei medici (50%) l'impossibilità di svolgere per molto tempo senza difficoltà il proprio lavoro.

Il livello di soddisfazione per il vissuto lavorativo, misurato con un'analisi cumulativa su diversi item, risulta molto più elevato nei medici (68%) che negli infermieri (37%). Una valutazione distinta dei singoli item permette di delineare un profilo più complesso ed articolato. Il livello di

---

---

soddisfazione per il proprio lavoro appare egualmente elevato nei medici (78%) e negli infermieri (75%), anche se, in entrambi i gruppi, la maggioranza segnala una netta flessione rispetto alle aspettative iniziali (medici 58%, infermieri 54%).

Le richieste dell'ambiente di lavoro sono percepite adeguate nella stessa misura da medici (69%) ed infermieri (66%), con picchi massimi negli infermieri dell'area emergenza (79%) e minimi negli infermieri dell'area chirurgica (58%).

Una sotto-utilizzazione delle competenze professionali dei dipendenti, da parte dell'Azienda, è percepita in modo più acuto dagli infermieri (76%) che dai medici (68%).

Un'analisi cumulativa degli item relativi alla comunicazione con i diversi livelli della dirigenza, evidenzia un indice di positività più alto nei medici (68%) rispetto agli infermieri (41%). La collaborazione con i colleghi della stessa professionalità è giudicata in eguale misura buona (58%), sia dai medici sia dagli infermieri. I medici (52%) e gli infermieri (41%) divergono però significativamente nel giudizio sulla bontà della collaborazione sperimentata con professioni diverse.

Il bilancio tra il potere agito e quello subito, in ambito lavorativo, è vissuto come negativo da medici e infermieri, che mostrano complessivamente, anche se in proporzioni diverse, scarsa soddisfazione (medici 55%, infermieri 65%) per tale stato di cose.

La fatica fisica nel lavoro assistenziale è segnalata dalla gran maggioranza dei soggetti, ma in proporzioni minore dai medici (76%) rispetto agli infermieri (87%). Il lavoro è percepito come principalmente gravoso sul piano emotivo dalla quasi totalità degli infermieri (92%) e dei medici (97%), con una prevalenza legata al sesso femminile. L'affaticamento mentale è individuato, sia dai medici (26%) che dagli infermieri (34%) come il fattore principale che rende gravoso il lavoro. La relazione assistenziale con i pazienti terminali è vissuta come l'aspetto del lavoro più gravoso, sul piano psicologico, sia dai medici (29%) che agli infermieri (32%).

Il bisogno di comunicare il proprio disagio appare più legato al sesso che al ruolo professionale. È maggiormente avvertito, infatti, dalle donne (medici 64%, infermieri 70%) che dagli uomini (medici 52%, infermieri 55%). La possibilità di comunicare il disagio è confermata da oltre il 70% dei soggetti indipendentemente dal ruolo professionale e dal sesso. Per i medici tale comunicazione avviene in modo paritario in momenti formali (38%) ed informali (35%), mentre negli infermieri la comunicazione è confinata prevalentemente nei momenti informali (62%).

Oltre il 60% dei medici e degli infermieri, senza differenze legate al sesso, ritiene che parlare possa contribuire a ridurre il disagio psicologico. Il bisogno di un esperto, facilitatore del processo comunicativo, è però sentito più dagli infermieri (79%) che dai medici (63%).

Il proprio stato di salute è percepito come sostanzialmente buono, con una modesta variazione, dalla stragrande maggioranza dei medici (93%) e degli infermieri (88%).

L'analisi cumulativa delle risposte alla check list dei sintomi clinici ha evidenziato però un maggior carico, in termini di frequenza e intensità, negli infermieri rispetto ai medici. L'analisi disaggregata dei sintomi somatici e psichici nei due sottogruppi ha messo in luce che i medici (somatici -5.5, psichici -1.2) si collocano al di sotto del punteggio medio relativo al totale dei dipendenti presi in esame, con una netta differenziazione tra i due assi, mentre gli infermieri (somatici +1.2, psichici +0.7) si collocano leggermente al di sopra in entrambi gli assi. A fronte di differenze nei profili di salute, che sembrano chiamare in causa fattori specificamente correlati con l'esperienza lavorativa, si osserva una tendenza comune nei soggetti presi in esame a non mettere in una relazione molto stretta i sintomi con il contesto occupazionale. Il 53% dei medici ed il 63% degli infermieri valuta, infatti, che il grado di relazione tra i sintomi psicofisici percepiti ed il tipo di lavoro svolto sia bassa o molto bassa.

Le risposte al test MBI presentano alti livelli di positività anche se con marcate differenze tra i due gruppi. Il 56% dei medici e il 70% degli infermieri presentano segni di burn-out. C'è una relativa variazione all'interno degli infermieri in rapporto al sesso (M 63%, F 72%).

La variabile età agisce in modo opposto sull'incidenza del burn-out, in rapporto al profilo professionale. I medici passano da un massimo di 64.9%, nella fascia d'età 20/29 anni, ad un

---

---

minimo di 52% nella fascia 40-49. Gli infermieri al contrario passano da un minimo di 28% nella fascia d'età 20/29 anni ad un massimo di 72.9% nella fascia 40/49.

La variabile area di servizio non soffre d'influenza molto significativa nel modulare la comparsa di burn-out. Si osserva comunque un picco massimo negli infermieri della rea pediatrica (75.5%) ed un picco minimo (50%) nei medici dell'Area medica

Le risposte alle sottoscale del test (esaurimento emotivo, depersonalizzazione, realizzazione personale) presentano egualmente differenze tra medici (EE 41% , DP 27% , RP 12%) e gli infermieri (EE 52% , DP 36% , RP 33%). Il sesso ha un'incidenza significativa anche se non omogenea (EE infermieri M 43% , DP Medici F 19% , RP medici F 22%). La crescita dell'età e degli anni di servizio non influenza le risposte alla sottoscala esaurimento emotivo; riduce l'incidenza della positività nella scala DP negli infermieri (dal 40% al 34%) e l'aumenta nei medici (da 13.5% al 21 %), aumenta l'incidenza della positività nella scala RP negli infermieri (dal 25% al 39.2%) e la riduce nei medici (dal 21.6% al 6.8%)

Il 66 % dei medici ed il 31 % degli infermieri ha presentato una positività in una sola delle sottoscale. Il 20% dei medici ed il 27 % degli infermieri sono positivi su due sottoscale, il 2 % dei medici e il 14 % degli infermieri sono positivi su tutte le sottoscale.

La variabile area di servizio sembra influenzare in modo non omogeneo le risposte sulle varie sottoscale (EE inf. ostetricia 66.7% , medici servizi 57.1% , DP medici emergenza 35% , DP inf. pronto soccorso 50% , RP inf. emergenze 40% , RP medici pediatria 20%)

I dati statistici relativi alle assenze per malattie ed infortunio sono stati analizzati in relazione al profilo professionale, alle classi d'età, al sesso, all'area di lavoro. Si è evidenziata una media d'assenza globale dal lavoro del personale sanitario non laureato (16.34%) più alta che quel laureato (9.34%). Non è stato possibile confrontare le medie di medici ed infermieri in quanto non erano disponibili dati disaggregati.

Il crescere dell'età anagrafica e degli anni di servizio si correla sia nel personale laureato sia non laureato con un moderato aumento della media delle assenze. La variabile sesso sembra non aver nessuna peso nel personale sanitario non laureato (M 16.23, F 16.37) ed un peso modesto in quel laureato (M 10.21, F 8.13).

L'area di lavoro sembra aver più peso nel personale sanitario laureato che presenta un picco minimo di 5.36% nell'area emergenza e un picco massimo di 21.50 % nell'area infettivologica.

Prendendo in considerazione le sole assenze inferiori a sette giorni, che sono ritenute un indicatore più sensibile di fenomeni di stress, si ottiene una media d'assenza di 4.98 per il personale sanitario laureato e di 8.07 dal personale sanitario non laureato. Non si osservano variazioni significative in relazione all'età al sesso e all'area di servizio.

## **Conclusioni**

La sovrapposibilità dei due campioni rispetto a fattori extralavorativi di stress ha permesso di evidenziare il ruolo specifico dell'esperienza lavorativa nel modulare i profili di salute.

Il lavoro emerge com'entità complessa e contraddittoria che incide comunque pesantemente sui profili dell'identità personale e professionale, attraverso meccanismi di gratificazione e di frustrazione. Medici ed infermieri mantengono, in eguale misura, nel tempo una forte motivazione ad un lavoro che richiede un'elevata professionalità, che considerano di grand'utilità sociale e alle cui richieste si sentono adeguati sul piano professionale. La discrepanza tra il ruolo ideale atteso, interiorizzato nel processo formativo, e la realtà lavorativa si rivela però allo stesso modo dolorosa per medici ed infermieri.

L'esperienza concreta del lavoro è vissuta in modo nettamente differente secondo il ruolo professionale. L'organizzazione del lavoro è colta come luogo di grave conflitto intestino. La scissione tra medici e infermieri è netta e può certo essere vissuta da questi ultimi come un tradimento davanti a compiti gravosi, che richiederebbero una piena condivisione d'onori ed oneri. Un riavvicinamento parziale tra i due gruppi si realizza, difensivamente, quando è individuato un nemico esterno nella Direzione Aziendale, giudicata da una larga maggioranza trasversale colpevole di non utilizzare le competenze professionali dei dipendenti. La comune valutazione di subire,

---

---

anche se in proporzioni diverse, una quota di potere maggiore di quell'esercitata, sembra invece esprimere una coesione difensiva attorno a vissuto persecutorio e depressivo al tempo stesso.

Gli infermieri sperimentano minore soddisfazione ed interesse, minori possibilità di realizzazione e d'espressione delle proprie potenzialità, maggiore rigidità, la concreta impossibilità a sentire il lavoro come un momento centrale, significativo, una più acuta sensazione di non poter reggere per molto tempo una posizione troppo frustrante. I medici si dividono in modo netto riguardo alla centralità del lavoro e al suo interesse, che s'intrecciano in modo inverso negli uomini e nelle donne. Si riaggregano invece per scontare alla pari un iperinvestimento sul lavoro, anche in quanto fonte di gratificazione, con un condizionamento particolarmente negativo della vita privata.

La comunicazione è abbastanza buona tra colleghi della stessa professione, ma peggiora nettamente nell'impatto tra professioni diverse. La comunicazione con l'altro è desiderata come bagaglio ideale della professione, ma nella pratica sembra elusa in quanto fonte d'incertezza. Sembra meno problematico ripiegare su modalità di rapporto più rassicuranti, "giocare in casa", dove è più alto il rischio della stereotipia che non quello del confronto e del possibile conflitto.

Medici ed infermieri sembrano ritrovare una piena convergenza nella comune e quasi plebiscitaria percezione della fatica mentale come fattore principale del carico lavorativo, e nell'individuare, nella relazione con il paziente terminale, il livello massimo di tale fatica. La ricerca della tecnica affonda le radici anche nell'illusione di evitare il limite ultimo, lo scacco matto che il paziente terminale ripropone invece in modo inquietante, con la conseguente diffusa percezione di essere disarmati davanti ai compiti e alle richieste della relazione assistenziale.

Il bisogno e il coraggio di comunicare il disagio aggrega primariamente il profilo di un'identità femminile trasversale ai ruoli professionali. La convinzione shakespeariana della necessità e utilità di "dare parole al dolore" aggrega invece tutti i soggetti di là dall'identità di genere e di quella professionale. Gli infermieri sembrano più disponibili dei medici ad affidare i propri vissuti ad un esperto, a lasciarsi aiutare. Manca però una "casa" per i pensieri e le parole del disagio lavorativo. Le procedure formali del lavoro, specie infermieristico, non sembrano previste, infatti, per accogliere i vissuti emotivi del personale. E come in tutte le strutture in cui c'è squilibrio tra bisogno di comunicare e vincoli istituzionali, si assiste anche nelle strutture sanitarie allo sviluppo di una florida area informale "underground", prima fra tutte la cucinetta nei reparti di degenza. Tal economia comunicativa sommersa è un elemento di tenuta, di sostegno individuale e di gruppo, ma per il suo essere un momento scisso, non legittimato, la fa vivere come non professionale come spazio ludico, clandestinamente ritagliato in orario di lavoro. La scissione, il permanere nell'informale di tali spazi li delegittima di senso, per quest'essi sono da un lato cercati e difesi, ma al tempo stesso svalutati come i pensieri e le emozioni che a loro sono stati affidati.

Medici ed infermieri si descrivono in eguale misura in buona salute e tendono ad escludere un'influenza del lavoro nel modulare risposte adattive di tipo psichico e somatico, a dispetto di profili di sintomi specificamente correlati al ruolo professionale, configurando forse un movimento difensivo, teso a negare all'esperienza lavorativa un potere di manipolazione del corpo e della mente. L'area dei sintomi psichici segnala, di fatto, un allineamento dei due gruppi, che sembrano presentare sostanzialmente un grado di morbilità relativa molto simile, che non sembra influenzato dalla diversità dell'età media dei due campioni.

L'incidenza di un disagio specifico nella relazione d'aiuto, la Sindrome di burn-out, è elevata nei medici e molto elevata negli infermieri. Nei medici il burn-out decresce man mano con l'esperienza lavorativa, mentre negli infermieri si assiste ad un incremento progressivo, che coinvolge in particolare le donne. Diversa è anche l'espressione sintomatica di burn-out in rapporto al profilo professionale. Gli infermieri attraverso l'esperienza della relazione d'aiuto riducono il ricorso a difese massive basate sul distanziamento e la spersonalizzazione, mentre i medici lo aumentano, come se la professionalità acquisita consistesse in parte in una corazza più spessa che protegge dall'emozione di un incontro problematico con l'altro, che può aiutare a mantenere la freddezza e lucidità necessarie per agire, ma al tempo stesso impedisce l'empatia e la "compassione". Al contrario i medici sembrano poter ridurre nel tempo la quota di sofferenza per la ridotta realizzazione personale, mentre gli infermieri la aumentano. Tale risultato, che sembra in

---

---

contrasto con il riconoscimento di una flessione, netta ed omogenea negli infermieri e nei medici, rispetto alle aspettative iniziali, fa pensare che i processi d'interiorizzazione dell'identità professionale molto massivi, come il processo di formazione del medico possono forse determinare a volte una qualche distorsione dell'esame di realtà e la tendenza a dare voce non tanto alla propria soggettività problematica, ma ad una soggettività idealizzata, scissa e possibile matrice d'ulteriore distacco.

I dati oggettivi delle assenze dal lavoro, a dispetto di un'omogenea percezione di salute, sembrano confermare una netta distinzione dei profili di salute in rapporto ai profili professionali, e un'analogia tra il loro andamento e quello dei processi specifici di burn-out. L'utilizzo delle categorie di personale sanitario laureato e non laureato, oltre che superata dall'attuale confluenza di tutte le figure professionali sanitarie in un ambito formativo universitario, non permette di evidenziare le specificità dei singoli profili, emersa dalla ricerca, e può determinare distorsioni classificative.

I climi organizzativi delle singole aree di lavoro, l'intreccio di problemi reali e fantasmatici che contengono, modulano ulteriormente il profilo delle risposte, secondo linee d'intersezione complesse e determinano, di fatto, accentuazione o attenuazioni del livello di rischio di burn-out.

I dati emersi dalla ricerca, anche se riferiti ad un campione numericamente consistente ed omogeneo, non consentono ancora di trarre conclusioni generalizzabili, ma permettono di avere una visione abbastanza dettagliata dei vissuti, delle rappresentazioni, dei punti di forza e delle fragilità di cui sono intessute le risorse umane che sostengono la "mission" delle strutture sanitarie.

E' necessario quindi cominciare ad investigare, in modo rigoroso, sistematico ed interattivo gli intrecci tra profili professionali e profili di stress in tutti gli attori sociali della scena della cura, per contribuire, anche attraverso "un allargamento della coscienza, " ad un miglioramento della qualità della "pratica".

"Pesare" in modo scientifico il lavoro nelle strutture sanitarie, comporta anche un salto di qualità nelle "culture di governo", affinché acquisiscano in modo consapevole la soggettività umana com'elemento centrale ineludibile anche della proiezione istituzionale della relazione d'aiuto, come nodo problematico, vincolo rispetto ad ogni processo di razionalizzazione organizzativa, ma al tempo stesso risorsa, garanzia di un'assistenza la cui qualità totale sia parametrata al suo essere a misura d'uomo.

Se il modello teorico e l'impianto gestionale che a lui s'ispira non sono capaci di cogliere lo spessore, il peso, le tensioni, i bisogni, le domande e le offerte proprie della soggettività di tutto il personale sanitario, si può temere che siano egualmente ciechi rispetto ai bisogni dei pazienti.

L'assenza d'interventi preventivi precoci rischia di ridurre la possibilità di una gestione adeguata della risorsa umana dell'ospedale e delle sue problematiche relative allo stress occupazionale, il burn-out, col rischio di costringere l'azienda sanitaria a politiche difensive, tendenti dapprima alla negazione del problema, e successivamente alla marginalizzazione dei soggetti che presentano un disagio o sono portatori d'istanze che mettono a disagio. Il fallimento di una politica di prevenzione determina, di fatto, un cortocircuito istituzionale in cui l'azienda sanitaria sembra fallire la sua missione di promozione e di tutela della salute proprio con i pazienti che gli sono più prossimi, ossia i propri dipendenti.

Il fenomeno burn-out costituisce solo un segmento delle possibili manifestazioni di disagio occupazionale in una struttura sanitaria, ma è particolarmente insidioso in quanto mina selettivamente la capacità di sentire e di relazionarsi con l'altro. E' influenzato fortemente dalle atmosfere organizzative, può essere prevenuto adeguatamente quando l'organizzazione del lavoro si configura come un "contenitore sufficientemente buono "(Winnicott 1970).

Una strategia di cambiamento deve prevedere necessariamente lo sviluppo di un'organizzazione del lavoro che si costituisca anche come spazio/tempo legittimato all'espressione della "scena interna" della struttura stessa, della fenomenologia soft della soggettività degli attori sociali coinvolti.

E' necessario predisporre allora uno spazio/tempo, non virtuale, dove, sia i problemi reali sia quelli fantasmatici sia attraversano il campo dell'esperienza quotidiana del lavoro possano essere ri-

---

---

conosciuti, contenuti e difesi dai rischi dell'impoverimento burocratico, e sottratti alla spirale regressiva della negazione, scissione e proiezione sull'altro.

Solo così i vissuti, i discorsi, le immagini e le metafore dell'organizzazione potranno essere recuperati ad una lettura consapevole, aperta al cambiamento maturativo, ad un'operatività che perda le caratteristiche di cieca e problematica coazione a ripetere per sviluppare le caratteristiche salutari della creatività.

---

#### Bibliografia

- 1) Dal Pra Ponticelli, M. (1987). *Lineamenti di servizio sociale*. Astrolabio, Roma.
  - 2) Pines, A.M., Kafry, D. (1978). *Occupational Tedium in the Social Services*. Social Work, Novembre, 23.
  - 3) Ranci Agnoletto, D. (1996). *La relazione medico, infermiere, paziente; sintesi e rilettura di un gruppo di lavoro*. Prospettive Sociali e Sanitarie, 21- 22, 31- 38.
  - 4) Freudenberger, H.J. (1974). *Staff burn- out*. Journal of Social Issues, 30, 159- 165.
  - 5) Maslach, C. (1976). *Burned- out*. Human Behaviour, 5 (9), 16- 22.
  - 6) Maslach, C. e Jackson, S.E. (1982a). *Burnout in health professions: a social psychological analysis*. In: Sanders, G.S. e Suls, J. (a cura di ). *The social psychology of health and illness*. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, N.J.
  - 7) Guerra G. e coll. *Disadattamento e senso del lavoro: il caso del personale infermieristico ospedaliero*. Atti Conv. Naz. La ricerca Socio-sanitaria sulle cause del disadattamento al lavoro. Ist. Italiano Med. Sociale, Roma 1984, pagg. 336-353
  - 8) Boccalon R. e coll. *Riforma della sanità e pratica del cambiamento. Analisi psicosociologica di una Unità sanitaria locale*. Cons. Regionale del Lazio, Roma 1983
  - 9) Boccalon R. *Organizzazione del lavoro, soggettività e burnout nelle strutture sanitarie*. In La Rosa M. (a cura di) *Stress e lavoro*. Franco Angeli , Milano 1993, pagg. 221-229
  - 10) Menzies I. *The function of social system as a defence against anxiety* Tavistock Institute, London 1970
  - 11) Cherniss C.: *La sindrome del Burn out*, Centro scientifico torinese, Torino 1983
  - 12) Organizzazione Internazionale del Lavoro *Stress at work la ricerca comparativa internazionale* Ed. Italiana, M. La Rosa (a cura di) Franco Angeli , Milano 1994
  - 13) Kleiber D., Enzmann D.: *Burnout: 15 years of Research: An International Bibliography*. Hogrefe, Gottingen 1990
  - 14) Cooper CL., Sloan SJ., Williams S.: *Occupational Stress Indicator Management Guide*. NFER- Nelson, Windsor 1988.
  - 15) Winnicot DW.: *Sviluppo affettivo ed ambiente*. Armando ed. Roma 1970
-