

downloaded from:
infermieri.com

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI SIENA
SEDE DI AREZZO
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA
Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche

SINDROME DI BURNOUT E PROFESSIONE
INFERMIERISTICA

Il relatore

Dott. Angelo Bianchi

Lo studente

Giusti Gian Domenico

ANNO ACCADEMICO 1997/98

RINGRAZIAMENTI

Un particolare ringraziamento va a tutti gli operatori dei servizi che hanno voluto partecipare alla ricerca. Ai capo-sala delle U.O. DEU, DSM, Anestesia e Rianimazione per la collaborazione prestata, alla AUSL 8 di Arezzo per aver reso accessibile il campo della ricerca.

Grazie ad Angela per essermi stata vicina, a Francesca per l'aiuto prestato, a Laura Gambassi per i preziosi consigli.

Infine, la mia gratitudine va a Gianluca Cirotti, Marco Fratoni, Cristian Giardini, per il supporto offerto nella fase di elaborazione dei dati.

INDICE

<u>INTRODUZIONE</u>	Pag. 1
<u>CAPITOLO 1 CHE COSA E' IL BURNOUT</u>	
1.1 Verso una definizione del termine	Pag. 5
1.2 Burnout e stress	Pag. 11
1.3 Alcuni modelli teorici del Burnout	Pag. 17
1.4 Caratteristiche individuali e Burnout	Pag. 20
<u>CAPITOLO 2 CAUSE ED EFFETTI DEL BURNOUT</u>	
2.1 Burnout ed organizzazione lavorativa.....	Pag. 26
2.2 Gli effetti del Burnout.....	Pag. 34
2.3 Gestione del burnout.....	Pag. 40
<u>CAPITOLO 3 PRESENTAZIONE DELLA RICERCA</u>	
3.1	Pag. 49
Introduzione.....	
3.2 Il campione: Area Critica, Area Psichiatrica.....	Pag. 55
3.3 Il “Maslach Burnout Inventory”.....	Pag. 64
<u>CAPITOLO 4 ANALISI DEI RISULTATI</u>	
4.1 Caratteristiche demografiche del campione.....	Pag. 67
4.2 Gli aspetti del “Maslach Burnout Inventory”.....	Pag. 74
4.3 Aspetti positivi ed aspetti negativi della professione infermieristica.....	Pag. 105
4.4 Alcune proposte di intervento.....	Pag. 110
<u>CONCLUSIONI</u>	Pag. 116
.	
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	Pag. 118
.	
<u>ALLEGATI</u>	

"Lo slancio fantasioso, il vivace idealismo della sua gioventù erano spariti. Giocare lavorando e lavorare giocando, tendere con un'ambizione mezzo seria e mezzo scherzosa al raggiungimento di scopi cui si riconosce solo un valore esemplare: in tali compromessi allegramente scettici e argute mezze misure c'erano molta freschezza, spirito e buon umore. Ma ora Buddenbrook si sentiva indicibilmente stanco e scoraggiato.

Quanto c'era stato per lui da raggiungere l'aveva raggiunto, e sapeva bene che il culmine della sua vita, quand'anche, come aggiungeva fra sé, di culmine si potesse parlare per una vita così trita e mediocre, l'aveva superato da un pezzo...

La mancanza completa di un interesse schiettamente vivo che l'assorbisse, l'impoverimento e svuotamento del suo intimo - uno svuotamento così forte che quasi di continuo si rendeva avvertibile come un'oppressione indefinitamente penosa - uniti a un inesorabile obbligo interiore e pertinace determinazione a presentarsi degnamente ad ogni costo, a nascondere con tutti i mezzi la sua fragilità e a salvare le apparenze, avevano ridotto a questo la sua esistenza: l'avevano resa artificiale, consapevole e forzata, e avevano fatto sì che ogni parola, ogni movimento, ogni minima azione fra gli uomini fosse diventata una recita faticosa e snervante."*

* Tratto da: Thomas Mann, *"I Buddenbrook. Decadenza di una famiglia"*, Biblioteca Economica Newton, Milano, 1998, pag. 373.

INTRODUZIONE

Con l'introduzione in ambito psicologico del concetto di "burnout" si è avuto un forte interesse anche in Italia ma scarse sono le ricerche sull'argomento.

Il termine è usato per definire una degenerazione particolare dello stato emotivo degli operatori impiegati nei rapporti con il pubblico o nelle professioni di aiuto sociale ("helping profession"), ossia professioni nelle quali il rapporto con l'utente/cliente ha un'importanza centrale in termini di significato e di lavoro in sé.

Questo tema ha ottenuto al contrario un'attenta considerazione da parte degli psicologi dei Paesi di influenza anglosassone, dove la riflessione, attiva dagli anni '70, conta numerosi interventi particolarmente focalizzati sullo studio di alcune professioni a maggior rischio oltre che sui problemi definitivi e metodologici.

Grazie alle iniziative di ricerca che si sono moltiplicate, sono stati isolati ed analizzati una serie di fattori che influenzano l'insorgenza e l'evoluzione della sindrome riuscendo a definire le strategie organizzative di evitamento o decremento della possibilità che si manifesti.

Per quanto l'espressione è lontana dal costituire una traduzione letterale del termine inglese, il vocabolo italiano che meglio può

*indicare cosa si intende per operatore in **burnout** è "bruciato".*

*Descrivendo i sintomi caratteristici della sindrome a coloro che lavorano nei servizi socio-sanitari, scatta immediatamente una identificazione. Diventa arduo trovare qualcuno che non si riconosca nel **burnout** ad una prima e superficiale valutazione.*

*Attraverso il seguente elaborato, si è cercato di capire quanto il **burnout** sia responsabile con tutti i discorsi critici, le disfunzioni e le inefficienze che si notano nel Servizio Sanitario Nazionale.*

Soprattutto si è voluto appurare se è l'operatore inadatto alla struttura oppure è la struttura e l'organizzazione che sono inadatte ad un livello di assistenza ottimale.

*Si è cercato brevemente di definire cosa si intende con il termine **burnout**, di descrivere alcuni modelli teorici di riferimento e di tracciare le caratteristiche individuali del soggetto che “rientra nella diagnosi **burnout**”.*

Un altro obiettivo è quello di illustrare le cause di questa sindrome e gli effetti che genera su chi ne è colpito. Per raggiungere questi obiettivi ci avvarremo di una notevole ricerca bibliografica effettuata attraverso la consultazione di varie biblioteche e della rete telematica.

*Terminata questa parte descrittiva è nostro intento effettuare una ricerca finalizzata alla misurazione del **burnout** in due aeree ad alta*

specializzazione, che sono quella Critica e quella Psichiatrica, attraverso principalmente la somministrazione di un questionario, il “Maslach Burnout Inventory”.

"Lo slancio fantasioso, il vivace idealismo della sua gioventù erano spariti. Giocare lavorando e lavorare giocando, tendere con un'ambizione mezzo seria e mezzo scherzosa al raggiungimento di scopi cui si riconosce solo un valore esemplare: in tali compromessi allegramente scettici e argute mezze misure c'erano molta freschezza, spirito e buon umore. Ma ora Buddenbrook si sentiva indicibilmente stanco e scoraggiato.

Quanto c'era stato per lui da raggiungere l'aveva raggiunto, e sapeva bene che il culmine della sua vita, quand'anche, come aggiungeva fra sé, di culmine si potesse parlare per una vita così trita e mediocre, l'aveva superato da un pezzo...

La mancanza completa di un interesse schiettamente vivo che

l'assorbisse, l'impoverimento e svuotamento del suo intimo - uno svuotamento così forte che quasi di continuo si rendeva avvertibile come un'oppressione indefinitamente penosa - uniti a un inesorabile obbligo interiore e pertinace determinazione a presentarsi degnamente ad ogni costo, a nascondere con tutti i mezzi la sua fragilità e a salvare le apparenze, avevano ridotto a questo la sua esistenza: l'avevano resa artificiale, consapevole e forzata, e avevano fatto sì che ogni parola, ogni movimento, ogni minima azione fra gli uomini fosse diventata una recita faticosa e snervante."*

* Tratto da: Thomas Mann, *"I Buddenbrook. Decadenza di una famiglia"*, Biblioteca Economica Newton, Milano, 1998, pag. 373.

CAPITOLO 1

CHE COSA E' IL BURNOUT

1.1 VERSO UNA DEFINIZIONE DEL TERMINE

La parola “burnout” compare per la prima volta all'inizio del secolo, Kraepelin, aveva intuito il termine come lo intendiamo noi, metteva in evidenza che le scarse risorse pubbliche della psichiatria e le condizioni particolari della vita professionale dello psichiatra (tra cui "la mancanza di speranza nei risultati" e "le condizioni economiche non soddisfacenti¹"), portavano, come "conseguenza inevitabile, lavoro eccessivo di singoli, piacere nullo per la professione e il rapido esaurirsi del medico stesso".

Negli anni '30 nel gergo dell'atletica e di altri sport il termine burnout è usato per designare quel fenomeno per cui, dopo alcuni successi, un'atleta “si brucia”, “si esaurisce” e quindi non può dare nulla dal punto di vista agonistico.

Nell'agosto del '73 Christina Maslach espresse le sue idee nel

¹ Tratto da: E. Kraepelin, “*Trattato di psichiatria*”, trad. italiana G. Guidi, Vallardi Ed., 1907, vol.1, pag. 364.

corso di un convegno annuale dell'APA (American Psychological Association), tenuto a Montreal, idee che furono riprese e completate sviluppando un concetto più organico del processo di burnout che descrisse nel 1976 in una rivista. Fu l'anno successivo che coniò il termine "*burnout syndrome*", per riferirsi ad una situazione che aveva osservato con frequenza sempre maggiore nelle "*helping profession*", dove dopo mesi o anni di generoso impegno, questi operatori manifestavano apatia, indifferenza, erano spesso nervosi, irrequieti, qualche volta cinici nei confronti del lavoro, erano operatori che si erano "bruciati".

Dopo la sua introduzione, la nozione conobbe, soprattutto negli Stati Uniti d'America una rapida popolarità, suscitando tuttavia non pochi dubbi sulla reale consistenza del fenomeno.

Richard H. Price definisce burnout come una metafora significativa, spesso però imprecisa, che da l'idea del fuoco dell'entusiasmo che si spegne, di un'energia che si esaurisce.

Spesso però è usato in modo non appropriato, ed è diventato un "concetto pattumiera" buono per tutti gli usi, una etichetta che crea però confusione sulla sua vera definizione.

Frequentemente si è incorso nell'errore di confondere burnout con frustrazione, cioè si sono considerati come dei sinonimi, ma Edelwin e Brodskj (1982), hanno specificato che la frustrazione non è il burnout. Il burnout significa apatia.

Un grosso contributo allo studio del burnout è stato dato da Cary Cherniss che nel 1980 lo ha definito come una ritirata psicologica dal lavoro in risposta all'eccesso di stress e insoddisfazione. Sempre lo stesso autore nel 1983 ha dato una definizione più completa definendolo come un processo molto complesso articolato in più fasi dove all'inizio c'è uno squilibrio tra risorse disponibili e risorse richieste che genera una stress; a questa situazione segue l'immediata, emotiva risposta a breve durata, caratterizzata da una sensazione di tensione, ansietà, fatica ed esaurimento. Tutto ciò porta ad una serie di cambiamenti nell'atteggiamento e nel comportamento, si ha la tendenza a trattare gli utenti in modo distaccato, meccanico, cinico, c'è perdita dell'idealismo che ha spinto l'operatore verso questa professione, c'è compromissione della propria identità professionale che porta ad avere una cattiva immagine di se, riduzione del livello di autostima, sentimento di impotenza e di passività, perdita del senso delle proprie capacità.

Tutto questo può essere riassunto schematicamente in tre fasi:

- stress lavorativo;
- esaurimento dell'operatore;
- accomodamento psicologico.

Cherniss colloca questa sindrome dentro un preciso *background* socio-culturale economico, sostenendo che è collegata a cambiamenti sociali che sono avvenuti a partire dagli anni'60 negli Stati Uniti d'America e che si sono propagati successivamente nel resto del mondo occidentale.

La modifica nelle persone della concezione lavorativa, gli innumerevoli significati individuali che esulano il solo compito di sostentamento contribuiscono a creare attese che il lavoratore difficilmente può soddisfare.

Altri ancora (Berkley, Planning Associates), considerano il fenomeno un alienazione lavorativa, "il limite oltre il quale un operatore si separa, si ritira dal significato originale o dallo scopo del suo lavoro, il grado in cui un operatore esprime estraniamento dai pazienti, dai colleghi e dall'ente per cui lavora".

Molto interessante è la tabella 1.1, proposta da Cherniss e tratta da

Berkley, Planning Associates che rappresenta i segni e sintomi dello stress lavorativo e del burnout negli operatori dei servizi socio-sanitari.

E' importante dire, che non occorre che tutti i segni e sintomi, elencati in questa tabella, siano presenti per affermare che una persona si trova in uno "stato di burnout".

Nel 1983 Harvey J. Fischer proponeva di distinguere il burnout dal "*wearout*" (logoramento). Verso il burnout andrebbero incontro quelle persone dinamiche che descrisse Freudenberg; questi sono individui che si creano da soli eccesso di stress perché non sanno mai dire di no e finiscono per bruciarsi. Il *wearout* deriverebbe, invece, da circostanze esterne, le persone più a rischio sarebbero quelle passive, con scarse ambizioni, senza obiettivi chiaramente definiti e senza la necessaria dose di decisione e sicurezza per raggiungere gli obiettivi.

Negli Stati Uniti, è stato recentemente introdotta un'altra categoria detta in modo dispregiativo "*rustout*" (arrostiti); queste persone per farsi compiangere si atteggiavano a vittime dello stress e delle numerose sconfitte, senza però, in realtà, mai aver dimostrato intraprendenza o valore.

TABELLA 1.1 Segni e sintomi dello stress lavorativo e del burnout negli operatori dei servizi socio-sanitari*

1.	Alta resistenza ad andare al lavoro ogni giorno
2.	Sensazione di fallimento
3.	Rabbia e risentimento
4.	Senso di colpa e disistima
5.	Scoraggiamento e indifferenza
6.	Negativismo
7.	Isolamento e ritiro (disinvestimento)
8.	Senso di stanchezza ed esaurimento tutto il giorno
9.	Guardare frequentemente l'orologio
10.	Notevole affaticamento dopo il lavoro
11.	Perdita di sentimenti positivi verso gli utenti
12.	Rimandare i contatti con gli utenti; respingere le telefonate e le visite
13.	Avere un modello stereotipato degli utenti
14.	Incapacità di concentrarsi o di ascoltare ciò che l'utente sta dicendo
15.	Sensazione di immobilismo
16.	Cinismo verso gli utenti; atteggiamento colpevolizzante nei loro confronti
17.	Seguire in modo crescente procedure rigidamente standardizzate
18.	Problemi di insonnia
19.	Evitare discussioni sul lavoro con i colleghi
20.	Preoccupazione per sé
21.	Maggiore approvazione di misure di controllo del comportamento come i tranquillanti
22.	Frequenti raffreddori e influenze
23.	Frequenti mal di testa e disturbi gastrointestinali
24.	Rigidità di pensiero e resistenza al cambiamento
25.	Sospetto e paranoia
26.	Eccessivo uso di farmaci
27.	Conflitti coniugali e familiari
28.	Alto assenteismo

*Tratto da Berkeley Planning Associates (1977), Freudenberg (1974), Maslach (1976), e Schwartz e Will (1961)

1.2 BURNOUT E STRESS

Dal momento che Cherniss definisce burnout come un "processo nel quale un professionista precedentemente impegnato, si disimpegna dal proprio lavoro in risposta allo stress e alla tensione sperimentata sul lavoro", è fondamentale riuscire a chiarire il termine stress per evitare confusione.

La parola stress, di origine latina, nel corso dei secoli si è evoluta attraverso molte definizioni. Nel XVII secolo, questo termine, era collegato a "durezza, sforzo, avversità", mentre nel XVIII e XIX secolo cambiò significato per diventare "forza, pressione" che agisce su una persona o su un oggetto.

Hinkle afferma che la visione di stress come "forza", ha senz'altro avuto un influsso sull'attuale significato del termine. Egli scrive "la definizione di stress del XIX secolo raffigurava un oggetto o una persona su cui agivano forze esterne, che opponeva resistenza all'effetto di queste forze, nel tentativo di mantenere l'integrità e conservare l'equilibrio originale. La scienza ha fatto propria la parola con questo significato e probabilmente l'uso scientifico del termine, ha rinforzato il significato

popolare ".²

Attualmente il termine si intende come una reazione fisiologica di adattamento, quando l'organismo deve affrontare un'esigenza o deve adeguarsi ad una novità.

Alcune delle più comuni definizioni e concetti di stress sono state sviluppate da Hans Selye, Basowitz, Cofer e Appley, ...

Selye indica lo stress come una sindrome di adattamento divisa in tre fasi; la prima consiste in una reazione di allarme formata dallo shock iniziale ed attivazione dei meccanismi di difesa corporei, cui segue una seconda fase di resistenza con adattamento psico-fisico dell'individuo; tutto questo porta all'esaurimento caratterizzato dal crollo del comportamento di adattamento.

Basowitz sviluppò il concetto di stress in termini di ansia, egli proponeva che la risposta allo stress potesse essere di adattamento (che rende l'individuo in grado di adattarsi) o patologica.

Cofer e Appley (1964) definiscono lo stress come "lo stato di un organismo, che subentra quando l'individuo ha riconosciuto che la sua salute (o la sua integrità), è in pericolo e che egli deve impiegare tutta

² Tratto da: P. Felice, S. Carta, "Stressori e comunicazione in terapia intensiva", tesi di diploma, Scenario, n°4, 1995.

l'energia disponibile per difendersi e proteggersi".

Ad un convegno sullo stress nel 1976 Jeanne Benoliel lo descriveva in termini sociologici. Lei definiva lo stress sociale come "una situazione che pone richieste obiettive sull'individuo, superiori alle sue capacità di adattamento".

Come esempio di stress sociale, Benoliel parlava dell'infermiere che lavora in area critica, che deve affrontare giornalmente un lavoro pesante, situazioni difficoltose, un ambiente di lavoro spesso con grossi problemi di comunicazione. Per riuscire a vincere questi stress sociali, l'infermiere deve imparare come far fronte sia fisicamente sia mentalmente alla richiesta della situazione di lavoro.

Aakster definisce lo stress usando un approccio sistemico; per raggiungere i suoi obiettivi, lui dice, un sistema si deve adattare ai vari squilibri che sorgono all'interno del suo ambiente, le forze che creano questi squilibri sono dette *stressors*.

In qualsiasi modo si definisce lo stress è utile distinguere le fonti dalle risposte allo stress.

Lo stress può sorgere da situazioni minacciose, difficoltose o che cambiano rapidamente, può essere il risultato di terapie, di attività

precedentemente pianificate, può sorgere in anticipo ad eventi stressanti (per es. un intervento chirurgico).

Le risposte sono varie e si dividono in risposte fisiologiche (aumento della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa, perdita del controllo degli sfinteri, aumento della sudorazione, ...), risposte comportamentali (tempo di reazione aumentato, tremori, ...), risposte soggettive (ansia, depressione, ...), risposta psicologica (uso di meccanismi di difesa come negazione e rifiuto o repressione).

La risposta allo stress è in relazione alla personalità dell'individuo, al modo personale in cui risponde agli eventi stressanti, o come percepisce il problema.

Nonostante queste differenze nella risposta allo stress che sono individuali, gli studiosi hanno dedotto che tutte le persone:

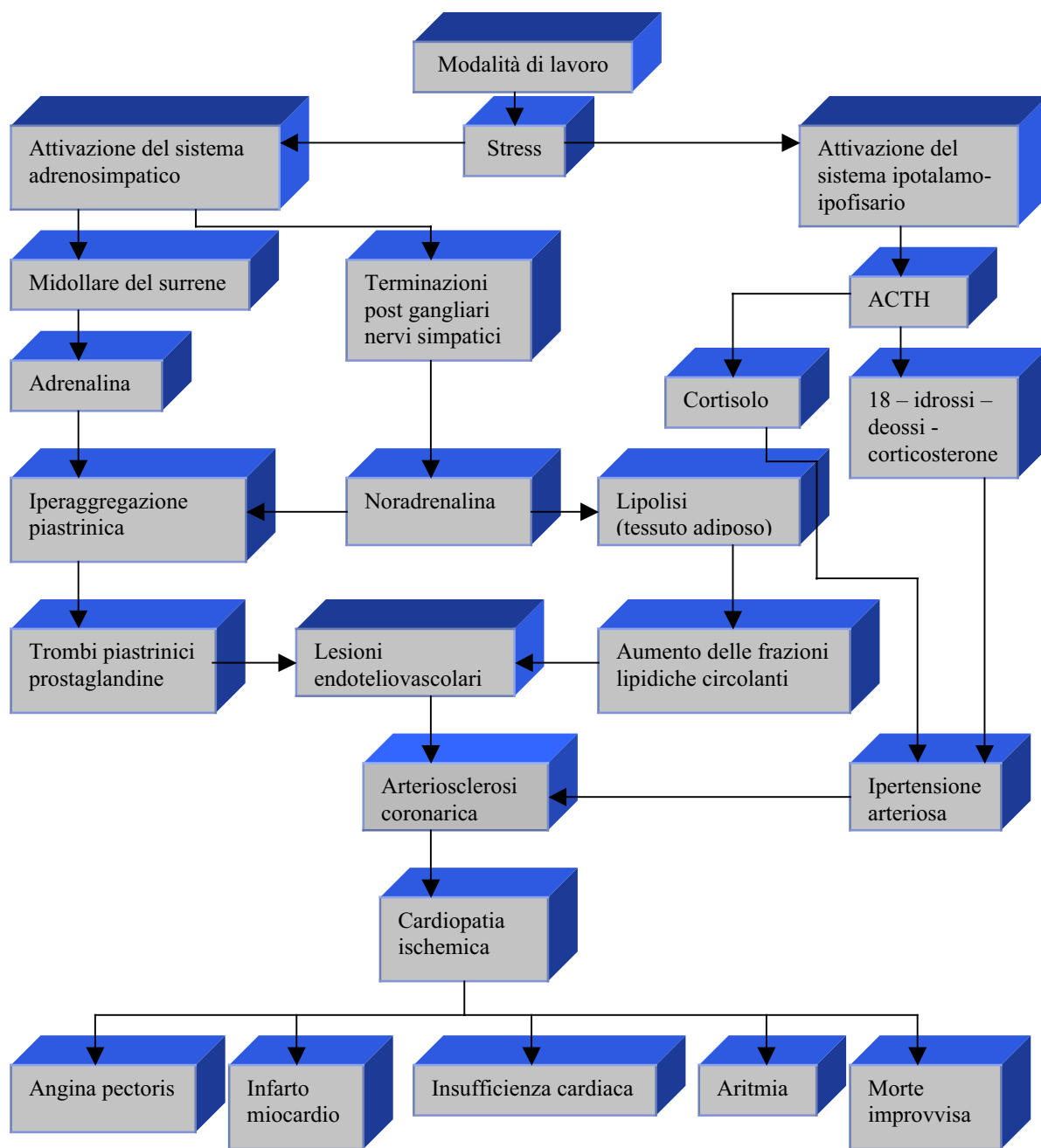
- hanno esperienze di frustrazioni e stress quando i bisogni non sono soddisfatti;
- tendono ad evitare stress così come il dolore;
- reagiscono in modo simile agli stress estremi;
- tendono ad adattarsi allo stress e a soddisfare i bisogni di base modificando l'ambiente esterno deliberatamente;

- tendono a mantenere uno stato di equilibrio di fronte a stress interni ed esterni.

Nel burnout, lo stressore attivo è rappresentato da una situazione lavorativa non più tollerabile.

Il burnout non è altro che la sindrome che si manifesta come conseguenza dell'esaurimento dell'individuo descritta da Selye.

TABELLA 1.2 Effetti dello stress secondo alcuni autori.*



* Tratto da Scenario , n°4, 1995, pag. 13

1.3 ALCUNI MODELLI TEORICI DEL BURNOUT

Sono stati proposti diversi modelli interpretativi che cercano di chiarire un processo complesso come il burnout.

La Maslach, dopo un primo contributo, dove parla di burnout come di una forma di stress che porta a distaccarsi dall'utente, trasforma la definizione in un costrutto multifattoriale costituito da tre dimensioni:

1) l'esaurimento emotivo, cioè la sensazione di essere in continua tensione, emotivamente inariditi dal rapporto con gli altri;

2) la depersonalizzazione, cioè la risposta negativa nei confronti delle persone che ricevono la prestazione professionale;

3) la ridotta realizzazione, cioè la sensazione che nel lavoro a contatto con gli altri la propria competenza e il proprio desiderio di successo stiano venendo meno; (Stefanile 1984).

Queste dimensioni sono valutabili con il "Maslach Burnout Inventory", un questionario formato da 22 item che verrà descritto più dettagliatamente nel capitolo terzo.

"Il nucleo della sindrome di burnout è uno schema di sovraccarico emozionale seguito da esaurimento emozionale".³

³ Tratto da: C. Maslach, "La sindrome del burnout", Cittadella editrice, Assisi, 1997, pag. 20.

Un particolare utilizzo del MBI è quello proposto da Golembiewski, Munzenrider e Carter (1983), che prevede una dinamica diversa nella successione delle fasi del burnout. La loro ricerca si basa su alcuni assunti:

il primo è che la depersonalizzazione è considerata la prima fase del burnout il cui incremento porta come conseguenza a trattare con distacco gli utenti e c'è una riduzione del coinvolgimento lavorativo (ridotta realizzazione personale). L'esaurimento emotivo è solo l'ultima fase.

Gli autori danno un'importanza diversa alle tre scale, ognuno è divisa in due parti a seconda del punteggio ottenuto in base alla media del gruppo normativo di riferimento. Facendo così si ottengono otto distinte fasi di burnout, come si vede dalla tabella 1.3.

TABELLA 1.3 Fasi progressive di burnout; A= punteggi oltre la media, B= punteggi inferiori alla media *.

Scale M.B.I.	Fasi di burnout							
	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°
Depersonalizzazione	B	A	B	A	B	A	B	A
Realizzazione Professionale	B	B	A	A	B	B	A	A
Esaurimento emotivo	B	B	B	B	A	A	A	A

* Tratto da: M. Santinello, R. Furlotti, *"Servizi territoriali e rischio di burnout"*, Giuffrè Editore, Milano, 1992, pp. 21.

Questa teoria è stata però aspramente criticata, soprattutto è criticato il criterio, senza delle basi teoriche, con il quale è scelta la media e la mediana che servono per dividere i punteggi in A (alti), B (bassi).

Un altro interessante studio è quello di Harrison (1983), lui crede che il burnout dipende da come un operatore percepisce il lavoro (quindi la sua capacità di agire sull'ambiente, di effettuare cambiamenti, il raggiungimento di risultati con il proprio operato) e non è conseguenza di certi tipi di impieghi.

1.4 CARATTERISTICHE INDIVIDUALI E BURNOUT

Non è facile individuare delle analogie tra caratteristiche individuali e l'instaurarsi di una sindrome di burnout, cioè non è stata ancora riscontrata una "personalità standard" soggetta a burnout.

Sono molto in contraddizione ed incerti i dati riscontrati dai vari autori sull'influenza delle variabili demografiche sull'insorgenza di stress.

Riguardo al sesso, per esempio, da alcune ricerche risulta che sono i maschi ad avere livelli di stress più elevati, da altre risultano invece le femmine.

Maslach e Jackson (1985), affermano che le differenze tra i due sessi non riguardano la sindrome intesa in modo globale, ma come se ne avvertono gli effetti. Le donne percepiscono più intensamente l'esaurimento emotivo, perché sono coinvolte emozionalmente, più degli uomini, nelle relazioni con gli utenti; a differenza dei maschi che reagiscono nei confronti dell'utenza con comportamenti depersonalizzanti.

Anche la relazione tra età e burnout è controversa tra gli autori.

Sembra significativo il legame che c'è tra l'anzianità di servizio e

l'insorgenza di burnout; però pure qui c'è chi sostiene che l'incidenza maggiore di burnout è a carico dei primi anni di lavoro perché un ruolo importante lo gioca l'idealismo e le aspettative verso il lavoro delle prime esperienze professionali.

In conformità a quanto detto fin ora, è difficile analizzare le differenze tra coniugati e "single", comunque sempre Maslach e Jackson, hanno notato che tra gli operatori con figli il burnout è più basso rispetto agli operatori senza figli; questo perché forse gli operatori con famiglia sono in una fase più matura dello sviluppo psicologico ed hanno uno stile di vita più stabile e differenti prospettive future, inoltre la famiglia riesce ad aiutare le persone a fronteggiare con più efficacia lo stress lavorativo fornendo una riserva emozionale di aiuto. Mentre, per chi non ha figli, le soddisfazioni personali lavorative sono tappe molto importanti, perché non devono preoccuparsi di nessuno, tranne loro stessi.

Sicuramente la famiglia, costituisce un solido supporto, purché le relazioni siano soddisfacenti al suo interno.

Risultati più soddisfacenti sono stati ottenuti studiando la personalità; Freudenberger (1980) sostiene che sono predisposte al

burnout le persone con grandi ideali e molti obiettivi da raggiungere, lui parla di "uomini e donne dinamici, carismatici e risoluti... che si impegnano fino in fondo in tutto quello che fanno, lasciandosi coinvolgere anche intimamente."⁴ Viceversa C. Maslach, scrive che "l'individuo a rischio burnout manca di fiducia in se stesso, ha scarsa ambizione... non ha né obiettivi chiaramente definiti, né la dose di decisione e sicurezza necessaria a raggiungerli". Molti autori hanno sottolineato la prevalenza di aspettative irrealistiche di lavoro fra operatori socio-sanitari e sostengono che la differenza tra le aspettative e la realtà è una causa di stress importante. Bisogna considerare poi come il soggetto reagisce alla situazione stressante, un operatore può mettere in atto strategie di soluzione del problema oppure ritirarsi privilegiando la risposta emotiva o ancora cercando di "svalorizzare" dei suoi significati la situazione.

Cherniss (1980), individua cinque tratti di personalità che influenzano una risposta individuale allo stress:

- l'ansia nevrotica;
- la sindrome di "tipo A";

⁴ Tratto da: Matthias Burish, "Burnout", *Psicologia contemporanea*, n° 127, gen-feb 1995, pag. 36.

- il "locus of control";
- la flessibilità;
- l'introversione.

"L'ansia nevrotica" riguarda quegli individui che si pongono mete elevate, spesso al di là delle loro risorse e si puniscono se non le raggiungono. Le aspirazioni sono in conflitto con inibizioni morali, per cui la motivazione al successo sarà in conflitto col timore di non realizzarlo; il bisogno di competizione con il desiderio di essere accettati. Di fronte al conflitto ed allo stress c'è forte ansia. Questo soggetto agisce impulsivamente, perde la calma, tende ad utilizzare meccanismi di difesa quali la negazione, la protezione, la rimozione. E' scarsa l'autostima e c'è un grosso interesse per l'approvazione degli altri. I servizi socio-sanitari possono attrarre questi soggetti bisognosi di dipendenza e autorealizzazione, che si pongono in modo irrealistico traguardi elevati; sono persone che devono "salvare" gli altri e si sentono infelici quando falliscono.

La personalità di "tipo A" è descritta secondo Friedman e Rosenman (1974), come una caratteristica dove certi soggetti sono portati ad uno stile di vita iperattivo, competitivo, incalzante, aggressivo,

impaziente e legato alla sensazione di mancanza di tempo. Queste persone sono in costante, cronica lotta contro se stessi, gli altri, il tempo, le circostanze. Questi soggetti possono essere più di altri vittime di burnout.

Il "locus of control" è il terzo tratto della personalità, Rotter (1966) afferma che gli individui differiscono in base al grado in cui credono di controllare la loro vita e si dividono in "interni" che pensano di controllare il loro destino ed "esterni" che pensano di essere in balia del destino o di poteri al di fuori del loro controllo. Secondo Seligman (1975) gli "esterni" sarebbero più predisposti all'impotenza acquisita, mentre gli "interni" avrebbero meno probabilità di subire gli effetti negativi dell'impotenza acquisita e quindi meno probabilità di manifestare burnout.

La "flessibilità" è un altro tratto della personalità e Kahn e i suoi collaboratori (1964), hanno stabilito che gli individui più adattabili e flessibili hanno maggiori possibilità di sperimentare il conflitto di ruolo nelle situazioni lavorative e reagiscono ad esso con maggiore ansia, tensione e inquietudine rispetto agli individui meno adattabili. In particolare questi soggetti hanno difficoltà a non soddisfare le richieste

extra, poste dai loro trasmettitori di ruolo, questa situazione li rende maggiormente predisposti allo stress.

Gli individui meno adattabili, sono comunque soggetti a stress pur reagendo in modo diverso, irrigidendosi nelle proprie abitudini lavorative, dipendendo dalle figure di autorità, sviluppando un senso di inutilità.

Il quinto tratto della personalità descritto è "l'introversione", sempre Kahn scoprì che gli introversi sperimentano una tensione maggiore nelle situazioni di ruolo rispetto agli estroversi. In particolare, come era prevedibile, si ritirano più facilmente dei loro colleghi di fronte al conflitto e allo stress, e tale ritiro impedisce una difesa efficace e la risoluzione del conflitto.

Comunque, non basta definire questi tratti della personalità per descrivere l'individuo soggetto a burnout, lo stesso Cherniss dice, che "l'influenza di questi tratti di personalità è stata forse sopravvalutata"⁵.

⁵ Tratto da: C. Cherniss, *“La sindrome del burnout”*, Centro Scientifico Torinese editrice, Torino, 1983, pag. 128.

CAPITOLO 2

CAUSE ED EFFETTI DEL BURNOUT

2.1 BURNOUT E ORGANIZZAZIONE LAVORATIVA

Per cercare di risolvere un problema, occorre prima di tutto individuarne le cause.

Come già detto, lo stress, ed in particolare la fase di esaurimento è alla base del burnout. Nessun aspetto del lavoro è di per se una sicura causa di stress; il suo significato, il suo peso, dipende da come l'individuo percepisce e valuta la situazione che vive. E' per questo che soggetti che lavorano nello stesso ambiente hanno reazioni diverse. Comunque è vero anche, che certe situazioni, climi, stili di relazione, modalità organizzative, contribuiscono a creare ambienti percepiti come stressanti.

Lo stress che si sviluppa nell'ambiente lavorativo è causato dallo squilibrio che esiste tra le richieste rivolte ad un soggetto (dove "una richiesta è qualcosa che se non è affrontata e neutralizzata in qualche modo, avrà delle conseguenze dannose per l'individuo", Lazarus & Launier, 1978), e le risorse che ha il soggetto stesso a disposizione.

Molte ricerche sullo stress lavorativo sostengono che non solo l'eccesso di richieste, ma anche la mancanza e l'utilizzazione parziale delle proprie capacità sono cause di burnout, perché l'operatore prova una sensazione di disagio e frustrazione non sentendosi utilizzato al meglio.

Nello studio della genesi dello stress lavorativo occorre quindi cercare sia i fattori che limitano stimoli e richieste sia quelli che producono sovraccarico.

L'individuo sottoposto a stress lavorativo, reagisce con un comportamento di tipo difensivo, questa difesa è di solito di tipo adattativo⁶.

La difesa a lungo termine può portare anche a conseguenze non adattative, che possono risultare nocive.

La persona che soffre di burnout, ha un modo di difesa dallo stress lavorativo, che implica il ritiro, il distacco, il cercare di evitare situazioni spiacevoli, la riduzione delle proprie mete.

⁶ “Gli esseri umani hanno una grande capacità di adattamento... Possiamo abituarci a quasi ogni cosa persino ad esperienze molto spiacevoli, se vengono ripetute abbastanza spesso”. Tratto da: G. Lindzey, C. S. Hall, R. F. Thomposn, *“Elementi di psicologia”*, Casa editrice Zanichelli, Milano, 1993 pag. 118. L’adattamento psicologico potrebbe in realtà essere disadattante in alcune circostanze in quanto diminuisce la nostra guardia per i pericoli che minacciano il nostro organismo. Potremmo infatti abituarci coscientemente a qualsiasi cosa ma il nostro organismo non si adatta spesso altrettanto bene.

Per gli operatori socio-sanitari, è molto importante sentirsi efficace ed efficiente, in quanto da essi dipende il benessere e la salute di altre persone. La richiesta di efficienza ed efficacia, è portata avanti dai pazienti, dai familiari, dai superiori, dai colleghi e soprattutto dall'operatore stesso, proprio perché il lavoro socio-sanitario è, rispetto ad altri, molto legato all'immagine di se e all'autostima.

Questa continua richiesta di competenza è un importante fonte di stress, soprattutto se il personale ha la sensazione di non riuscire nel suo progetto perché non ha le risorse sufficienti per fornire risposte adeguate.

Anche quando l'operatore è esperto, efficace, adatto al lavoro, esistono degli aspetti che ne limitano la gratificazione facendogli insorgere un sentimento di scoraggiamento. Uno di questi aspetti, è la mancanza di feedback positivo da parte dei pazienti; questi raramente dicono all'operatore come apprezzano l'aiuto a loro dato, perché il lavoro è dato per scontato e non viene neanche in mente che qualche parola gentile è molto gradita. A volte questi stessi pazienti non cooperano con l'operatore, opponendogli resistenza e mettendolo in una situazione di scarsa efficienza.

Un'altra causa dello stress lavorativo è legata al concetto di

successo, cioè alla sensazione personale di aver svolto bene il proprio lavoro; l'operatore socio-sanitario, si scontra costantemente con situazioni lavorative dove il successo spesso è poco evidente, mentre il fallimento è frequente, questo porta a manifestare una sensazione di apatia, un aumento della ricerca di ricompense materiali, il cercare di evitare situazioni spiacevoli.

Il frequente insuccesso, genera una sensazione di frustrazione e il ripetersi di insuccessi produce impotenza, tutti fattori che contribuiscono alla nascita dello stress che potrà risolversi in burnout.

L'impotenza prolungata, produce "l'impotenza appresa", che è la convinzione di non aver più alcun controllo su importanti ricompense e punizioni (Seligman, 1975). Questo produce riduzione della motivazione, mina la capacità di credere di poter elaborare una risposta, anche quando mutando la situazione questo sarebbe possibile ⁷; infine la

⁷ “Nelle prime ricerche sull’impotenza appresa (Seligman, 1975), dei cani furono posti in gabbie con il pavimento elettrificato e una barriera che separava le due metà. Per un gruppo di animali era possibile sfuggire alla scossa saltando sopra la barriera. Per un altro gruppo, la fuga non era possibile. Questo secondo gruppo, in altre parole era impotente. I ricercatori scoprirono che dopo parecchie prove di addestramento i due gruppi reagivano in modo diverso al manifestarsi della scossa. Il gruppo che aveva avuto “l’addestramento alla fuga” si dava da fare attivamente per fuggire quando era collocato nella gabbia e sottoposto alla scossa. Invece il gruppo che aveva sperimentato l’impotenza non faceva alcuno sforzo per fuggire. Al contrario, essi semplicemente si accovacciavano in un angolo della gabbia e piagnucolavano in modo patetico. La loro impotenza era diventata “appresa”. Anche quando la barriera fu rimossa in modo che gli animali potessero facilmente sottrarsi alla scossa, il gruppo che aveva sperimentato l’impotenza rimaneva nella metà elettrificata della gabbia, ricevendo passivamente anche scosse elettriche estremamente elevate. Questi animali dovevano essere letteralmente trascinati da una parte a l’altra della gabbia parecchie volte prima che la loro impotenza

mancanza di controllo genera depressione, rabbia e ansia.

L'assunto classico della letteratura riguardo al burnout, è che gli utenti o la particolare natura della relazione professionista-cliente, siano alla radice dello sviluppo del burnout, ma non sono l'unica causa.

I conflitti connessi con il ruolo sono un'altra delle maggiori fonti di stress e di conseguenza di burnout nei servizi sociali. L'operatore tratta, oltre che con i clienti, anche con i superiori e con i colleghi; i rapporti con loro, se le relazioni sono alterate, contribuiscono ad aumentare lo stress e portano al burnout perché vengono a mancare delle persone a cui rivolgersi per avere aiuto, consigli o gratificazione.

La supervisione può esercitare un'influenza importante nel rapporto con il lavoro alleviando lo stress e la tensione; Cherniss (1980), osserva che il supervisore dovrebbe fornire un clima di comprensione, una valutazione precisa del proprio lavoro, inoltre deve fornire un'assistenza tecnica e umana che favorisca la crescita professionale. Anche i colleghi dovrebbero ridurre lo stress lavorativo, per esempio attraverso incontri per discutere i problemi lavorativi, confrontandosi sui

appresa si estinguessero ed essi tentavano ancora di rifugiarsi in loro stessi quando veniva data un'altra scossa elettrica alla gabbia di addestramento.”

Tratto da: C. Cherniss, *“La sindrome del burnout”*, Centro Scientifico Torinese editrice, Torino, 1983, pag. 51-52.

metodi utilizzati per avere un *feedback* sul proprio operato.

Pareek (1983), ha sviluppato un particolare questionario per misurare il livello di stress dovuto a dieci fattori connessi con il ruolo lavorativo e definisce questi conflitti un effetto degli ostacoli che stanno tra l'organizzazione e l'efficienza del professionista. Ha individuato due aree di conflitto, la prima detta "scenario di ruolo", e riguarda il sovraccarico di lavoro, l'inadeguatezza delle risorse, l'ambiguità e l'isolamento da parte dei colleghi e superiori; la seconda è detta "spazio di ruolo", riguarda le aspettative personali, le prospettive di carriera, la percezione di inadeguatezza, l'interferenza con la vita familiare.

Dei conflitti di ruolo, si possono avere anche nel caso sono fatte all'operatore due richieste tra loro incompatibili e si configura l'impossibilità di soddisfarne una senza disattenderne l'altra. Si può anche determinare incompatibilità tra un comportamento lavorativo richiesto e le motivazioni o i valori del soggetto.

Lo stress, è anche influenzato dalle norme e dai regolamenti che strutturano il contatto tra operatore socio-sanitario ed utente. E' maggiore l'incidenza di burnout fra gli operatori di organizzazioni strutturate in modo burocratico, le cui regole lasciano una ridotta autonomia agli

operatori (Berkley Planning Associates, 1977); il basso livello di autonomia è inoltre associato ad esaurimento emozionale e a spersonalizzazione (Maslach e Jackson, 1978).

Queste regole possono far fare dei compiti sgradevoli (domande imbarazzanti, operare e/o prendere delle decisioni contrarie e/o poco in linea con la propria etica professionale), imporre divieti e limiti; ma possono anche essere utilizzate per evitare lo stress, in altre parole possono essere utilizzate come "scudo protettivo", per non assumersi delle responsabilità e "scaricare la colpa" su altre persone (per es. l'amministrazione).

Riassumendo, alla base dello stress lavorativo, ci può essere un sovraccarico di lavoro, un'ambiguità di ruolo, uno scarso riconoscimento delle prestazioni e delle competenze, limitazioni alle funzioni decisionali, mancanze nel gruppo di lavoro dal punto di vista della coesione e del sostegno sociale e sicuramente delle attese, riposte dall'operatore sul lavoro e nel lavoro, non rispettate perché troppo lontano dalla realtà.

A questa situazione stressante l'operatore reagisce in vario modo utilizzando diverse strategie di fronteggiamento (*coping strategy*) e può

presentare disturbi di tipo psicologico e psicosomatico come ansia, bassa stima personale, sintomi depressivi, somatizzazioni di vario genere.

I lavoratori dei servizi socio-sanitari, sono esposti a vari agenti stressanti e possono rispondergli in modo disadattativo arrivando al burnout.

2.2 GLI EFFETTI DEL BURNOUT

Gli effetti del burnout sono molteplici. Il danno prodotto da questa sindrome, va oltre il singolo operatore colpito; danneggia prima di tutto l'utente che ha un'assistenza peggiore, danneggia l'istituzione per cui l'operatore lavora che ha un servizio scadente, danneggia sicuramente i familiari che devono lottare con tensioni emozionali e conflitti che la persona in burnout non riesce a superare.

L'operatore può iniziare a sentirsi il migliore, cercando di convincersi e convincere gli altri che è indispensabile, che lui è il più bravo (perché ha passato tutte le esperienze, è ha conoscenza di tutto sul lavoro), comportandosi così si espone a dei rischi molto grandi che possono portare a conseguenze gravi. Lui si sente indispensabile e ha la sensazione di non aver mai tempo per svolgere tutto il suo lavoro.

Il burnout porta ad un esaurimento emozionale che è spesso associato ad un esaurimento di tipo fisico.

Frequentemente, i soggetti in burnout soffrono di una stanchezza cronica che deriva dalla tensione che può portare anche a periodi di insonnia. Per cercare di superare questa sensazione di stanchezza si rivolgono all'uso e spesso all'abuso di sostanze eccitanti come caffè,

droghe, alcool; per riuscire a sedare l'ansia prendono tranquillanti.

Oltre ad uno scadimento della salute fisica, c'è un deterioramento della salute psicologica; c'è perdita dell'autostima ed una sensazione di ridotta realizzazione personale; l'operatore prova un sentimento negativo verso di sé, verso il suo lavoro, verso tutto quello che ha svolto fino ad ora.

Questo continuo pensiero negativo, porta l'operatore a lavorare ancora peggio e può dimostrargli la propria mancanza di competenze e di valore.

Tutto questo causa un crollo dell'autostima che è la caratteristica centrale della sindrome depressiva.

L'operatore esausto emotivamente, reagisce in modo errato con una sensazione di avversione verso la gente, irritandosi facilmente.

Si instaura una diffidenza nei confronti dell'utente, e l'operatore si comporta in modo paranoico, inizia a credere che tutti si diano da fare per procurargli guai e rendergli il lavoro difficile.

Le conseguenze maggiori del burnout si riscontrano nel lavoro e sul rendimento che ha l'operatore. L'effetto principale è che lui lavora peggio, questo peggioramento è causato dal fatto che c'è una

motivazione minima, un grosso sentimento di frustrazione e si ha la tendenza a non partecipare all'attività che si svolge tenendo un atteggiamento distaccato. Ha difficoltà a concentrarsi, una memoria peggiore, diventa incapace a svolgere i compiti complessi e a prendere delle decisioni rapide e corrette.

Con il passare del tempo l'operatore tratta la gente con distacco, come degli oggetti. Varia il metodo di assistenza, presta meno attenzione ai bisogni dell'utente che sono "etichettati" in base al loro problema, alla loro patologia rendendo il lavoro disumanizzato e distaccato. Questo distacco può arrivare ad un comportamento duro e cinico verso l'utente con perdita dei sentimenti positivi nei loro confronti.

L'effetto del burnout non cessa con il termine della giornata lavorativa, ma può danneggiare anche i rapporti che l'operatore ha con la propria famiglia. Dopo una giornata lavorativa è esausto, teso, spesso sconvolto, stanco fisicamente; diventa irritabile facilmente ed è impaziente. Si può arrivare anche a gravi conflitti coniugali.

I sentimenti cinici e negativi verso la gente, che si sono sviluppati con il burnout, sono trasferiti al modo di vedere tutta l'umanità, si ha un

“indurimento permanente del cuore dell'uomo⁸”.

⁸ Tratto da : C. Maslach, *“La sindrome del burnout”*, Cittadella editrice, Assisi (PG), 2nd edizione 1997, pag. 170.

TABELLA 2.1 Aspetti del burnout

"BURNOUT: un torrente di sintomi"*

1. Quadro iniziale: sintomi premonitori

a) *Accresciuto impegno verso gli obiettivi*: iperattività, straordinari non pagati, sensazione di essere indispensabile e di non avere mai tempo, negazione dei propri bisogni, rimozione di insuccessi e delusioni, contatti sociali limitati ai clienti.

b) *Esaurimento*: stanchezza cronica, mancanza di energie, sonno insufficiente o disturbato, accresciuto rischio di incidenti.

2. La riduzione dell'impegno

a) *Verso clienti (o allievi, pazienti, ecc., secondo il tipo di professione)*: disillusione, perdita dei sentimenti positivi nei loro confronti, maggiore distanza da loro o rifiuto del contatto diretto, disturbi dell'attenzione nei momenti di interazione, spostamento del punto focale dall'aiuto alla sorveglianza, colpevolizzazione dei clienti (o allievi, pazienti, ecc.) per eventuali problemi, abuso di mezzi di controllo come, ad esempio, punizioni (nel caso di insegnanti) o tranquillanti (nel caso di medici o infermieri), stereotipizzazione di pazienti, clienti, allievi, ecc., accentuazione del gergo specialistico, disumanizzazione.

b) *Verso gli altri in genere*: incapacità di dare, freddezza, perdita dell'empatia, rigidità, scarsa comprensione, difficoltà all'ascolto, cinismo.

c) *Verso il lavoro*: disillusione, atteggiamento negativo verso la propria professione, repulsione e disgusto, riluttanza ad andare ogni giorno al lavoro, bisogno di guardare continuamente l'orologio, fantasie di fuga, sogni ad occhi aperti, ampliamento delle pause di lavoro, ritardo nell'inizio della giornata lavorativa, anticipo della chiusura, orari sbagliati, spostamento del punto focale dal lavoro al tempo libero, recupero solo nel week-end, maggiore enfasi sulle condizioni materiali per quanto riguarda la soddisfazione nel lavoro.

d) *Aumento delle rivendicazioni*: perdita degli ideali, concentrazione sulle proprie pretese, sensazione di scarsi riconoscimenti, sensazione di essere sfruttato, gelosia, problemi di coppia, conflitti con i figli.

3. Reazioni emotive e colpevolizzazione

a) *Depressione*: sentimenti di colpa, autostima ridotta, senso di inadeguatezza, smarrimento del pensiero, autocommiserazione, perdita del senso dell'umorismo, ansia indeterminata e nervosismo, brusche oscillazioni dell'umore, ridotta resistenza ai carichi emotivi, amarezza, torpore, senso di vuoto, sensazione di debolezza, tendenza al pianto, irrequietezza, sensazione di essere impantanato, sentimenti d'impotenza, pessimismo, fatalismo, apatia, idee suicidarie.

b) *Aggressione*: colpevolizzazione e accuse nei confronti degli altri o del sistema, negazione della propria corresponsabilità, impazienza, capricciosità, intolleranza, incapacità di compromessi, brontolio continuo, negativismo, irritabilità, rabbia e risentimento, atteggiamenti difensivi o paranoici, diffidenza, conflitti frequenti con gli altri.

4. Il declino

a) *Declino dell'efficienza cognitiva*: difficoltà di concentrazione e di memoria, incapacità di affrontare compiti complessi, inesattezza, disorganizzazione, incapacità decisionale, incapacità di dare risposte chiare.

b) *Declino della motivazione*: iniziativa ridotta, flessibilità ridotta, produttività ridotta, esecuzione pedissequa di ordini.

c) *Declino della creatività*: fantasia ridotta, flessibilità ridotta.

d) *Indifferenziazione*: pensiero rigido "in bianco e nero", resistenza a cambiamenti di ogni tipo.

5. L'appiattimento

a) *Appiattimento della vita emotiva*: inaridimento delle reazioni emotive, indifferenza.

b) *Appiattimento della vita sociale*: minore partecipazione personale nei confronti degli altri o eccessivo legame a singole persone, rifiuto dei contatti informali, ricerca di contatti più interessanti, rifiuto di parlare del proprio lavoro, bizzarrie, chiusura in se stessi, isolamento.

c) *Appiattimento della vita psichica*: abbandono degli hobby, disinteresse, noia.

6. Le reazioni psicosomatiche

Indebolimento della reazione immunitaria, incapacità di rilassarsi nel tempo libero, disturbi del sonno, incubi, problemi sessuali, rossori, palpitazioni cardiache, senso di oppressione al torace, disturbi respiratori, polso accelerato, ipertensione, tensioni muscolari, mal di schiena, cefalee, tic, disturbi digestivi, nausea, ulcere gastrointestinali, alterazioni del peso, abitudini alimentari alterate, maggior consumo di alcool, caffè, tabacco, psicofarmaci.

7. La disperazione

Atteggiamento negativo verso la vita, perdita di senso delle speranze, propositi di suicidio, profonda disperazione esistenziale.

* Tratto da: M. Burish, "Burnout", Psicologia contemporanea n° 127, Gen-Feb 1995, pag. 38-39.

2.3 GESTIONE DEL BURNOUT

“Non esistono soluzioni rapide e facili al problema del burnout⁹”.

Ogni singolo operatore colpito da burnout, deve cercare di risolvere il suo problema considerando questa sindrome nel suo insieme, ed operando a vari livelli. I vari livelli interessati, sono quelli individuali, quelli sociali e quelli istituzionali.

Le azioni a livello individuale, sono quelle che l'individuo può intraprendere da solo; quelle a livello sociale sono quelle che richiedono lo sforzo di più persone, qui è importante la cooperazione tra colleghi; le azioni a livello istituzionali sono strategie e metodi messi in atto dall'amministrazione per gestire il problema burnout.

Quando c'è molto lavoro da svolgere, l'operatore spesso è sopraffatto dal lavoro stesso e cerca di lavorare ancora di più, per riuscire a controllare questa situazione. L'aumento del carico di lavoro, però, può portare maggiore stress anziché alleviarlo, visto che, è difficile lavorare di più mantenendo la stessa qualità del servizio. Tutto ciò non fa altro che creare frustrazione e un marcato sentimento di fallimento, occorre quindi cercare di lavorare meglio.

⁹ Tratto da: C. Maslach, “*La sindrome del burnout*”, Cittadella editrice, Assisi (PG), 2nd ediz. 1997, pag. 172

Un modo per migliorare il lavoro, è quello di cercare di amministrare le forze a disposizione, questo può avvenire, per esempio, ritagliandosi nel lavoro delle pause, che non devono essere una fuga per evitare il contatto con l'agente stressante, che in questo caso può essere l'utente, ma, devono essere dei *break* per “riprendere fiato” emotivamente, cercando di rilassarsi. Anche prendersi dei periodi di riposo è molto utile per chi lotta con il burnout, sicuramente il metodo più usato per "staccarsi" dal lavoro è quello di prendersi una vacanza, interrompendo completamente con la *routine* lavorativa per riprendere le energie.

Gli operatori socio-sanitari, scelgono spesso questa professione perché hanno degli ideali elevati che vogliono raggiungere, come ridonare a tutti la salute e la felicità. Questi ideali sono spesso delle astrazioni dalla realtà, difficilmente realizzabili, che possono trasformare l'intero lavoro in un continuo fallimento, perché oltre ad essere di non facile raggiungimento, sono anche difficili da valutare, cioè non è facile capire realmente se si sono raggiunti questi scopi. Tutto ciò, non significa che non si devono avere dei "nobili ideali", ma occorre che a questi siano aggiunti obiettivi concreti e specifici, dove è possibile

vedere un risultato, in pratica devono essere realistici. L'operatore deve conoscere le proprie capacità, ma soprattutto, deve tener conto dei suoi limiti, solo così creerà delle aspettative vere che non saranno tradite.

E' importante lavorare, oltre che sulla ridefinizione delle aspettative, anche per "l'immagine", perché aiutare gli altri è molto impegnativo e l'operatore deve essere prima di tutto lui in ottima forma sia fisica che psichica.

Per favorire il benessere psicologico, si devono trovare una serie di strategie che evidenzino determinate situazioni positive per l'operatore. Occorre cercare, per esempio, il lato positivo che c'è nel contatto con gli altri, e non guardare sempre le negatività della relazione d'aiuto, mettendo in risalto solo i problemi.

La ricerca della positività degli eventi, crea l'occasione anche per ricevere un *feedback* positivo, che può essere anche richiesto. Si può, per esempio, chiedere all'utente se il lavoro svolto è soddisfacente, se trae un miglioramento da un certo tipo di assistenza... E' importante cercare di comunicare alla gente che complimentarsi è giusto quanto criticare.

Le azioni a livello sociale, nella gestione del burnout, riguardano le variabili di gruppo e sono volte a migliorare la comunicazione

interpersonale.

I rapporti instaurati con i colleghi, aiutano ad affrontare il burnout, questo aiuto può essere indirizzato verso due direzioni: riducendo la fonte di stress, indirizzando l'operatore verso la soluzione del problema, oppure sostituendosi al collega temporaneamente dandogli così la possibilità di allontanarsi dalla situazione stressante.

Inoltre i colleghi possono essere un conforto, ed un sostegno emozionale, perché è possibile condividere con loro delle situazioni analoghe e grazie a loro è possibile paragonare le reazioni e cercare una soluzione ai problemi.

Le azioni a livello istituzionale, riguardano le variabili a livello lavorativo, visto che è risaputo che il burnout è alimentato da certi tipi di ambienti di lavoro. Gli interventi possono riguardare quattro aspetti ed essere così classificati (Santinello e Furlotti, 1992):

- lavorare per obiettivi e piani;
- partecipare alle decisioni;
- strutturare i compiti e le mansioni;
- predisporre un sistema di monitoraggio periodico.

Il lavorare per obiettivi e piani, permette di organizzare meglio il

lavoro, chiarisce le aspettative, permette all'operatore un *feedback* sull'attività svolta aumentandone l'autostima e la soddisfazione personale. Porta un miglioramento nella qualità delle attività, c'è un aumento di sicurezza nell'operato svolto perché c'è la sensazione di controllare l'ambiente lavorativo, riducendo incertezze ed ambiguità. Occorre, comunque, saper scegliere e definire degli obiettivi a lungo, medio e breve termine che si possono facilmente verificare e misurare.

La partecipazione alle decisioni ha effetti benefici sulla salute psico-fisica del lavoratore. Questa determina, un investimento maggiore da parte del personale di risorse nell'organizzazione, permettendo un flusso di comunicazioni più aperto, riducendo notevolmente i conflitti e le ambiguità di ruolo. Tanto più importanti e significativi sono i problemi su cui si è chiamati a decidere, tanto maggiore è l'efficacia di questa strategia per ridurre il burnout.

Il lavorare per obiettivi e piani escluderebbe, la struttura dei compiti e delle mansioni in vigore tra gli infermieri professionali. Non serve la direzione per obiettivi se, il lavoro, poi non comporta delle responsabilità e permette di cogliere le qualità delle proprie prestazioni.

C'è bisogno di margini di autonomia professionale ¹⁰, occorre creare degli standard di qualità e meccanismi informativi che indicano con chiarezza la qualità della prestazione, bisogna variare le mansioni svolgendo dei compiti diversi e soprattutto svolgendo delle mansioni che portino a qualcosa ritenuto importante che dia cioè un significato all'operato svolto.

Tutti questi fattori servono a motivare il personale, a questo però vanno aggiunti corsi di aggiornamento e apprendimento che servono per lo sviluppo professionale.

Si potrebbe introdurre un sistema di valutazione periodica standardizzato, con l'intento di cogliere non soltanto i livelli di stress e percepire le cause di questi, ma cercare di capire anche il clima psicologico presente, le opinioni e gli atteggiamenti riguardo le condizioni e gli aspetti di lavoro.

Questo sistema dovrebbe permettere di ricavare dati e suggerimenti sugli interventi da effettuare per prevenire risultati e

¹⁰ Questo significa svolgere quello che si ritiene più adeguato alla situazione, cosa che non è invece possibile per gli infermieri professionali che si devono attenere al DPR 225/74 detto "Mansionario", che li costringe dentro delle precise griglie lavorative "... è in preda ad un indicibile stress. E si chiede come sia possibile per un infermiere professionale far fronte alle reali necessità dell'assistenza e conciliare il rispetto delle leggi e delle norme che sovrintendono il suo esercizio professionale: le due cose infatti sono assolutamente incompatibili". Tratto da: Sergio De Carolis, "*Una gabbia di norme virtuali*", *L'infermiere*, n. 4 lug.-ago. 1997, pag. 11.

conseguenze negative dello stress. Tutti i livelli dell'organizzazione lavorativa sarebbero contattati e coinvolti.

I dati, sono raccolti mantenendo l'anonimato ed i risultati saranno discussi con tutto il personale.

Il successo di questa iniziativa è legato al supporto della dirigenza, che deve tener conto dei risultati emersi; dalla continuità nel tempo, perché l'indagine deve "abbracciare" un periodo abbastanza lungo per avere dei riferimenti temporali; i questionari, come già detto, devono essere anonimi; si devono utilizzare dei strumenti standardizzati e dei ricercatori competenti, che garantiscono l'affidabilità della ricerca. L'uso sistematico di questo sistema, può portare ad agire sulle variabili che incidono nello stress.

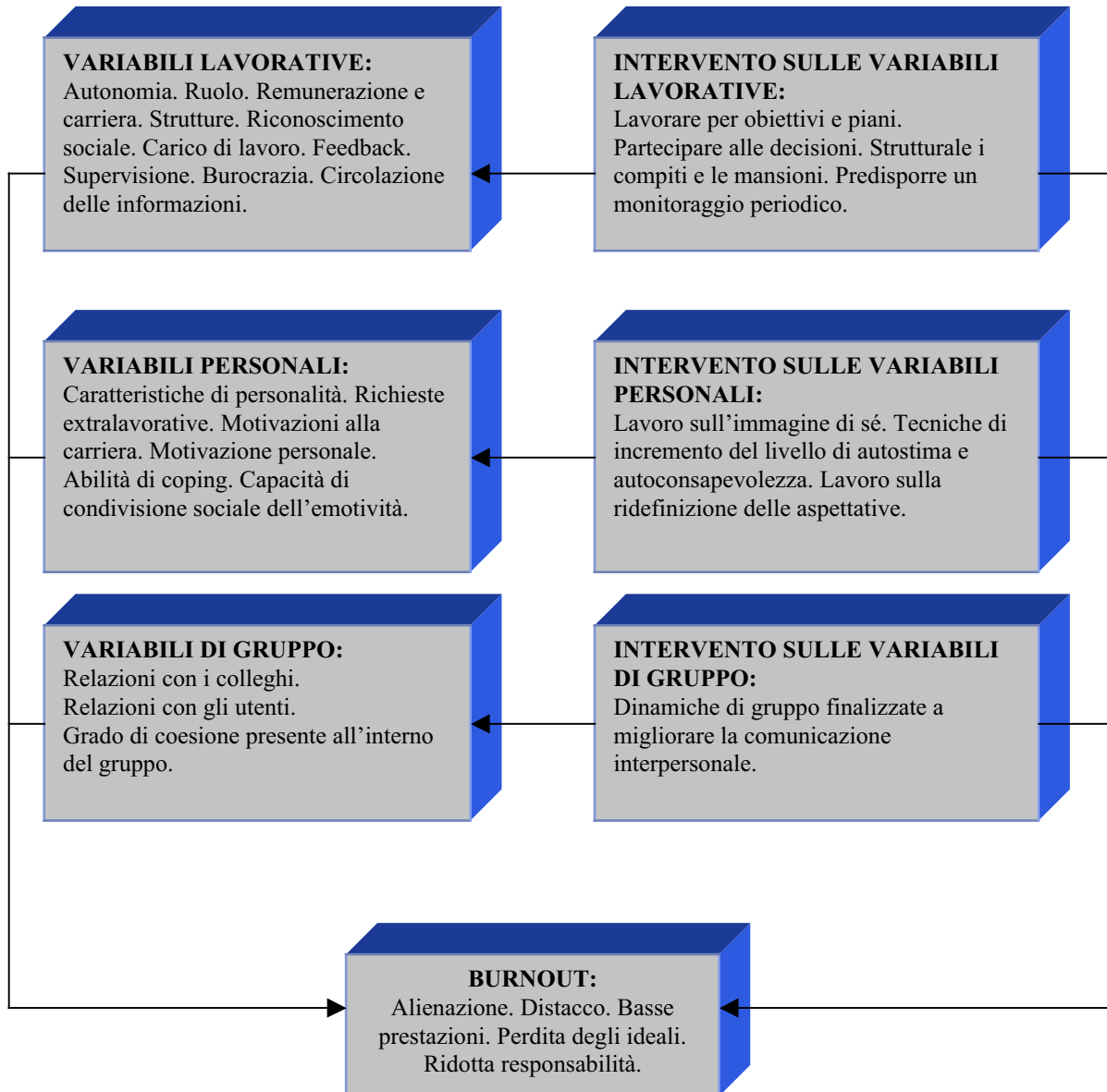
A questi programmi di intervento, che non sono uno alternativo all'altro però sono integrabili, si può aggiungere la creazione di gruppi di supporto non solo tecnico, ma anche emotivo. Questi gruppi, si dovrebbero riunire per scaricare tutte le tensioni accumulate nel lavoro e servono per scambiare pareri ed informazioni per risolvere i problemi che si evidenziano.

La gestione dello stress, produce una grossa riflessione su se stessi

e su come è organizzato il lavoro. Per trovare delle soluzioni è facile dover effettuare dei radicali cambiamenti sia sul "modo", che sul "luogo" di lavoro. Questi cambiamenti individuali e organizzativi possono portare resistenze, insicurezza, conflitti nell'operatore, ma possono non essere sufficienti ad evitare o ridurre il burnout, perché ci sono sempre dei fattori di carattere esterno come la famiglia e lo stile di vita extralavorativo.

La gestione del burnout produce un notevole dispendio di energie sia finanziarie da parte dell'amministrazione, che psicologiche da parte dell'operatore, comunque, questo costo è minore di quello derivante dalla bassa qualità delle prestazioni, dall'assenteismo, dalla richiesta di *turnover*, dall'elevato livello di conflitti che si creano con lo stress.

Tabella 2.2 Cause del burnout e relative proposte di intervento.*



* da "Un aiuto a chi aiuta", Psicologia contemporanea, n° 138, 1996, pag. 62.

CAPITOLO TERZO

PRESENTAZIONE DELLA RICERCA

3.1 INTRODUZIONE

Lo studio da me intrapreso, ha affrontato un tema di grande importanza, che riguarda la condizione lavorativa degli operatori e più specificatamente, quella "situazione di malessere e di profonda inadeguatezza ed insoddisfazione che contraddistingue in modo crescente l'operato di migliaia di persone deputate al soddisfacimento del bisogno di salute della popolazione".¹¹

Questa condizione porta ad incrinare, sia il rapporto tra operatori ed organizzazione sanitaria, sia la relazione che gli stessi operatori e l'organizzazione devono costruire giornalmente con i cittadini.

Attraverso questa ricerca, mi è sembrato interessante capire la frequenza con cui il disagio psicologico definito come *burnout*, si distribuisce all'interno di quell'area definita **critica**, che raccoglie nel presidio ospedaliero "S.Donato" di Arezzo, dove si è svolta la mia

¹¹ Tratto da: L. Agostini, C. Pacchi, R. Parisi, "Curare stanca...verrà la USL e avrà i tuoi occhi", Istituto di Medicina Sociale edit., Roma, 1991, pag. 23.

ricerca, l'**Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione**, e l'**Unità Operativa D.E.U. (Dipartimento Emergenza Urgenza**, costituito dal **Pronto Soccorso** e dall'**Astanteria**), e dell'area **psichiatrica**, identificata nel **D.S.M. (Dipartimento di Salute Mentale)**.

La scelta è caduta su queste due aree, perché entrambi operano con pazienti per cui occorre una particolare attenzione e preparazione dell'infermiere professionale.

L'area critica richiede una massima preparazione tecnica una forte specializzazione e manualità che difficilmente si riesce a trovare in altre Unità Operative.

L'area psichiatrica invece, richiede una particolare predisposizione ad entrare in contatto empatico con il paziente. Il rapporto umano che si instaura tra operatore e utente del servizio è alla base dell'assistenza infermieristica stessa, e può essere a volte, più importante della terapia medica.

Per raggiungere questo obiettivo, mi sono servito di un questionario, oltre alla mia esperienza di tirocinio clinico svolto nel corso degli studi.

Il questionario distribuito si compone di due parti distinte.

La prima parte è costituita dal **Maslach Burnout Inventory** (Maslach & Jackson, 1982), nel suo adattamento italiano curato da S. Sirigatti e C. Stefanile.

La seconda parte è formata da una breve scheda demografica, volta a conoscere dell'intervistato, il sesso, l'età, la posizione lavorativa, le ore settimanali di lavoro, l'anzianità di servizio nel settore socio-sanitario e da quando tempo svolge quella determinata attività.

Nell'originale *Maslach Burnout Inventory*, la scheda demografica è molto più complessa, oltre a quelle notizie, viene richiesto lo stato civile, se l'intervistato ha figli, il titolo di studio. Queste domande, sicuramente, danno un quadro più preciso della vita dell'infermiere professionale, che permettono di capire un po' meglio la sua situazione extralavorativa, in ogni modo sono state da me omesse perché considerate una ingerenza nella vita privata dell'operatore che poteva indurlo a non rispondere o a rispondere in modo poco sincero, per paura che da quei dati si possa risalire a chi ha compilato il questionario, venendo meno il principio di anonimato.

In questa seconda parte, c'erano anche due domande a risposta aperta dove veniva chiesto, agli intervistati, in base alla propria

esperienza lavorativa, in una, quali aspetti giudica positivi della professione che svolge, e nell'altra gli aspetti che giudica negativi.

Il questionario è stato presentato ha tutti gli infermieri delle suddette aree, attraverso una capillare distribuzione. Le buone percentuali di risposta ai questionari e le informazioni ottenute dai colloqui con gli intervistati, rendono il campione "vicino" alla popolazione indagata.

Su 79 infermieri che lavorano in Area Critica ed in Area Psichiatrica e che sono stati contattati per partecipare alla ricerca, il 68,35% ha aderito, cioè 54 infermieri.

All'inizio dello studio, si era cercato di ricorrere all'autosomministrazione del questionario, metodo abbandonato perché ha mostrato dei limiti, che sono:

- 1) la mancanza di flessibilità, cioè una volta affidato il questionario, nulla del suo contenuto può essere precisato o chiarito;

- 2) la bassa percentuale di risposte, per le quali ci si affida alla buona volontà dei soggetti ed alle loro motivazioni verso la ricerca;

- 3) la mancanza di controllo sull'ambiente, cioè il questionario può essere riempito in qualsiasi situazione, anche invalidante, senza che ne

risultino evidenti tracce;

4) l'incompletezza della compilazione;

5) l'impossibilità di registrare risposte spontanee.

Per questi motivi, sono ricorso ad una somministrazione personale dei questionari.

La somministrazione è sempre stata preceduta da una breve presentazione della ricerca e dei suoi scopi, per poi procedere con una rapida illustrazione del questionario, di come è articolato dando chiarimenti e delucidazioni sulle modalità di compilazione e sui singoli *item*. Di volta in volta poi sono stati risolti vari tipi di difficoltà.

In considerazione dei vincoli imposti dall'ambiente burocratico, si è dovuto seguire un "percorso" per contattare le Unità Operative da me scelte per la ricerca. Questo "percorso", per certi versi complesso non ha presentato grosse difficoltà, con l'eccezione di tempi d'attesa generalmente lunghi. Tuttavia ha permesso di incrementare la motivazione dei rispondenti e di raggiungere quote di rientri tali da avvalorare l'attendibilità dei risultati.

La disponibilità si è mantenuta buona pressoché ovunque, considerando i ritmi di lavoro elevati di queste aree, e l'interesse per i

risultati della ricerca è stato più volte ribadito.

Qualche volta, si sono manifestati degli atteggiamenti prevenuti nei confronti dello strumento che, di fatto, prescindevano dalla specificità dei suoi contenuti, per indirizzarsi genericamente all'uso di "questionari" nello studio.

Frequentemente si è dovuto rassicurare gli operatori, sull'effettiva osservanza del principio dell'anonimato, in particolare ribadendo l'impossibilità da parte degli organi direttivi di accedere alle singole schede di rilevazione risalendo a chi le aveva compilate.

3.2 IL CAMPIONE: AREA CRITICA, AREA PSICHIATRICA

AREA CRITICA

La definizione di "*area critica*" indica "l'insieme delle strutture di tipo intensivo, ma anche l'insieme di situazioni caratterizzate dalla criticità dell'ammalato e dalla complessità dell'intervento medico infermieristico"¹². A questa definizione si è arrivati passando per la storia dell'anestesia, della rianimazione, della terapia intensiva e dell'emergenza territoriale.

I servizi di anestesia, furono legalmente istituiti negli ospedali italiani nel 1954, quando si iniziò a comprendere l'utilità di assistere i pazienti in condizioni di salute gravi, in strutture dotate di personale proprio e tecnologie avanzate. Queste nuove strutture per essere identificate dalle altre furono chiamate **rianimazione**, "con questo termine si identificava soprattutto l'atto di ristabilire le funzioni vitali compromesse di un individuo"¹³.

Successivamente nacquero, in modo distinto, le varie rianimazioni

¹² Tratto da: A. Silvestro, "*Inf. Spec. In area critica*", Scenario 3/92, pag. 3.

¹³ Tratto da: AA.VV., "*Il concetto di area critica*", Il paziente critico, pag. 3.

e terapie intensive, come per esempio quella cardiocirurgica, quella pediatrica, quella neurochirurgica ... Questa settorizzazione fu una scelta ben chiara volta ad una superspecializzazione di un "organo", di un "apparato", ma ha portato ad una dispersione di malati in luoghi spesso diversi.

Negli anni '80, si giunge poi, all'emergenza direttamente sul territorio, erogando un'assistenza "sul posto", in base al bisogno che ha l'utente.

Al concetto di *area critica* si è arrivato dopo un lungo percorso che aveva come obiettivo quello di perseguire una assistenza che sia realmente focalizzata sui bisogni dell'utente.

La struttura o servizio o ambito operativo in cui personale qualificato operi, con l'uso di adeguati mezzi, attrezzature e risorse per cercare di soddisfare i bisogni presentati dalle persone con condizioni di rischio per la vita è detta *area critica*.

La parola "area", indica il luogo dove è vissuto il momento critico, la parola "critica" indica la gravità delle condizioni cliniche.

Per criticità si intende "un fenomeno di ordine chimico o fisico, per cui al minimo variare di uno dei parametri che lo determinano segue

un effetto di notevole portata¹⁴. Il paziente in una situazione di equilibrio vitale precario, dove uno o più parametri emodinamici, respiratori, metabolici o neurologici, risultano difficilmente controllabili, si trova impotente e dipende quasi completamente dall'infermiere che deve considerare l'uomo nella sua interezza, garantendogli un'assistenza globale di alta qualità¹⁵.

L'infermiere che lavora in area critica deve avere determinate caratteristiche che gli permettano:

- la rapidità delle decisioni;
- la tempestività delle attività;
- la complessità degli interventi.

E' per questo che deve essere qualificato in modo specifico, attraverso un corso di formazione post-base¹⁶

Gli operatori, devono gestire una situazione lavorativa dove urgenza ed emergenza sono la norma, dove per urgenza si intende "una

¹⁴ Tratto da: C. Silvestri, *"Il concetto di area critica"*, Atti IV° Congresso regionale umbro ANIARTI, "Esperienza in area critica", Scenario, 1990.

¹⁵ Già Virginia Henderson considerava la funzione specifica dell'infermiere che è quella di "Assistere l'individuo sano o malato affinché possa compiere tutti quegli atti tendenti al mantenimento della salute e dalla guarigione, o a prepararlo ad una morte serena, atti che compierebbe da solo se disponesse della forza, della volontà, delle cognizioni necessarie e di favorire la sua partecipazione attiva, in modo da aiutarlo a riconquistare il più rapidamente possibile la sua autonomia".

¹⁶ Questo corso post-base dovrebbe essere istituito assieme a quello degli altri quattro profili professionali istituiti dal D.M. 14/09/94 n. 739, che sono quelli di: a) Sanità pubblica; b) Pediatria; c) Salute mentale-psiichiatria; d) Geriatria; e) Area critica.

condizione statisticamente ordinaria, che riguarda uno o pochi individui colpiti da processi patologici, per i quali, pur non esistendo immediato pericolo di vita è tuttavia necessario adottare, entro breve termine, l'opportuno intervento terapeutico", per emergenza invece si intende "una condizione statisticamente poco frequente che coinvolge uno o più individui, vittime di eventi che pretendono immediato ed adeguato intervento terapeutico, ovvero ricorso a mezzi speciali di trattamento"¹⁷.

AREA PSICHIATRICA

L'area psichiatrica, come la si intende oggi, si è formata attraverso un percorso molto lungo.

La legge 36 del 14 Febbraio 1904, prevedeva la costruzione di un manicomio in ogni provincia, qui venivano ricoverati in modo coattivo gli individui che costituivano pericolosità a sé, agli altri e costituivano pubblico scandalo, queste erano le motivazioni per l'internamento che all'inizio durava solo 28 giorni ma se il direttore del manicomio stesso lo prolungava diventava definitivo e per il malato c'era la perdita dei diritti

¹⁷ Tratto da: Gruppo di studio S.I.A.A.R.T.I. per l'emergenza, "Criteri organizzativi dell'emergenza-urgenza", ed. Mandragola, Firenze, 1992

civili.

Dal 1930 poi, i malati ricoverati erano iscritti nel casellario giudiziario e considerati quindi come dei criminali. Il problema psichiatrico era inteso non con intenti terapeutici, ma pur affermando di voler tutelare il malato, si preoccupavano sostanzialmente di tutelare la società nei confronti del malato stesso.

Il superamento di questa legge "manicomiale" ha richiesto circa settant'anni di tempo e la promozione di un intenso movimento culturale e popolare, definibile "antimanicomiale".

Nel 1968 con la legge 431 si istituiscono i Centri o Servizi di Igiene Mentale (CIM o SIM); il ricovero non avveniva più in modo solo coattivo ma era anche volontario e i ricoverati non venivano più iscritti nel casellario giudiziario.

Soltanto dieci anni dopo si arriva ad una vera riforma in modo liberale della psichiatria in Italia; nel maggio del 1978 viene promulgata la legge 180, detta legge "Basaglia" dal nome di colui che ha lottato per modificare l'assetto della psichiatria, e nel dicembre dello stesso anno la legge 833 di riforma del Sistema Sanitario Nazionale. Con l'avvento della "180", si modifica profondamente la concezione, l'atteggiamento

culturale nei confronti della malattia mentale finalmente intesa e considerata alla stregua di tutte le altre malattie.

Queste ultime due leggi portarono ad una chiusura degli Ospedali Psichiatrici a nuovi ricoveri, alla cura dei malati principalmente nel territorio e a domicilio, all'istituzione negli Ospedali Generali dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC). All'interno delle SPDC ci possono poi essere malati che si ricoverano volontariamente (TSV= trattamento sanitario volontario), o coattamente tramite il TSO (trattamento sanitario obbligatorio); quest'ultimo è ordinato dal sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria, su proposta motivata del medico dell'Unità Sanitaria Locale (USL). Le condizioni necessarie all'effettuazione del TSO sono:

- il paziente non accetta la cura;
- la gravità delle condizioni del paziente;
- l'impossibilità da parte del servizio di assicurare la cura in altre condizioni;
- istanza del giudice tutelare.

Questo provvedimento dura sette giorni ed è rinnovabile.

Il ricovero ospedaliero viene considerato solo un aspetto, solo un

momento dell'intervento assistenziale, che in realtà, per quanto possibile, deve essere garantito al di fuori dell'istituzione, sul territorio, laddove i problemi stessi hanno origine.

"Il lungo processo di smantellamento del manicomio e di costruzione dei servizi psichiatrici territoriali, elidendo il polo dell'internamento, ha interrotto il tradizionale meccanismo di espulsione sociale e di segregazione, e ha profondamente ridefinito le forme organizzative scientifiche e politiche di approccio al problema della salute mentale di una comunità¹⁸".

In questo periodo nasce il DSM (Dipartimento di Salute Mentale), questo raggruppa, SPDC, ed il SIM, che ha sua volta è diviso in SIM per adulti e in SIM per l'infanzia, quest'ultimo si rivolge alle persone sotto i 18 anni operando per esempio all'interno delle scuole. Le attività svolte da questo servizio sono molteplici con obiettivi curativi e riabilitativi, e sono:

- attività ambulatoriali, dove si somministrano terapie, si effettuano prelievi ematici, si prendono appuntamenti per visite specialistiche;

¹⁸ Tratto da: AA.VV. *“Dopo il manicomio, l'esperienza psichiatrica di Arezzo”*, Il Pensiero Scientifico editore, Roma, 1981, pag. 1.

- attività domiciliari, dove si effettuano le stesse attività che ci sono negli ambulatori però al domicilio del paziente;

- attività di Day Hospital, per far fronte a crisi acute che non necessitano di ricovero;

- attività riabilitative, per cercare di far recuperare al malato le abilità di vita sociale che ha perso come la capacità di relazionare, di riuscire a prendersi cura di sé, del proprio ambiente... attraverso dei laboratori dove si svolgono delle piccole attività (per esempio si lavora la ceramica, si redige un piccolo giornale...).

Oltre a queste due, il DSM, coordina delle strutture semiresidenziali, aperte 12h al giorno, e delle strutture residenziali, dove i malati alloggiano tutto il giorno.

Le figure che operano e cooperano nel DSM sono:

- psichiatri;
- psicologi;
- terapisti della riabilitazione;
- assistenti sociali;
- infermieri professionali.

La figura dell'infermiere in psichiatria si è molto modificata.

Il manicomio era concepito come un villaggio autonomo ed autosufficiente dove i malati svolgevano attività "riabilitative" e l'infermiere effettuava un breve corso per conoscere alcune nozioni di anatomia e patologia per poi iniziare a lavorare soprattutto come "custode" dei malati. Spesso svolgeva anche il compito di "maestro d'arti", in pratica effettuava all'interno di queste strutture un'attività, che era poi quella che lui faceva prima di essere assunto dalla struttura stessa (per esempio chi era falegname prima lo era anche dentro il manicomio e cercava di insegnare questo lavoro ai malati).

Adesso l'infermiere in psichiatria segue lo stesso iter scolastico degli altri infermieri, ed il DM 14/09/94 n° 739 ha istituito il profilo professionale in psichiatria che sarà acquisito con la formazione post-base.

3.3 IL "MASLACH BURNOUT INVENTORY"

Il **Maslach Burnout Inventory**, è sicuramente, il questionario più utilizzato ed attendibile per valutare il burnout.

Prende il nome da colei che lo ha pensato, Christina Maslach.

E' costituito da 22 *item*, e la sua validità è stata testata in Italia su di un campione costituito da 1779 soggetti.

Serve per valutare tre aspetti della sindrome di burnout:

- **esaurimento emotivo (EE);**
- **depersonalizzazione (DP);**
- **realizzazione personale (RP).**

Ogni aspetto è misurato da un apposita sottoscala.

La sottoscala EE, esamina come un soggetto abbia la sensazione di essere inaridito emotivamente e sia esaurito dal proprio lavoro. Una persona si sente coinvolta in modo eccessivo dal punto di vista delle emozioni, e viene sopraffatta dalle richieste emozionali che gli altri gli impongono.

La sottoscala DP, valuta il comportamento del soggetto intervistato nei confronti dell'utente del proprio servizio. L'individuo ha dei "pregiudizi" nei confronti dell'utente del servizio, cioè si fa una

cattiva opinione di lui.

La sottoscala RP misura la sensazione di competenza che avverte il soggetto e il desiderio di successo nel lavorare con gli altri. L'operatore emette un "auto-verdetto di fallimento", si sente inadatto a stabilire relazioni con i propri assistiti.

La frequenza con cui l'intervistato prova sensazioni relative a ciascuna delle sottoscale, è valutata utilizzando una modalità di risposta a sette punti dove:

0 = significa che non si è mai verificata quella situazione;

1 = significa che si è verificata qualche volta all'anno;

2 = significa che si è verificata una volta al mese o meno;

3 = significa che si è verificata qualche volta al mese;

4 = significa che si è verificata una volta alla settimana;

5 = significa che si è verificata qualche volta alla settimana;

6 = significa che si è verificata ogni giorno.

Molto importante è capire che il burnout non è una variabile dicotomica che è presente oppure è assente. Il burnout va considerato "come una variabile continua da basso, a moderato, ad alto grado di

sentimenti provati."¹⁹

Un alto grado di burnout si avrà se i punteggi nelle sottoscale EE e DP sono alti e sono bassi i punteggi della sottoscala RP.

Un medio grado di burnout si avrà se i punteggi delle tre sottoscale sono medi.

Si avrà invece un basso grado di burnout se i punteggi delle sottoscale EE e DP sono bassi e sono alti i punteggi della sottoscala RP.

Ciascun questionario compilato, è corretto mediante un apposita griglia che consente di definire i punteggi di ciascuna sottoscala. Ogni punteggio può essere classificato come basso, medio, elevato, usando i valori di soglia indicati nella tabella 3.1.

Tabella 3.1 Categorizzazione dei punteggi *

	Esaurimento emotivo (EE)	Depersonalizzazione (DP)	Realizzazione personale (PA)
Elevato	24 o più	9 o più	0 - 29
Medio	15 - 23	4 - 8	30 - 36
Basso	0 - 14	0 - 3	37 o più

* Tratto da: C. Maslach, S. Jackson “*Maslach burnout inventory*”, Ediz. Organizzazioni Speciali.

¹⁹ Tratto da: C. Maslach, S. Jackson, “*MBI, Maslach Burnout Inventory*”, ed. Organizzazioni Speciali, Firenze, 1993, pag.4.

CAPITOLO QUARTO

ANALISI DEI RISULTATI

4.1 CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE DEL CAMPIONE

Per illustrare i risultati delle analisi statistiche effettuate sui questionari raccolti, si è preferito suddividere i dati in blocchi di variabili: un primo blocco riguarda i dati socio-anagrafici, che saranno esposti in questo paragrafo, un secondo blocco riguarda l'analisi del *Maslach Burnout Inventory*, a sua volta suddiviso in tre scale, e un terzo blocco analizza le considerazioni degli infermieri professionali riguardo la loro professione.

Gli operatori intervistati, che hanno voluto aderire alla ricerca, sono per il 50% uomini e per il 50% donne, questa casuale uguaglianza è rispettata anche andando a vedere le due singole aree, situazione che però non rispecchia il vero panorama infermieristico che risulta squilibrato verso il sesso femminile.

Per quello che riguarda il burnout, non si sono rilevate differenze

statisticamente significative tra i due sessi.

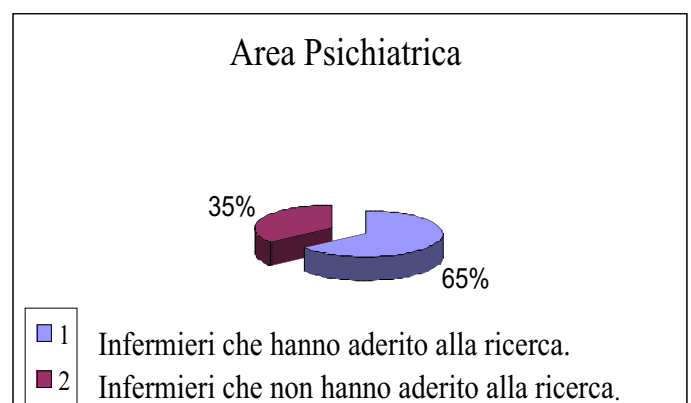
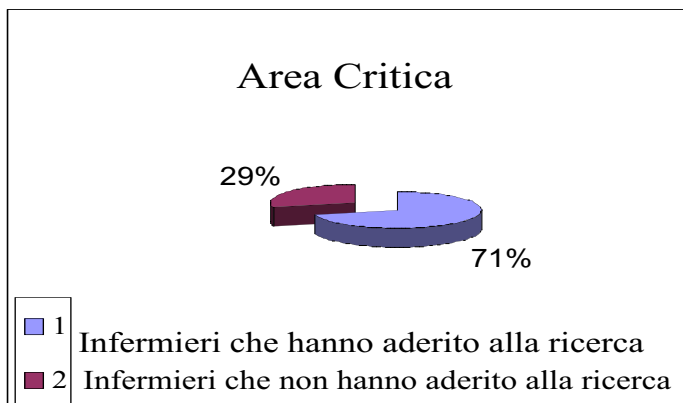
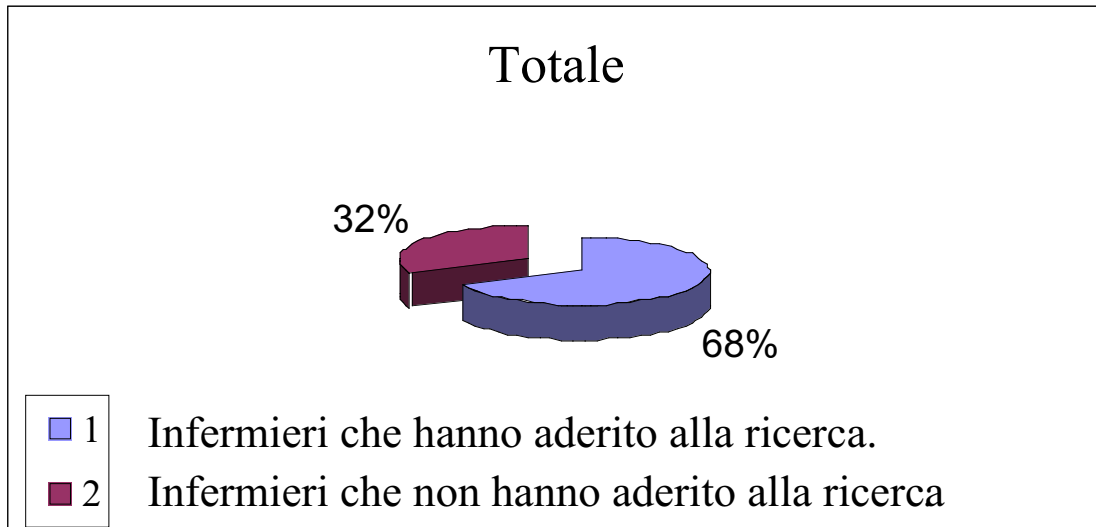
L'età media del campione è di 37,5 anni (36,08 anni per l'Area Critica, 38,94 anni per l'Area Psichiatrica); gli intervistati sono stati suddivisi in quattro fasce che evidenziano una buona presenza di giovani sotto i 30 anni. Anche qui, non ci sono delle correlazioni statisticamente significative tra età ed indicatori di burnout che suggeriscono l'assenza di un legame preciso tra burnout ed età cronologica.

La situazione non varia se si considera l'anzianità di servizio media che è risultata di 13,77 anni per l'Area Critica, e di 11,37 per l'altra area, e l'anzianità relativa al servizio nel quale gli operatori risultano in attività al momento dell'intervista è di 11,85 chi lavora al Pronto Soccorso ed in Rianimazione, e di 11,37 anni per chi lavora nell'Area Psichiatrica.

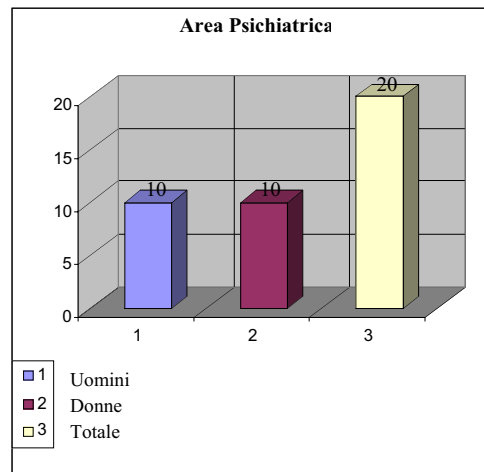
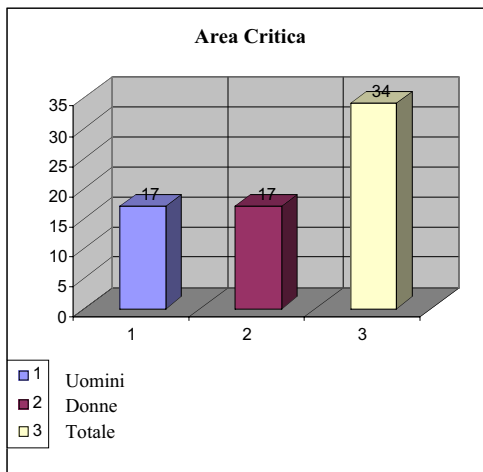
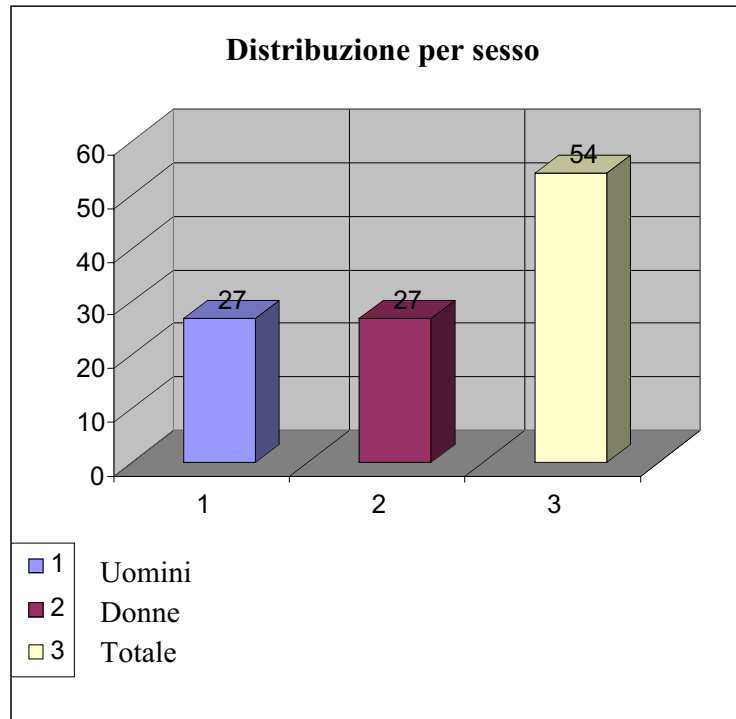
Dalle risposte al questionario si evidenzia la scarsa incidenza sul burnout del grado di mobilità orizzontale dell'operatore nell'organizzazione (*turnover*).

Le poche correlazioni esistenti tra caratteristiche socio-anagrafiche e burnout sono riportate nel testo di volta in volta che si presentano.

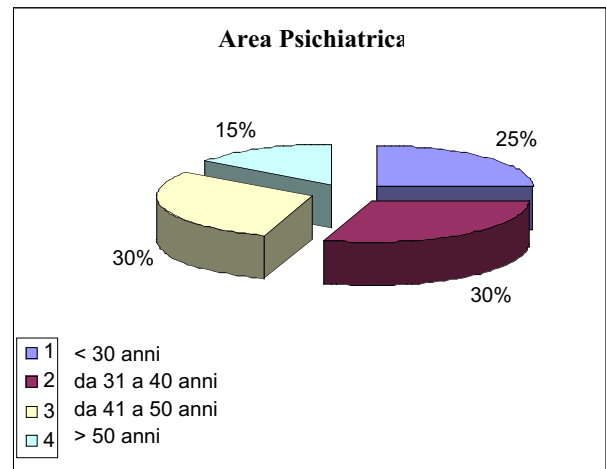
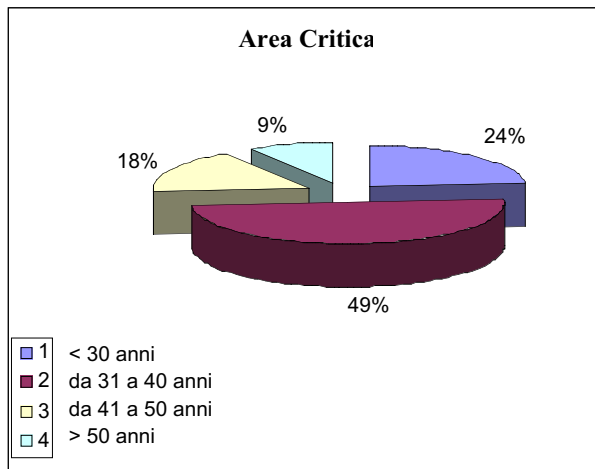
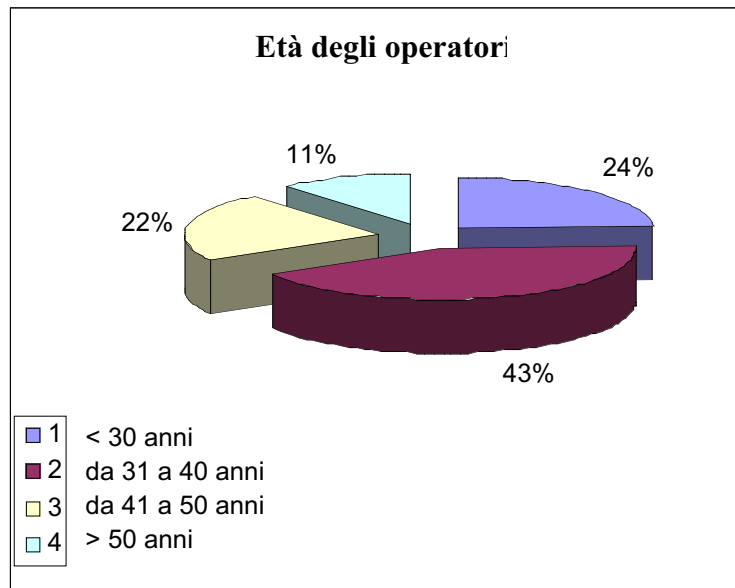
Adesione degli infermieri alla ricerca



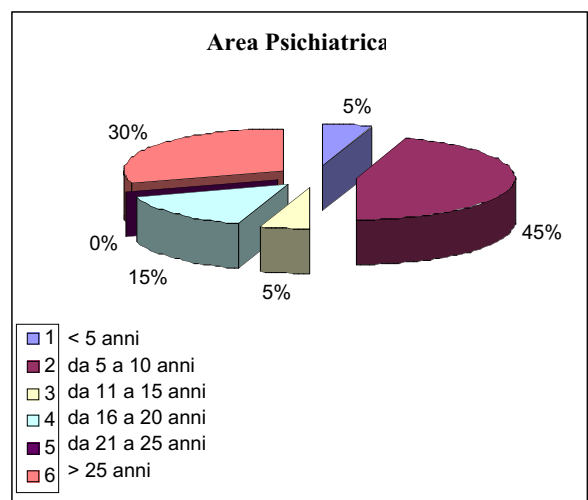
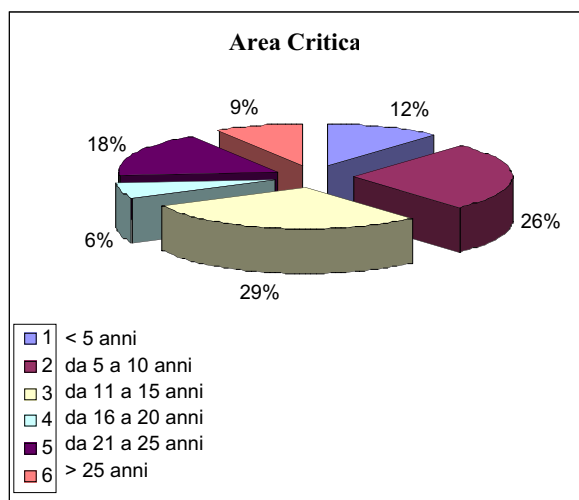
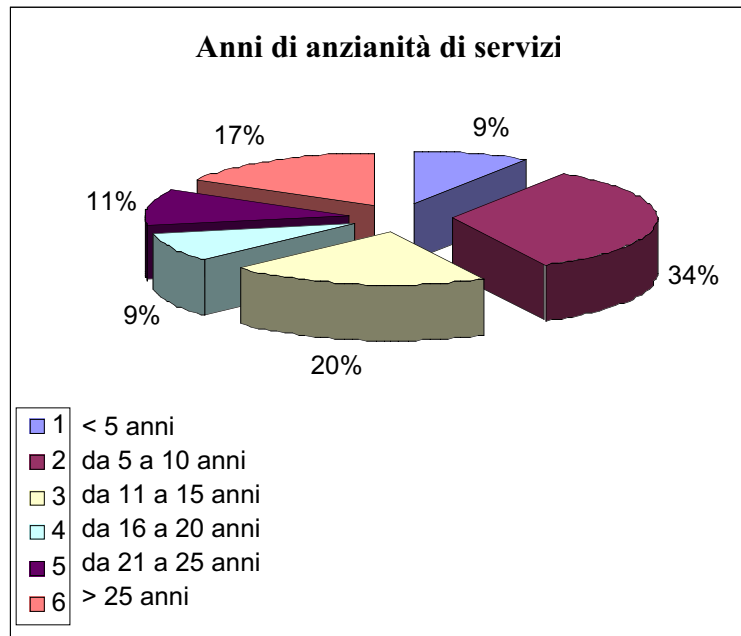
Distribuzione degli infermieri in base al sesso



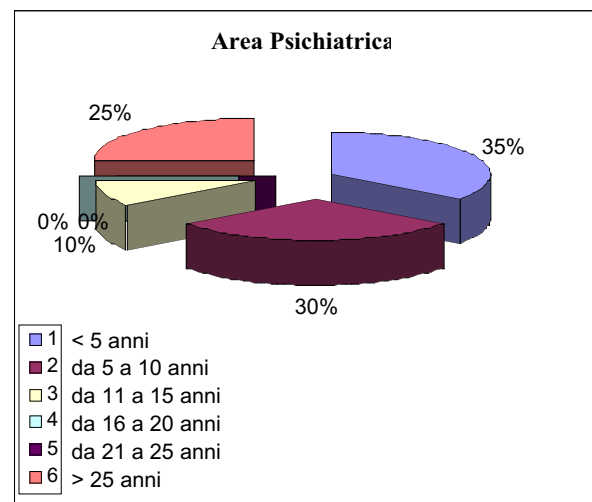
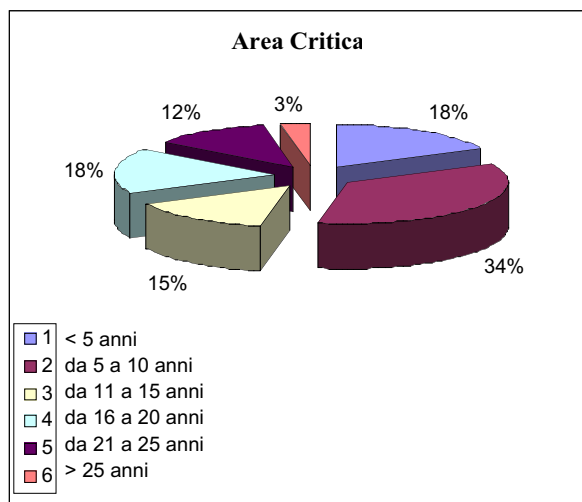
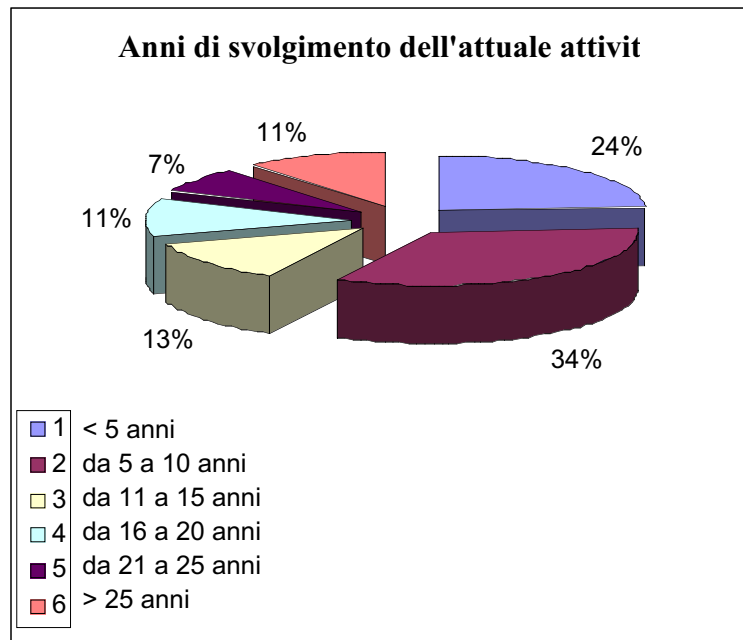
Distribuzione degli operatori per l'età



Distribuzione degli infermieri in base all'anzianità di servizio



Distribuzione degli infermieri in base agli anni di svolgimento dell'attività attuale



4.2 GLI ASPETTI DEL "MASLACH BURNOUT INVENTORY"

- ESAURIMENTO EMOTIVO

In ordine di gravità, questa dimensione, che si osserva analizzando le risposte di 9 item del questionario, evidenzia le condizioni peggiori di esposizione alla sindrome del burnout, subito dopo la dimensione *realizzazione personale*.

Questa situazione di gravità è molto evidente in Area Critica, dove il 29,41% degli intervistati ha un'elevata frequenza di **esaurimento emotivo**.

L'**esaurimento emotivo**, è messo in risalto dal sentimento di sfinimento che si genera nell'operatore al termine di una giornata di lavoro, che insorge in più del 30% degli infermieri d'Area Critica. Questa situazione è rimarcata dalla sensazione di lavorare troppo duramente che ha più del 55% degli intervistati.

A differenza di quello che è riportato in letteratura, sono gli uomini che costituiscono il gruppo maggiormente esaurito emozionalmente (sono il 60% rispetto al 40% delle donne).

Le fasce generazionali che sembrano essere maggiormente esposte

all'esaurimento emozionale, sono quelle che comprendono i soggetti che hanno un età compresa tra 31 e 40 anni e quelli con età maggiore a 50 anni.

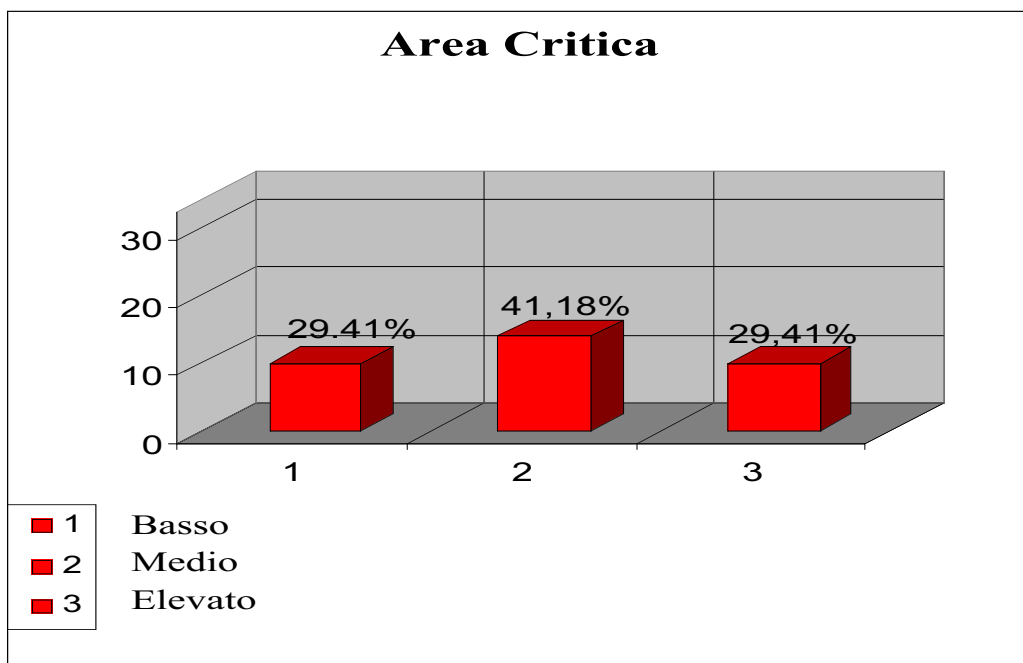
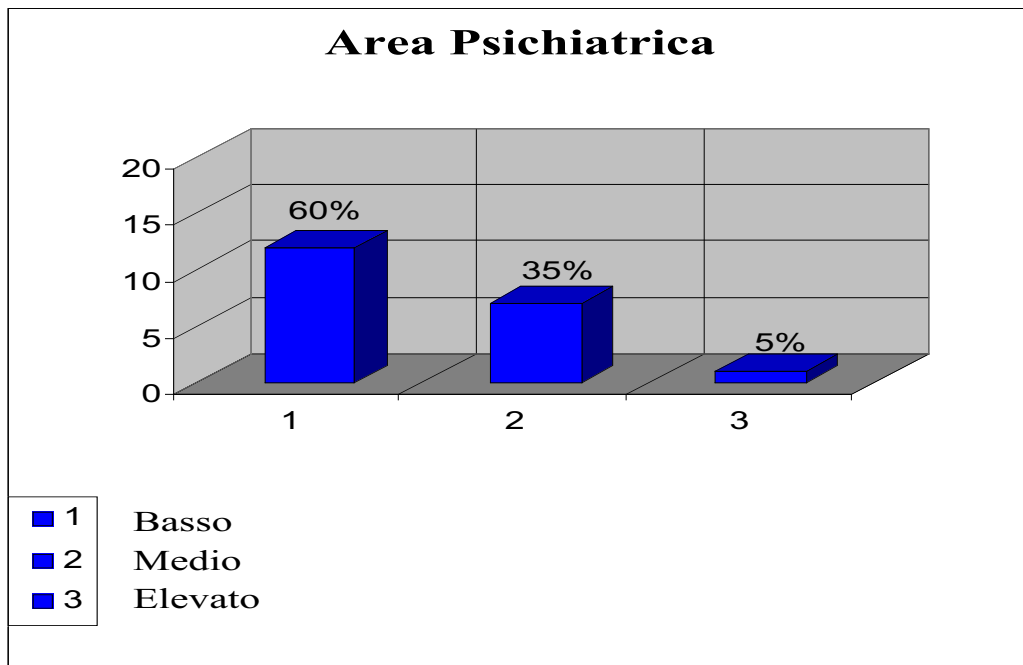
A differenza dell'Area Critica, nell'Area Psichiatrica, l'esaurimento emotivo risulta essere molto basso (60% degli intervistati).

Questo può significare che nell'Area Psichiatrica non c'è ancora quel sentimento di inaridimento personale delle emozioni, e l'infermiere crede ancora nella possibilità di poter "dare molte cose" all'utente del servizio, anche perché ha maggior tempo da dedicare alle singole persone.

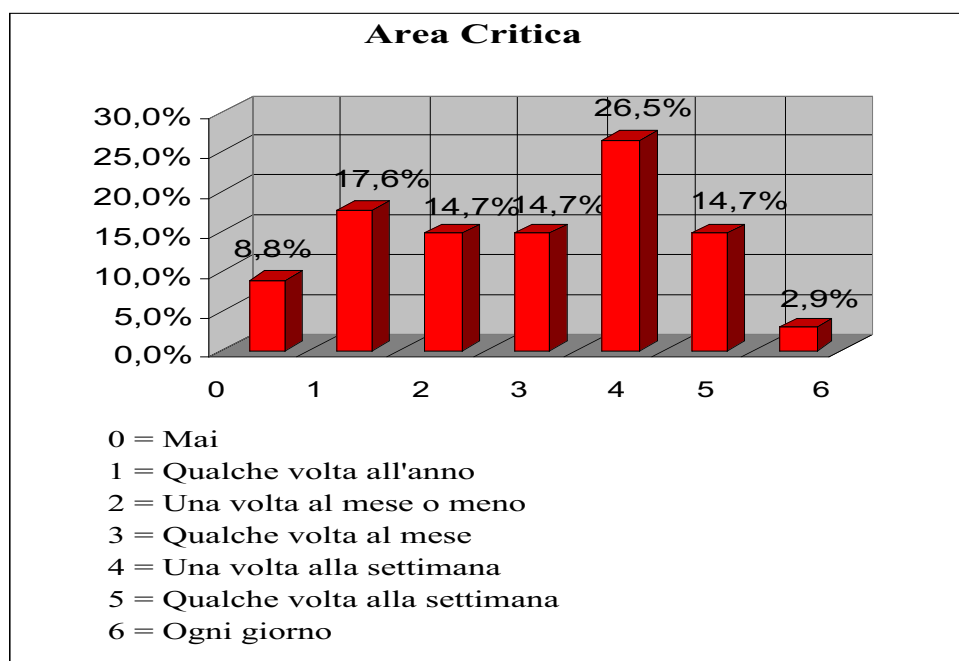
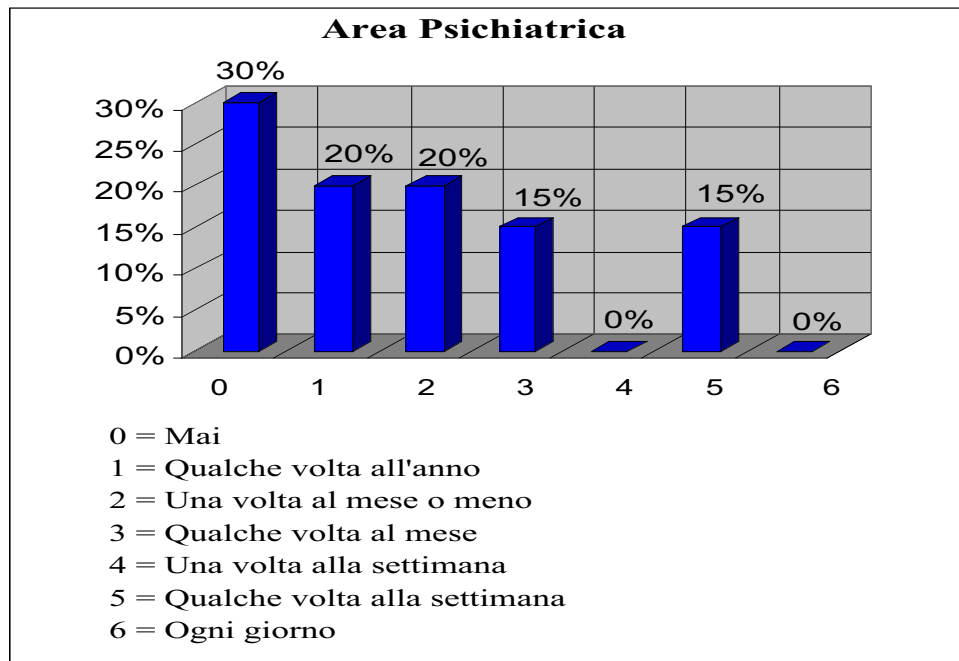
In Area Critica, invece, i ritmi di lavoro, sicuramente più veloci e stressanti, hanno generato una sensazione di sfiducia che conduce a questa condizione di esaurimento delle risorse emozionali.

In pratica, sembrano essere ancora le condizioni oggettive del lavoro ben più che il rapporto con la gente a provocare il maggiore esaurimento.

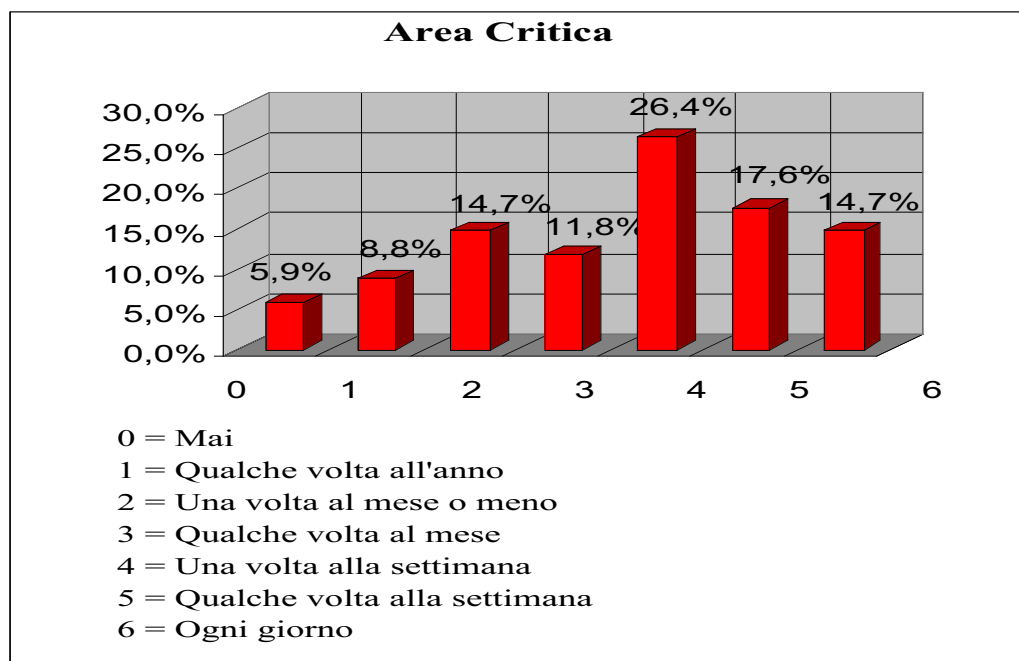
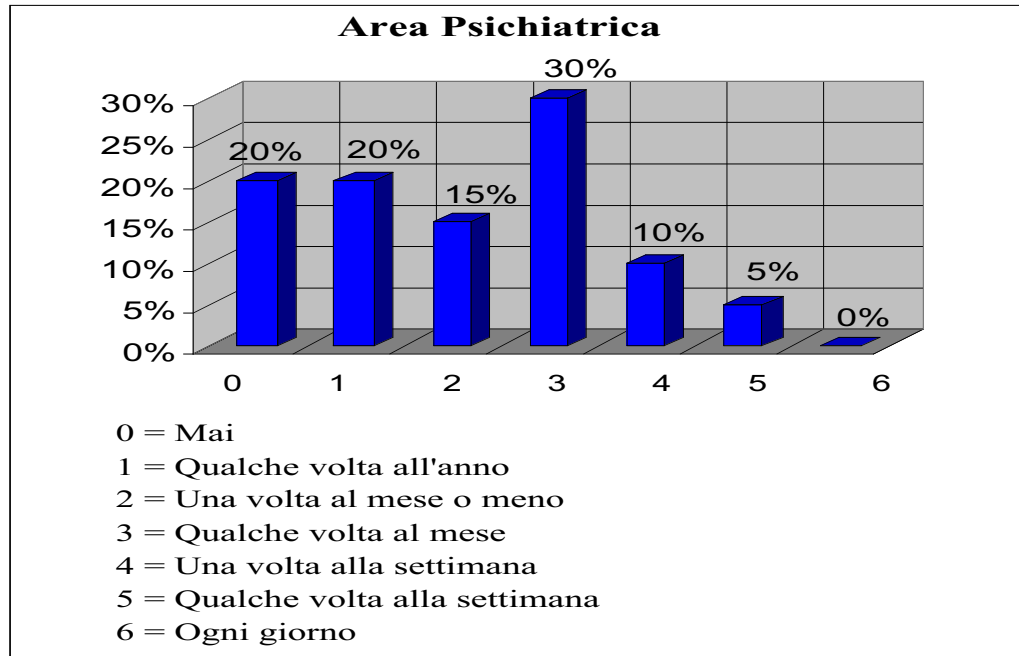
ESAURIMENTO EMOTIVO



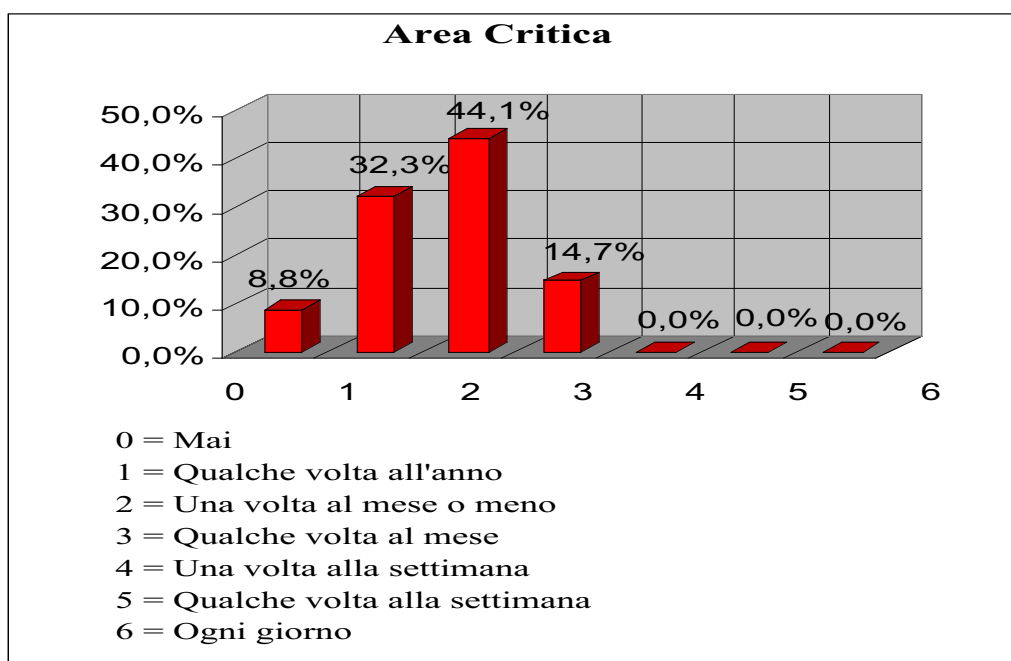
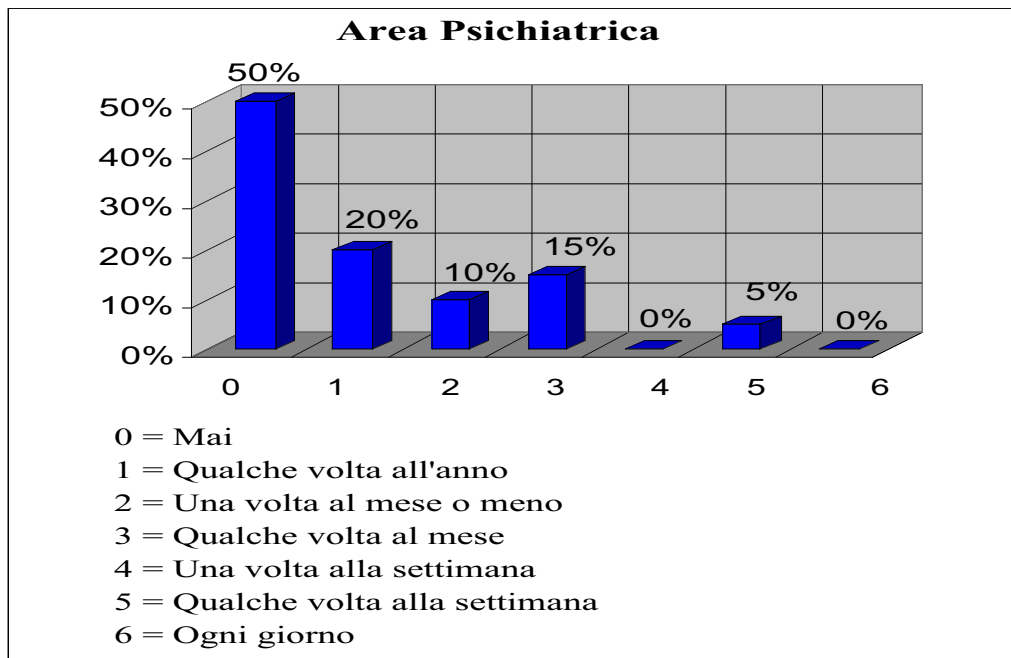
Mi sento emotivamente sfinito dal mio lavoro



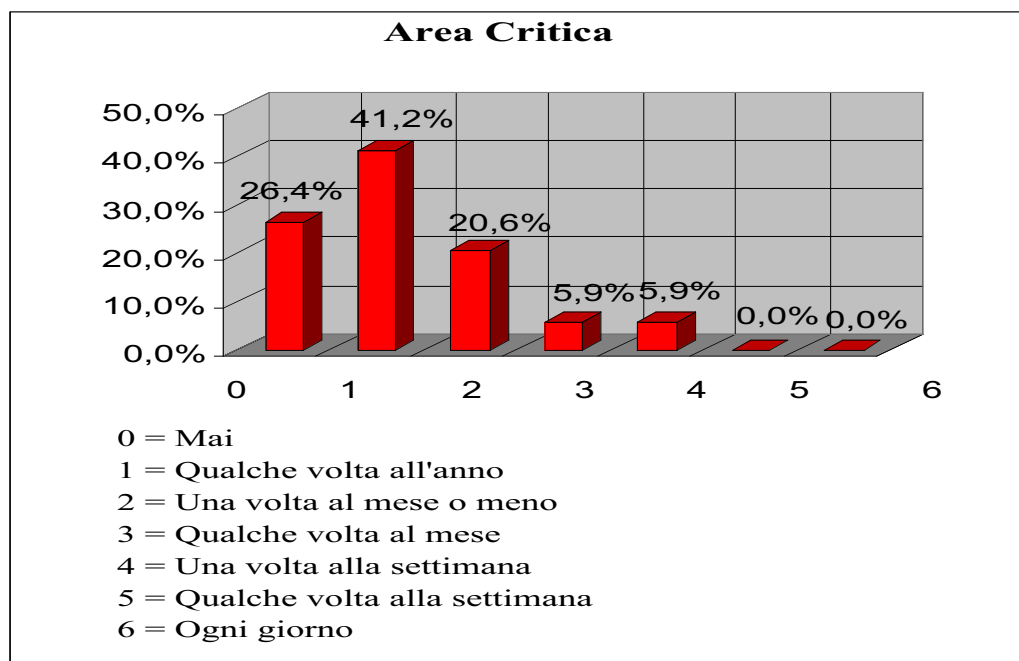
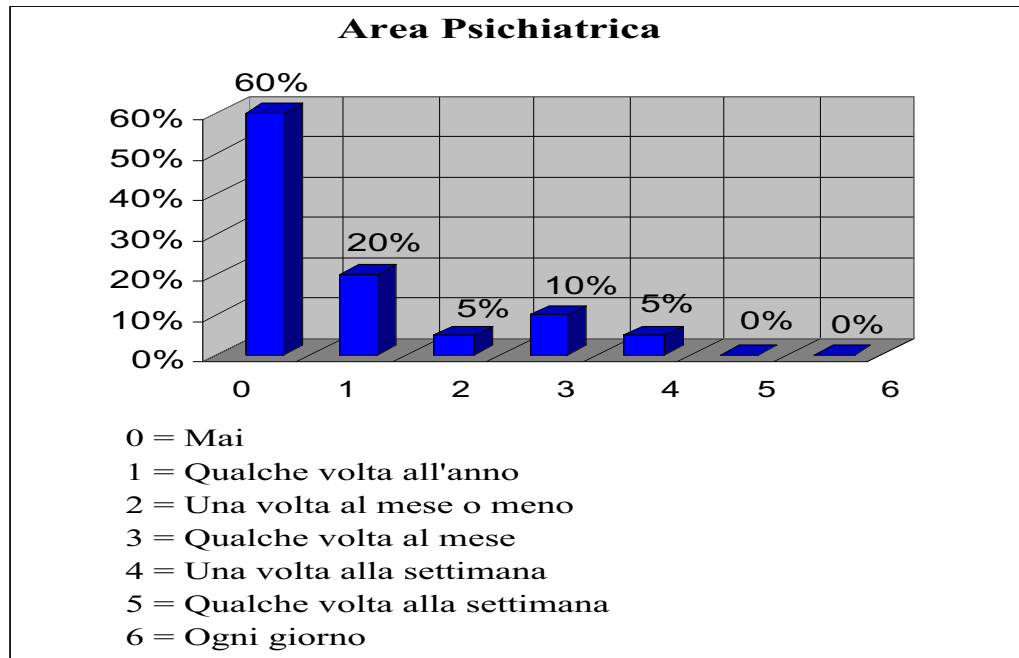
Mi sento sfinito alla fine de una giornata di lavoro



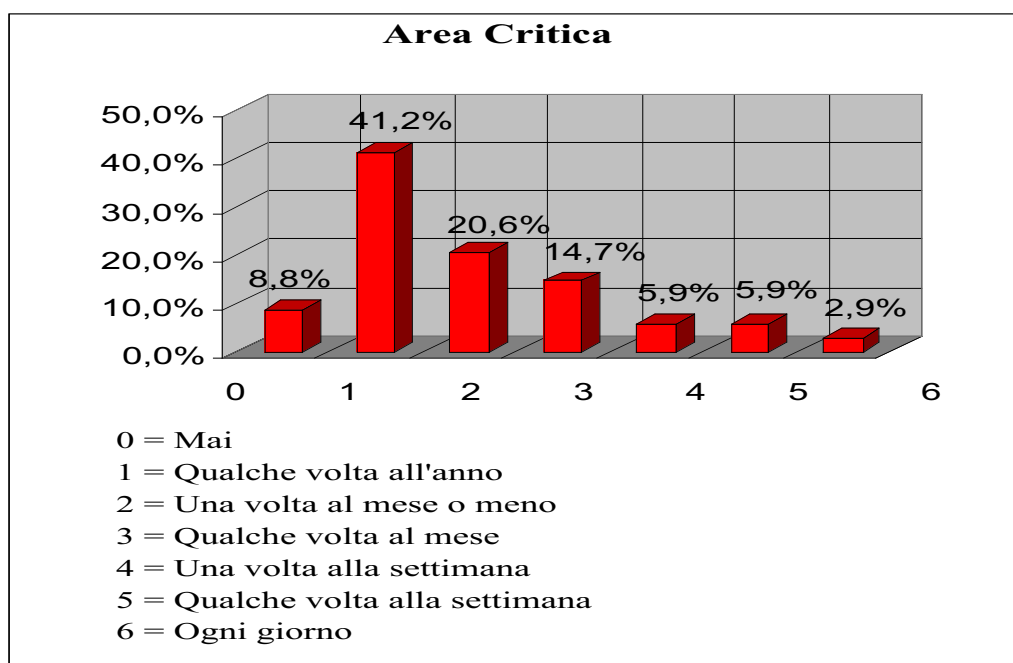
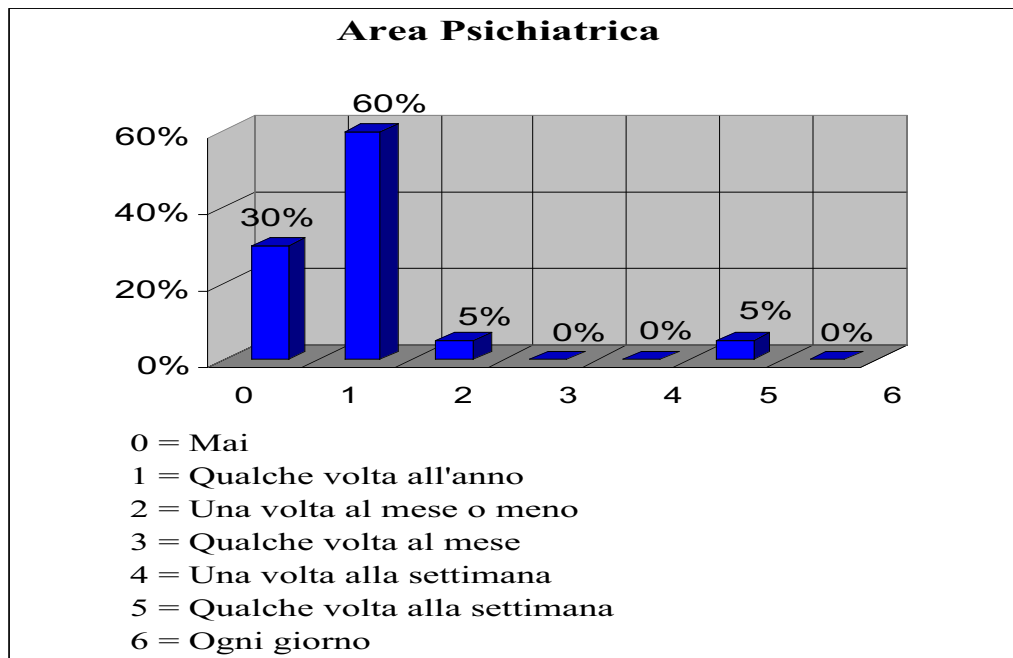
Mi sento stanco quando mi alzo la mattina e devo affrontare un'altra giornata di lavoro



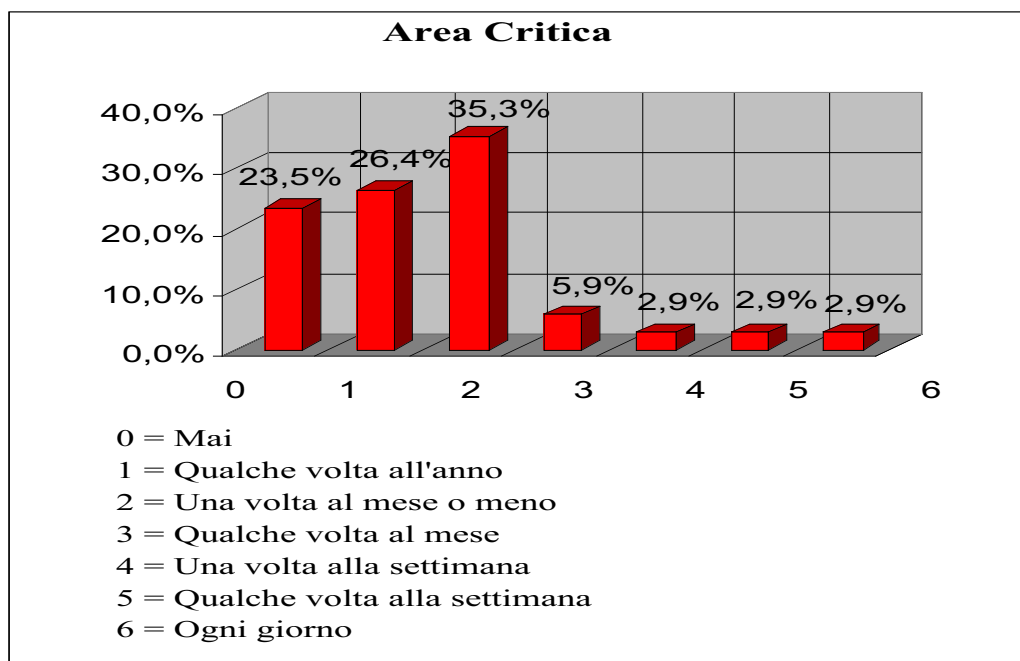
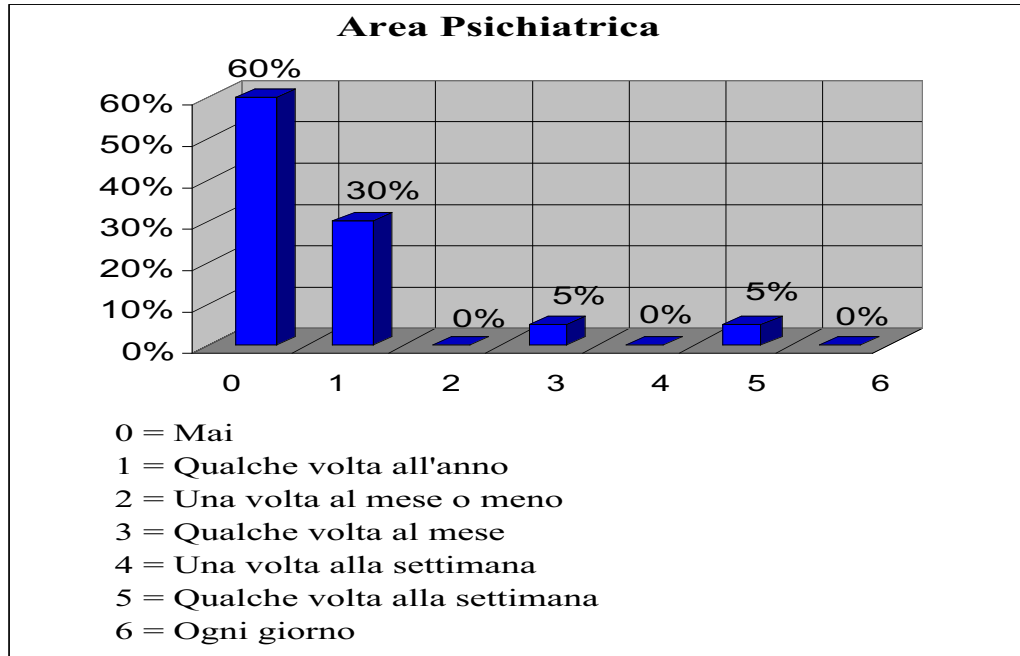
Mi pare che lavorare tutto il giorno con la gente mi pesi



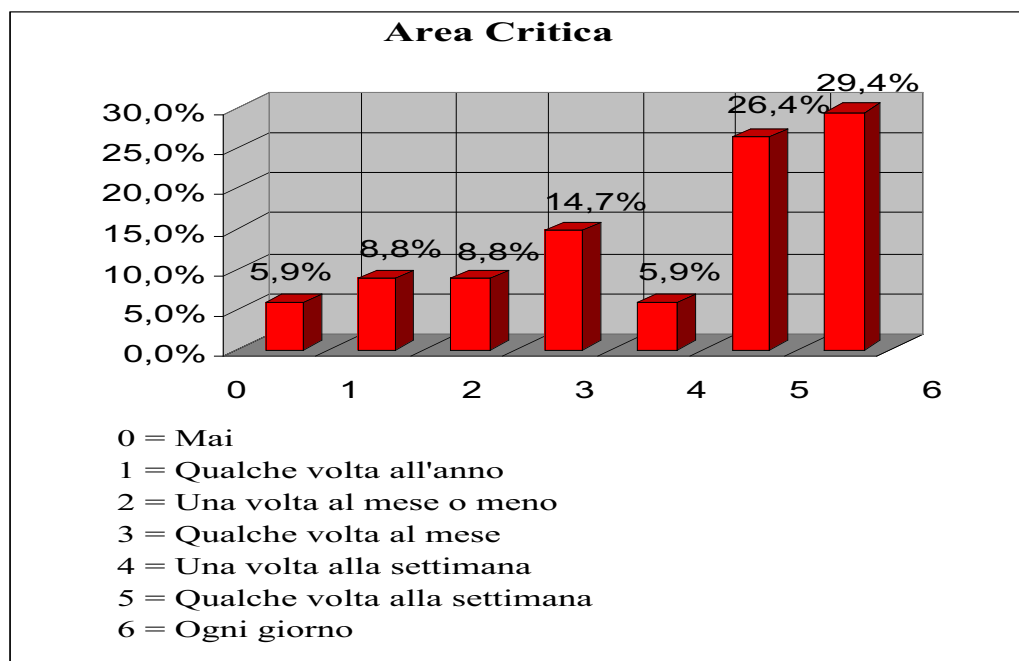
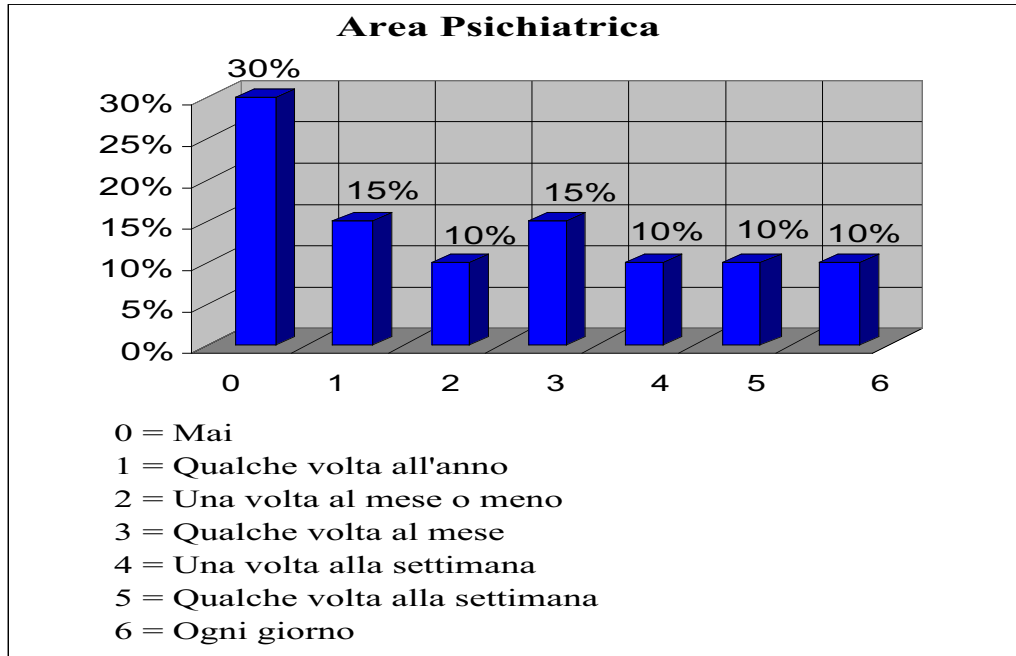
Mi sento esaurito dal mio lavoro



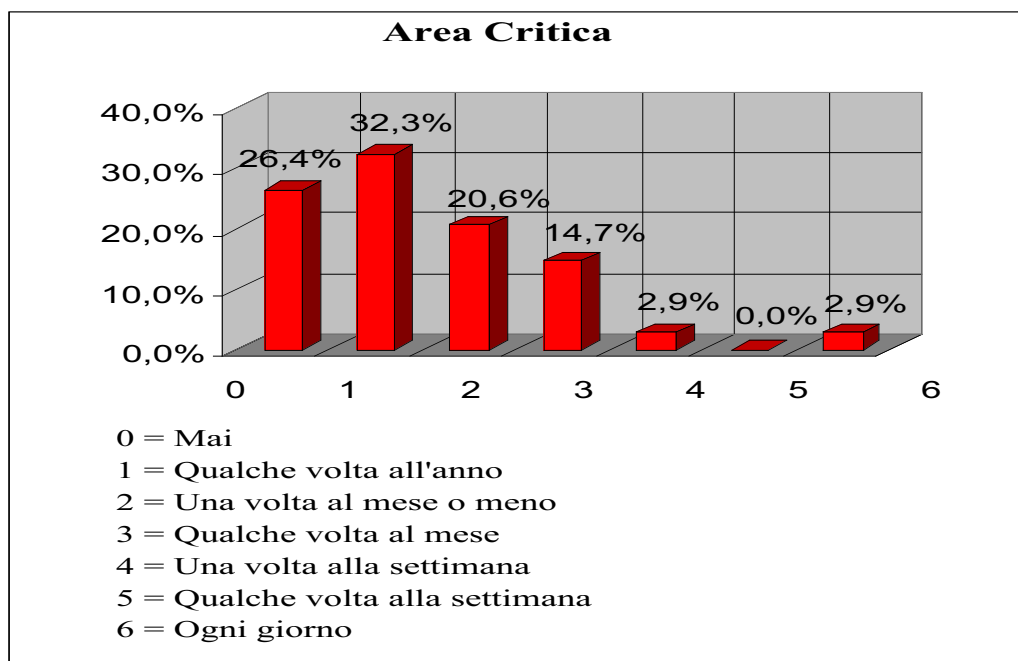
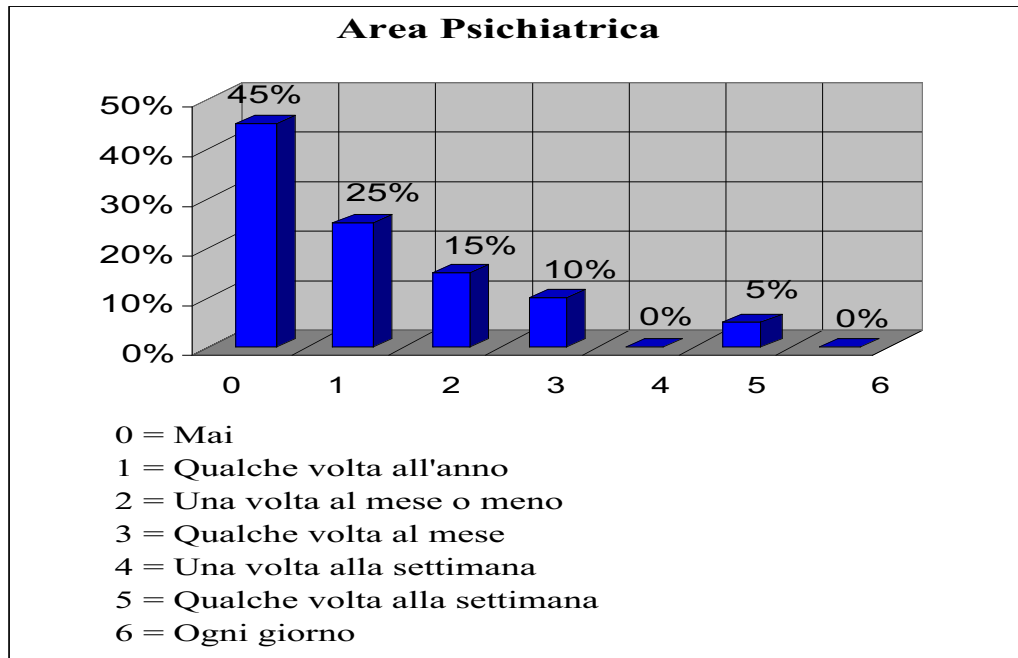
Sono frustrato dal mio lavoro



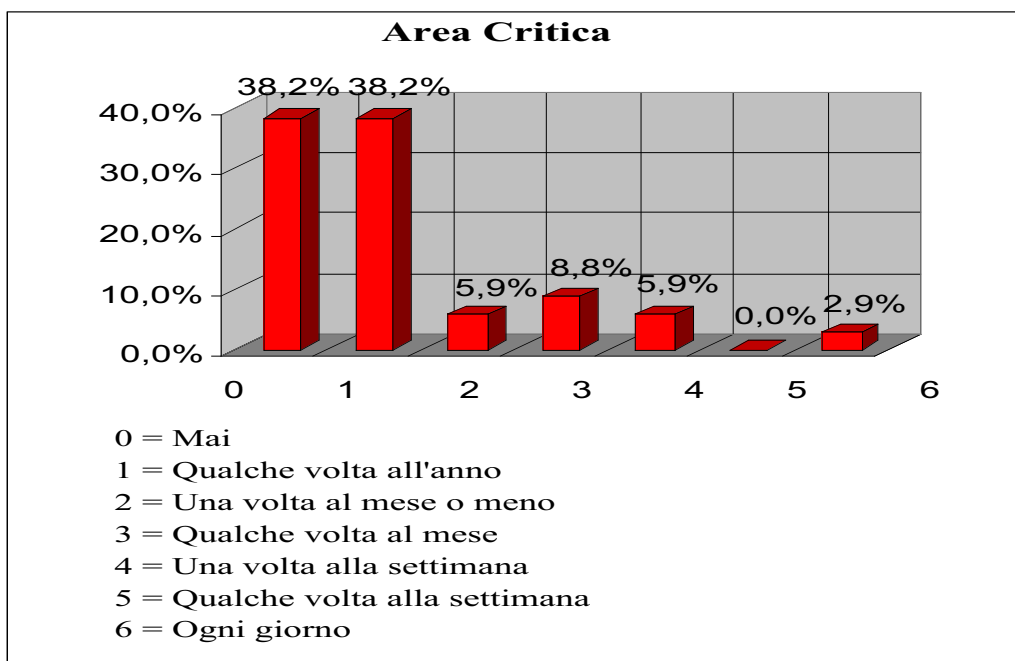
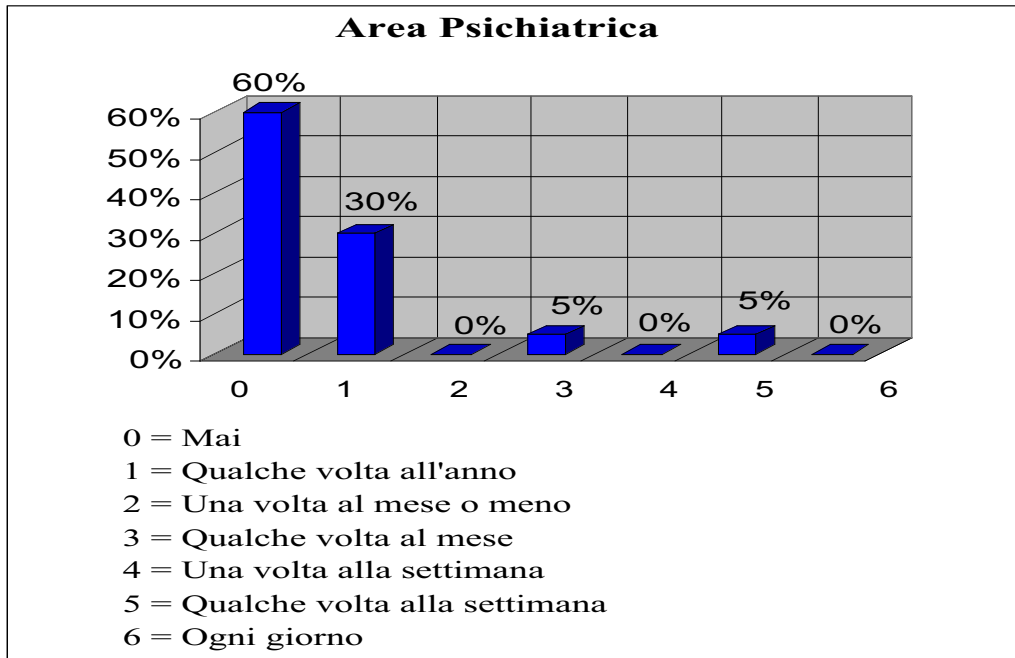
Credo di lavorare troppo duramente



Lavorare direttamente a contatto con la gente mi crea troppa tensione



Sento di non farcela più



-DEPERSONALIZZAZIONE

Cinque item consentono di osservare e valutare i sintomi rappresentativi della seconda area fattoriale della sindrome.

Anche qua condizione di esposizione del campione risulta molto preoccupante nell'Area Critica, perché il 38,23% degli intervistati, ha un elevato grado di **depersonalizzazione**.

Inoltre, è opportuno, considerando la particolare versione "in negativo" dell'espressione del valore, tener conto della quota non indifferente di coloro che si collocano nella posizione intermedia di disagio, che sono il 47,06% del campione. Se vengono aggregati a quelli che hanno espresso massimo disagio, andrebbero a costituire una "zona di sofferenza" assai preoccupante e rilevante (85,29%).

In particolare, gli uomini in questo caso risultano soffrire di questo sentimento in misura considerevolmente superiore alle donne (sono il 70% degli intervistati con risultato elevato).

I soggetti con età compresa tra i 31 ed i 40 anni, e con più di 50 anni, sono quelli con un incidenza maggiore.

Come nella prima dimensione analizzata, anche qui gli infermieri che lavorano nell'Area Psichiatrica, hanno un basso livello di

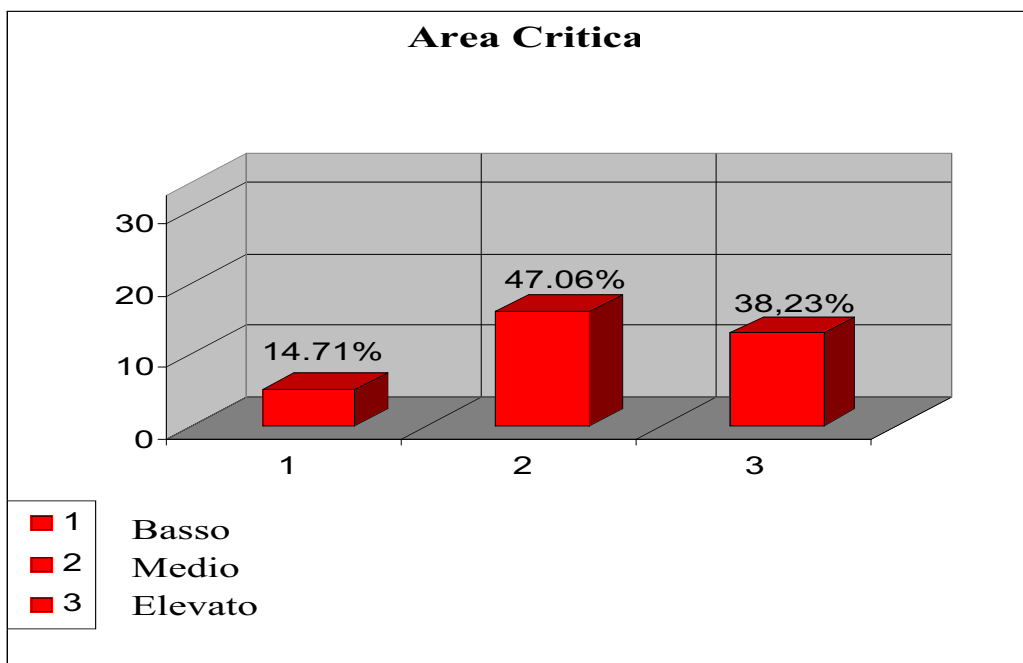
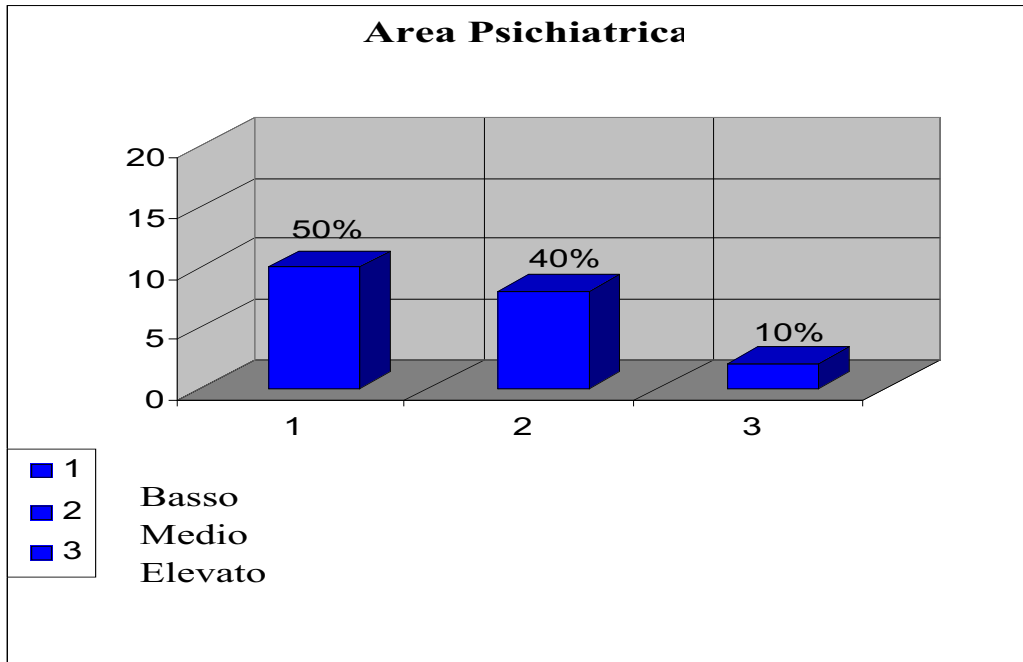
depersonalizzazione.

Questo risultato era abbastanza intuitivo da raggiungere, perché gli operatori della psichiatria fondano tutto il loro lavoro nel rapporto che si instaura con i pazienti, mentre nell'altra area troppo spesso, l'infermiere deve prima di tutto occuparsi della risoluzione del problema strettamente sanitario, e non ha il tempo per instaurare una forte relazione con il paziente.

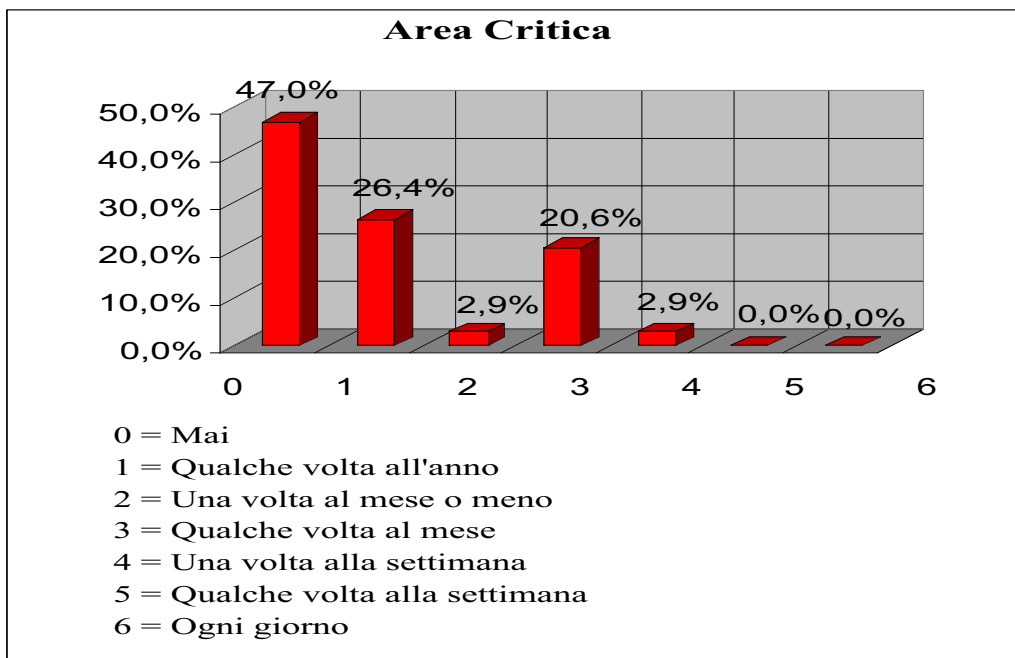
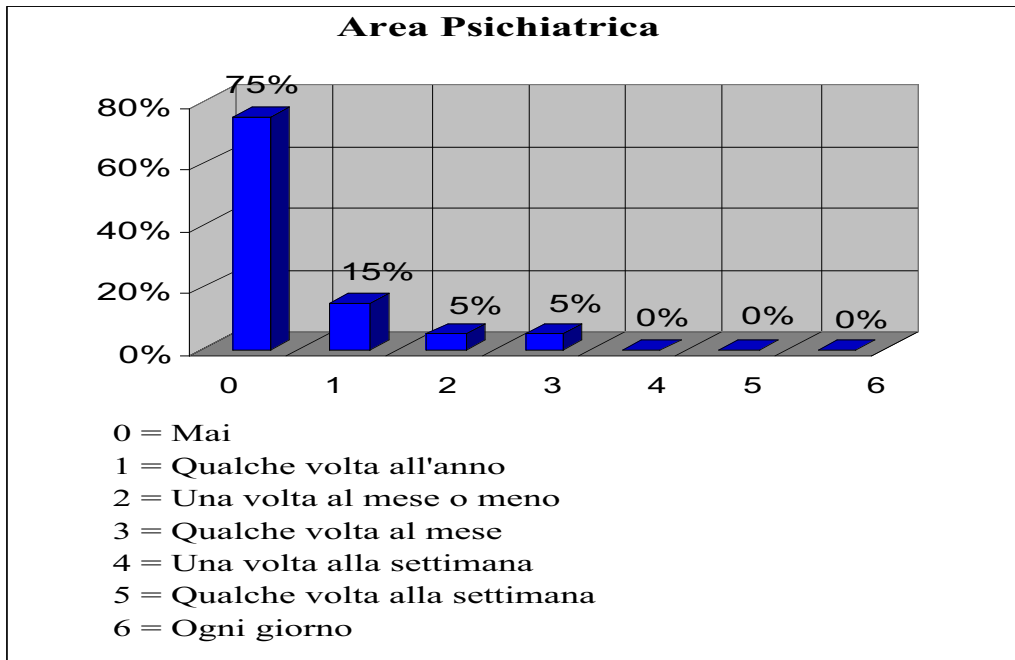
E' interessante notare, che tra i cinque item che "costruiscono" la dimensione in questione un grosso peso a l'ultima domanda. Da questa emerge quanto gli infermieri dell'Area Critica si sentono colpevolizzati dai pazienti, cioè sentono che gli utenti del servizio attribuiscono la colpa a loro per i propri problemi. Questi nascono, soprattutto, dalla inefficienza di alcune strutture e servizi, questa condizione genera un forte stress sia negli operatori che negli utenti che lo scaricano spesso su chi non ha colpe specifiche. La risposta a questa situazione da parte dell'operatore è abbastanza diversificata, ad alcuni non interessa ciò che l'utente pensa di lui, e continua a lavorare normalmente, altri hanno cominciato a trattare gli utenti con distacco, rendendosi però conto di essere diventato più insensibile alle richieste dei pazienti. Dalle risposte

date al questionario emerge che una grossa paura dell'operatore è proprio quella di diventare insensibile alle richieste dell'utente, che questo lavoro li possa "indurire emotivamente", e che ciò si possa ripercuotere anche nella vita privata.

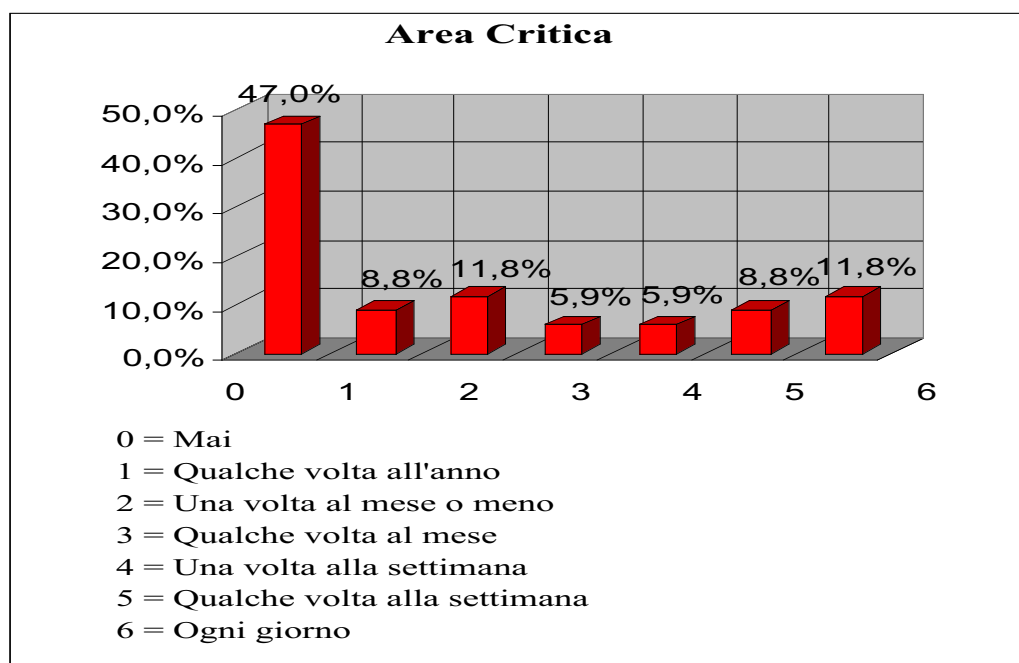
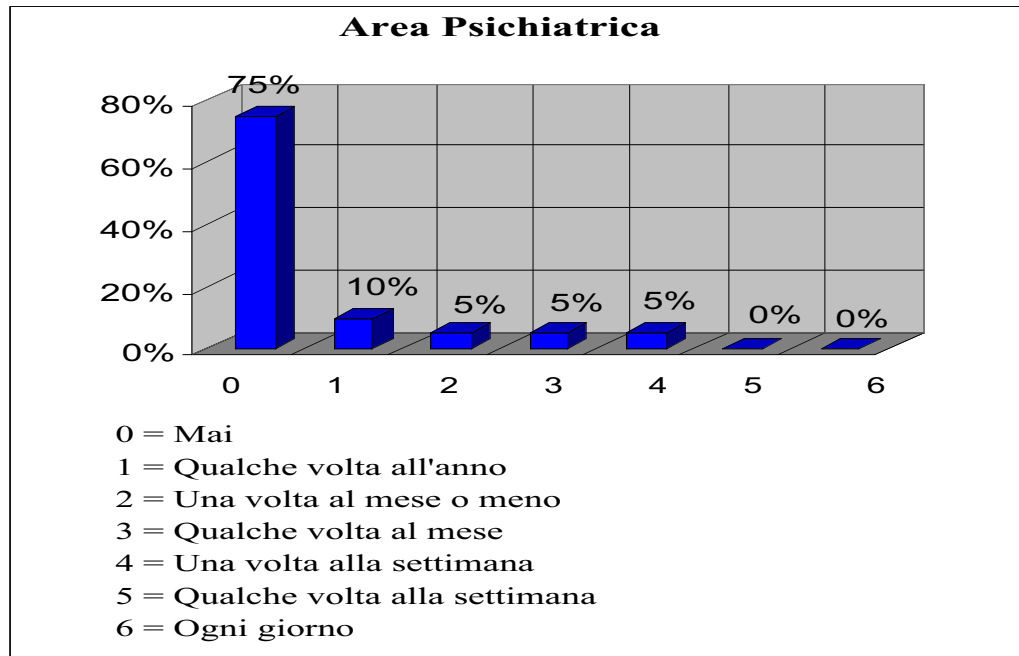
DEPERSONALIZZAZIONE (DP)



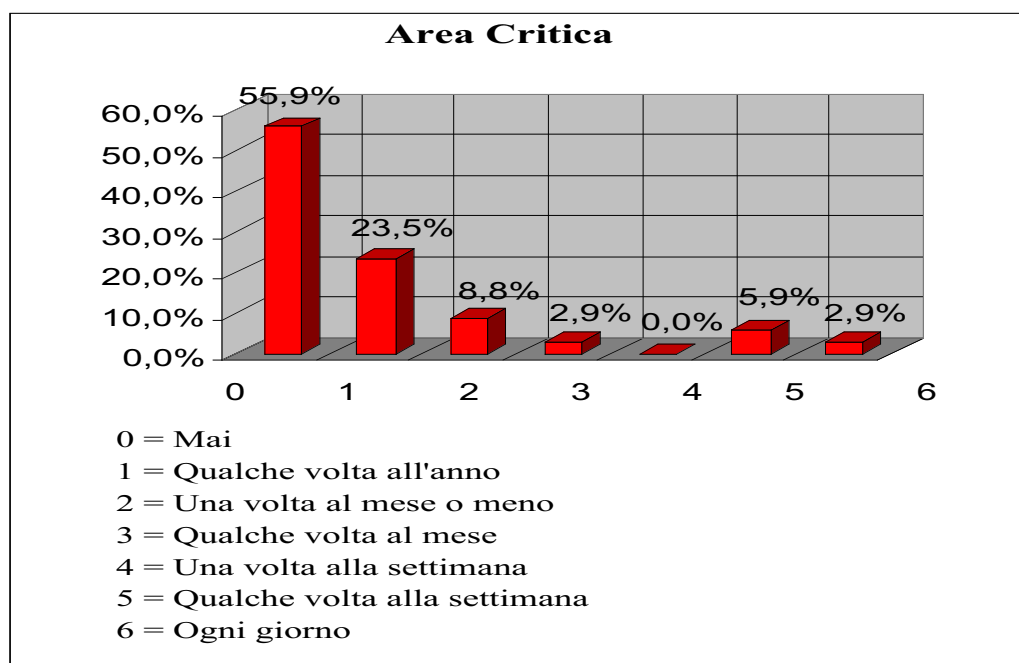
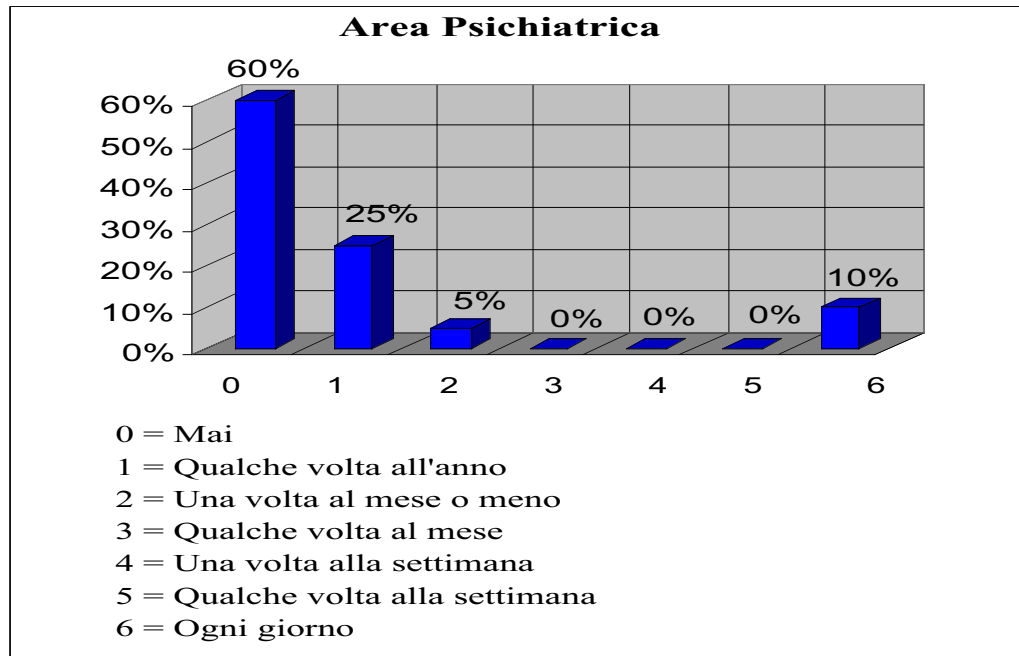
Mi pare di trattare alcuni utenti come fossero degli oggetti



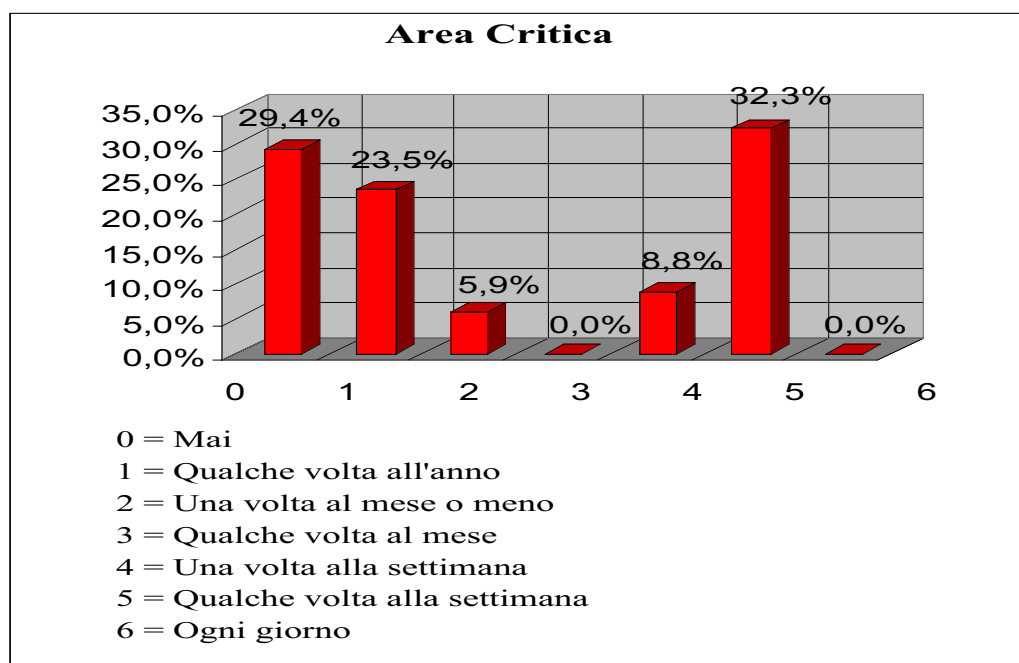
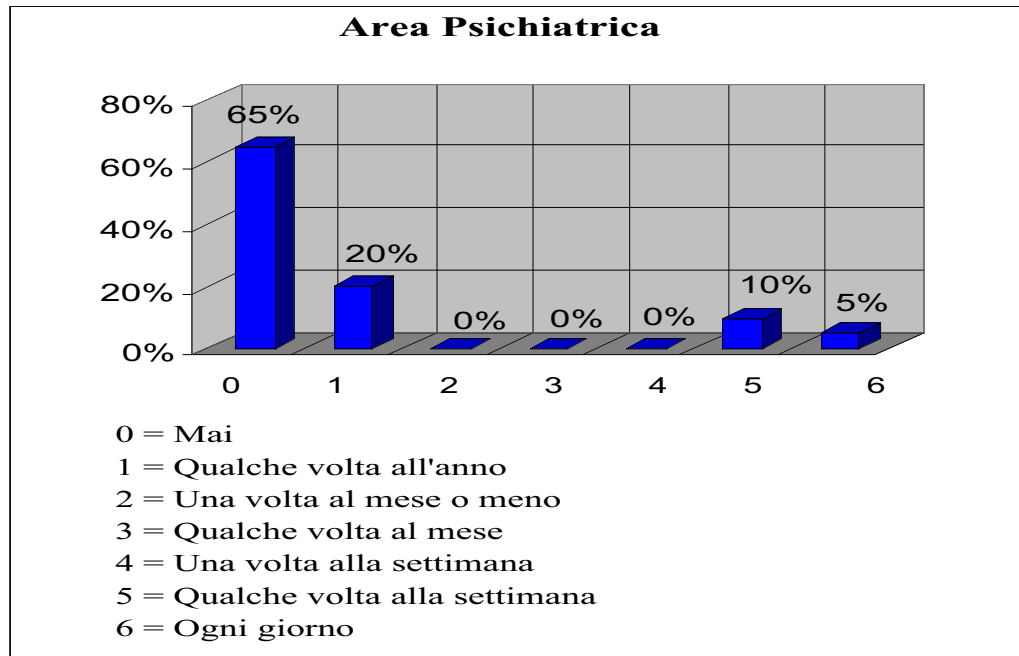
Ho paura che questo lavoro mi possa indurire emotivamente



Non mi importa veramente di ciò che succede ad alcuni utenti



Ho l'impressione che i miei utenti diano la colpa a me per i loro problemi



-REALIZZAZIONE PERSONALE

La dimensione "**realizzazione personale**", evidenzia le forme più gravi del disagio.

In Area Critica solo il 14,71%, ed in Area Psichiatrica solo il 25% degli intervistati ha una frequenza elevata di questa dimensione, cioè si sente realizzato nel proprio lavoro.

Invece, la parte di gran lunga prevalente del campione (45% in Area Psichiatrica, ed addirittura il 50% in Area Critica), manifestano una bassa **realizzazione personale**, con una lievissima prevalenza femminile.

La maggiore incidenza della frequenza riguarda i soggetti con età compresa tra 31 e 40 anni.

Dalla lettura di questi dati, associati a quelli delle due aree precedenti, emerge una buona predisposizione umana al rapporto con l'utente, ma c'è una evidente frustrazione personale sulla possibilità di riuscita e di costruzione di questo attraverso il lavoro.

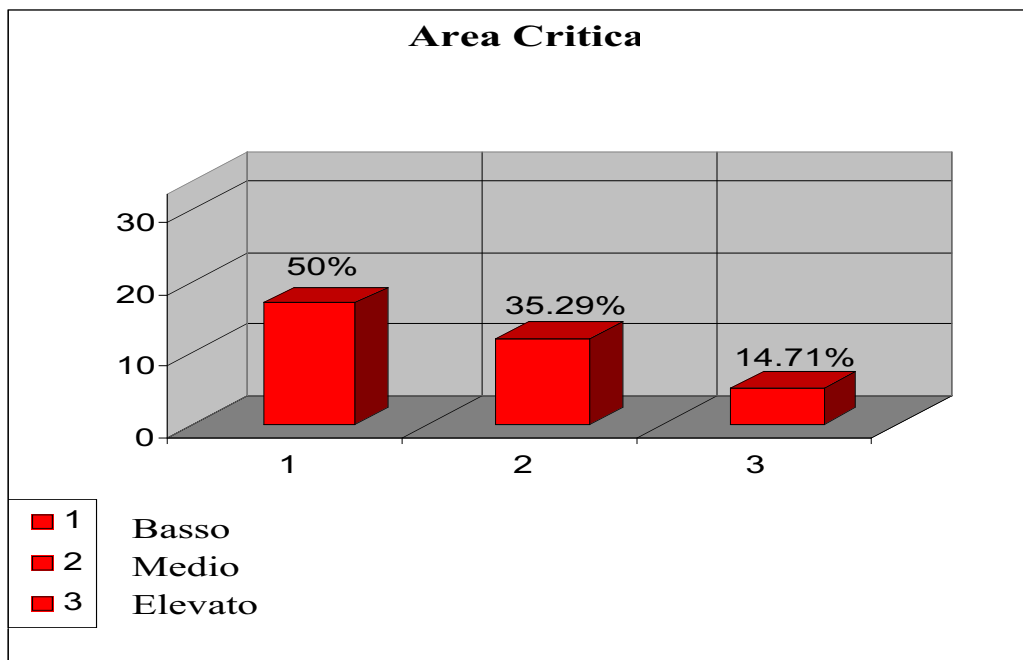
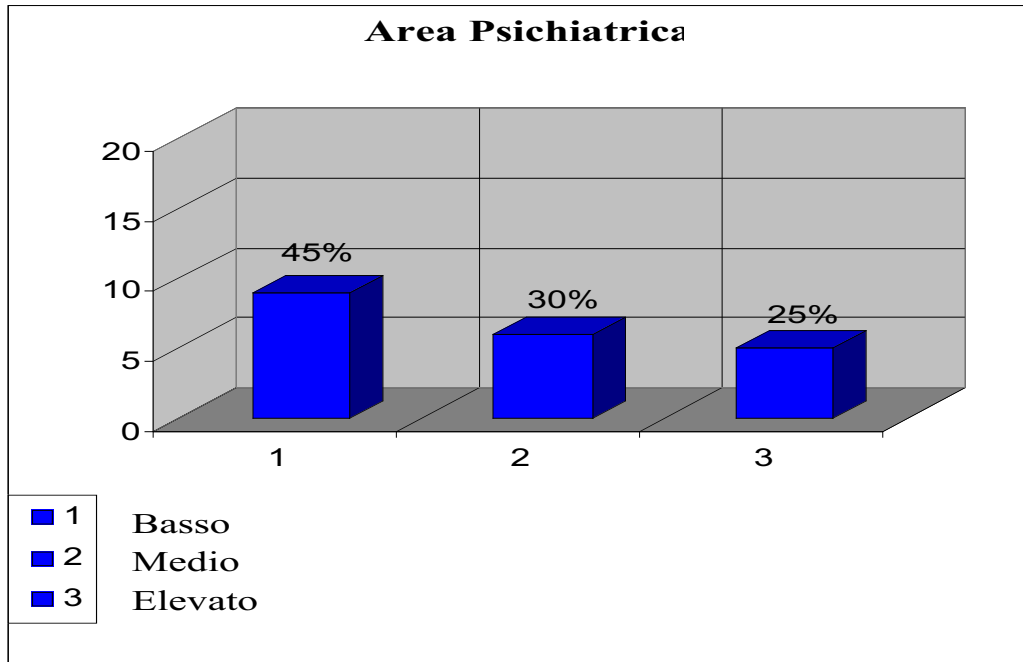
Soprattutto, sembra venire maggiormente umiliata l'aspirazione al "protagonismo" dell'operatore, cioè la possibilità di ottenere dei riconoscimenti e gratificazioni per il lavoro svolto.

La mancanza di **realizzazione personale** è una cosa molto grave, significa fare un lavoro che non si ama più.

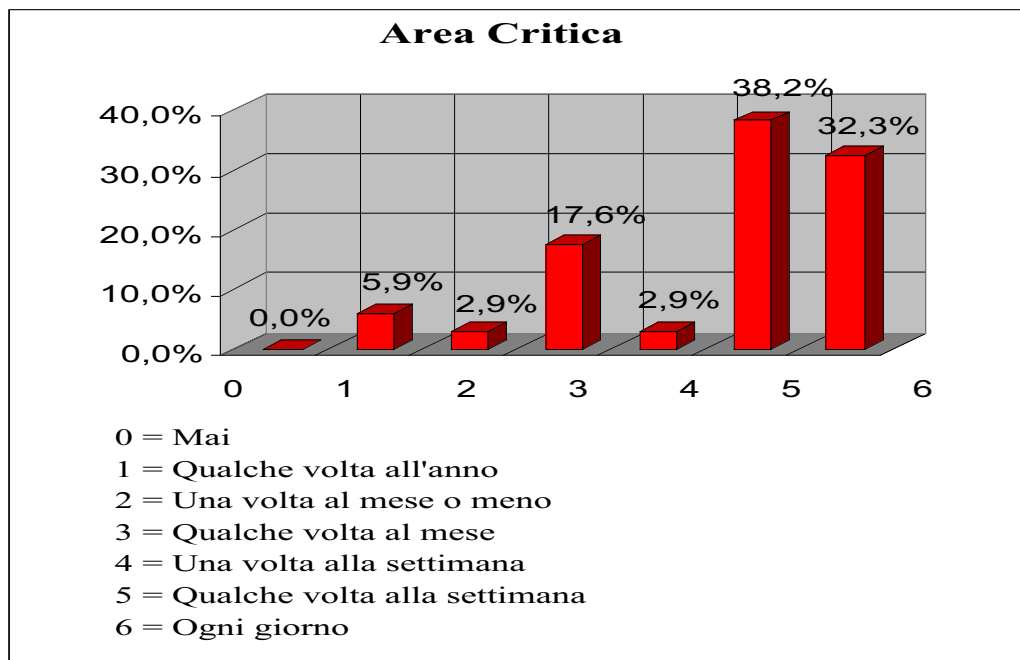
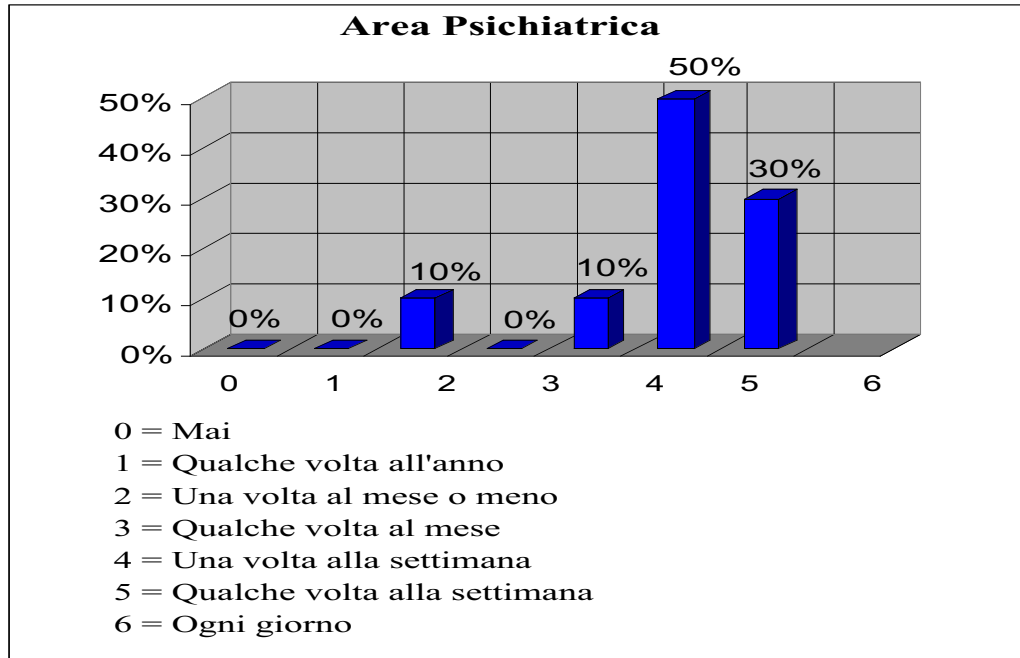
Si può ipotizzare, e questa ipotesi è stata avvalorata dall'intervista con alcuni infermieri, che è stato con il passare degli anni che è venuto meno questo sentimento, cioè all'inizio l'operatore era entusiasta del lavoro svolto, questo sentimento si è spento con trascorrere del tempo e con la visione che le cose non andavano come l'operatore invece ipotizzava e sperava.

Questa situazione ha generato frustrazione, che ha portato alla sensazione di mancanza di una piena realizzazione personale.

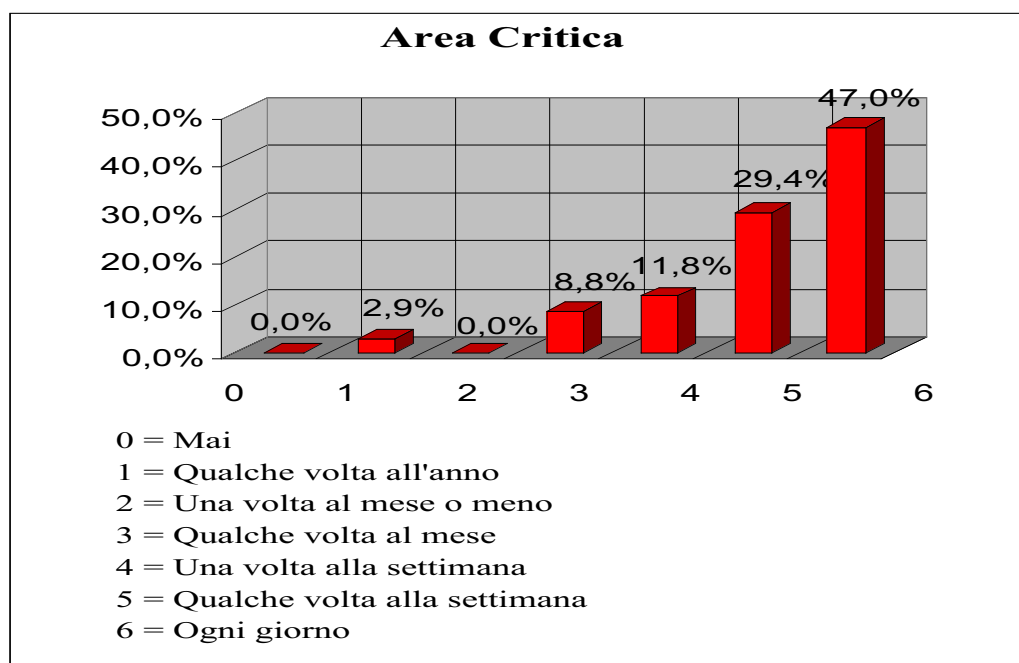
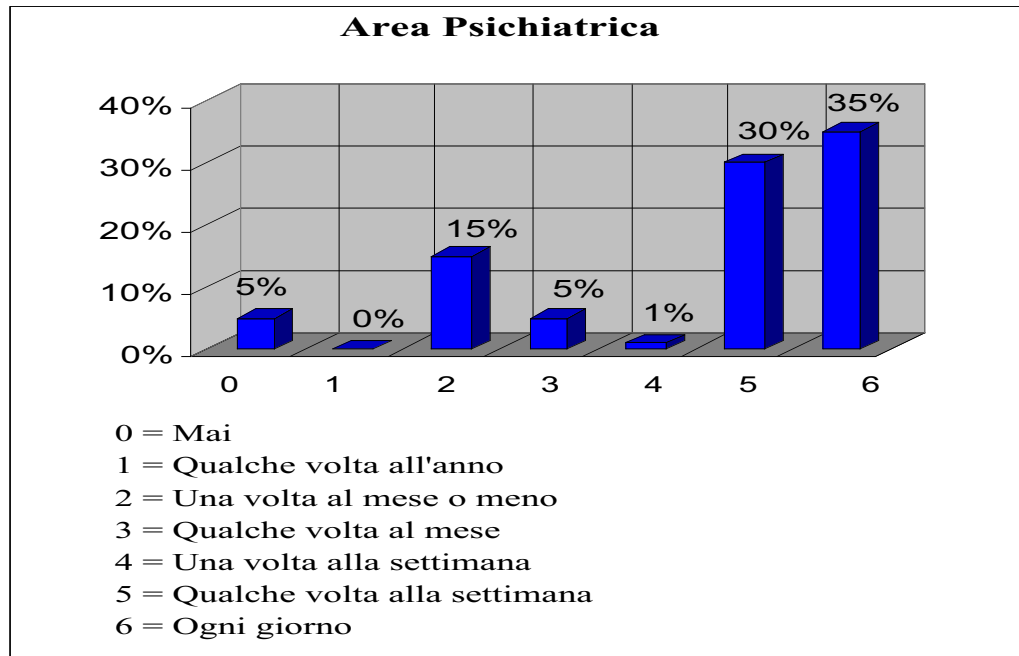
REALIZZAZIONE PERSONALE (RP)



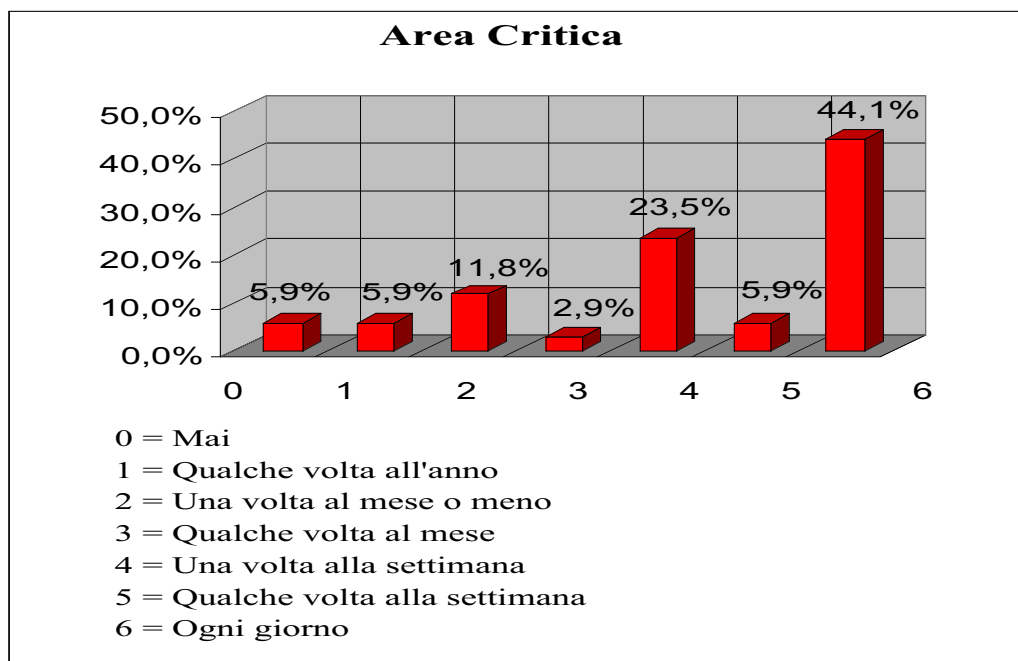
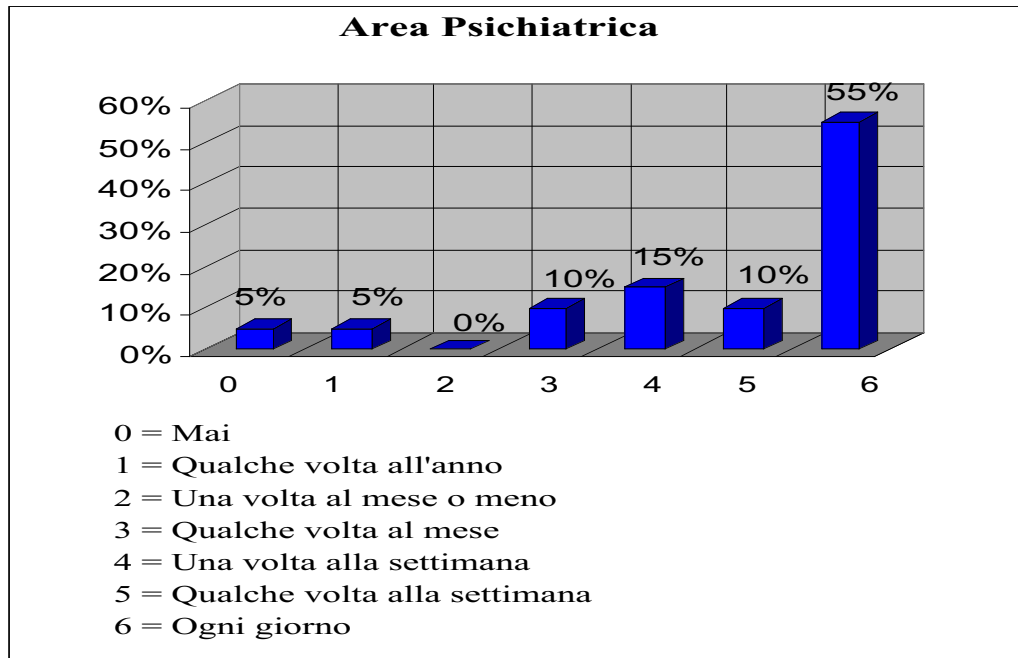
Posso capire facilmente come la pensano i miei utenti



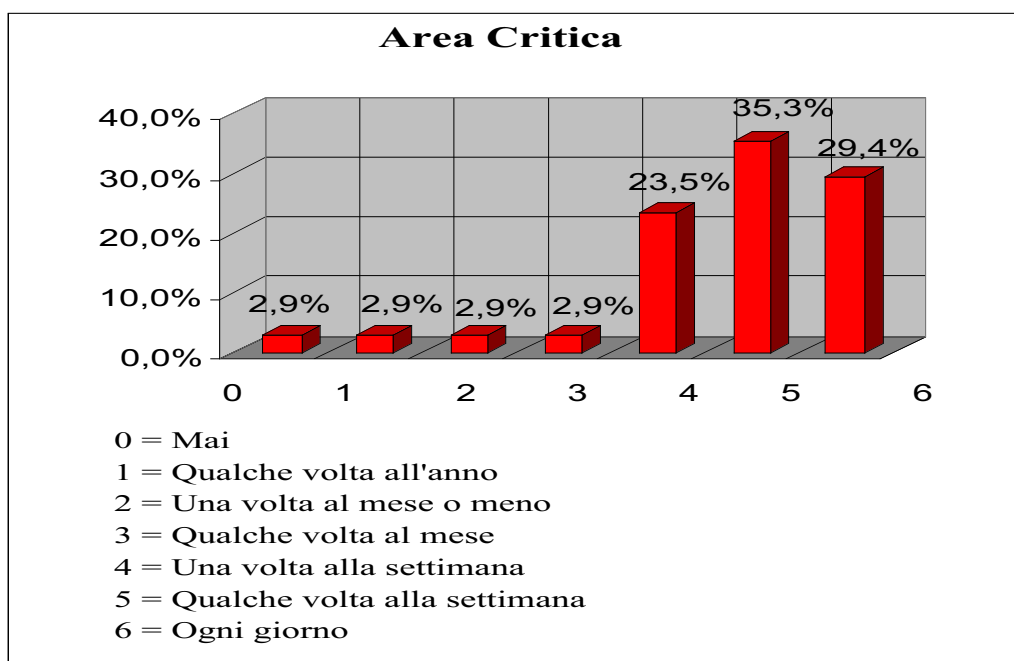
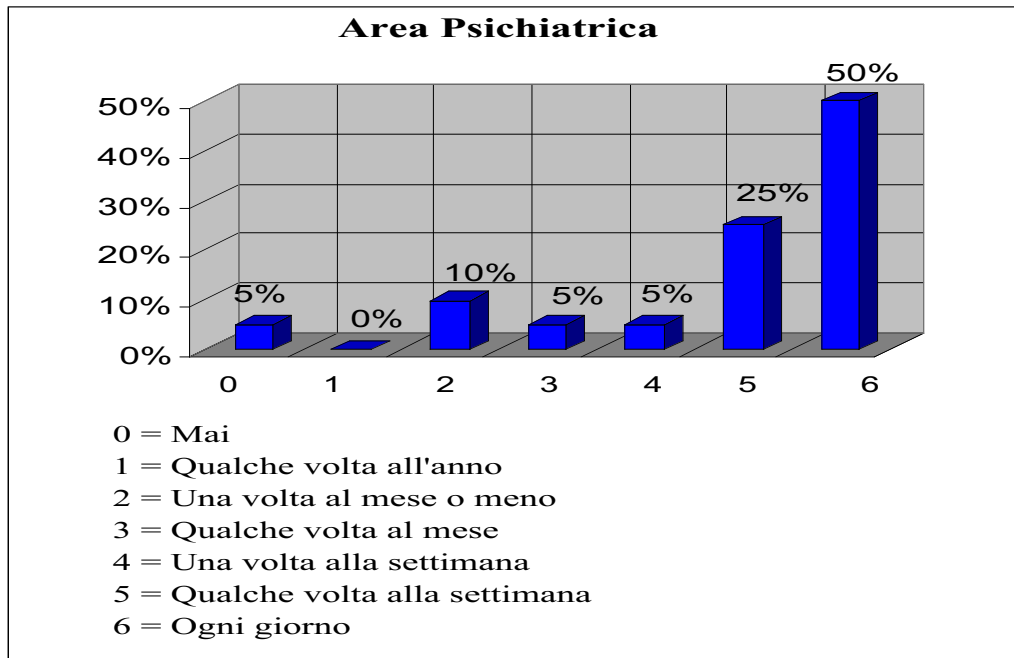
Affronto efficacemente i problemi dei miei utenti



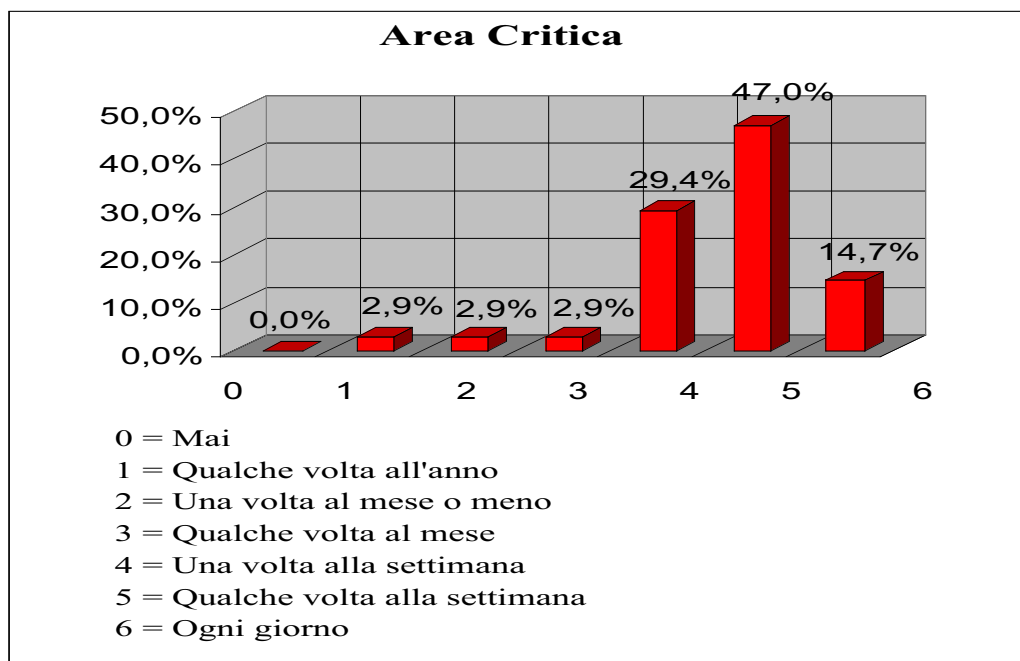
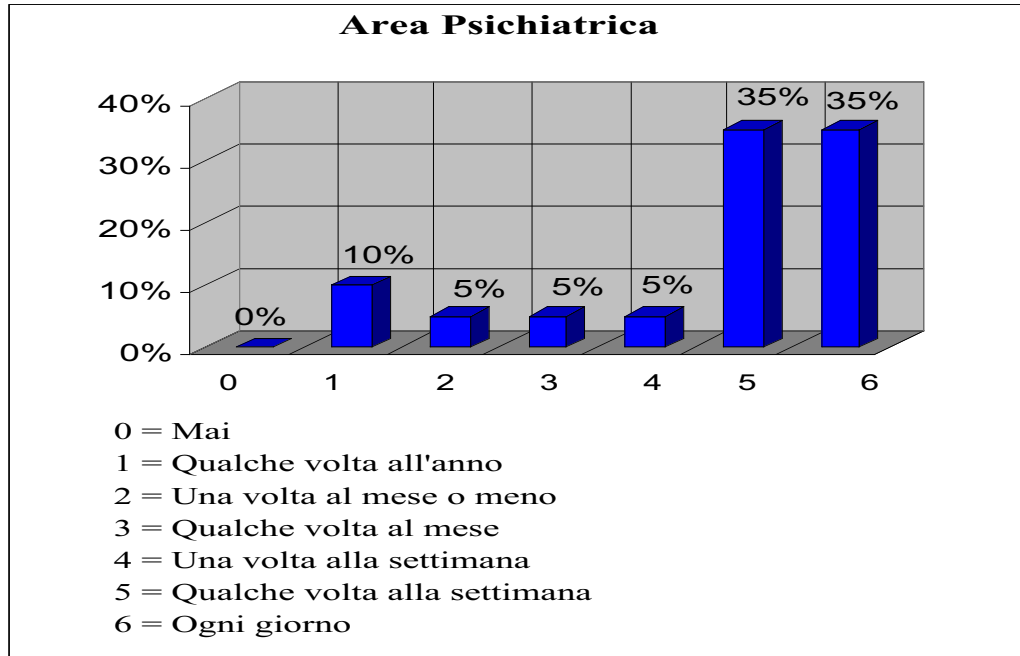
Credo di influenzare positivamente la vita di altre persone attraverso il mio lavoro



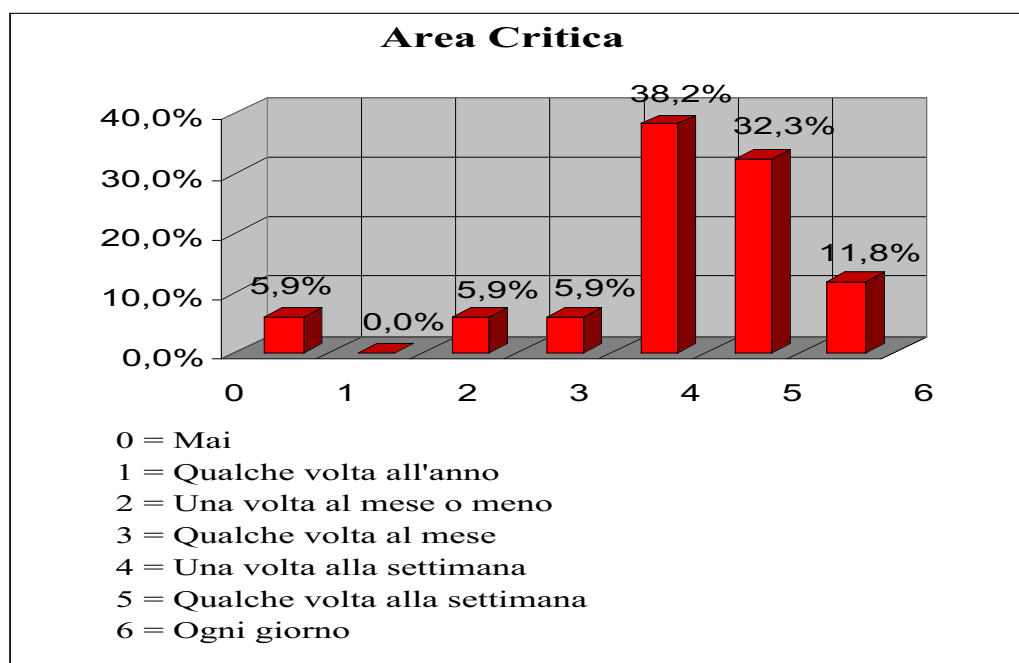
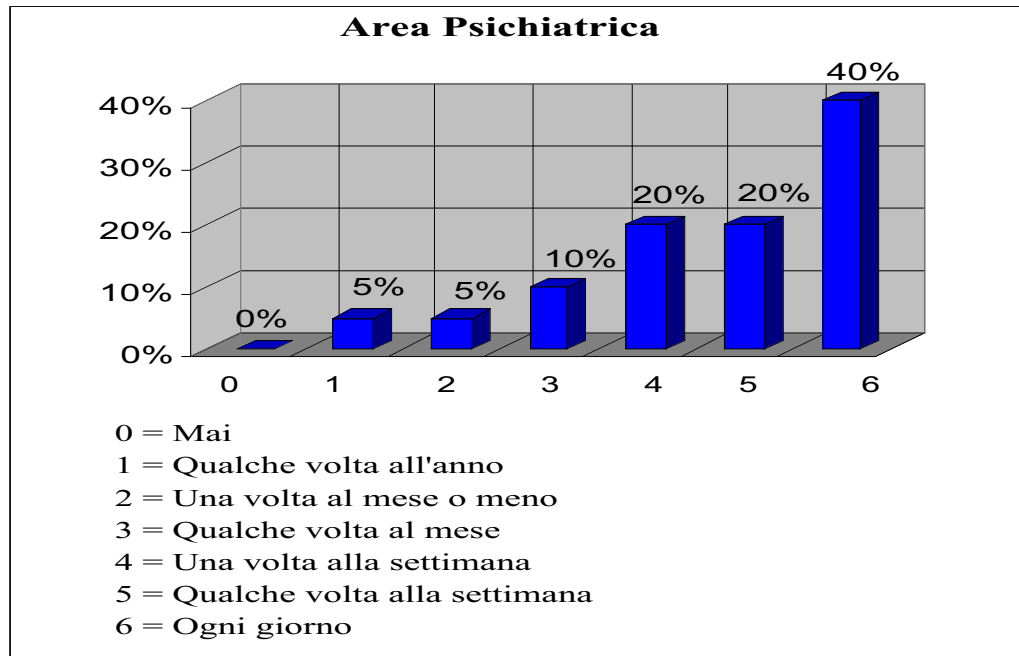
Mi sento pieno di energie



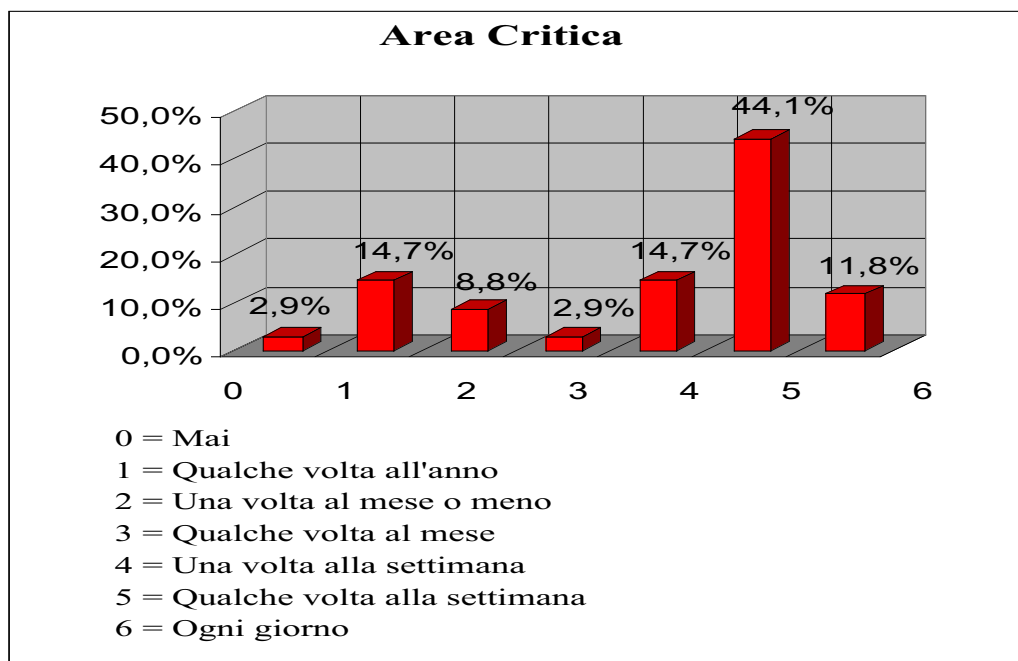
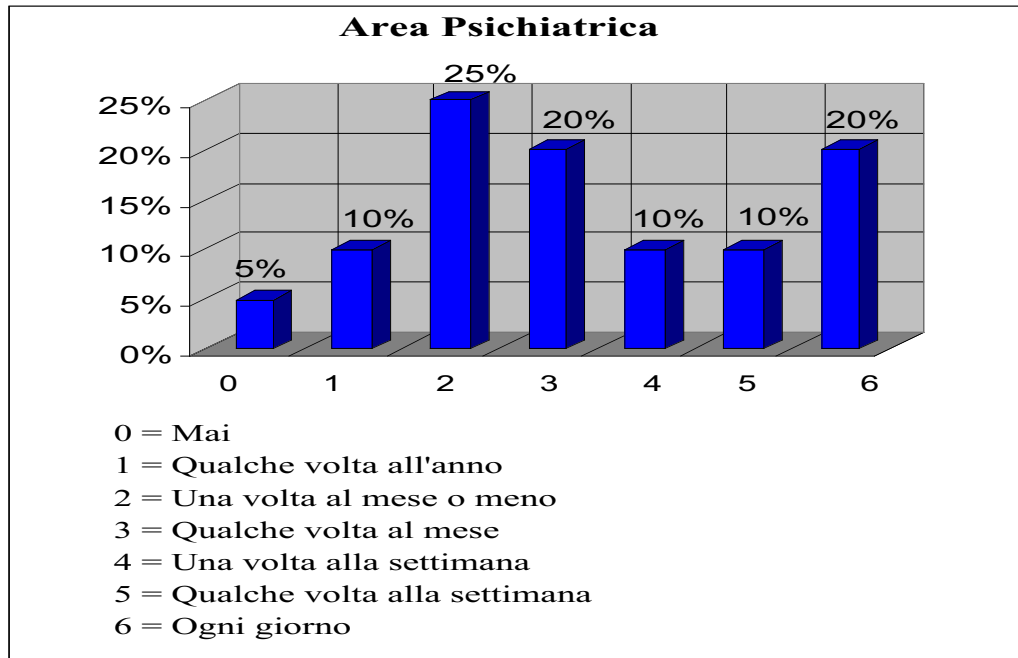
Riesco facilmente a rendere i miei utenti rilassati e a proprio agio



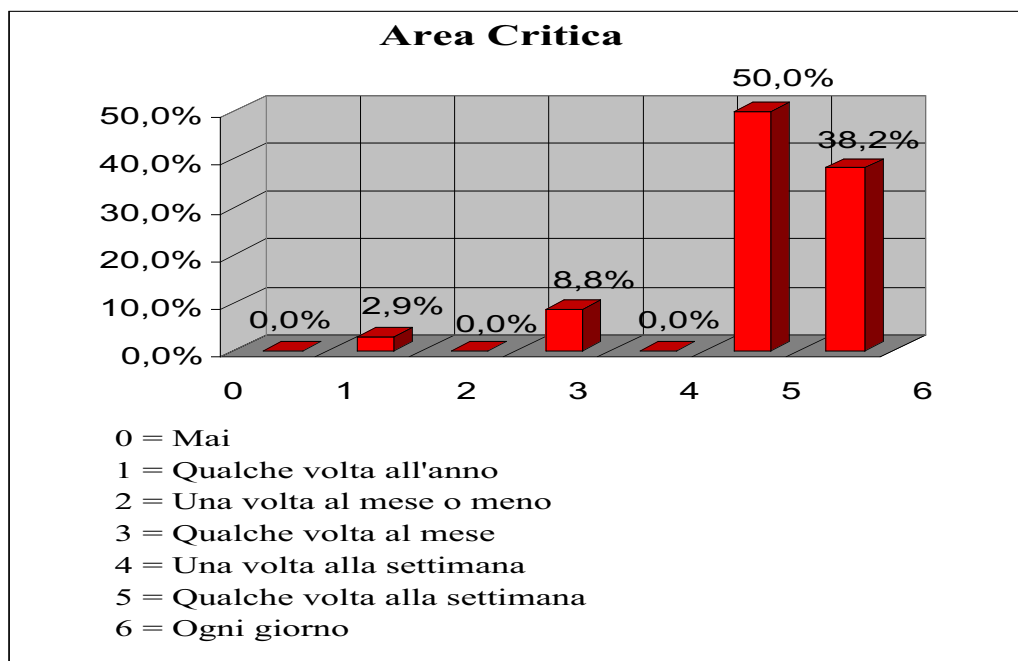
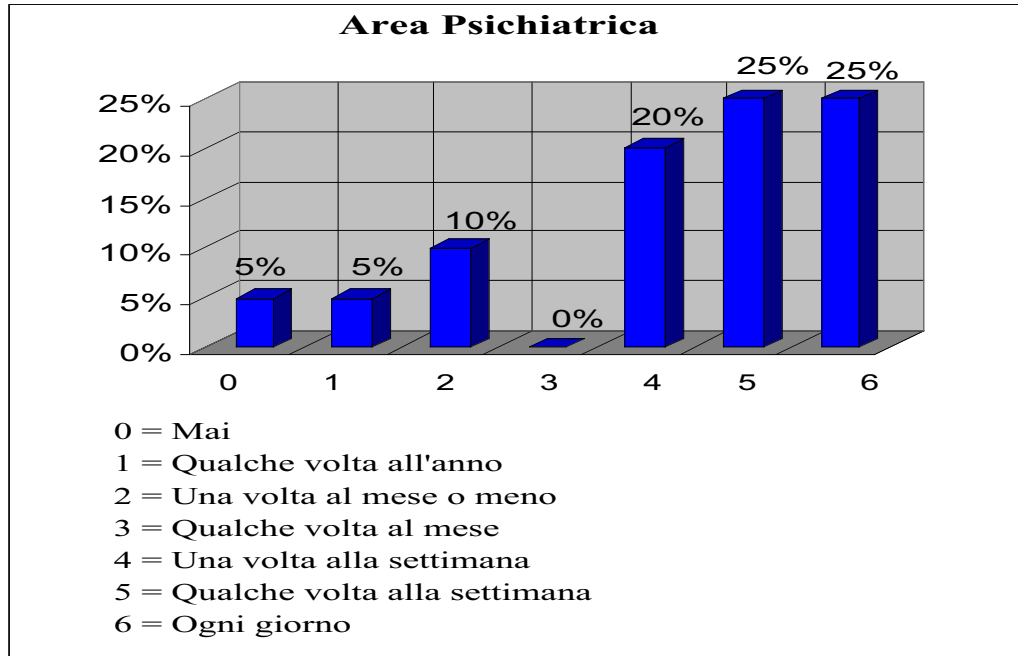
Mi sento rallegrato dopo aver lavorato con i miei utenti



Ho realizzato molte cose di valore nel mio lavoro



Nel mio lavoro affronto i problemi emotivi con calma



4.3 ASPETTI POSITIVI ED ASPETTI NEGATIVI DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

Associato con il *Maslach Burnout Inventory*, agli infermieri professionali dell'Area Critica e dell'Area Psichiatrica era chiesto quali aspetti giudicano più positivi e quali più negativi dell'attività infermieristica.

Alcuni intervistati si sono rifiutati di rispondere perché, secondo loro, il discorso su questi aspetti è molto lungo e complesso ed occorre molto tempo e spazio per esporlo, soprattutto per definire gli aspetti negativi.

In Area Critica le risposte più frequenti riguardo agli aspetti positivi sono un poco a sorpresa, quelle che includono il contatto umano che si instaura con il paziente. A sorpresa, perché è opinione frequente ritenere, che in questa area, il contatto umano risulti essere più distaccato per privilegiare la risoluzione della patologia.

Tra gli aspetti positivi, ha sempre un grande risalto l'utilità delle prestazioni svolte, e la gratificazione personale che si ottiene effettuandole.

Aspetto positivo è considerato anche il buono stipendio ed il molto

tempo libero, pur se da un parte degli infermieri questi due sono visti come aspetti negativi perché troppo esigui.

Nell'Area Psichiatrica, gli infermieri sono stati molto più precisi nel definire gli aspetti positivi della propria professione.

Il rapporto umano, che si instaura con i pazienti, è sempre al primo posto tra le gratificazioni, seguito dal miglioramento delle capacità comunicative, dal riuscire a gestire la propria ansia e dall'aumentata capacità di introspezione.

La risoluzione della patologia, ed il riuscire a migliorare il tenore di vita del paziente per alcuni è visto in modo in modo positivo, mentre per altri, l'aspetto più negativo del lavoro in Area Psichiatrica, è proprio la mancanza di risultati e l'impossibilità di portare dei miglioramenti al paziente.

Tra gli aspetti negativi in tutte e due le aree, spicca la disorganizzazione del servizio svolto.

In Area Critica al pari di questo aspetto c'è la poca gratificazione che il paziente dà all'operatore per il lavoro svolto, e lo stress che si viene a creare per le richieste da parte dell'utente e della dirigenza, che non possono essere soddisfatte e che generano frustrazione, impotenza,

fragilità.

Questi sentimenti derivano anche dal mancato riconoscimento sociale degli infermieri professionali, che troppo spesso sono visti come "paramedici", nel senso di solo complementari al medico, e non come professionisti sanitari, che sono, sì complementari, ma anche autonomi, responsabili del proprio agire, che risultano competenti nel proprio campo di azione.

L'infermiere professionale è un professionista della salute e dell'assistenza, è un operatore sanitario che ricopre un ruolo fondamentale, le cui funzioni devono essere riconoscibili ed insostituibili.

Ha capacità organizzative e gestionali, con responsabilità e autonomie proprie.

Altri lati considerati in modo fortemente negativo sono gli "aspetti burocratici" che tolgono tempo all'assistenza. Per aspetti burocratici, si intendono per esempio, tutte le procedure di registrazione dei dati anagrafici del paziente all'ingresso del Pronto Soccorso, l'annotazione dell'assistenza svolta al paziente su appositi registri... .

Tutto questo non dovrebbe in realtà essere visto come un aspetto

negativi, ma è auspicabile che, soprattutto le annotazioni sul tipo di assistenza svolta siano sempre più dettagliate e diffuse, in quanto possano risultare anche un utile apporto per future ricerche. Ricerca la cui importanza non è ancora capita da tutti gli infermieri.

Un ulteriore elemento negativo, notato dagli intervistati, è la staticità dell'assistenza offerta, la cui causa va ricercata principalmente nella mancanza di aggiornamento effettuabile principalmente attraverso dei corsi.

L'assistenza viene ancora vista da alcuni per "compiti" e non per "obiettivi", cioè l'infermiere professionale svolge le proprie mansioni in modo "meccanico" a volte ripetitivo, senza tener conto degli effettivi bisogni dell'utente.

Dalle risposte degli infermieri in Area Psichiatrica emergono problemi nell'organizzazione del personale che limitano la pianificazione del lavoro a lungo termine, per carenza di effettivi qualificati.

Gli elementi stressanti, rilevati da queste domande sono molteplici, ma emerge subito l'assenza di fattori dati forse per scontati da tutti e presenti in letteratura come cause di disagio psichico che sono:

- contatto con la morte;

- confronto continuo con la sofferenza;
- eventuali conflitti con i medici, infermieri, altri operatori.

Quasi tutte le lamentele invece, sono rivolte a varie situazioni stressanti causate dalla cattiva organizzazione.

Quello che emerge è una crisi generalizzata sotto tutti gli aspetti della professione infermieristica, che sta cercando una propria dimensione all'interno della società per ottenere un riconoscimento non solo sociale.

Soprattutto la lamentela che si leva dagli infermieri professionali è quella di non poter fare le cose come dovrebbero e come vorrebbero essere fatte.

Il non riuscire a svolgere l'assistenza in modo corretto è imputato ad una grande disorganizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, che troppo spesso è "lasciato alla deriva" ed alla buona volontà degli operatori.

4.4 ALCUNE PROPOSTE DI INTERVENTO

Dalla lettura del questionario somministrato agli operatori delle due aree, dalle risposte alle domande e dalle informazioni raccolte è evidente lo stato di malessere, individuato nella sindrome del burnout, che attraversa la professione.

Suggerire delle proposte di intervento per cercare di risolvere il burnout, è un compito difficile.

Quasi tutti gli operatori sottolineano questa situazione di disagio. Le loro lamentele, pervase da un senso di demotivazione e sfiducia verso la professione, sono rivolte soprattutto all'organizzazione del servizio e al modo di "fare assistenza", cioè di come l'infermiere intende effettuare il suo lavoro.

Grossi cambiamenti sono arrivati, in questi periodi, riguardo a quest'ultimo aspetto.

Le modifiche più recenti sono iniziate con l'istituzione del Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche che ha fatto sì che l'istruzione si è spostata verso l'Università, il che richiede almeno il diploma di maturità per iniziare il corso.

Le prossime modifiche sono l'abrogazione del DPR 225/74 (il

"mansionario" dell'infermiere), l'istituzione del corso di laurea in Scienze Infermieristiche, la nascita delle specializzazioni, quindi la formazione post-base, in base ai profili professionali.

L'attuazione del Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche, ora con il nuovo ordinamento ha preso il nome di D.U. per Infermiere, è avvenuta cinque anni fa' e da allora il curriculum formativo non ha subito ulteriori sviluppi.

Ciononostante, l'Università, è una conquista molto importante per l'infermiere professionale e rappresenta il primo passo per lo sviluppo di questa professione. Lo sviluppo è indirizzato verso:

- il riconoscimento dello status professionale;
- la riqualificazione della formazione;
- la docenza, e quindi la possibilità di provvedere alla formazione dei futuri docenti infermieri;
- la ricerca di un modello organizzativo professionale e di assistenza sulla persona.

Attraverso i cambiamenti dovrebbe arrivare una maggiore gratificazione per l'infermiere del futuro, che svolgerà una "valida prevenzione del burnout".

La gratificazione potrebbe arrivare anche dal punto di vista economico, difatti con la riorganizzazione della professione c'è la possibilità di "progressione della carriera" in senso orizzontale e non solo verticale. Questo darà la possibilità di diversificazioni economiche in base alla competenza clinica.

Gli interventi comunque devono mirare ad una riorganizzazione del lavoro.

L'Area Psichiatrica, e soprattutto il DSM, mostra un ottimo esempio di buona organizzazione. Pur essendo una Unità Operativa ad alta specializzazione, chiaramente umana e non tecnica, che segue pazienti molto particolari e delicati, ha dei livelli di stress lavorativo, di burnout non elevati.

Tutti i giorni si svolge, in questo reparto, una riunione del personale infermieristico, dove intervengono anche i medici e gli altri operatori. Questo incontro ha come obiettivo quello di essere un momento di confronto per parlare dell'assistenza ai singoli malati, confrontando i vari metodi e cercando di adottare il migliore, discutendo di eventuali problemi tra gli operatori.

La riunione è quasi una "valvola di sfogo" e permette di tenere

sotto controllo anche i livelli di stress.

Il confronto imposto a tutti gli operatori del servizio è un ottimo deterrente all'insorgenza del burnout, proprio perché dà la possibilità di discutere di tutti i problemi che si verificano.

Chiaramente, gli interventi sull'ambiente lavorativo, che riducono lo stress, non possono limitarsi a delle riunioni, anche perché in luoghi come l'Area Critica è quasi impossibile trovare tempo, tutti i giorni per riunire il personale.

Occorre quindi effettuare delle riunioni periodiche, con cadenze per esempio settimanali, in cui rilevare e monitorizzare i livelli di stress, valutare le aspettative e le condizioni in cui si lavora, creando un gruppo di lavoro/studio per cercare delle soluzioni da proporre all'amministrazione.

Per riuscire in questo occorre, innanzi tutto riuscire a migliorare i livelli di comunicazione interpersonale e questo porterà a far sì che gli operatori comunicano tra loro e cercano di risolvere i problemi che si manifestano, poi bisognerà avere l'appoggio dei quadri dirigenziali.

L'amministrazione, però, non si rende conto che esiste un problema burnout in tutti i rami dell'assistenza sanitaria che crea un

grosso costo sia finanziario che di immagine all'azienda.

L'aziendalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, avrebbe dovuto portare a cercare di dare prestazioni soddisfacenti incentivando gli operatori a lavorare al meglio delle loro possibilità, creando un'immagine positiva della struttura. Invece, non si interessano, le aziende USL ed ospedaliere, della "salute psicologica" dell'operatore, anzi contribuiscono ad un peggioramento con regolamenti restrittivi con l'eccesso di casi affidati al singolo operatore, con un'amministrazione scadente.

Tutto questo crea una sensazione di impotenza, che emerge dalla ricerca, e che genera burnout.

Questa sensazione si verifica anche perché l'operatore è intrappolato da schemi rigidi di lavoro, dalle infinite richieste delle persone assistite e non riesce a non subire le continue pressioni.

L'infermiere professionale deve riuscire ad avere un potenziamento della sua autostima e della sua sicurezza, riuscendo a controllare la situazione che lo circonda modificando i suoi obiettivi, la sua *routine* di lavoro.

La lotta al burnout passa attraverso il raggiungimento di un

equilibrio tra lo stress e la calma, tra il lavoro e la vita privata, tra il dare e il ricevere.

CONCLUSIONI

Gli obiettivi proposti nella fase iniziale dello studio sono stati raggiunti.

*Si è riusciti ad individuare e definire la situazione del **burnout** cercando di trovarne le cause ed analizzarne gli effetti.*

*Siamo stati in grado di analizzare questo problema nelle due aree proposte, quella Critica e quella Psichiatrica, si è cercato di dare alcuni suggerimenti per tentare di prevenire e risolvere la sindrome del **burnout**.*

Per effettuare la ricerca, dopo aver superato gli "ostacoli burocratici", si è dovuto trovare la disponibilità degli operatori verso questo studio, garantendo sempre il principio dell'anonimato, e rispettando chi ha scelto di non aderire.

Sicuramente la maggiore difficoltà incontrata, è stata quella di elaborare i dati che sono emersi dalla ricerca, causata dalla inesperienza.

*Attraverso le interviste agli infermieri e l'analisi dei dati emersi dall'elaborazione del **Maslach Burnout Inventory**, è stato possibile realizzare un'attenta analisi delle due realtà locali.*

*Da questo emerge che il **burnout** può essere sconfitto, e non deve diventare un'inevitabile pedaggio che, in questo caso, l'infermiere deve*

*pagare per assistere gli altri. Riuscire a superare, ridurre o prevenire il **burnout** negli operatori socio-sanitari significa aiutarli a tessere relazioni sociali e professionali più significative, relazioni che diano conferma e sostegno alle fondamenta dei vincoli umani.*

E' abbastanza inspiegabile la totale indifferenza dei responsabili delle istituzioni socio-sanitarie, che dimostrano di non voler affrontare questo fenomeno con le risorse e l'impegno che invece dovrebbe richiedere.

Bisogna non dimenticare mai che non basta creare o rinnovare delle strutture per avere un'assistenza migliore, perché sono gli uomini che la fanno funzionare e vivere.

BIBLIOGRAFIA

TESTI:

Agostini L., Pacchi C., Parisi R.: *Curare stanca... Verrà la USL e avrà i tuoi occhi*. Istituto Italiano di Medicina Sociale Editore, Roma, 1991.

AA.VV.: *Dopo il Manicomio. L'esperienza psichiatrica di Arezzo*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1981.

AA.VV.: *Guida all'esercizio professionale per il personale infermieristico*. C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 1996.

Benvenuti M.: *Nozioni generali di assistenza psichiatrica ad uso degli infermieri*. Editore Stabilimento grafico E. Sinatti, Arezzo, 1953.

Cherniss C.: *La sindrome del Burnout*. Ed. Centro Scientifico Torinese, Torino, 1983.

Faralli : *Corso di infermieristica clinica in psichiatria*, Dispense delle lezioni, 1998.

Ferretti F.: *Corso della metodologia e tecnica della ricerca sociale*, Dispense delle lezioni, 1998.

Gambassi L.: *Corso di infermieristica clinica in area critica*, Dispense delle lezioni, 1998.

Gentili A., Nastasi M., Rigon L. A., Silvestri C., Tanganelli P.: *Il paziente critico*. Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1997.

Giberti F., Rossi R.: *Manuale di psichiatria*. Ed. Piccin & Vallardi, Padova, 1996.

Giombini L., Buoncristiani U.: *Inquadramento nosografico della sindrome del burnout negli operatori socio-sanitari*. Ed. Wichting

Editore, Milano, 1990.

Gobba F., Sali D.: *Rischi professionali in ambito professionale*. Ed. McGraw Hill libri Italia, Milano, 1995.

Gruppo di studio SI. AA. RTI. per l'emergenza: *Criteri organizzativi dell'emergenza-urgenza*. Edizioni Mandragola, Firenze, 1992.

Lindzey G., Calvin S., Thompson R. F.: *Psicologia*. Casa Editrice Zanichelli, Milano, 1993.

Mayer V., Santinello M.: *La misurazione del burnout. L'operatore cortocircuitato*. Ed. CLUP, Milano, 1987.

Maslach C.: *La sindrome del burnout*. Ed. Cittadella, Assisi, 1997.

Maslach C., Jackson S.: *MBI. Maslach Burnout Inventory*. Ed. Organizzazioni Speciali, Firenze, 1993.

Siringatti S., Menoni E., Stefanile C.: *Aspetti psicologici della formazione infermieristica. Iscrizioni, frequenza, abbandono, burnout*. Ed. NIS, Urbino, 1988.

ATTI:

Atti X° Congresso Nazionale ERCA EDTNA (Associazione europea infermieri dialisi e trapianto, Associazione europea cure renali), Arezzo, 1991.

Atti VII° Congresso Nazionale ANIARTI: *L'infermiere protagonista nell'area critica*, 1988.

Atti VIII° Congresso Nazionale ANIARTI: *L'uomo e l'area critica*, 1989.

Atti I° Congresso Regionale ANIARTI: *L'area critica in Lombardia, attualità e prospettive*, 1990.

Atti IX° Congresso Nazionale ANIARTI: *Area critica dall'ipotesi alla realtà*, 1990.

Atti IV° Congresso Regionale Umbro ANIARTI: *L'esperienza in area critica*, 1990.

Atti X° Congresso Nazionale ANIARTI: *Infermiere: una professione da conquistare 10 anni di presenza ANIARTI*. Rimini, 1991.

RIVISTE:

G. Leone: *Aspetti psicosociali del burnout*. Professioni infermieristiche, n.48, pag. 30-35, 1995.

A. Silvestro: *Infermiere specializzato in area critica*. Scenario, 3/92, pag.3.

P. Felice, S. Carta: *"Stressori" e comunicazione in terapia intensiva (1° parte)*. Scenario, 4/95, pag. 9-42.

P. Felice, S. Carta: *"Stressori" e comunicazione in terapia intensiva (2° parte)*. Scenario, 1/96, pag. 15-41.

S. De Carolis: *Una gabbia di norme virtuali*. L'infermiere, n.4, pag. 11,1997.

G. Cantelli: *Lo stress nell'operatore dell'emergenza*. Emergency Oggi, n.6, pag. 9-10, 1998.

M. Angilletta: *Chi è l'infermiere oggi?*. Emergency Oggi, n.1, pag. 32-37, 1999.

R. Cafiso, G. Cannizzo, G. Sampognaro: *Un aiuto a chi aiuta*. Psicologia contemporanea, n. 138, pag. 58-63, 1996.

M. D'Innocenzo: *Infermieri in post-formazione, Vogliamo un modello europeo*. Il Sole 24Ore Sanità, n. 3, pag. 19, 1999.

M. Burisch: *Burnout*. Psicologia contemporanea, n.127, pag. 34-41, 1995.

F.C. Biley: *Stress in high dependency units*. Intensive Care Nursing, n.5, pag. 134-140, 1989.

M. Coombs: *Motivational strategies for intensive care nurses*. Intensive Care Nursing, n.7, pag. 114-119, 1991.

- H. Stratton: *Just coping or burnt-out?*. Intensive Care Nursing, n.1, pag.210-211, 1986.
- K. Fournet: *Camp nursing. A rewarding change of pace*. Dimension of critical care nursing, vol.8, n.2, pag. 102-108, 1989.
- R.D. Grainger: *Dealing with feelings. Beating burnout*. American Journal of Nursing, n.1, pag. 15-17, 1992.
- K. Tarolli-Jager: *Personal hardiness: your buffer against burnout*. American Journal of Nursing, n. 2, pag. 71-72, 1994.
- G. M. Breakwell: *Are you stressed out?*. American Journal of Nursing, n.8, pag. 31-33, 1990.
- P. Schmidt, R. Schoville, M. Williams, K. Khan: *Career guide: from expert to novice*. American Journal of Nursing, n. 9, pag. 53-58, 1993.
- C. L. Hamilton: *Executive stress: an ounce of prevention...* . Nursing management, vol. 23, n. 8, pag. 69-72, 1992.
- A. Anderson: *Nurse-physician interaction and job satisfaction*. Nursing management, vol. 27, n.6, pag. 33-36,1994.
- B. A. Petermann, P. Springer: *Analyzing job demands and coping techniques*. Nursing management, vol. 26, n. 2, pag. 52-53, 1995.
- S. Moore, B. Katz: *Coping with downsizing*. Nursing management, vol. 27, n. 3, pag. 28-30, 1996.
- P. Qureshi: *The effects of threat appraisal*. Nursing management, vol. 27, n. 3, pag. 31-32, 1996.
- M. A. Blengen: *Nurses job satisfaction: a meta-analysis of retard variables*. Nursing research, vol. 42, n. 1, pag. 36-41, 1993.

M. Pickett, L. Licht: *Use of debriefing techniques to prevent compassion fatigue in research teams*. Nursing research, vol.43, n.4, pag.250-252, 1994.

C. MASLACH
S. JACKSON

Analisi dei Servizi Socio-Sanitari

Adattamento italiano a cura di S. Sirigatti e C. Stefanile

QUESTIONARIO

Lo scopo di questo questionario è di analizzare come operatori impegnati nei servizi socio-sanitari o in professioni di aiuto vedono il loro lavoro e le persone con le quali sono maggiormente a contatto. Poiché possono rispondere al questionario operatori occupati in un'ampia varietà di professioni, viene usato il termine "utente" facendo riferimento alla persona alla quale Lei fornisce il servizio, la cura, il trattamento, o la prestazione. Rispondendo al questionario, consideri come utenti le persone alle quali il Suo lavoro è diretto, anche se è abituato a chiamarle con un termine diverso (ad es.: paziente, cliente, assistito, ecc.).

Nella pagina seguente sono riportate 22 affermazioni che riguardano sentimenti legati al proprio lavoro. Legga con attenzione ogni affermazione e decida se Lei ha mai provato tali sentimenti verso il Suo lavoro. Se non ne ha mai provati, scriva "0" (zero) nello spazio a sinistra dell'affermazione. Se, invece, ha provato tali sentimenti, indichi quanto spesso li ha provati scrivendo il numero (da 1 a 6) che meglio descrive la loro frequenza. Guardi l'esempio qui sotto:

ESEMPIO

QUANTO SPESSO:	0	1	2	3	4	5	6
	mai	qualche volta all'anno	una volta al mese o meno	qualche volta al mese	una volta alla settimana	qualche volta alla settimana	ogni giorno

QUANTO SPESSO *Affermazione:*
0-6

_____ Al lavoro mi sento depresso

Se non Le capita mai di sentirsi depresso al lavoro, scriva "0" (zero) sulla linea, sotto l'indicazione "Quanto spesso". Se Le capita raramente di sentirsi depresso al lavoro (qualche volta all'anno), scriva sulla linea il numero "1". Se, invece, i Suoi sentimenti di depressione al lavoro sono più frequenti (ad esempio, qualche volta alla settimana, ma non tutti i giorni) scriva il numero "5".

QUANTO SPESSO:	0	1	2	3	4	5	6
	mai	qualche volta all'anno	una volta al mese o meno	qualche volta al mese	una volta alla settimana	qualche volta alla settimana	ogni giorno

QUANTO SPESSO 0-6 *Affermazione:*

1. _____ Mi sento emotivamente sfinito dal mio lavoro
2. _____ Mi sento sfinito alla fine di una giornata di lavoro
3. _____ Mi sento stanco quando mi alzo la mattina e devo affrontare un'altra giornata di lavoro
4. _____ Posso capire facilmente come la pensano i miei utenti
5. _____ Mi pare di trattare alcuni utenti come se fossero degli oggetti
6. _____ Mi pare che lavorare tutto il giorno con la gente mi pesi
7. _____ Affronto efficacemente i problemi dei miei utenti
8. _____ Mi sento esaurito dal mio lavoro
9. _____ Credo di influenzare positivamente la vita di altre persone attraverso il mio lavoro
10. _____ Da quando ho cominciato a lavorare qui sono diventato più insensibile con la gente
11. _____ Ho paura che questo lavoro mi possa indurire emotivamente
12. _____ Mi sento pieno di energie
13. _____ Sono frustrato dal mio lavoro
14. _____ Credo di lavorare troppo duramente
15. _____ Non mi importa veramente di ciò che succede ad alcuni utenti
16. _____ Lavorare direttamente a contatto con la gente mi crea troppa tensione
17. _____ Riesco facilmente a rendere i miei utenti rilassati e a proprio agio
18. _____ Mi sento rallegrato dopo aver lavorato con i miei utenti
19. _____ Ho realizzato molte cose di valore nel mio lavoro
20. _____ Sento di non farcela più
21. _____ Nel mio lavoro affronto i problemi emotivi con calma
22. _____ Ho l'impressione che i miei utenti diano la colpa a me per i loro problemi

Non scrivere in questo spazio

EE: _____ cat DP: _____ cat PA: _____ cat

- In riferimento alla sua attuale esperienza, quali aspetti giudica più positivi della sua professione?

-In riferimento alla sua attuale esperienza, quali aspetti giudica più negativi della sua professione?

SCHEDA DEMOGRAFICA

Faccia una crocetta accanto alla risposta che vuole dare o, quando necessario, scriva sulla linea tratteggiata.

Per cortesia fornisca *tutte* le informazioni richieste.

Sesso: __ maschio __ femmina Età: anni ____

Qual'è la Sua posizione lavorativa? _____

Quante ore la settimana lavora? _____

Da quanto tempo opera nel settore socio-sanitario? _____

Da quanto tempo svolge l'attività attuale? _____

ALLEGATO 2

Vengono qui riportate, per esteso, le risposte alle due domande aperte del questionario, che gli infermieri hanno scritto.

- In riferimento alla sua attuale esperienza, quali aspetti giudica più positivi della sua professione?

AREA CRITICA

- *"L'utilità delle mie prestazioni";*
- *"La possibilità di dare un bene grande come la salute";*
- *"L'organizzazione e la qualità dell'assistenza";*
- *"Confronto dinamico e corretto con i colleghi";*
- *"Soddisfazioni personali";*
- *"Possibilità di aggiornamento costante";*
- *"Soluzione dei problemi";*
- *"Ricerca delle soluzioni ai problemi";*

- *"Didattica ed epidemiologia";*
- *"Crescita professionale ed umana";*
- *"Poter aiutare la gente... quando è possibile";*
- *"Contatto umano con il paziente";*
- *"Non aver perso la sensibilità nei confronti di chi sta male e della mia professione";*
- *"Aver gratificazioni professionali e finanziarie in relazione alle prestazioni effettuate";*
- *"Le cene con il direttore generale";*
- *"Imparare a stare con la gente e con i loro bisogni";*
- *"In merito all'ambiente in cui lavori (PS), alcune volte abbiamo il piacere ed il successo di poter salvare qualche persona";*
- *"Molti sia a livello professionale, sia nell'ambito personale";*
- *"Contatto con la gente, sentirsi gratificata per il raggiungimento di particolari obiettivi";*
- *"Gratificazioni emotive e psicologiche";*
- *"Tempo libero";*
- *"Buono stipendio";*
- *"Lavorare in équipe";*

- *"L'aspetto più positivo consiste nella gioia di poter dare qualcosa agli altri e nello stesso tempo di ricevere tanto";*
- *"Il cercare di riuscire a dare il meglio come persona e come professionista e nel ricevere da questa esperienza dalla vita tutti ciò che di positivo ci può essere";*
- *"Riflessione, freddezza, cautela".*

AREA PSICHIATRICA

- *"Riuscire a migliorare la qualità del tenore di vita di alcuni pazienti";*
- *"Il rapporto personalizzato con gli utenti";*
- *"La possibilità di aumentare la propria professionalità con il tempo e con l'esperienza";*
- *"Risoluzione di patologia più o meno complessa";*
- *"Stabilire rapporti di buona intensità con gli utenti";*
- *"La possibilità di aiutare gli utenti dimostrando comprensione e sensibilità qualità che loro spesso rischiano di non trovare comunemente";*
- *"Cercare di aiutare i pazienti ogni giorno ad essere di supporto nei momenti critici riuscendo a farli stare (almeno al momento) un po'";*

meglio";

- *"Rapporto diretto con il malato";*
- *"La possibilità di lavorare a lungo termine con alcuni pazienti, di conoscere le loro problematiche e i loro bisogni a fondo";*
- *"La possibilità di instaurare un rapporto di fiducia indispensabile per qualsiasi contatto terapeutico, riabilitativo da svolgere";*
- *"Poter aiutare le persone nei loro problemi e la soddisfazione di arrivare a poter portare in fondo con loro un programma con un esito positivo";*
- *"Il buon rapporto che si instaura con gli utenti e la fiducia";*
- *"L'essere con turnisti motivati e giovani";*
- *"Crescita emotiva personale";*
- *"Miglioramento capacità comunicative";*
- *"Gestione della propria ansia migliorata";*
- *"Aumentata capacità di introspezione".*

In riferimento alla sua attuale esperienza, quali aspetti giudica più negativi della sua professione?

AREA CRITICA

- *"Burocratici";*
- *"Lentezza e paura di cambiare certi modi di lavorare";*
- *"La disorganizzazione";*
- *"Stress";*
- *"Troppi carichi di lavoro";*
- *"Pochi rapporti con l'azienda";*
- *"Lavorare per compiti";*
- *"Poca organizzazione all'interno dell'équipe";*
- *"Poca gratificazione";*
- *"Il non riconoscimento sociale";*
- *"Stress derivante dal divario tra quello che dovrete fare e quello che puoi fare per l'utenza";*
- *"Non essere ben trattati dagli utenti i quali spesso sono prevenuti nei nostri confronti";*

- *"Le cene con il direttore generale"*
- *"Non aver gratificazioni professionali e personali in relazione alle prestazioni effettuate";*
- *"Dover lavorare in condizioni precarie non bene organizzati e con scarsa sensibilità della dirigenza";*
- *"Utilizzare il computer";*
- *"Fare lo scrivacchino";*
- *"Qualche volta per il troppo lavoro non si può fare come vorremmo in realtà";*
- *"Crisi della professione infermieristica";*
- *"Assenza di riunioni di autocoscienza"*
- *"Difficoltà di comunicazione professionale, assenza di cambiamenti organizzativi che riguardano obiettivi noti delle scienze infermieristiche";*
- *"Frustrazione professionale e personale che negativizza l'intero ambiente, e pochi che influenzano i molti";*
- *"Incapacità di dialogo";*
- *"Incoerenza";*
- *"Nessuna";*

- *"L'impossibilità di poter esprimere al meglio le proprie possibilità professionali";*
- *"L'incapacità di poter dare, a volte, il massimo di se".*

AREA PSICHIATRICA

- *"Non riuscire a portare significativi miglioramenti o variazioni nel lavoro di équipe: il nuovo non riesce a farsi avanti"*
- *"Troppi (numericamente) pochi i casi nei quali il miglioramento riabilitativo dei pazienti si possa definire significativo";*
- *"La disorganizzazione, cioè si vive alla giornata per mancanza di ausili";*
- *"Quando non si riesce a instaurare il rapporto e la fiducia";*
- *"Vedere che i programmi impostati non si possono realizzare per mancanza di collaborazione del paziente e a volte non avere il tempo per dialogare di più con i pazienti";*
- *"La cosa più negativa è che a tutt'oggi non ci siano dei corsi specifici per infermiere nell'ambito della psichiatria, corsi di formazione (almeno ad Arezzo)";*
- *"Per i casi psichiatrici più gravi l'impossibilità di avere soddisfazione*

per i risultati positivi ottenuti, per quanto non ce ne sono o non sono, purtroppo, apprezzati";

- "Orari di servizio assistenza infermieristica non adeguati per mancanza di tempo (personale)";

- "L'impossibilità di poter programmare piani di lavoro a lunga scadenza per una carenza di personale, esempio malattia di un collega, salta il programma di lavoro";

- "Non riuscire a migliorare la qualità del tenore di vita di alcuni pazienti".