

UNIVERSITA' DEGLI STUDI "G. D'ANNUNZIO"

CHIETI – PESCARA

---

**FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA**

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

LA SINDROME DEL BURN-OUT

NELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

Relatore

Dott.ssa Antonella Troiano

Laureando

Giuseppe Occhipinti

---

Anno accademico 2004-2005

## INDICE

### **INTRODUZIONE**

### **CAPITOLO 1 CHE COSA E' IL BURN-OUT**

1.1 Verso una definizione del termine

1.2 Burn-out syndrome e stress

1.3 Burn-out: Modelli teorici

1.4 Caratteristiche individuali e Burn-out

### **CAPITOLO 2 CAUSE ED EFFETTI DEL BURN-OUT**

2.1 Burn-out ed organizzazione lavorativa

2.2 Gli effetti del Burn-out

2.3 Gestione della sindrome del burn-out

### **CAPITOLO 3 LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA**

#### **IN RELAZIONE AL BURN-OUT**

3.1 Aspetti positivi e negativi della professione infermieristica

3.2 Strategie di intervento

### **CONCLUSIONI**

### **BIBLIOGRAFIA**

Fonti tradizionali

Letteratura grigia

Fonti informatiche

## **INTRODUZIONE**

Il termine burn-out syndrome (BOS) indica una sindrome caratterizzata da una reazione allo stress sperimentata dagli operatori sanitari, che si trovano costantemente ad avere rapporti con pazienti affetti da patologie gravi o che comunque sperimentano situazioni reiteranti come angoscia di morte, disabilità, sofferenza. L'espressione utilizzata per indicare questa sindrome tipica delle helping professions, pertanto, anche della professione infermieristica, per quanto lontana da una vera e propria traduzione letteraria è "Bruciato".

Gli infermieri vivono più a stretto contatto con il paziente, sia in termine di tempo, sia in termine di emotività, ragion per cui sono fra quegli operatori sanitari che rischiano maggiormente il burn-out. Attraverso il seguente lavoro, si è cercato di definire il termine burn-out, di descrivere alcuni modelli teorici di riferimento e di tracciare le caratteristiche individuali dell'operatore maggiormente soggetto al burn-out, quindi gli effetti che tale sindrome genera in chi ne è colpito. Per raggiungere questi obiettivi ci avvarremo di una ricerca bibliografica con fonti tradizionali, con letteratura grigia e con fonti informatiche.

# **CAPITOLO 1**

## **CHE COSA E' IL BURN-OUT**

### **1.1 VERSO UNA DEFINIZIONE DEL TERMINE**

La parola “burn-out” compare per la prima volta all’inizio del secolo scorso Kraepelin che 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 soddisfacenti"), portavano, come "conseguenza inevitabile, lavoro eccessivo di singoli, piaceri nulli per la professione e il rapido esaurirsi del medico stesso".

Negli anni '30 nel gergo dell’atletica e di altri sport il termine burn-out è usato per designare quel fenomeno per cui, dopo alcuni successi, un’atleta “si brucia”, “si esaurisce” non riuscendo più a ripetersi dal punto di vista agonistico.

Nell'agosto del '73 Christina Maslach espresse le sue idee nel corso di un convegno annuale dell'APA (American Psychological Association), tenuto a Montreal, definendo il burn-out "Una sindrome da esaurimento emotivo, da spersonalizzazione e riduzione delle capacità personali che può presentarsi in soggetti che per professione si occupano della gente"; e ancora: "una reazione

alla tensione emotiva cronica creata dal contatto continuo con altri esseri umani, in particolare quando essi hanno problemi o motivi di sofferenza”; queste idee furono riprese e completate sviluppando un concetto più organico del processo di burn-out che descrisse nel 1976 in una rivista. Fu l'anno successivo che coniò il termine "burn-out", per riferirsi ad una situazione che aveva osservato con frequenza sempre maggiore nelle "helping professions", 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, gli studi sul burn-out, soprattutto negli U.S.A. conobbero una rapida popolarità, suscitando tuttavia non pochi dubbi sulla reale consistenza del fenomeno.

Richard H. Price definisce “ burn-out come una metafora significativa, spesso però imprecisa, che dall’idea del fuoco dell’entusiasmo che si spegne, di un’energia che si esaurisce.”.

Frequentemente si è incorso nell'errore di confondere il burn-out con la frustrazione, considerando i due termini come dei sinonimi ma Edelwin e Brodskj (1982) hanno specificato che la frustrazione non è il burn-out. Burn-out significa apatia.

Un grosso contributo allo studio del burn-out 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: il burn-out è un processo molto complesso articolato in più fasi dove all'inizio c'è uno squilibrio tra risorse disponibili e risorse richieste che genera uno 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 a lungo termine nell'atteggiamento e nel comportamento, si ha la tendenza a trattare i pazienti 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 sé, 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 la burn-out syndrome 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 Association) considerano il fenomeno un'alienazione lavorativa, "il limite oltre il quale un operatore si separa, si ritira dal significato originale o dallo scopo della sua professione, il grado in cui un operatore esprime estraniamento dai pazienti, dai colleghi". Nel 1983 Harvey J. Fischer proponeva di distinguere il burn-out dal "wear-out" (logoramento). Verso il burn-out andrebbero incontro quelle persone dinamiche descritte da Freudenberg; questi sono individui che si creano da soli un eccesso di stress perché non sanno mai dire di no e finiscono per bruciarsi. Il "wear-out" 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. Anche negli ultimi anni numerosi studi hanno affrontato gli effetti dello stress e del burn-out e delle relative conseguenze sugli operatori nei diversi contesti clinico-terapeutici quali: l'area critica, l'area psichiatrica, e le SS. CC. di oncologia e malattie infettive. Perrez, nel 1992, indicava che nella pratica ospedaliera, l'evento stressante è parte integrante del lavoro ospedaliero; infatti, lo stress si realizza all'interno di alcuni importanti sistemi interconnessi ed interdipendenti, nel quale le dinamiche e gli stressori prendono corpo e consistenza quali l'organizzazione, la struttura lavorativa ed il contesto, le caratteristiche culturali e psicologiche di ogni singolo operatore. Sempre nel 1992, Shelledy ha indicato come riduttori del rischio di burn-out syndrome, un contenimento dello stress da lavoro, un accrescimento del livello d'autonomia e

responsabilità dell'attività, chiarezza dei ruoli, quindi soddisfazione del lavoro svolto. Prosser, nel 1996, ha osservato come l'inadeguatezza delle risorse, l'impossibilità di potersi avvalere di momenti di dialogo e discussione interdisciplinare portavano gli operatori delle comunità d'igiene mentale a presentare una minore soddisfazione per il lavoro svolto e segni specifici di burn-out rispetto ai loro colleghi impegnati nei Reparti di Psichiatria che contrariamente riuscivano a trovarli.

Graham, nel 2000, osserva invece come alcuni operatori sanitari come coloro impiegati nella diagnostica per Radiazioni abbiano rischi maggiori di burn-out rispetto ad altri specialisti indicando tra le cause principali proprio la carenza di un adeguata relazione con colleghi e con i pazienti.

Un lavoro del 2000 di Weinberg pubblicato su Lancet sembra confermare la perplessità relativa alle metodologie di indagine che è possibile osservare nei numerosissimi lavori su stress e burn-out degli operatori sanitari; infatti, non di rado si fa riferimento a strumenti che hanno valutato il livello di stress sofferto con una scarsa considerazione delle condizioni psicologiche, sociali e biologiche del singolo operatore sanitario sia nell'ambito del lavoro e sia nella vita privata. La definizione che è stata data alla sindrome del burn-out nel progetto di Legge 4562 del 02.05.2000 "Sindrome di esaurimento emozionale, di spersonalizzazione e di riduzione delle capacità professionali che può presentarsi in soggetti che per professione si occupano degli altri e si esprime in una costellazione di sintomi: apatia, eccessiva stanchezza, risentimento".

## 1.2 BURN-OUT SYNDROME E STRESS

Cherniss definisce burn-out 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 allora riuscire a chiarire il termine stress per evitare confusione. Attualmente con il termine stress si intende come una reazione fisiologica di adattamento, quando l'organismo deve affrontare un'esigenza o deve adeguarsi ad una novità, le fonti delle risposte allo stress sono varie, quindi, è utile distinguerle. Lo stress può sorgere da situazioni minacciose, difficili o che cambiano rapidamente, può essere il risultato di terapie, di attività precedentemente pianificate, può sorgere in anticipo ad eventi di per sé stressanti.

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 tali 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 gli stress così come il dolore;
- reagiscono in modo simile agli stress estremi;
- tendono a 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 burn-out, lo stressore attivo è rappresentato da una situazione lavorativa non più tollerabile.

### **1.3 BURN-OUT: MODELLI TEORICI**

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

La Maslach, dopo un primo contributo, dove parla di burn-out 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.

Queste dimensioni sono valutabili con il "Maslach Burnout Inventory", un questionario formato da 22 item.

"Il nucleo della sindrome di burn-out è uno schema di sovraccarico emozionale seguito da esaurimento emozionale".

Un particolare utilizzo del MBI è quello proposto da Golembiewski, Munzenrider e Carter (1983), che prevede una dinamica diversa nella successione delle fasi del burn-out. La loro ricerca si basa su alcuni assunti: il primo è che la depersonalizzazione è considerata la prima fase del burn-out 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.

Un altro interessante studio è quello di Harrison (1983), che crede che il burn-out dipenda da come un operatore percepisce il lavoro (quindi dalla 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 BURN-OUT**

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

Sono molto contraddittori ed incerti i dati riscontrati dai vari autori sull'influenza delle variabili demografiche dell'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, invece, risultano 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 burn-out è controversa tra gli autori. Sembra significativo il legame che c'è tra l'anzianità di servizio e l'insorgenza di burn-out; ma anche su questo dato c'è chi sostiene che l'incidenza maggiore di burn-out 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 burn-out 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.

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 burn-out le persone con grandi ideali e molti obiettivi da raggiungere, egli parla di "uomini e donne dinamici, carismatici e risoluti... che si impegnano fino in fondo in tutto quello che fanno, lasciandosi coinvolgere anche intimamente.". Viceversa C. Maslach scrive che "l'individuo a rischio burn-out 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, in uno studio del 1980, individua cinque tratti di personalità che influenzano una risposta individuale allo stress: 1-- l'ansia nevrotica;

2- la sindrome di "tipo A";

3- il "locus of control";

4- la flessibilità;

5- 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. È scarsa l'autostima e c'è un grosso interesse per l'approvazione degli altri.

Le helping professions 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 burn-out.

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 potersi 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 burn-out.

La "flessibilità" è un altro tratto della personalità che espone al rischio del burn-out; Kahn e i suoi collaboratori (1964) hanno verificato che gli individui più adattabili e flessibili sono quelli con 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, 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 al burn-out, lo stesso Cherniss sostiene che "l'influenza di questi tratti di personalità è stata forse sopravvalutata".

## **CAPITOLO 2**

### **CAUSE ED EFFETTI DEL BURN-OUT**

#### **2.1 BURN-OUT 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 burn-out. Nessun aspetto del lavoro è di per sé 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 che in certe situazioni, climi, stili di vita, 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 il soggetto stesso ha 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 burn-out, 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 adattativo. La difesa a lungo termine può portare anche a conseguenze non adattative, che possono risultare nocive. Per gli infermieri, è molto importante sentirsi efficaci ed efficienti, 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 colleghi, e dai medici e soprattutto dall'operatore stesso, proprio perché la professione infermieristica è, rispetto ad altre, molto legata all'immagine di sé 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 che apprezzano l'aiuto loro dato, perché il lavoro è dato per scontato. A volte gli 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; gli infermieri si scontrano costantemente con situazioni lavorative dove il successo spesso è poco evidente e ciò porta a manifestare una sensazione di apatia, un aumento della ricerca di ricompense materiali, il cercare di evitare situazioni

spiacevoli. L'assunto classico della letteratura riguardo al burn-out è che gli utenti o la particolare natura della relazione professionista-cliente siano alla radice dello sviluppo del burn-out, ma non sono l'unica causa. I conflitti connessi con il ruolo sono un'altra delle maggiori fonti di stress e di conseguenza di burn-out nei servizi sociali. L'infermiere tratta, oltre che con i pazienti, con i colleghi e con altre figure assistenziali e i rapporti con loro, se le relazioni sono alterate, contribuiscono ad aumentare lo stress e portano al burn-out 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 metodi utilizzati per avere un feedback sul proprio operato. Lo stress è anche influenzato dalle norme e dai regolamenti che strutturano il contatto tra infermiere e pazienti. E' maggiore l'incidenza di burn-out fra gli operatori di organizzazioni strutturate in modo burocratico, le cui regole lasciano una ridotta autonomia agli operatori (Berkley Planning Associates, 1977); 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).

Alle situazioni di stress l'infermiere 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.

## **2.2 GLI EFFETTI DEL BURN-OUT**

Gli effetti del burn-out sono molteplici. Il danno prodotto da questa sindrome, va oltre il singolo operatore colpito; danneggia prima il paziente che ha un'assistenza peggiore, poi l'ente per cui l'operatore lavora, quindi i familiari che devono lottare con tensioni emozionali e conflitti che la persona in burn-out 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 vissuto tutte le esperienze, è ha conoscenza di tutto sul suo lavoro), comportandosi così si espone a dei rischi molto grandi che possono portare a conseguenze gravi. Egli si sente indispensabile e ha la sensazione di non aver mai tempo per svolgere tutto il suo lavoro. Il burn-out porta ad un esaurimento emozionale che è spesso associato ad un esaurimento di tipo fisico. Frequentemente, i soggetti in burn-out 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 assumono tranquillanti. Oltre ad uno scadimento della salute fisica, c'è un deterioramento della salute psicologica con 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 . Questo continuo pensiero negativo porta l'infermiere a lavorare sempre peggio fino a dimostrare mancanza di competenze e di valori. 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 burn-out si riscontrano nel lavoro e sul rendimento che ha l'operatore. La non efficienza è causata dal fatto che la motivazione è minima, si avverte un grosso sentimento di frustrazione e l'infermiere ha la tendenza a non partecipare alle attività che si svolgono tenendo un atteggiamento distaccato con difficoltà di concentrazione, scarsa memoria e diventa incapace a svolgere i compiti complessi e a prendere delle decisioni rapide e corrette. Con il passare del tempo, l'infermiere presta meno attenzione ai bisogni del paziente che sono "etichettati" in base al loro problema, alla loro patologia e rende il lavoro disumanizzato e distaccato. Questo distacco può arrivare ad un comportamento duro e cinico verso il paziente con perdita dei sentimenti positivi nei loro confronti. L'effetto del burn-out non cessa con il termine della giornata lavorativa, ma può danneggiare anche i rapporti con la propria famiglia. Dopo una giornata lavorativa l'infermiere esausto, teso, spesso sconvolto, stanco fisicamente; e facilmente irritabile e spesso si

creano anche gravi conflitti nell'ambito familiare, sentimenti cinici e negativi verso la gente ; si ha un "indurimento permanente del cuore dell'uomo" .

## **2.3 GESTIONE DELLA SINDROME DEL BURN-OUT**

“Non esistono soluzioni rapide e facili al problema del burn-out”. Ogni singolo operatore colpito da burn-out, deve cercare di risolvere il suo problema considerando questa sindrome nel suo insieme, ed operando a vari livelli: individuale, sociale ed istituzionale. Le azioni a livello individuale sono quelle che l'individuo può intraprendere da è solo; quelle a livello sociale richiedono lo sforzo di più persone, in tal senso è importante la cooperazione tra colleghi; le azioni a livello istituzionali sono strategie e metodi messi in atto dall'amministrazione per gestire il problema burn-out. L'aumento del carico di lavoro porta 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. 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 il paziente e/o familiare, ma, devono essere dei break per “riprendere fiato” emotivamente, cercando di rilassarsi. Interrompere la routine lavorativa è proficuo per riprendere le energie. Gli operatori della sanità, scelgono spesso questa professione perché hanno degli ideali elevati che vogliono raggiungere. 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 di difficile valutazione, 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 definizione delle aspettative, anche per "l'immagine", perché assistere gli altri è molto impegnativo e l'infermiere deve essere egli per primo in ottima forma sia fisica sia 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, attraverso la relazione di aiuto e non mettere in risalto le problematiche. La ricerca della positività degli eventi crea l'occasione anche per ricevere un riscontro 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 burn-out, riguardano le variabili di gruppo e sono volte a migliorare la comunicazione

interpersonale. I rapporti instaurati con i colleghi, aiutano ad affrontare il burn-out, 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. Le azioni a livello istituzionale riguardano le variabili a livello lavorativo. Gli interventi possono riguardare quattro aspetti ed essere così classificati:

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

Il lavorare per obiettivi e piani permette di organizzare meglio il lavoro, chiarisce le aspettative, permette all'operatore ottenere un riscontro 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 determinando 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 burn-out. Tutti i livelli dell'organizzazione lavorativa devono essere contattati e coinvolti. Per il monitoraggio periodico ci si può avvalere di questionari per la raccolta di dati, che devono essere raccolti mantenendo l'anonimato e discutendo i risultati 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; si devono utilizzare strumenti standardizzati e ricercatori competenti, che garantiscono l'affidabilità della ricerca.

L'uso costante 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 su come è organizzato il lavoro. Per trovare delle soluzioni è probabile 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 burn-out, perché non coinvolgono fattori di carattere esterno come la famiglia e lo stile di vita. La gestione del burn-out produce un notevole dispendio di energie sia finanziarie da parte dell'amministrazione, che psicologiche da parte dell'operatore, ma, comunque, tale costo è minore di quello derivante dalla bassa qualità delle prestazioni, dall'assenteismo, dalla richiesta di turnover, dall'elevato livello di conflitti che altrimenti si vengono a creare.

## **CAPITOLO TERZO**

### **LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA IN RELAZIONE**

#### **AL BURN-OUT**

#### **3.1 ASPETTI POSITIVI E NEGATIVI DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA**

Tra gli aspetti positivi della professione di infermiere ha avuto sempre una grande importanza l'utilità delle prestazioni svolte, e la gratificazione personale che si ottiene da esse. Ad essi si dovrebbero aggiungere anche la buona remunerazione ed il tempo libero a disposizione. Tra gli aspetti negativi spiccano, invece, la disorganizzazione del servizio svolto, nonché la scarsa gratificazione che il paziente dà all'infermiere per il lavoro svolto, e lo stress che si viene a creare per le richieste da parte del paziente e/o parenti, e dei medici che non possono essere soddisfatte.

Questi sentimenti derivano anche dal mancato riconoscimento sociale degli infermieri, che troppo spesso sono visti come "paramedici", nel senso solo complementari al medico, e non come professionisti sanitari, che sono anche autonomi, responsabili del proprio agire, che risultano competenti nel proprio campo di azione in quanto il nursing ha con le altre scienze un rapporto di interdipendenza dinamico.

L'infermiere è un professionista che ha, però, il diritto ed il dovere di non dover mai dimenticare di essere anche una persona con i suoi bisogni da soddisfare , con le sue certezze, a volte con le sue fragilità. Altri aspetti considerati in modo fortemente negativo sono gli "aspetti burocratici" che tolgono tempo all'assistenza. Ad esempio la Cartella Infermieristica. Tutto questo non dovrebbe in realtà essere visto come un aspetto negativo, in quanto la Cartella Infermieristica è lo strumento che permette visibilità al nursing process e se compilata secondo le procedure prestabilite e con attenzione rispetto alle questioni legali protegge gli infermieri e quindi le organizzazioni sanitarie dalle accuse di malpractice, e può fornire un utile apporto per future ricerche. L'assistenza è ancora vista da alcuni soprattutto dagli infermieri più anziani come strutturata per "compiti" e non per "obiettivi", cioè l'infermiere svolge "le proprie mansioni" in modo "meccanico" a volte ripetitivo, senza tener conto degli effettivi bisogni del paziente.

### 3.2 STRATEGIE DI INTERVENTO

Cambiamenti significativi si hanno con la legge 42 del 26.02.1999 che introduce due importanti elementi nella vita professionale dell'infermiere:

il primo riguarda la sostituzione della definizione "professione sanitaria ausiliaria" con la definizione di "professione sanitaria"; questo comporta l'affermazione che la professione infermieristica ha valore poiché detentrici di uno specifico ruolo per la salute del singolo e della collettività così come indicato nel profilo.

Il secondo elemento riguarda l'abrogazione del DPR 225/74 (il mansionario dell'infermiere).

Con il lento, ma graduale sviluppo di un nuovo concetto di assistenza infermieristica, sempre più rappresentato dal progredire culturale della professione infermieristica, sono stati rivisti i percorsi formativi degli infermieri aprendo loro le porte del mondo universitario.

L'infermiere è assistente ed educatore per eccellenza di se stesso, dei colleghi, dei collaboratori, del paziente e dei familiari.

In prima istanza deve:

SAPERE (acquisire le conoscenze tecniche) SAPER ESSERE (acquisire capacità comunicative e relazionali) SAPER FARE (acquisire abilità tecniche e manuali).

La gestione delle risorse umane nella” Azienda sanitaria” deve mirare a promuovere il benessere psicologico dell’operatore per garantire un ambiente di lavoro gratificante ed al tempo stesso stimolante .

Per evitare il limite del rendimento scaturito da stress lavorativo nasce la necessità di realizzare adeguati programmi di prevenzione dello stress attraverso strategie ben precise mirate alla formazione degli operatori e alla organizzazione del lavoro e ad una semplice migliore e più qualificata gestione delle risorse umane

## CONCLUSIONI

Il burn-out può essere prevenuto attraverso un intervento di sostegno individuale atto a raggiungere un sufficiente livello di consapevolezza di sé e di sufficienti capacità di riconoscimento e di analisi dei potenziali fattori di stress.

L'azione di sostegno deve essere orientata al potenziamento della conoscenza di sé, alla interpretazione dei segnali del corpo, delle proprie emozioni, riorganizzare il proprio stile di vita.

E' possibile modificare anche lo stile di lavoro, ovvero, si può imparare a lavorare meglio in termini qualitativi anziché quantitativi. A tale scopo si rivela utile l'applicazione di una serie di accorgimenti.

Da tutto quanto esposto emerge che il burn-out 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 burn-out negli operatori delle helping professions significa aiutarli a tessere relazioni sociali e professionali più significative, con relazioni che diano conferma e sostegno alla dimensione umana dell'infermiere. Bisogna non dimenticare che non basta creare o rinnovare delle strutture per avere un'assistenza migliore, perché sono gli uomini che la fanno funzionare e vivere.

*“Per far ciò non è sufficiente un'azione individuale. Si richiede un lavoro d'insieme, intelligente, programmato, costante e generoso...”*

*Giovanni Paolo II (1985)*

## **BIBLIOGRAFIA**

### **FONTI TRADIZIONALI:**

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

Basetti O.: Educare assistendo. Rosini Editrice, Firenze, 1994.

Giombini L., Buoncristiani U.: Inquadramento nosografico della sindrome del burnout negli operatori socio-sanitari.  
Ed. Wighting Editore, Milano, 1990.

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

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

## **LETTERATURA GRIGIA**

Azienda Ospedaliera “O.C.-O.M.P.A” Ragusa, P.F.A. ed. 1. del 08.09.2005,  
accreditato ECM: La qualità del servizio ospedaliero: Il Ruolo dell’Infermiere;

Azienda Ospedaliera “O.C.-O.M.P.A” Ragusa, P.F.A. ed. 2. del 29.09.2005,  
accreditato ECM: La sindrome del burn-out;

Azienda Ospedaliera “O.C.-O.M.P.A.” Ragusa: P.F.A ed. 4 del 15.11.2005,  
accreditato ECM: Documentazione sanitaria infermieristica: “La Cartella  
Infermieristica”

## **FONTI INFORMATICHE**

[www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it)

[www.nursesarea.it](http://www.nursesarea.it)

[www.nurse3000.it](http://www.nurse3000.it)

[www.psiconline.it](http://www.psiconline.it)

[www.gildacentrostudi.it](http://www.gildacentrostudi.it)