

“Sindrome da *Burnout* nelle professioni sanitarie: analisi dei fattori eziologici”

di Ombretta Puricelli^{*}, Simone Callegari^{}, Valdemaro Pavacci^{***}, Alessandro Caielli^{****},
Edoardo Raposo^{*****}**

Introduzione

Negli anni '70, Freudenberger richiamò l'attenzione su una delle possibili manifestazioni dello stress lavorativo, introducendo il termine di “*Burnout*”. Questo termine indica una condizione di disagio rilevata tra lavoratori impegnati nelle cosiddette professioni di aiuto, specialmente nell'area socio-sanitaria.

Diversi studi documentano gli alti livelli di stress lavorativo nei servizi ospedalieri. L'incidenza, tra i medici, di alcolismo, cirrosi, suicidio e crisi coniugali conduce al bisogno urgente di esaminare fattori eziologici e predisponenti, le manifestazioni cliniche e le strategie di gestione dello stress lavorativo.

I tre fattori del burnout

Come descritto da C. Maslach (1982), Il burnout viene identificato attraverso tre fattori concomitanti:

- *Esaurimento emotivo* (svuotamento delle risorse emotive). E' una sensazione di stanchezza e di affaticamento che si sviluppa via via che le risorse emotive vengono a mancare, sensazione che non si abbia più da offrire a livello psicologico.
- *Depersonalizzazione*. Si riferisce ad atteggiamenti negativi, di distacco, cinismo e/o ostilità nei confronti delle persone con cui e per cui si lavora.
- *Realizzazione professionale*. Riguarda la percezione della propria inadeguatezza al lavoro che implica una caduta dell'autostima ed una attenuazione del desiderio di successo.

Le quattro fasi del burnout

L'insorgenza della sindrome negli operatori sanitari segue generalmente quattro fasi (Bellani et al., 2002)

- la *prima fase* (entusiasmo idealistico) è caratterizzata dalle motivazioni che hanno indotto gli operatori a scegliere un lavoro di tipo assistenziale, ovvero motivazioni consapevoli (migliorare il mondo e se stessi, sicurezza di impiego, svolgere un lavoro meno manuale e di maggior prestigio) e motivazioni inconsce (desiderio di approfondire la conoscenza di sé e di esercitare una forma di potere o di controllo sugli altri).
- Nella *seconda fase* (stagnazione) l'operatore continua a lavorare ma si accorge che il lavoro non soddisfa del tutto i suoi bisogni. I risultati del forte impegno iniziale sono via

^{*} Psicologa, S.S. Psicologia, Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro (IST), Genova

^{**} Medico Chirurgo, S.C. Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro (IST), Genova

^{***} Medico Chirurgo, S.C. Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro (IST), Genova

^{****} Medico Chirurgo, S.C. Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro (IST), Genova

^{*****} – Medico Chirurgo, Ricercatore, S.C. Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro (IST), Genova

via sempre più inconsistenti. Si passa così da un superinvestimento iniziale ad un graduale disimpegno dove il sentimento di profonda delusione avanza, determinando nell'operatore una chiusura verso l'ambiente di lavoro ed i colleghi.

- La fase più critica del burnout è la *terza* (frustrazione). Il pensiero dominante dell'operatore è di non essere più in grado di aiutare nessuno, con profonda sensazione di inutilità e di non rispondenza del servizio ai reali bisogni dell'utenza. Il vissuto dell'operatore è un vissuto di perdita, di svuotamento, di crisi di emozioni creative e di valori considerati fondamentali fino a quel momento. Come fattori di frustrazione aggiuntivi, intervengono lo scarso apprezzamento sia da parte dei superiori, sia da parte degli utenti, nonché la convinzione di un'inadeguata formazione per il tipo di lavoro svolto. Il soggetto frustrato può assumere atteggiamenti aggressivi (verso se stesso o verso gli altri) e spesso mette in atto comportamenti di fuga (quali allontanamenti ingiustificati dal reparto, pause prolungate, frequenti assenze per malattia).
- Il graduale disimpegno emozionale conseguente alla frustrazione, con passaggio dalla empatia all'apatia, costituisce la *quarta fase*, durante la quale spesso si assiste a una vera e propria morte professionale.

Il burnout non è solo un problema personale

Gli effetti del burnout non si ripercuotono solo a livello personale ma tendono a propagarsi in maniera altalenante da un membro dell'equipe all'altro e dall'equipe ai pazienti, coinvolgendo quindi l'intera organizzazione dei servizi oltre che il singolo individuo.

Le conseguenze di tutto ciò sono molto gravi e si possono schematizzare in tre livelli (Maslach & Leiter, 2000):

- livello degli operatori che "pagano" il burnout, anche attraverso somatizzazioni, ma soprattutto attraverso dispersione di risorse (il burnout ha un "costo"), frustrazioni e sottoutilizzazioni di potenziali;
- livello dei pazienti, per i quali un contatto con gli operatori in burnout risulta frustrante, inefficace e dannoso;
- livello della comunità in generale che vede svanire forti investimenti nei servizi.

SCOPO E METODO DELLO STUDIO

Lo scopo della nostra ricerca è quello di analizzare le diverse variabili (età, sesso, ruolo, anzianità lavorativa) che potrebbero condurre a burnout.

L'indagine da noi proposta è stata realizzata nel periodo compreso tra Novembre 2007 e Gennaio 2008 nel reparto di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva dell'Istituto Tumori di Genova (IST) in collaborazione con il Servizio Elaborazioni Dati della sezione di Biostatistica del Dipartimento di Scienze della Salute (DISSAL) di Genova.

E' stata eseguita mediante questionario anonimo, autocompilato, distribuito a tutto il personale (medici strutturati, medici specializzandi, medici frequentatori e anche studenti di Medicina).

Tale questionario è costituito da:

- Generalità dei partecipanti allo studio
- Prima Parte: Maslach Burnout Inventory (MBI)

E' un questionario, messo a punto ormai da alcuni anni e proposto dalla dott.sa Christina Maslach (1982), specifico per la valutazione qualitativa e quantitativa dello stato di burnout. E' costituito da 22 item suddivisi in tre sottoscale che valutano i tre diversi aspetti precedentemente descritti (esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione professionale). Il questionario offre una valutazione quantitativa identificando tre gradi di

gravità: basso, medio e alto grado; il burnout è considerato come una variabile continua e non dicotomica, che può essere presente o assente (vedi appendice).

DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

Hanno partecipato all'indagine 30 medici: 7 (23.3%) Strutturati, ovvero coloro che sono regolarmente assunti a tempo indeterminato presso la struttura ospedaliera (e con un'esperienza lavorativa alla spalle), 13 (43.3%) Specializzandi, 4 (13.4%) Frequentatori (ovvero Medici Volontari), 6 (20%) Studenti di Medicina.

Tra i partecipanti allo studio, 14 (46.7%) sono uomini e 16 (53.3%) sono donne. L'età varia tra i 24 e i 58 anni (età media 30); per l'analisi dei dati abbiamo considerato un cut-off a 35 anni: 24 (80%) hanno un'età inferiore mentre 6 (20%) hanno un'età maggiore di 35. Per quanto riguarda l'anzianità di servizio, 24 (80%) hanno meno di 10 anni di esperienza mentre 6 (20%) più di 10 anni.

SINTESI E RISULTATI

Prendendo in considerazione il Maslach Burnout Inventory, una volta calcolati i punteggi secondo griglie di correzione standard, per distribuire i risultati nelle tre fasce di rischio (basso, medio, alto) ci siamo basati sullo schema riportato in tabella 1.

GRADO	EE (%)	DP (%)	RP (%)
BASSO	15 (50.%)	14 (46.7%)	5 (16.7%)
MEDIO	11 (36.7%)	12 (40.0%)	11 (36.7%)
ALTO	4 (13.3%)	4 (13.3%)	14 (46.7%)

Tabella 1

Abbiamo ottenuto i risultati riportati in tabella 2:

	EE	DP	RP
Alto	>24	>9	<29
Medio	15-23	4-8	30-36
Basso	<14	<3	>37

Tabella 2

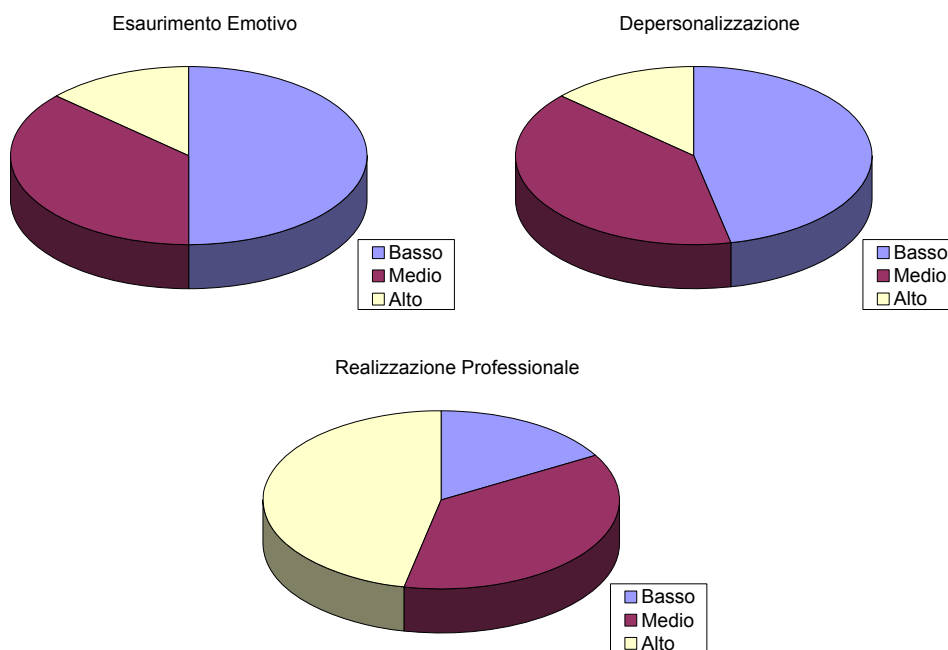


Figura 1

Se osserviamo i primi due grafici di figura 1, relativi all'esaurimento emotivo (EE) e depersonalizzazione (DP), la distribuzione dei dati evidenzia che un'elevata percentuale (circa il 50%) apparentemente non sembra a rischio di sviluppare una vera e propria sindrome da burnout. A conferma di ciò, dal terzo si evince che la maggior parte dei medici si ritiene professionalmente realizzata.

Potremmo poi considerare eventuali variazioni dei risultati in base all'età dei soggetti, per osservare se vi sia una qualche correlazione tra fattori:

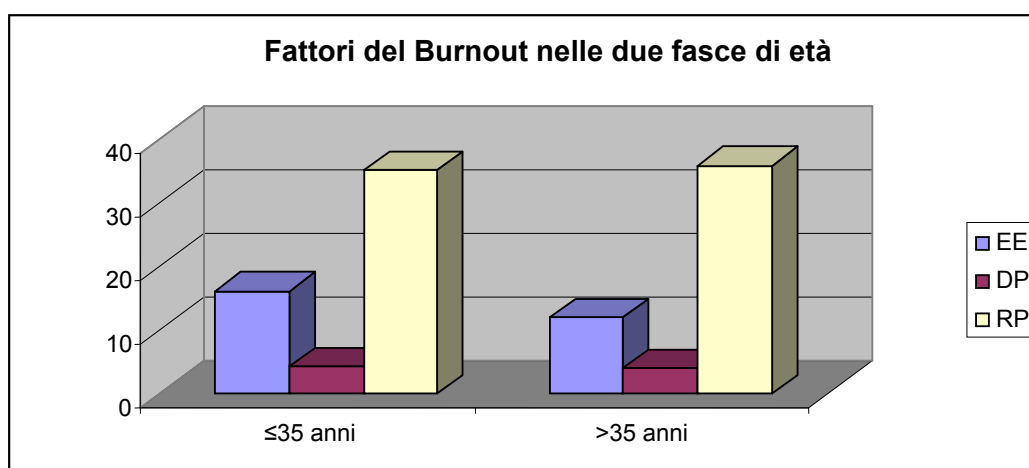


Figura 2

Come risulta immediatamente evidente, i due grafici sono pressoché sovrapponibili. Quindi l'età non sembra essere una variabile influenzante sullo sviluppo di burnout. Test statistici confermano la non significatività ($p > 0.05$).

Risultati analoghi possono essere ottenuti distinguendo i risultati in base al sesso (figura 3).

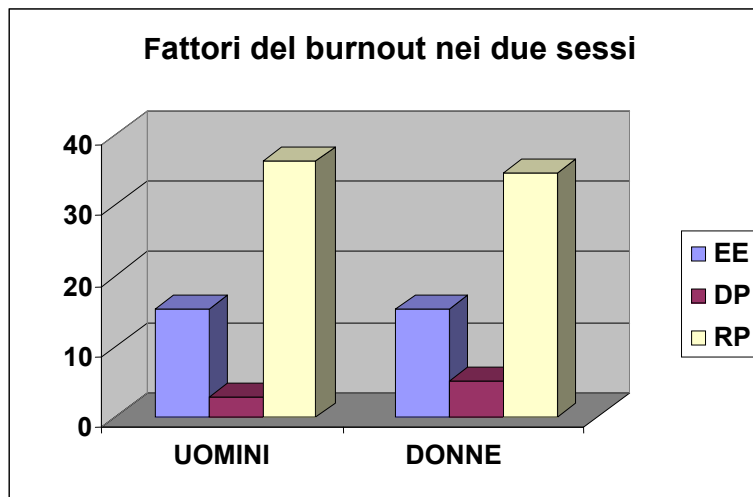


Figura 3

Se esaminiamo poi come si distribuisce il burnout, tra operatori che all'interno del reparto svolgono ruoli differenti, abbiamo una distribuzione di questo tipo (fig.4):

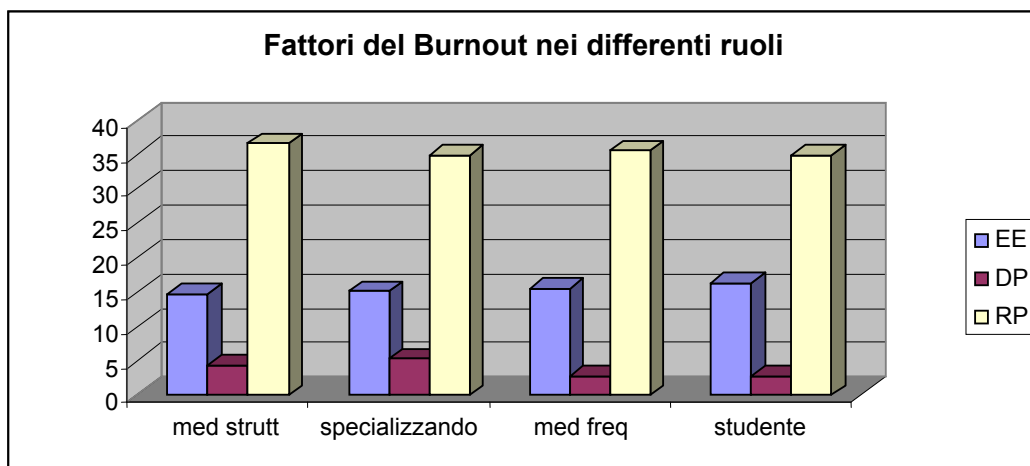


Figura 4

Come evidenzia la figura 4, le differenze tra i ruoli non appaiono significative, anche se ciò pare in contrasto con quanto inizialmente ipotizzato. Anche in questo caso, mediante il Test di Kruskal-Wallis si evidenzia una non significatività dei risultati ($p > 0.05$).

Nel passaggio successivo, consideriamo l'anzianità lavorativa come fattore di rischio per lo sviluppo di burnout.

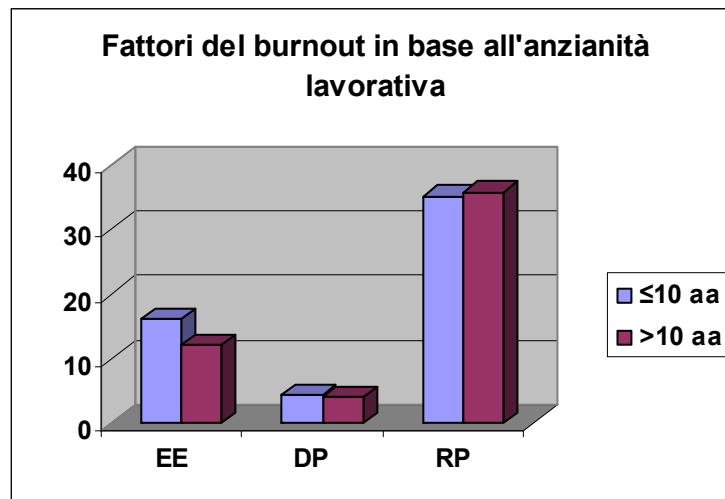


Figura 5

La figura 5 rende evidente la totale sovrapposibilità dei dati tra coloro che hanno meno di 10 anni di esperienza lavorativa e coloro che ne hanno di più. In questo caso risulta però alquanto improbabile che, con l'esposizione per lungo tempo a tali fattori di rischio non aumenti la probabilità di sviluppare burnout. Come previsto, in questo caso possiamo ritenere di essere di fronte solo a problematiche legate, come vedremo in seguito, ai limiti della nostra indagine.

Conclusioni

Le differenze tra le singole variabili (categorie professionali, età, sesso, anzianità lavorativa) osservate nel gruppo esaminato, meritano a nostro avviso di essere rivalutate. Siamo infatti consapevoli dei limiti della nostra indagine. I risultati ottenuti, infatti, si basano su un numero esiguo (30) di soggetti. Ciò, dal punto di vista statistico, inficia la significatività dello studio, rispetto alle conclusioni che si potrebbero trarre da uno studio su più ampia scala. Vale anche la pena di considerare che possono verificarsi molte variabili confondenti (*bias*) durante la somministrazione e la compilazione dei questionari, fatto che può dar luogo a risposte fallaci.

La nostra indagine, per l'esiguità del campione, rappresenta al momento uno studio pilota che potrà essere poi esteso, dopo aver effettuato le opportune modifiche, ad un campione più vasto di popolazione.

Strategie di prevenzione

Qui di seguito riassumiamo alcune strategie di prevenzione di burnout (Nesci et al., 2002; Payne & Firth-Cozens, 1999), considerando vari livelli di organizzazione.

A - Sviluppo dello Staff

- Ridurre le richieste imposte agli operatori da loro stessi attraverso l'incoraggiamento ad adottare obiettivi più realistici.
- Incoraggiare gli operatori ad adottare nuovi obiettivi che possano fornire alternative di gratificazione.
- Aiutare gli operatori a sviluppare ed utilizzare meccanismi di controllo e di feed-back sensibili a vantaggi a breve termine.
- Fornire frequenti possibilità di training per incrementare l'efficienza del ruolo.

- Insegnare allo staff a difendersi mediante strategie quali lo studio del tempo e le tecniche di strutturazione del tempo.
- Orientare il nuovo staff fornendo un libretto che descriva realisticamente le frustrazioni e difficoltà tipiche che insorgono sul lavoro.
- Fornire periodici “controlli del burnout” a tutto lo staff.
- Fornire consulenza centrata sul lavoro o incontri per lo staff che sta sperimentando elevati livelli di stress nel proprio lavoro.
- Incoraggiare lo sviluppo di gruppi di sostegno e/o sistemi di scambio di risorse.

B - Cambiamenti di Lavoro e delle Strutture di Ruolo

- Limitare il numero di pazienti di cui lo staff è responsabile in un determinato periodo.
- Distribuire tra i membri dello staff i compiti più difficili e meno gratificanti ed esigere dallo staff che lavori in più di un ruolo e programma.
- Pianificare ogni giorno in modo che le attività gratificanti e quelle non gratificanti siano alternate.
- Strutturare i ruoli in modo da permettere agli operatori di prendersi “periodi di riposo” quando è necessario.
- Utilizzare personale ausiliario (e volontari) per fornire allo staff ordinario possibilità di riposo.
- Incoraggiare gli operatori a prendersi frequenti vacanze, anche con un breve preavviso se necessario.
- Limitare il numero di ore di lavoro di ogni membro dello staff.
- Non incoraggiare il lavoro part-time.
- Dare ad ogni membro dello staff la possibilità di creare nuovi programmi.
- Costituire varie fasi di carriera per tutto lo staff.

C - Sviluppo della Gestione

- Creare programmi di training e sviluppo per il personale attuale e futuro che si dedica alla supervisione, accentuando quegli aspetti del ruolo che gli amministratori hanno già difficoltà ad affrontare.
- Creare sistemi di controllo per i supervisori, quali indagini tra lo staff, e fornire al personale della supervisione un feed-back regolare sulle loro prestazioni.
- Controllare la tensione di ruolo nei supervisori e intervenire quando essa diventa eccessiva.

D - Soluzione del Problema Organizzativo e Momento Decisionale

- Creare meccanismi formali di gruppo per la soluzione del problema organizzativo e la risoluzione del conflitto.
- Organizzare training per la risoluzione del conflitto e la soluzione dei problemi di gruppo per tutto lo staff.
- Accentuare l'autonomia dello staff e la partecipazione alle decisioni.

E - Obiettivi del Centro e Modelli di Gestione

- Rendere gli obiettivi chiari e compatibili per quanto possibile.
- Sviluppare un forte ed originale modello di gestione.
- Rendere la formazione e la ricerca i maggiori obiettivi del programma.
- Condividere la responsabilità delle cure e della terapia con i pazienti, le loro famiglie e la comunità sociale.

PRIMA PARTE

Seguendo le scale sotto riportate La preghiamo di segnare, barrando il numero corrispondente, la FREQUENZA e l' INTENSITA' con cui le ventidue situazioni sotto descritte sono da Lei vissute sul lavoro.

FREQUENZA = "quanto spesso?"

- 0 – mai
- 1 – qualche volta all'anno (o meno)
- 2 – ogni mese
- 3 – qualche volta al mese
- 4 – una volta alla settimana
- 5 – qualche volta alla settimana
- 6 – ogni giorno

INTENSITA' = "quanto intenso?"

- 1 – molto poco
- 2 – un po'
- 3 – abbastanza
- 4 – mediamente
- 5 – molto
- 6 – moltissimo
- 7 – massima intensità

Frequenza

Intensità

0 1 2 3 4 5 6	1) Mi sento emotivamente sfinito dal mio lavoro	1 2 3 4 5 6 7
0 1 2 3 4 5 6	2) Mi sento sfinito alla fine della mia giornata	1 2 3 4 5 6 7
0 1 2 3 4 5 6	3) Mi sento stanco quando mi alzo la mattina e devo affrontare un altro giorno di lavoro	1 2 3 4 5 6 7
0 1 2 3 4 5 6	4) Posso capire facilmente come la pensano i miei pazienti	1 2 3 4 5 6 7
0 1 2 3 4 5 6	5) Mi pare di trattare alcuni pazienti come fossero oggetti impersonali	1 2 3 4 5 6 7
0 1 2 3 4 5 6	6) Mi pare che lavorare tutto il giorno con la gente mi pesi	1 2 3 4 5 6 7
0 1 2 3 4 5 6	7) Affronto efficacemente i problemi dei miei pazienti	1 2 3 4 5 6 7
0 1 2 3 4 5 6	8) Mi sento esaurito dal mio lavoro	1 2 3 4 5 6 7
0 1 2 3 4 5 6	9) Credo di stare influenzando positivamente la vita di persone attraverso il mio lavoro	1 2 3 4 5 6 7

FREQUENZA = "quanto spesso?"

- 0 – mai
- 1 – qualche volta all'anno (o meno)
- 2 – ogni mese
- 3 – qualche volta al mese
- 4 – una volta alla settimana
- 5 – qualche volta alla settimana
- 6 – ogni giorno

INTENSITA' = "quanto intenso?"

- 1 – molto poco
- 2 – un po'
- 3 – abbastanza
- 4 – mediamente
- 5 – molto
- 6 – moltissimo
- 7 – massima intensità

<u>Frequenza</u>		<u>Intensità</u>
0 1 2 3 4 5 6	10) Da quando ho incominciato a lavorare qui sono diventato più insensibile con la gente	1 2 3 4 5 6 7
0 1 2 3 4 5 6	11) Ho paura che questo lavoro mi possa indurire emotivamente	1 2 3 4 5 6 7
0 1 2 3 4 5 6	12) Mi sento pieno di energie	1 2 3 4 5 6 7
0 1 2 3 4 5 6	13) Sono frustrato dal mio lavoro	1 2 3 4 5 6 7
0 1 2 3 4 5 6	14) Credo di lavorare troppo duramente	1 2 3 4 5 6 7
0 1 2 3 4 5 6	15) Non mi importa veramente di ciò che succede ad alcuni pazienti	1 2 3 4 5 6 7
0 1 2 3 4 5 6	16) Mi sento rallegrato dopo aver lavorato con i miei pazienti	1 2 3 4 5 6 7
0 1 2 3 4 5 6	17) Riesco facilmente a rendere i miei pazienti rilassati ed a proprio agio	1 2 3 4 5 6 7
0 1 2 3 4 5 6	18) Lavorare direttamente a contatto con la gente mi causa troppa tensione	1 2 3 4 5 6 7
0 1 2 3 4 5 6	19) Ho realizzato molte cose di valore nel mio lavoro	1 2 3 4 5 6 7
0 1 2 3 4 5 6	20) Sento di non farcela più	1 2 3 4 5 6 7
0 1 2 3 4 5 6	21) Nel mio lavoro affronto problemi emotivi con calma	1 2 3 4 5 6 7
0 1 2 3 4 5 6	22) Ho l'impressione che i miei pazienti (o i loro genitori) diano la colpa a me per i loro problemi	1 2 3 4 5 6 7

Bibliografia

Bellani, M.L & Orrù, W. (2002). *La sindrome del burnout*. In: Bellani, M.L, Morasso, G., Amadori, D. et al. (2002). *Psiconcologia*. Milano: Masson.

Freudenbreger HJ. (1974). Staff burn out. *J Soc Issues*. 30,15-165

Maslach, C. (1982). *Burnout, the cost of caring*, New York: Prentice Hall Press.

Maslach, C. & Leiter, M.P. (2002). *Burnout e organizzazione. Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro*. Trento: Ed.Erickson.

Nesci, D.A, Polisenò, T.A, & Comazzi, A. (2002). *Interventi di supporto per gli operatori*. In Bellani, M.L, Morasso, G., Amadori, D. et al. (2002). *Psiconcologia*. Milano: Masson.

Payne, R. & Firth –Cozens, J. (1987). *Stress in Health Professionals*. New York: Wiley. (trad. it. *Lo stress negli operatori della sanità*. Kappa, Roma, 1999).