

UNIVERSITÀ DI BOLOGNA  
SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA  
Corso di laurea in INFERMIERISTICA

**IL BURNOUT NELLA PROFESSIONE  
INFERMIERISTICA:  
Revisione sistematica della letteratura**

Relatore: Prof. Paola Surcinelli

Laureanda: Eneida Bushi

I SESSIONE

ANNO ACCADEMICO: 2014-2015

<b>RIASSUNTO</b> .....	pag. 1
<b>INTRODUZIONE</b> .....	“2
<b>CAPITOLO 1 CHE COSA E’ IL BURNOUT</b>	
1.1 Nascita ed evoluzione del termine burnout.....	”4
1.2 Differenza tra stress e burnout.....	”5
1.3 Burnout: principali modelli teorici.....	”7
<b>CAPITOLO 2 BURNOUT: FATTORI INDIVIDUALI E ORGANIZZATIVI CHE FAVORISCONO L’INSORGENZA DEL BURNOUT</b>	
2.1 Fattori individuali: caratteristiche demografiche, caratteristiche di personalità, aspettative e valori personali.....	”11
2.1.1 Variabili demografiche.....	”12
2.1.2 Caratteristiche di personalità.....	”13
2.1.3 Aspettative e valori personali.....	”17
2.2Contesto lavorativo: caratteristiche organizzative, condizioni lavorative.....	”17
<b>CAPITOLO 3 DIFFUSIONE DELLA SINDROME DEL BURNOUT</b>	
3.1 Quanto è diffuso il burnout nelle helping professions? .....	”21
3.2 Misurare il burnout.....	”22
3.3Tutela medico-legale per operatori colpiti da burnout .....	”25
<b>CAPITOLO 4 LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA</b>	
4.1Chi è l’infermiere? .....	”28
4.2 Perché l’infermiere è una categoria professionale a rischio di burnout? .....	”30
4.2.1 Quali sono i reparti più a rischio? .....	”31
4.2.2 Sintesi dei risultati.....	”35
4.2.3 Conclusioni.....	”37
4.4Prevenzione del burnout .....	”38
<b>CONCLUSIONI</b> .....	”40
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	”41

## **RIASSUNTO**

L'elaborato nasce dalla volontà di spiegare in cosa consiste il fenomeno del burnout, ed andare ad analizzarne i livelli di diffusione nella professione infermieristica. In particolare ci si è soffermati sulla diffusione del fenomeno nella realtà oncologica, attuando anche un confronto tra gli infermieri dei reparti oncologico e gli infermieri degli hospice, per analizzare se vi fossero gli stessi livelli di burnout. Per rispondere ai quesiti sono state consultate due banche dati, PubMed e CINAHL, dalle quali sono stati selezionati gli articoli il cui argomento principale fosse il burnout nella professione infermieristica. Il campo di ricerca è stato poi delimitato, ai soli articoli che coinvolgessero gli infermieri oncologici e quelli degli Hospice / cure palliative.

Dall'analisi eseguita è emerso che la sindrome del burnout, è un fenomeno molto presente nella professione infermieristica. Mentre non si può ad ora affermare, in base agli articoli considerati, che gli infermieri oncologici siano più a rischio rispetto agli infermieri di altri reparti. Pare esistano invece, differenze nei livelli di burnout tra gli infermieri dei reparti oncologici e quelli del Hospice, anche se tali differenze non sono ancora chiare e necessitano di maggiori analisi.

## **INTRODUZIONE**

Gianni Del Rio afferma: *“Se il danno diretto del burnout sull'operatore risulta immediatamente evidente, è altrettanto chiaro che gravi sono le ripercussioni a livello della qualità delle prestazioni e dell'efficienza dei servizi”*.

Una affermazione piuttosto forte quella di Del Rio che spinge a riflettere sulle enormi implicazioni sociali che la sindrome del burnout causa, in quanto, provoca conseguenze non solo sull'operatore ma anche sugli utenti con cui egli entra in contatto. Le professioni d'aiuto, ovvero quelle prevalentemente colpite dalla sindrome del burnout, hanno come finalità principale il soddisfacimento dei bisogni e delle richieste dei pazienti. Nel soddisfare un bisogno, il professionista sanitario non può limitarsi alla mera esecuzione di una specifica attività. Le competenze tecniche e professionali sono fondamentali ma non sufficienti per essere un buon professionista, sono infatti richieste abilità sociali che permettano un'adeguata relazione con l'altro. Un professionista affetto da burnout, per i motivi che verranno poi illustrati nell'elaborato, difficilmente riuscirà ad instaurare un relazione adeguata con l'utente e di conseguenza garantire l'efficienza del servizio.

Attualmente esistono vari strumenti per la rilevazione dei livelli di burnout che mirano a stimarne la diffusione. I risultati ottenuti da queste rilevazioni non sono però soddisfacenti infatti, gli esiti dei vari studi sono discrepanti tra loro. Resta comunque fondamentale individuare uno strumento di rilevazione idoneo, in quanto alcuni autori sono concordi nell'affermare come spesso siano proprio i professionisti dell'aiuto ad avere maggiori difficoltà a chiedere sostegno e quindi a sottostimare il loro malessere. Il più delle volte essi

tentano invece di trovare autonomamente la soluzione ai propri problemi, ed è possibile riscontrare paradossalmente un aumento dell'impegno profuso nella professione, attraverso l'incremento delle ore lavorative, del coinvolgimento e infine trascurando le proprie esigenze personali.

Attraverso il seguente lavoro si è cercato di definire il termine burnout, illustrarne i principali modelli teorici, i fattori individuali e organizzativi che ne favoriscono l'insorgenza in certi individui piuttosto che in altri. Si è infine analizzato come questo fenomeno interessi la professione infermieristica. Per eseguire l'elaborato si è ricorso prevalentemente all'utilizzo di libri di testo e dell'analisi di articoli scientifici.

## **CAPITOLO 1: CHE COSA E' IL BURNOUT**

### **1.1 NASCITA ED EVOLUZIONE DEL TERMINE BURNOUT**

Il termine burnout che in italiano possiamo tradurre come “bruciato, “esaurito”, comparve per la prima volta nel 1930 in ambito sportivo. Indicava l’incapacità dell’atleta dopo i primi successi ad ottenerne altri, quest’ultimo pareva infatti come “svuotato”, incapace di rispondere adeguatamente alle competizioni. Fu poi intorno agli anni 60 che l’utilizzo del termine si diffuse e venne così adoperato per la prima volta in ambito sociosanitario per riferirsi a pazienti con tossicodipendenze ossia individui che parevano senza risorse, forze ed energie, apparentemente spenti, senza vita e senza motivazione. Successivamente nel 1974 con la pubblicazione “Staff burnout” dello psichiatra Freudenberger il termine venne riproposto. Egli lo definì come il fallire, il logorarsi, l’esaurirsi a causa di un’eccessiva richiesta di energia e risorse. Questo concetto venne ripreso dalla psicologa sociale americana Maslach (1982 ;1997), con la quale si iniziò a parlare di “Sindrome del burnout”. La Maslach in particolare, osservò che gli operatori che svolgevano professioni ad elevata implicazione relazionale dopo mesi o anni di generoso impegno iniziavano a manifestare una sorta di apatia, indifferenza, risultando spesso nervosi, irrequieti e cinici nei confronti del lavoro. Da qui il termine iniziò a essere rivolto prevalentemente ad una specifica tipologia di lavoratori: i professionisti dell’aiuto (helping professions).

Cherniss nel 1983 scrisse: “Si usa il termine burnout per fare riferimento alla situazione in cui ciò che un tempo era una vocazione diventa soltanto un lavoro. Non si vive più per il lavoro, ma si lavora unicamente per vivere”. Nel 1994 invece l’Organizzazione mondiale della Sanità inserisce il burnout nella classificazione internazionale delle malattie tra i “fattori influenzanti

lo stato di salute e il contatto con i servizi sanitari” definendolo come uno “stato di esaurimento vitale”.

## **1.2 DIFFERENZE TRA STRESS E BURNOUT**

Per poter dare una chiara spiegazione di quale sia la differenza tra lo stress e il burnout, non possiamo prescindere dallo spiegare che cos'è lo stress.

Hans Selye (1979) definì lo stress come: “ *Una reazione aspecifica dell'organismo a qualsiasi stimolo esterno e interno, di tale intensità da provocare meccanismi di adattamento e riadattamento atti a ristabilire l'omeostasi*”.

La parola stress deriva dal latino “strictus” che significa stretto, compromesso. Esso rappresenta la risposta dell'organismo alle continue e quotidiane stimolazioni provenienti dall'ambiente esterno, le quali rischiano di minare l'equilibrio interno. Qualsiasi tipo di stimolazione (stressor), determina nell'individuo una reazione atta a ripristinare l'adattamento con l'ambiente. Gli stimoli, che siano essi positivi o negativi, costringono il nostro organismo ad adattarsi ad essi, ed è solo grazie alla capacità di adattamento che l'uomo ha potuto sopravvivere di fronte alle inevitabili difficoltà provenienti dall'ambiente naturale o sociale. Lo stress funziona infatti come una sorta di segnale d'allarme che scatta nel momento in cui qualcuno o qualcosa turba il nostro equilibrio psicofisico.

Hans Selye (1963) individuò tre stadi che caratterizzano la sindrome generale di adattamento, ovvero la risposta dell'individuo all'esposizione ad agenti stressanti, questi sono:

1. Reazione d'allarme: rappresenta la prima fase, si caratterizza per la presenza di uno stressor che innesca la comparsa di fenomeni di difesa dell'organismo tra cui

l'aumento della frequenza cardiaca, l'aumento della tensione muscolare, la dilatazione delle pupille e la mobilitazione di tutte le risposte a disposizione dell'organismo.

2. Adattamento: la sua durata varia sia a seconda del tempo in cui agisce l'agente stressante sia a seconda delle capacità individuali di difesa. In questa fase l'organismo cerca di adattarsi allo sforzo per raggiungere l'equilibrio e gli indici fisiologici si normalizzano.
3. Esaurimento: rappresenta la fase finale in cui se la condizione stressante non cessa, avremmo un progressivo dispendio di energia che andrà ad indebolire l'organismo favorendo la comparsa di malattie.

Ma lo stress non sempre è negativo. A volte esso funge da effetto motivante in quanto è necessario un meccanismo d'azione per realizzare un certo scopo e questo è chiamato stress positivo, anche definito eustress o stress acuto. Quando invece lo stress acuto diviene cronico danneggia le capacità di adattamento individuali e parliamo in questo caso di distress o stress disfunzionale.

Da questo concetto si può comprendere il collegamento tra lo stress ed il burnout, quest'ultimo non è altro infatti che un particolare tipo di risposta allo stress negativo, ovvero situazioni – stimolo che risultano particolarmente minacciose e angoscianti per l'individuo. Una forma di disagio che si caratterizza nel sentimento di non farcela più, per l'insoddisfazione e l'irritazione quotidiana, la prostrazione e lo svuotamento, per il senso di delusione, di impotenza da parte di lavoratori che si sentono sovraccaricati dalle loro stesse mansioni quotidiane.

*“È la sindrome di chi si esaurisce “a tutto campo”, senza una precisa sintomatologia psicosomatica ma in maniera più sottile, quasi impercettibile e soprattutto con tempi molto lunghi” (Ronco, Fizzotti, Crea, 1993)*

I risultati di un recente studio di Pines e Keinan (2005) mostrano come i due costrutti, stress e burnout, non siano sovrapponibili. Se lo stress è il risultato di uno squilibrio fra risorse disponibili e le richieste dell'ambiente esterno, così non è per il burnout che rappresenta invece un insuccesso nel processo di adattamento, accompagnato a un malfunzionamento cronico dell'organizzazione lavorativa. La situazione di stress può quindi essere un possibile fattore di innesco del burnout ma non si identifica con esso. Non necessariamente quando c'è una situazione di stress c'è anche burnout mentre non è vero il contrario infatti non c'è burnout senza la presenza di stress cronico.

### **1.3 BURNOUT: PRINCIPALI MODELLI TEORICI**

In letteratura vi sono vari modelli che mirano a comprendere l'evoluzione del burnout, il principale è sicuramente quello di Christina Maslach.

*“Burnout è una sindrome da esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale che può verificarsi in soggetti che svolgono un determinato tipo di lavoro”.* (Maslach e Leiter, 1997)

Come si può evincere dalla definizione della Maslach, la sindrome di burnout è caratterizzata da tre sintomi principali:

1. Esaurimento emotivo: consiste nel sentirsi emotivamente svuotato e annullato dal proprio lavoro, l'operatore ha la percezione che le richieste effettuategli siano

eccessive rispetto alle sue risorse. Questo nel medio-lungo periodo fa sì che egli abbia l'impressione di non avere nulla da offrire a livello psicologico e che l'esaurimento si manifesti attraverso l'assenteismo o il turnover.

2. **Depersonalizzazione:** rappresenta il fattore interpersonale del burnout. Si riferisce a una risposta negativa, insensibile, ed eccessivamente indifferente ai diversi aspetti del lavoro soprattutto a quelli della relazione con l'altro. L'operatore cerca di evitare il coinvolgimento emotivo attraverso un atteggiamento burocratico, distaccato e di rifiuto verso l'utente. Questi atteggiamenti costituiscono nient'altro che il tentativo di proteggere sé stesso. Frequentemente la depersonalizzazione provoca però un senso di colpa nell'operatore, il quale, attraverso il suo comportamento, vede rinnegate le motivazioni iniziali che lo spinsero verso quella stessa professione ed è questo l'aspetto più peculiare del burnout.
3. **Ridotta realizzazione professionale:** rappresenta la dimensione autoriflessiva del burnout, in cui l'operatore avverte forti sensazioni d'inadeguatezza, d'insuccesso professionale, d'incompetenza nella relazione con l'utente. Questo si manifesterà con un drastico abbassamento dell'autostima e della motivazione.

I tre fattori sono strettamente connessi, infatti una situazione lavorativa caratterizzata da richieste continue e opprimenti che contribuiscano all'esaurimento e al cinismo è probabile possa ledere il senso di efficacia dell'individuo. Il modello vede quindi l'esaurimento emotivo come antecedente, che causa la ridotta realizzazione professionale solo se mediato dalla depersonalizzazione.

All'incirca nello stesso periodo (1986) Golembiewski propose un altro modello secondo il quale lo sviluppo del burnout inizierebbe dall'estremizzazione di quella che potrebbe essere

una caratteristica funzionale al lavoro d'aiuto: il distacco nella relazione d'aiuto. Egli riteneva che un certo distacco dall'utente fosse sano, in quanto permetteva all'operatore di effettuare le proprie scelte senza farsi condizionare dall'emotività. Golembiewski sottolinea però che se questo distacco diviene depersonalizzazione vi è un'interferenza che porta ad una ridotta realizzazione professionale e poi all'esaurimento emotivo. Quindi, diversamente dalla Maslach, per Golembiewski il fattore antecedente è la depersonalizzazione.

Il modello di Golembiewski venne successivamente rielaborato in una sequenza di 8 fasi, nelle quali ognuna delle tre dimensioni è suddivisa in "alto" e "basso".

<b>LE 8 FASI DEL MODELLO DI GOLEMBIEWSKY</b>								
	1	2	3	4	5	6	7	8
DEPERSONALIZZAZIONE	Basso	Alto	Basso	Alto	Basso	Alto	Basso	Alto
RIDOTTA REALIZZAZIONE PROFESSIONALE	Basso	Basso	Alto	Alto	Basso	Basso	Alto	Alto
ESAURIMENTO EMOTIVO	Basso	Basso	Basso	Basso	Alto	Alto	Alto	Alto

*Tabella 1 Tratta da Quando ogni passione è spenta. Santinello e Negrisoni 2009*

Nella fase 1 si ha la situazione ottimale in cui i livelli dei tre fattori sono tutti e tre bassi, mentre nella fase 2, 3 e 5 vi è la presenza di un solo fattore preoccupante. Nelle fasi 4, 6, 7 vi sono almeno due fattori alti fino ad arrivare alla fase 8 che prevede alti livelli in tutte le tre dimensioni. Gli autori indicano chiaramente come le 8 fasi non siano indice di un rigido modello progressivo, infatti non tutti i soggetti che sono giunti alla fase 8 sono passati tutte le fasi precedenti.

Altro modello è quello transazionale di Cherniss (1980), il quale lo elabora in seguito ad analisi conoscitive eseguite su operatori dei servizi socio-sanitari. Il suo è un modello che si

componete di 3 fasi. La prima fase è quella dello stress, in cui si riscontra uno squilibrio fra le richieste che vengono effettuate all'operatore e le risorse che egli ha disponibili. Al fine di mediare a questa condizione l'organismo produce una risposta emotiva immediata e di breve durata passando quindi alla fase dell'esaurimento. In questa seconda fase l'ambiente lavorativo risulta per l'operatore logorante, egli si trova sempre in una condizione di allarme e di tensione che se non viene gestita, porta alla disillusione e alla frammentazione dei propri ideali professionali. In seguito abbiamo l'ultima fase, ovvero quella di difesa. In essa l'operatore per far fronte alla tensione accumulata sviluppa atteggiamenti di rigidità, disinvestimento emotivo, cinismo e distacco.

## CAPITOLO 2: FATTORI INDIVIDUALI E ORGANIZZATIVI CHE FAVORISCONO L'INSORGENZA DEL BURNOUT

### 2.1 FATTORI INDIVIDUALI: CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE, CARATTERISTICHE DI PERSONALITÀ, ASPETTATIVE E VALORI PERSONA

Negli ultimi anni è emersa una linea teorica che vede la sindrome del burnout come un fenomeno multidimensionale, nel quale entrano in gioco diversi fattori (individuali, socio-ambientali, economici, politici, storici, organizzativi) che si intrecciano tra loro.

I primi, ovvero i fattori individuali, li possiamo suddividere in tre aree principali: variabili demografiche, caratteristiche di personalità, aspettative e valori personali.

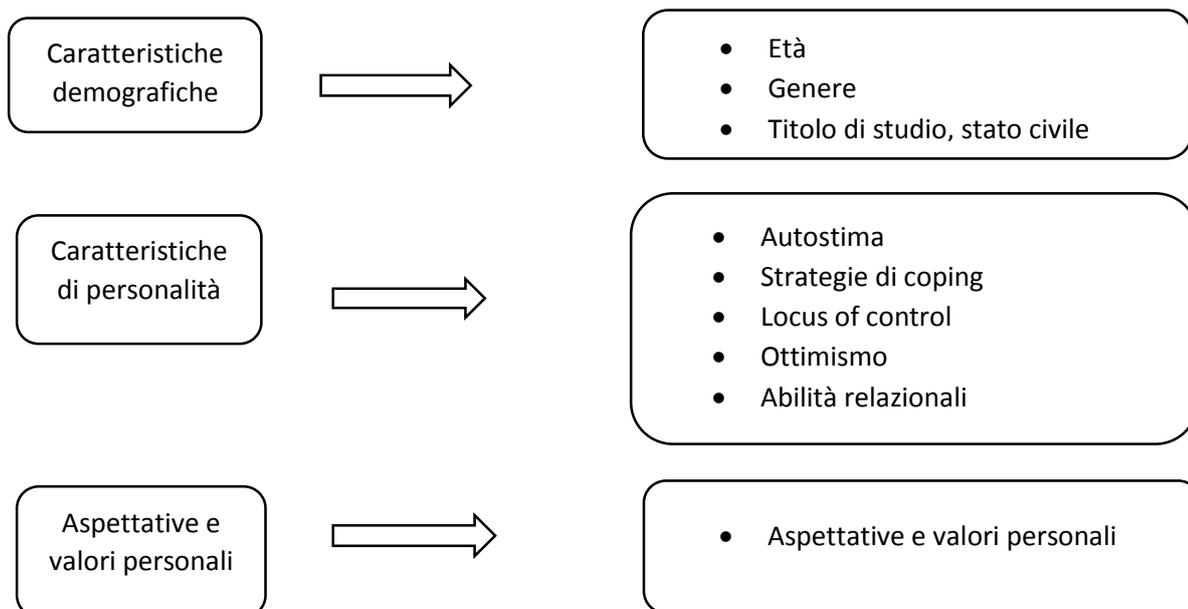


Tabella 2 Adattata da *Quando ogni passione è spenta*. Santinello e Negrisoli 2009.

### **2.1.1 VARIABILI DEMOGRAFICHE**

Nella prima area, quella delle variabili demografiche, dobbiamo considerare il genere (femminile o maschile), l'età anagrafica e l'anzianità lavorativa, lo stato civile e il titolo di studio. In passato il genere femminile risultava maggiormente a rischio di burnout. La donna si doveva infatti sobbarcare sia del carico di lavoro derivante dal proprio impiego professionale, sia di quello derivante dal contesto familiare, questo portava alla comparsa di sentimenti di frustrazione e alla sensazione di non riuscire a far fronte alle troppe richieste. Recentemente in seguito alla riduzione della differenza di genere, in particolare nella gestione familiare, anche l'incidenza del burnout fra uomini e donne sta diventando la stessa. Se la differenza di genere oramai sembra un fattore che poco influisce, così non si può dire per l'età lavorativa, che sembra invece sia la variabile individuale che maggiormente influisce nello sviluppo del fenomeno. I risultati di vari studi sembrano affermare come siano i soggetti più giovani quelli maggiormente a rischio, a causa dello scontro tra le aspettative idealistiche su quella determinata professione e la realtà lavorativa. Al contrario l'esperienza professionale renderebbe il soggetto meno vulnerabile, infatti la competenza e l'esperienza maturate nel corso del tempo porterebbero a una maggior capacità di affrontare le sfide lavorative. Alcuni autori hanno stimato che i soggetti maggiormente a rischio sono quelli con un'anzianità lavorativa compresa tra i due e i quattro anni (Maslach, 1982; Borgogni e Consiglio, 2005).

Il terzo punto delle variabili demografiche considera lo stato civile e il titolo di studio. Per quanto riguarda lo stato civile, gli operatori che non hanno un rapporto affettivo stabile e soddisfacente sono maggiormente predisposti ad un elevato grado di esaurimento emotivo e a punteggi più elevati nelle dimensioni della depersonalizzazione e di scarsa realizzazione personale. Il contesto familiare può fare infatti da ammortizzatore e controbilanciare la

tensione emotiva. Per la correlazione titolo di studio e burnout, i risultati confermerebbero invece, che chi presenta un titolo di studio più alto è maggiormente a rischio di sviluppare la sindrome a causa delle maggiori aspettative lavorative. Questo li porterebbe, se la realtà lavorativa non rispecchiasse le loro aspettative, a maggiori livelli di frustrazione e stress causati dalla mancata realizzazione dei propri desideri.

### **2.1.2 CARATTERISTICHE DI PERSONALITA'**

La seconda area considera le caratteristiche di personalità che favoriscono l'insorgenza del burnout. Secondo Christina Maslach (1992) i soggetti a maggior rischio di burnout sarebbero quelli con una personalità fragile, ansiosa e remissiva nella relazione con l'altro, oppure quelli con maggiori difficoltà a controllare impulsi come rabbia e frustrazione. Colui che nell'ambito della prestazione professionale, è spesso incapace di controllare la situazione. E tende a cedere alle richieste dell'utente piuttosto che fornire delle risposte adeguate. Colui che si lascia facilmente prendere da uno stato di agitazione emotiva e di esaurimento, talvolta è impaziente e intollerante. L'operatore a rischio di burnout è una persona con poca fiducia in se stessa, scarse ambizioni, piuttosto riservata e convenzionale. Sono stati comunque individuati degli elementi della personalità che influiscono maggiormente sulla comparsa della sindrome:

- L'autostima: rappresenta una caratteristica individuale che si struttura in adolescenza come un tratto di personalità piuttosto stabile. I suoi livelli però nelle età successive possono essere modulati e influenzati da circostanze ed eventi esterni. Elevati livelli di autostima svolgono un ruolo protettivo rispetto alla percezione individuale di stress e tensione lavorativa, al contrario, individui con scarsa autostima sono emozionalmente vulnerabili ai carichi e agli stressor lavorativi. Quest'ultimi,

dipendono fortemente dai feedback e dalle conferme altrui. L'autostima può influenzare il burnout attraverso due modalità principali, che dipendono da come essa viene concepita. Se l'autostima è concepita come un tratto di personalità, essa può essere vista come un predittore della sindrome da burnout ed in questo caso gli individui con bassa autostima sarebbero maggiormente a rischio di sviluppare la sindrome di burnout. Se invece l'autostima viene concepita come uno stato transitorio modificabile dall'interazione con gli stimoli esterni, e sono presenti alti livelli di stress percepito ed elevate richieste nei confronti dell'individuo, questi fattori possono favorire l'insorgenza della sindrome da burnout (Rosse ed al., 1991).

- Strategie di coping: Lazarus e Folkman (1984) hanno definito il coping “il tentativo e gli sforzi di una persona, sul piano cognitivo e comportamentale, di gestire le richieste interne e/o esterne che sono percepite come gravose o eccessive rispetto alle risorse personali a disposizione”.

Quindi un evento sarà tanto più stressante quanto più l'individuo si percepirà inadeguato e incapace di fronteggiarlo. Gli stessi autori distinguono due tipologie principali: coping focalizzato sull'emozione (ha come obiettivo la regolazione delle reazioni emotive negative conseguenti alla situazione stressante) coping focalizzato sul problema (ha come obiettivo la modifica o la risoluzione della situazione che sta minacciando o danneggiando l'individuo).

Le strategie di coping basate sull'anticipazione del problema o sul problem solving riducono la probabilità d'insorgenza del burnout (Chiriboga e Bailey, 1986). Al contrario l'uso di strategie di coping basate sull'emozione si associano all'aumento dei livelli di burnout. Infatti queste strategie favoriscono, una risposta individuale disadattiva, sia perché si focalizzano sulla fonte di stress esacerbandone l'importanza,

sia perché possono ritardare l'attuazione di soluzioni. La strategia di coping maggiormente efficace nel prevenire il burnout, è per quanto riguarda il coping focalizzato sul problema, il "problem solving pianificato" ovvero gli sforzi dell'individuo orientati a risolvere la situazione, invece a livello di coping focalizzato sulle emozioni, è la "rivalutazione positiva" ovvero quei processi cognitivi atti ad attribuire un significato positivo all'esperienza. L'uso e la funzione adattiva delle strategie di coping è però strettamente collegato alla specificità della situazione, gli individui dovrebbero essere quindi adeguatamente formati all'uso di un'ampia gamma di strategie di coping.

- **Ottimismo:** si caratterizza come un tratto di personalità piuttosto stabile, in grado di influenzare la modalità con cui gli individui interpretano gli eventi, ma anche di svolgere una funzione di regolazione delle azioni che l'individuo intraprende (Scheier e Carver 1985). L'ottimismo rappresenta un fattore protettivo per l'individuo, in quanto porta all'utilizzo di strategie di coping attive, più complesse e orientate al problema. Inoltre le emozioni positive (strettamente associate all'ottimismo) permettono alle persone di non arrendersi di fronte agli ostacoli, di essere maggiormente determinate nel raggiungimento degli obiettivi e di recuperare più rapidamente l'energia nel caso di stanchezza e percezione di eccessivo carico lavorativo (Folkman e Moskowitz 2000).
- **Locus of control:** il costrutto del locus of control è stato introdotto da Rotter (1966) nell'ambito della teoria dell'apprendimento sociale. Secondo Rotter, può essere definito come il grado di controllo che un individuo percepisce di avere su un dato evento. Se un individuo ha la percezione di poter controllare un evento, si può dire che quest'individuo ha locus of control interno. Se al contrario, ha la percezione che questo

evento sia fuori dal proprio controllo e che è totalmente dipendente da cause e fattori esterni si può dire che egli abbia un locus of control esterno. Il locus of control esterno è associato a tutte le dimensioni del burnout: alti livelli di esaurimento emotivo e depersonalizzazione e a bassi livelli di realizzazione personale. Ma ciò che può essere migliorato non è il locus of control, ma la percezione di controllabilità di una determinata situazione e un uso appropriato e flessibile di strategie di coping ad essa legate (Gan, Shang e Zhang 2007).

- **Abilità relazionali:** Il contatto quotidiano con i pazienti richiede una serie di abilità interpersonali che vanno oltre le competenze tecniche, queste spesso, vengono trascurate nel percorso di formazione del professionista. Quando invece l'utilizzo di competenze relazionali come la comunicazione assertiva, l'empatia e l'ascolto attivo risultano efficaci nel ridurre il rischio di burnout. Per assertività si intende la capacità di esprimere il propri bisogni, i propri diritti, le proprie sensazioni positive o negative, senza violare i diritti altrui. Si tratta di un'abilità di comunicazione che permette di esprimere i propri pensieri e le proprie idee, di identificare ed esprimere le proprie sensazioni, ma anche di comunicare e ascoltare in modo aperto, diretto e onesto. Il miglioramento dell'assertività può favorire la prevenzione del burnout i livelli della sottoscala della realizzazione personale. Migliora inoltre, la capacità di accettazione di critiche valide e in quella di negoziazione (Miller et al., 1995). L' empatia è intesa invece come la capacità di mettersi nei panni degli altri e di dividerne gli stati d'animo. Nell'ambito delle professioni d'aiuto essa può essere suddivisa in: contagio emozionale (condivisione di emozioni del pz), preoccupazione empatica (preoccupazione del pz) e la comunicazione efficace (comunicazione efficace con il pz e la sua famiglia). Le dimensioni dell'empatia predicono i livelli di burnout

(Omdahl e O'Donnell, 1999). In particolare la dimensione della depersonalizzazione è influenzata prevalentemente da bassa preoccupazione empatica per il pz e scarsa comunicazione. La dimensione della realizzazione personale è influenzata da scarsa comunicazione empatica ed elevato contagio emozionale. Infine l'esaurimento emotivo è influenzato dal contagio emozionale. Vi è poi l'ascolto attivo, ovvero una modalità di ascolto basata sul desiderio di comprensione reciproca e intenzionale, strettamente connessa alle altre due componenti empatiche.

### **2.1.3 ASPETTATIVE E VALORI PERSONALI**

Prima di iniziare una professione gli individui sviluppano determinate aspettative riguardo al lavoro che andranno a svolgere, queste rappresentano l'ultimo fattore delle variabili individuali. Le aspettative iniziali dell'individuo dipendono da numerosi fattori tra cui, le credenze e i valori sviluppati nel corso della loro vita, aspetti legati alle caratteristiche del proprio lavoro, alla possibilità di raggiungere risultati e traguardi personali, o ancora aspettative legate al gruppo di lavoro nel quale l'individuo entrerà a far parte. In seguito all'ingresso nell'organizzazione, le aspettative iniziali vengono messe a confronto con le situazioni concreta. Se la discrepanza tra aspettative e realtà lavorativa è forte, questa può essere considerata un fattore di rischio per il burnout.

## **2.2 CONTESTO LAVORATIVO: CARATTERISTICHE ORGANIZZATIVE, CONDIZIONI LAVORATIVE**

Le caratteristiche personali dell'operatore svolgono un ruolo importante, ma non possono essere considerate come le sole cause del burnout. La sindrome è multi determinata e dipende dall'interazione di diversi fattori. Fondamentali sono le caratteristiche connesse al contesto, alla struttura organizzativa in cui l'operatore si trova a lavorare. Demerouti et al. (2001)

affermano che il raggiungimento di una buona qualità della vita lavorativa è l'esito di un impegno ben preciso che l'organizzazione può prendersi nei confronti del lavoratore. Le politiche economiche degli ultimi tempi, governate da principi di efficienza, mirano ad ottenere il massimo risultato con la minima spesa. Non potendo risparmiare sulla qualità degli strumenti di lavoro e sull'innovazione tecnologica, la cui adeguatezza è regolamentata da certificazioni di vario tipo, la prima voce di risparmio risulta quella del personale. Si fa quindi in modo, di ottenere il meglio da un servizio senza incrementare il numero del personale. Questo provoca un sovraccarico quantitativo di lavoro negli operatori, nei quali può nascere la percezione che le richieste lavorative siano eccessive rispetto alle energie e alle risorse possedute. L'eccessivo carico di lavoro innesca una serie di sensazioni negative tra cui, quali un costante senso di affaticamento accompagnato da vissuti di insoddisfazione per quello che si è fatto, poiché i ritmi frenetici non permettono di curare la qualità del proprio lavoro. Una politica organizzativa che mira a ottimizzare i costi punterà inoltre sulla versatilità dei suoi operatori, ai quali verrà richiesto di svolgere mansioni non corrispondenti alle loro reali capacità, competenze e preferenze. Questo crea disorientamento nell'operatore rispetto al proprio ruolo e lo può portare a sentirsi inutile, inefficace e poco valorizzato in quelle che sono le sue reali abilità. Egli potrebbe avere la percezione di non avere il controllo sul proprio lavoro, potrebbe avvertire un senso di responsabilità maggiore rispetto a quello che la sua posizione gerarchica e/o la sua autorità le permetterebbe di fare. Queste condizioni creano indubbiamente situazioni di stress, insofferenza negli operatore.

A discapito di queste condizioni lavorative un fattore protettivo, che aiuta gli operatori a gestire meglio la situazione, è un'ambiente lavorativo in cui vi sia collaborazione e stima reciproca tra colleghi, e con i superiori. L'operatore avverte infatti un senso di appartenenza

ad un gruppo che può aiutarlo a rinforzare gli aspetti positivi di sé e in cui trovare un conforto nei momenti di criticità. Christina Maslach afferma che relazioni alterate con i colleghi contribuiscono considerevolmente al burnout perché, riportano il soggetto in una condizione d'esaurimento emozionale. Una situazione di continua conflittualità tra colleghi, di competizione, di collera e frustrazione ha conseguenze anche sui paziente, infatti sarà proprio su di lui che l'operatore scaricherà il suo disagio. È importante anche il ruolo della relazione con i superiori, infatti se da una parte la partecipazione al processo decisionale mitiga il burnout e contribuisce ad una maggior realizzazione personale e professionale dell'operatore, dall'altra parte alte pressioni lavorative, insufficienti opportunità di partecipazione alle decisioni, un alto controllo dei superiori, la scarsa chiarezza sulle mansioni e sul livello adeguato di performance causano maggiore stress e la carenza di benessere fisico e mentale (Moos, 2003). Sono soprattutto le decisioni mantenute da un potere di tipo gerarchico, dove la decisione è presa dalla singola persona o gruppo ed è imposta sugli altri, che possono aumentare lo stress lavorativo e il burnout nei servizi. In una struttura di questo tipo, gli operatori percepiscono di non essere valorizzati professionalmente e di non poter contribuire in prima persona allo sviluppo di programmi lavorativi, questa mancanza porta nel tempo a disinteressamento per quello che stanno facendo, fino a farli diventare cinici, indifferenti e inefficienti (Maslach e Leiter, 2000). Nell'organizzazione lavorativa delle professioni d'aiuto un altro elemento fondamentale nello sviluppo del burnout è il senso di giustizia ed equità percepito dagli operatori. Infatti, la percezione di ingiustizia che può essere conseguente ad un'ineguaglianza del carico di lavoro o della paga, oppure di un'inappropriata distribuzione delle promozioni o dei premi, porta allo sviluppo di uno stato di esaurimento emotivo ed un forte senso di depersonalizzazione. La presenza di queste caratteristiche in un'organizzazione sono indicative di un alterato funzionamento nell'ambiente lavorativo. Mentre in linea

generale si può dire, che un organizzazione è in burnout quando c'è un'alta densità di persone e/o gruppi di persone in burnout, per cui esiste un rischio reale che le persone che ci lavorano o che ci andranno a lavorare si ammalinino di burnout.

## **CAPITOLO 3: DIFFUSIONE DELLA SINDROME DEL BURNOUT**

### **3.1 QUANTO È DIFFUSO IL BURNOUT NELLE HELPING PROFESSIONS?**

Dalla fine degli anni 70' il termine burnout è stato utilizzato per indicare una forma di stress lavorativo specifico delle "helping profession", ovvero professioni che comprendono medici, infermieri, psicologi, educatori/insegnati, assistenti sociali ecc. I lavoratori considerati sono, rappresentanti soprattutto di quelle attività in cui il rapporto con l'utente ha un'importanza fondamentale. In queste attività il lavoro è a beneficio dell'altro, ed acquisisce un forte significato di sostegno, di aiuto e guida per chi è in difficoltà. Questo implica che la maggior parte delle mansioni debba essere svolta a stretto contatto con l'utenza, ed è in virtù di questo continuo contatto che le professioni d'aiuto possono essere considerate maggiormente soggette a problemi di burnout.

I primi studi che indagavano la diffusione del burnout si basarono su metodologie qualitative quali osservazioni, interviste, case study. Negli anni 80' la ricerca sul burn out divenne più sistematica ed empirica. Aumentarono gli studi quantitativi per tratteggiare le caratteristiche comuni del fenomeno con il coinvolgimento di campioni sempre più ampi e diversificati. Negli anni 90' gli studi, si espansero anche al di fuori delle professioni sanitarie ed educative, si utilizzarono metodologie più sofisticate. Inoltre si svilupparono studi longitudinali che analizzavano gli stessi soggetti nel tempo per valutarne l'evoluzione.

Nonostante la presenza di questi studi, definire però la diffusione del burnout resta ancora un'impresa difficile. Le stime che riportano alcune ricerche risentono infatti, molto del tipo di strumento utilizzato. Nonostante le discrepanze, le indicazioni che arrivano dalla letteratura nazionale e internazionale evidenziano una diffusione media del burnout pari a circa l'8% dei

lavoratori coinvolti nelle ricerche (Shirom, 2005). Per analizzare il fenomeno del burnout la scelta più adeguata è quella di utilizzare una scala di misura validata. Attualmente vi sono delle scale che mirano a rilevare i livelli di burnout, ma esse mostrano risultati differenti e non è ancora chiaro se tali differenze siano conseguenti all'utilizzo di differenti definizioni di burnout nelle varie scale oppure a differenze del campione prescelto.

### **3.2 MISURARE IL BURNOUT**

La maggior parte degli studi sul burnout utilizza la scala di Maslach, il Maslach Burnout Inventory (Maslach e Jackson 1981), che riprende i tre costrutti principali: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione professionale. Il maslach burnout inventory (MBI) è un questionario self-report, sviluppato per misurare il burnout come una specifica tipologia di reazione allo stress per le professioni d'aiuto, sia dei servizi sociosanitari, sia delle istituzioni educative e di aiuto alla persona. MBI è composto da 22 item che misurano le tre dimensioni indipendenti della sindrome di burnout, ciascuna è individuata da una specifica sottoscala. La frequenza con cui il soggetto sottoposto al test prova le sensazioni relative a ciascuna sottoscala è indicata usando una modalità di risposta a 7 punti, i cui estremi sono definiti da "0 =mai" e "6=ogni giorno".

Le tre sottoscale che costituiscono MBI sono:

1. Esaurimento emotivo (EE: 9 item): esamina la sensazione di essere inaridito emotivamente ed esaurito dal proprio lavoro;
2. Depersonalizzazione (DP: 5 item): misura una eventuale risposta fredda e impersonale nei confronti degli utenti del proprio servizio;
3. Realizzazione professionale (RP: 8 item);

Il MBI concepisce il burnout sia come una variabile dicotomica, che può essere soltanto presente o assente, sia come una variabile continua, che rispecchia i diversi livelli dei sentimenti in gioco.

La tabella mostra i diversi item raggruppati secondo le tre dimensioni:

<p><b>ESAURIMENTO EMOTIVO</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Mi sento emotivamente sfinito dal mio lavoro</li><li>2. Mi sento sfinito alla fine di una giornata di lavoro</li><li>3. Mi sento stanco quando mi alzo la mattina e devo affrontare un'altra giornata di lavoro</li><li>4. Mi pare che lavorare tutto il giorno con la gente mi pesi</li><li>5. Mi sento esaurito dal mio lavoro</li><li>6. Sono frustrato dal mio lavoro</li><li>7. Credo di lavorare troppo duramente</li><li>8. Lavorare direttamente a contatto con la gente mi crea troppa tensione</li><li>9. Sento di non farcela più</li></ol>
<p><b>DEPERSONALIZZAZIONE</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Mi pare di trattare alcuni utenti come se fossero degli oggetti</li><li>2. Da quando ho cominciato a lavorare qui mi sento più insensibile con la gente</li><li>3. Ho paura che questo lavoro mi possa indurire emotivamente</li><li>4. Non mi importa veramente di ciò che succede agli altri utenti</li><li>5. Ho l'impressione che i miei utenti diano la colpa a me per i loro problemi</li></ol>
<p><b>REALIZZAZIONE PERSONALE</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Posso capire facilmente come la pensano i miei utenti</li><li>2. Affronto efficacemente i problemi dei miei utenti</li><li>3. Credo di influenzare positivamente la vita di altre persone attraverso il mio lavoro</li><li>4. Mi sento pieno di energie</li><li>5. Mi sento rallegrato dopo aver lavorato con i miei utenti</li><li>6. Riesco facilmente a far sentire i miei utenti rilassati e a proprio agio</li><li>7. Ho realizzato molte cose di valore nel mio lavoro</li><li>8. Nel mio lavoro affronto i problemi emotivi con calma.</li></ol>

*Tabella 3 Adattato da del Maslach Burnout Inventory*

Un altro strumento di misura del burnout è il Copenhagen Burnout Inventory (CBI), è uno strumento nato in Danimarca ed esso si focalizza sul solo costrutto dell'esaurimento, il quale viene diviso in tre sottoscale:

1. Burnout personale: uno stato di esaurimento fisico psicologico prolungato. Identifica il burnout indipendentemente dallo status lavorativo, si compone di 6 item con modalità di risposta "sempre", "spesso", "talvolta", "raramente" e "mai/quasi mai";
2. Burnout lavorativo: uno stato di esaurimento fisico e psicologico prolungato, percepito come collegato al proprio lavoro. E' composto da 7 item con modalità di risposta legate alla quantità (moltissimo, molto, abbastanza, poco, molto poco) oppure legate alla frequenza (sempre, spesso, talvolta, raramente e ma/quasi mai);
3. Burnout legato all'utenza: uno stato di esaurimento fisico e psicologico prolungato, che viene percepito come collegato al proprio lavoro con una particolare utenza. E' composta da 6 item con modalità di risposta legate alla quantità o alla frequenza.

Per ogni sottoscala viene calcolato un punteggio totale che corrisponde alla media dei punteggi dati ai vari item che la compongono.

Nel 2001 Demerouti et al., hanno dato origine ad un nuovo strumento l'OLBI. Esso è composto da due dimensioni: l'esaurimento e il distacco. Mentre la realizzazione professionale viene esclusa perché considerata una conseguenza e ritenuta più simile ad un tratto di personalità che ad una componente del burnout. Ogni sottoscala dell'OLBI è composta da 8 item, dei quali 4 positivi e 4 negativi. Le modalità di risposta vanno da totalmente in disaccordo (1) fino a totalmente in accordo (4).

Le percentuali di burnout indagate con i vari strumenti, risultano differenti. Questa differenza, è da attribuire soprattutto alla diversa definizione di burnout sottesa ad ogni scala.

Ad esempio da uno studio di Halbesleben e Demerouti (2005) su un campione di 3719 soggetti sono risultati affetti da burnout 1251 soggetti ovvero il 33,6%. Mentre utilizzando il CBI nello studio “*Study on Burnout, Motivation and Job Satisfaction*” di Kristensen et al. (2005) su un campione di circa 2000 soggetti, il 22,2% è risultato affetto da burnout personale, il 19,8% da burnout lavorativo e il 15,9% affetto da burnout legato all’utenza. Con l’utilizzo dell’MBI, Hannigan, Edwards e Coyle (2000) ha individuato che il 50% degli infermieri si sentisse esausto, il 25% mostrasse segni di depersonalizzazione, e il 14% fosse poco realizzato. Sempre utilizzando l’MBI, Balogun et al., (2002) ha individuato il 58% dei partecipanti era soggetto ad alto esaurimento, il 94% depersonalizzazione e il 97% bassa realizzazione professionale.

### **3.3 TUTELA MEDICO-LEGALE PER OPERATORI COLPITI DA BURNOUT**

Il termine burnout non è ancora contemplato nel DSM-IV ed è trascurato dai sindacati pur riguardando molteplici professioni. Tali mancanze, risultano particolarmente gravi considerando il forte disagio psicopatologico che si affianca alla sindrome e le forti ripercussioni di questa a livello sociale. La sindrome del burnout ha come conseguenza primaria un’alterata percezione delle proprie competenze personali, che si può manifestare con una diminuzione dell’autostima, un aumento dei livelli d’irritabilità, depressione, ansia e affaticamento, deterioramento nelle relazioni familiari e sociali. I lavoratori in burnout vengono valutati dai loro colleghi in modo maggiormente negativo; inoltre essi riportano, consapevolmente, un impatto negativo del loro lavoro nella vita di coppia e familiare, giudicando più frequentemente i loro matrimoni come insoddisfacenti (Burke e Greenglass, 2001). Ai sintomi psichici si aggiungono i sintomi fisici come cefalea, disordini gastrointestinali, tensione muscolare, ipertensione, abbassamento delle difese immunitarie e

insonnia. Il burnout porta inoltre ad un aumento significativo del rischio di sviluppare patologie cardiovascolari e di diabete. Visti gli enormi effetti negativi che il burnout provoca, l'assenza di una sua specifica classificazione tra le psicopatologie ne ha imposto l'affiancamento a patologie già esistenti come la nevrosi, la sindrome di disadattamento, la sindrome post-traumatica da stress o la depressione, queste non possono però essere totalmente assimilabili al burnout. Nonostante non vi sia ancora un riconoscimento istituzionale del burnout, non si può dire che la giurisprudenza non sia attenta alle problematiche di tutela della salute nei luoghi di lavoro. Ed in particolare della tutela della salute psichica, di quelle categorie di lavoratori, che per la natura delle prestazioni lavorative sono maggiormente sottoposte a forme acute di stress lavorativo. Le difficoltà nel considerare i fenomeni legati al burnout sono dovute alla necessità di accertare in quali casi lo stress sia giuridicamente inquadrabile quale lesione personale, ovvero malattia professionale (ai sensi e per gli effetti dell'art. 582 cpv c.p).

L'art.4 comma II del D.Lgs.626/94 impone al datore di lavoro la valutazione del rischio specifico inerente all'attività lavorativa, che con riferimento all'attività sanitaria, si traduce nella valutazione del rischio specifico da stress psicofisico nell'esercizio dell'attività sanitaria a cui deve seguire, un organizzazione delle risorse umane tale da scongiurare il suddetto rischio. Si riscontrerà quindi una responsabilità colposa del datore di lavoro (in questo caso il direttore sanitario) tutte le volte che nell'organizzazione del lavoro non sia stata effettuata la valutazione del rischio specifico (fattori cronici di stress lavorativo) oppure quando questa sia stata del tutto inidonea in base alle conoscenze scientifiche del momento e secondo il criterio della prevedibilità a scongiurare l'evento. Nonostante la legge 626, il problema appare ancora non pienamente risolto. La legge non prevede infatti, ancora l'inclusione di patologie

psicosociali come il burnout, le uniche diagnosi assimilabili a tale sindrome sono quelle del gruppo 7 “malattie psichiche e psicosomatiche da disfunzione dell’organizzazione lavorativa”.

Il 2 maggio del 2000 con il progetto di legge 4562 è stata data una definizione di burnout: “sindrome di esaurimento emozionale, di spersonalizzazione e riduzione delle capacità professionali che può presentarsi in soggetti che per mestiere si occupano degli altri e si esprime in una costellazione di sintomi quali somatizzazione, apatia, eccessiva stanchezza, risentimento, incidenti”. Purtroppo tale progetto di legge non è ancora concretizzato.

## CAPITOLO 4 LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

### 4.1 CHI E' L'INFERMIERE?

Nel 1994 con il decreto ministeriale 739 si è data una definizione di chi sono gli infermieri, e quali siano le loro funzioni. Si afferma che:

*“L’infermiere è l’operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell’iscrizione all’albo professionale, è responsabile dell’assistenza generale infermieristica.*

*L’assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l’assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l’educazione sanitaria.”*

Con tale decreto si scorge un inizio di affermazione dell’autonomia professionale degli infermieri. L’autonomia professionale implica una responsabilità per il professionista, il quale è chiamato a rispondere, in prima persona, di un fatto o di atto compiuto nell’esercizio delle proprie funzioni con piena autonomia decisionale. L’infermiere ha l’obbligo di esercitare la propria attività professionale nel rispetto di principi etici, morali e dei documenti che ne identificano la figura professionale: profilo professionale, codice professionale, ordinamento didattico. Nell’art. 1 comma 3 sempre del D.M 739/94 si esplicano le attribuzioni che competono agli infermieri:

- a. Partecipa all’identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;*
- b. Identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;*
- c. Pianifica, gestisce e valuta l’intervento assistenziale infermieristico;*
- d. Garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;*

- e. *Agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;*
- f. *Si avvale, ove necessario, per l'espletamento delle sue funzioni dell'opera del personale di supporto;*
- g. *Svolge la sua attività professionale, in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale;*

W. Hesbeen afferma: *“L'essenza delle cure infermieristiche sta nel processo di relazione.”*

L'assistenza infermieristica si sviluppa tra la dimensione del curare e quella del prendersi cura. Se il curare rappresenta il valutare la malattia sulla base di indici oggettivi e orienta l'azione sanitaria alla sola guarigione della malattia, il prendersi cura si realizza in quell'insieme di espressioni che emergono dalla relazione autentica tra infermiere e la persona assistita. L'infermiere è un professionista sanitario, che non si limita alla mera esecuzione di determinate procedure, ma agisce professionalmente ovvero coscienziosamente ed è responsabile di se e degli altri. La formazione fornisce agli infermieri abilità e competenze tecniche esclusive nel proprio ambito.

*“Il nursing è una combinazione unica di arte e scienza che si applica nel contesto delle relazioni interpersonali allo scopo di favorire il benessere, prevenire la malattia e ripristinare lo stato di salute nei singoli individui, nelle famiglie e nella comunità.”* (Martha Rogers, 1970)

L'infermieristica può essere definita una disciplina che ha come oggetto di studio l'uomo e il suo bisogno di assistenza infermieristica, e lo soddisfa attraverso il processo di assistenza.

## **4.2 PERCHE' L'INFERMIERE E' UNA CATEGORIA PROFESSIONALE A RISCHIO DI BURNOUT?**

La professione infermieristica rientra sicuramente tra le helping profession, essa è una professione che coinvolge intensamente chi vi lavora.

Maslach e Leiter (2000), affermano: *“Queste professioni sono high-touch, implicano cioè numerosi contatti diretti con persone in difficoltà”*.

Gli infermieri si trovano, quotidianamente in contatto con le difficoltà e le sofferenze dei pazienti ed è l'operatore che prima di altri viene a contatto con il malato. Anche per l'infermiere aiutare una persona che soffre significa, affrontare un compito che comporta una serie di condizioni che, se non sono ben equilibrate, possono interferire con il suo stesso benessere ed in secondo luogo anche con l'erogazione del servizio di assistenza che egli offre. Rispondere alle continue richieste provenienti dall'ambiente sanitario vuol dire rischiare di farsi assorbire dalle molteplici richieste dell'organizzazione e dei pazienti, rischiare così di consumare le proprie energie soprattutto a livello emotivo. Per questo non sono da sottovalutare le condizioni in cui si vengono a trovare gli infermieri, sono quest'ultimi che adempiono alle attività assistenziali e devono dialogare con il malato, ascoltare le sue difficoltà, le sue ansie e sostenerlo nelle sue sofferenze. Gli infermieri sono i professionisti più raggiungibili in una struttura sanitaria (Sundeen e Stuart, 1978; Iandolo, 1984).

La finalità della professione infermieristica è aiutare il malato e lo fa sia attraverso interventi di competenza tecnica che interventi di competenza relazionale. Nello svolgimento della professione, gli infermieri, sono tra le figure più esposte allo stress lavorativo all'interno dell'organizzazione di una struttura sanitaria: le mansioni, il rapporto con il paziente, il carico di lavoro, i turni, sono tutti fattori che possono incidere sulla loro capacità di equilibrare le

proprie risposte in funzione delle esigenze dei pazienti (Vianello et. al., 1983). Ad aumentare il rischio di burnout per il professionista, vi è anche il profondo cambiamento culturale che sta avvenendo all'interno del sistema sanitario. Si sta infatti diffondendo la concezione che il compito della medicina non possa esaurirsi nella sola cura della malattia, ma debba tener conto della salute della persona nella sua globalità. Tale concetto di salute, inteso non come "assenza di malattia" ma come "uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale", non si accompagna però ad un aggiornamento dei programmi formativi universitari per gli operatori sanitari, i quali non hanno i giusti mezzi per poter svolgere quanto gli viene richiesto. Anche l'utenza sta cambiando e questo aumenta l'ansia da parte dei professionisti infatti, grazie alla maggiore scolarizzazione e alla diffusione dei moderni mezzi informatici, il paziente è sempre più preparato, consapevole, esigente e meno disposto ad affidarsi ciecamente alle cure del personale sanitario.

#### **4.2.1 Quali sono i reparti più a rischio?**

Come è stato affermato precedentemente sono numerosi gli elementi per cui si può considerare l'infermiere una categoria a rischio di burnout. Attraverso questo elaborato si cercherà in primo luogo di capire, attraverso l'analisi di vari studi, quanto sia diffuso nella professione infermieristica questa sindrome. Uno studio svolto in Italia "*Soddisfazione lavorativa, burnout e stress del personale infermieristico: indagine in due ospedali di Roma*" (S. Tabolli, A. Ianni, C. Renzi, C. Di Pietro P. Puddu 2006), emerge che il personale infermieristico presenta per il 38,1 % esaurimento emotivo, 19% depersonalizzazione, 13% bassa realizzazione personale. Da un altro studio, svolto questa volta su un campione di infermieri dell'intera provincia di Padova "*Lo sviluppo del burnout: uno studio longitudinale su un campione di infermieri*" (Santinello e Dallago 2008), emergono i seguenti livelli di

burnout nelle varie componenti del MBI: 48% esaurimento emotivo, 51.5% depersonalizzazione e il 33,6% bassa realizzazione professionale. Se si considera però il burnout come la compresenza dei tre sintomi, il 13,5% del campione risulta ad alto rischio per tutti e tre i fattori. Dalla ricerca emergono oltre ai livelli di burnout, anche molti dati utili sui principali fattori di rischio. Da questo studio sembrerebbe che gli infermieri più a rischio di esaurimento emotivo siano coloro che vorrebbero svolgere al meglio il proprio lavoro, ma sentono di non poterlo fare a causa delle pressioni lavorative, della mancanza di tempo, dell'inadeguatezza della strumentazione in uso e degli spazi o ancora a causa di relazioni poco gratificanti. Mentre la depersonalizzazione pare aumentare al diminuire della valorizzazione dell'infermiere e all'aumentare delle pressioni lavorative e una cattiva relazione con l'utenza. La bassa realizzazione professionale si associa ad una bassa autonomia professionale e ad un cattivo rapporto con l'utenza. E' interessante come in tutte tre le componenti, la cattiva relazione con il paziente, sembra essere un forte fattore di rischio (Santinello e Dallago, 2008). Spesso, gli operatori sanitari sono ben consapevoli dell'importanza del contatto umano col malato, ma pressati dalle attività assistenziali e dal disagio insito nella relazione col malato, si trovano in una situazione difficile. Possono sentire di "non saper che fare" all'interno di questa relazione, di non aver strumenti adeguati per gestire il contatto col paziente, con la sua famiglia e con gli stessi colleghi.

Se si può affermare che l'aspetto relazionale con il malato, è un importante elemento di rischio per lo sviluppo della sindrome del burnout, si potrebbe anche supporre che determinate realtà di lavoro sottopongano, a causa della loro peculiarità, maggiormente al rischio di sviluppare la sindrome i propri operatori. Ad esempio, l'infermiere che assiste il malato oncologico si trova ad affrontare una situazione difficile, che reca un carico emotivo pesantissimo e che richiede la capacità di accogliere l'altro con tutte le sue angosce, senza però lasciarsi

travolgere dal dolore. Spesso questa situazione è ulteriormente complicata dal difficile rapporto con i propri colleghi, chiusi ognuno nella propria professionalità e poco disposti a condividere vissuti e competenze in un reale lavoro di équipe.

Data l'importanza emersa dagli studi dell'aspetto relazionale nella comparsa della sindrome di burnout, si è deciso attraverso l'elaborato di andare ad indagare se quanto appena affermato, ovvero che la peculiarità della relazione con il paziente oncologico o terminale sottopone gli infermieri operanti in questi reparti a un maggior rischio, è supportato o meno dalle evidenze scientifiche.

**Materiali e metodi?** La strategia di ricerca è condotta attraverso la formulazione di un quesito di background e per eseguirla ci si è avvalsi della ricerca bibliografica, al fine di identificare e recuperare sistematicamente le evidenze della letteratura sull'argomento prescelto.

- 1. Quesito?** “Esistono in letteratura evidenze che mostrino che gli infermieri che operano nei reparti oncologici presentino livelli più elevati di burnout? Esistono inoltre differenze nei livelli di burnout tra gli infermieri che operano nei reparti oncologici e quelli che operano in strutture come gli hospice? ”
- 2. Parole chiave:** burnout professional, oncology nursing, neoplasms, cancer patient, oncology, job satisfaction, emotional exhaustion, palliative care, hospice;
- 3. Limiti utilizzati:** Systematic Reviews, Reviews, lingua inglese e italiana, humans, full text;

Il criterio di ricerca si è articolato prevalentemente attraverso una ricerca di letteratura primaria, revisioni sistematiche e della letteratura. Le banche dati consultate sono “Pubmed” e “CINAHL”. Sono stati presi in considerazione solo gli articoli in cui lo studio del burnout sulla professione infermieristica fosse l'argomento primario, si è delimitato poi ulteriormente

il campo di ricerca ai soli articoli che coinvolgevano o gli infermieri oncologici o gli infermieri del Hospices/ cure palliative.

<b>Banche Dati</b>	<b>Stringa e limiti</b>	<b>Documenti selezionati</b>	<b>Link</b>
PubMed	“Burnout professional”[MESH] AND “Oncology nurses”	Comparison of experienced burnout symptoms in specialist oncology nurses working in hospital oncology units or in hospices.	<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.unibo.it/pubmed/?term=Comparison+of+experienced+burnout+symptoms+in+specialist+oncology+nurses">http://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.unibo.it/pubmed/?term=Comparison+of+experienced+burnout+symptoms+in+specialist+oncology+nurses</a>
PubMed	“Burnout professional” [MESH] AND “Palliative care” [MESH]	Burnout in palliative care: a systematic review	<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=burnout+in+a+palliative+care%3A+systematic+review">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=burnout+in+a+palliative+care%3A+systematic+review</a>
CINAHL		Level of Burnout Among Nurses Working in Oncology in an Italian Region	<a href="http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.unibo.it/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c8085e81-1492-42f6-9ffa-b676243d9a07%40sessionmgr114&amp;vid=1&amp;hid=128">http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.unibo.it/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c8085e81-1492-42f6-9ffa-b676243d9a07%40sessionmgr114&amp;vid=1&amp;hid=128</a>
PubMed		Haemato-oncology and burnout: an Italian survey	<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.unibo.it/pubmed/?term=Haemato-oncology+and+burnout%3A+an+italian+sample">http://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.unibo.it/pubmed/?term=Haemato-oncology+and+burnout%3A+an+italian+sample</a>

PubMed		Systematic review on the relationship between the nursing shortage and job satisfaction, stress and burnout levels among nurses in oncology/haematology settings	<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22672602">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22672602</a>
--------	--	--	---

#### 4.2.2 SINTESI DEI RISULTATI

Per rispondere ai quesiti di ricerca sono stati analizzati cinque studi, e tutti hanno utilizzato come strumento d'indagine il Maslach Burnout Inventory (MBI). Tra gli studi analizzati, alcuni sono stati svolti in Italia ed essi si sono avvalsi della versione italiana del MBI. Dal'analisi degli studi emerge che non è possibile affermare che lavorare in un reparto oncologico, aumenti notevolmente il rischio per gli infermieri di sviluppare la sindrome di burnout. Nei reparti oncologici, il personale infermieristico risulta avere elevati livelli di burnout, ma i principali fattori che inducono allo sviluppo della sindrome, sono legati prevalentemente ad aspetti organizzativi e a caratteristiche individuali quindi non del tutto ascrivibili alla tipologia di utenza e alla relazione con questa. Nello studio *“Level of Burnout Among Nurses Working in Oncology in an Italian Region”* (R. Quattrin, A. Zanini et al., 2006), svolto in Italia sono state prese in considerazione dieci unità di oncologia della regione Friuli Venezia-Giulia. Lo studio presentava un campione di 100 infermieri, dal quale sono emersi livelli di Esaurimento emotivo pari al 35%, livelli di Depersonalizzazione pari al 17% e l'11% presentava invece alti livelli di realizzazione personale. Gli alti livelli di EE sono stati individuati negli infermieri con maggior anzianità lavorativa, ed in coloro che non ritenevano avere buone relazioni con i colleghi. Mentre bassi livelli di realizzazione sono connessi al lavoro in Day

Hospital e ai turni notturni. Dallo studio emerge che inoltre coloro che presentano alti livelli di realizzazione personale e bassi livelli depersonalizzazione ed esaurimento emotivo sono coloro che sono più inclini all'empatia e al supporto del paziente (Leiter, Harvie, Friezel, 1998). Nonostante gli alti livelli di burnout, il 59% degli infermieri ha dichiarato di essere contento di aver scelto di lavorare in un reparto oncologico e che lo sceglierebbe nuovamente. Quest'ultimo dato viene confermato anche da un altro studio svolto sempre in Italia, *“Haemato-oncology and burnout: an Italian survey”* (C.Bressi, M. Manenti et.al., 2008), dal quale risulta che il 70% degli infermieri ripeterebbe la propria scelta di lavorare con il paziente oncologico. In questo ambito le principali motivazioni di soddisfazione lavorativa risultano essere il contatto con il paziente per 80%, soddisfazioni personali per 55% e buoni rapporti con i colleghi 40%. La perdita dei pazienti non sembra essere fonte di stress lavorativo o insoddisfazione, ma invece il carico di lavoro e il basso stipendio sono indicati come principali cause di stress (C.Bressi, M. Manenti et.al., 2008). I livelli di burnout emersi da questo studio sono alti per EE e DP, rispettivamente pari al 31.9% e al 23.6%. Mentre solo il 15.3% sentiva una bassa realizzazione professionale.

Per cercare di rispondere alla seconda parte del quesito, ovvero se vi fossero differenze tra i livelli di burnout degli infermieri che operano in reparti oncologici e quelli che operano in strutture come l'Hospices, sono stati analizzati altri articoli. Questa curiosità è nata dalla considerazione della diversità che contraddistingue gli ambienti di lavoro che offrono assistenza ai pazienti oncologici e ai loro familiari. L'unità ospedaliera oncologica tradizionalmente ha infatti lo scopo di curare i pazienti oncologici fornendo loro i migliori interventi tecnici. Mentre le unità di cure palliative, come l'Hospice, hanno lo scopo di prendere in carico i pazienti oncologici terminali e fornire loro supporto assistenziale e spirituale nella fase finale della loro vita. Dallo studio *“Comparison of experienced burnout*

*symptoms in specialist oncology nurses working in hospital oncology units or in hospices*” (L. Ostacoli, M. Cavallo et. al., 2010), sono emerse differenze significative tra le due realtà. Gli infermieri che lavorano in reparti oncologici mostrano livelli di esaurimento emotivo e depersonalizzazione più elevati, e anche minori livelli di realizzazione personale rispetto ai loro colleghi del Hospice. I risultati per gli infermieri dei reparti oncologici sono: 19.65% EE, 5.15% DP e 34.58 PA. Mentre i risultati per gli infermieri del Hospice sono: 11.28% EE, 1.76 % DP, 40.88 % PA. Lavorare in Hospice risulta quindi apparentemente un fattore protettivo per lo sviluppo del burnout, anche se gli autori chiariscono che ad oggi non sono noti i fattori precisi che provocano queste differenze. Sicuramente non si può affermare che l’attività in un ambiente come quello del Hospice, abbia per gli infermieri un minor carico emotivo. Infatti da una revisione sistematica che tratta di cure palliative, *“Burnout in palliative care: a systematic review”* (S. Preira, A. Fonesca, A. Carvalho, 2011), si legge che in questo ambiente devono essere prese importanti decisioni etiche. Riguardanti ad esempio l’autonomia del paziente, l’adempimento delle direttive anticipate, l’eutanasia o decisione di non rianimare. Gli autori del suddetto articolo affermano che vi sono numerosi fattori di rischio in ambito di cure palliative, ma altrettanti fattori protettivi che necessitano di essere analizzati in futuro. Tra i fattori protettivi citati individuiamo: strategie individuali/ team di prevenzione, gli infermieri hanno maggior tempo da dedicare ai pazienti e ai loro familiari, elevata possibilità di arricchimento personale e gratificazione dal rapporto con il paziente.

### **4.2.3 CONCLUSIONI**

Nello sviluppo della sindrome del burnout, appare chiaro come il contesto lavorativo nel quale gli infermieri si trovano ad esercitare la propria professione svolga un ruolo chiave. Infatti un’ambiente lavorativo che richiede agli infermieri ritmi intensi senza possibilità di riposo,

che non ne valorizza la professionalità anche attraverso adeguamenti salariali, o in cui le relazioni con i colleghi e i superiori sono alterate è un ambiente che favorisce lo sviluppo del burnout. E' importante che il fenomeno sia adeguatamente indagato, al fine di garantire che gli operatori sanitari siano in grado di offrire ai pazienti il miglior servizio. In ambito oncologico potrebbe ad esempio essere utile, che gli operatori sanitari presentino un adeguata formazione in psiconcologia, al fine di promuovere in loro la capacità di instaurare una buona relazione non solo con il paziente e i suoi familiari, ma anche con i colleghi.

#### **4.4 PREVENZIONE DEL BURNOUT**

Promuovere la salute nei servizi socio-sanitari non significa solamente fare informazione rispetto al nuovo concetto di salute e ai rischi a cui si può andare incontro nell'aiutare gli altri, ma significa soprattutto attuare dei programmi che facciano un'efficace formazione, orientata alla salute e alla crescita personale e professionale, rivolta alle diverse figure che lavorano al loro interno. Gli sviluppi teorici sul burnout, hanno riconosciuto l'influenza dei fattori individuali nello sviluppo della sindrome, infatti anche dallo studio "*A comparison of burnout among oncology nurses working in adult and pediatric inpatient and outpatient settings*" (D. Shoni, K. Bonnie et.al., 2013) si evince, che i principali fattori di rischio individuati per lo sviluppo della sindrome sono correlati ad una mancanza di fiducia in se stessi e nelle proprie capacità. I fattori individuali non sono però gli unici ad intervenire, ma spesso sono in combinazione con quelli contestuali. Nello studio "*Systematic review on the relationship between the nursing shortage and job satisfaction, stress and burnout levels among nurses in oncology/haematology settings*" (S. Toh, E. Ang, M. Devi, 2012), emerge infatti una relazione bidirezionale positiva tra la carenza di infermieri e l'aumento dell'insoddisfazione lavorativa, dello stress e del burnout. Ciò dimostra come un contesto lavorativo ritenuto inadeguato

favorisce sensazioni di inadeguatezza da parte dei suoi operatori. Attualmente le strategie focalizzate sulla persona costituiscono l'approccio prevalente nell'ambito della prevenzione del burnout e comprendono: strategie finalizzate al miglioramento del benessere psicosociale, al rilassamento, al cambiamento delle abitudini lavorative o ancora promozione della capacità di gestire e affrontare il malessere. Le strategie centrate sul contesto mirano invece solitamente al miglioramento del clima sociale all'interno del reparto o gruppo di lavoro, al rafforzamento delle relazioni tra i membri dell'equipe e più raramente riguardano la struttura o le modalità di lavoro dell'intera organizzazione (M. Santinello, A. Negrisoli et.al.,2009). Sicuramente si rende necessario, al fine di ridurre il rischio di burnout, che i servizi socio-sanitari siano maggiormente consapevoli del fatto che un posto di lavoro dove ci sono turni troppo pesanti, dove non c'è possibilità e tempo di "ricaricarsi" e dove non vengono ascoltati i bisogni e le emozioni degli operatori è un posto dove ci si ammala facilmente. Le conseguenze sono negative a più livelli e non solo per chi lavora in prima persona. È necessario che oltre ad una adeguata formazione, si debba per promuovere la salute, attuare anche una supervisione continua ed efficace all'interno delle strutture dove tutto l'organico abbia la possibilità di esprimere se stesso.

## **CONCLUSIONE**

Il burnout nelle professioni di aiuto, è un fenomeno complesso e multifattoriale, che necessita di maggiori approfondimenti. L'operatore che manifesta segni e sintomi di esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione è una persona che non si riconosce alcun potere personale nella gestione della propria salute, ed è a sua volta inserito in una organizzazione lavorativa che non ha conoscenza e consapevolezza riguardo ai concetti di promozione della salute e dei benefici che essa comporta a tutti i livelli. Un'organizzazione, che continua a curare e assistere malattie e malati, anziché avere come obiettivo il miglioramento della qualità della vita e del benessere dei pazienti e del suo personale socio-sanitario. E' perciò importante che, il fenomeno venga studiato meglio nelle varie realtà lavorative, al fine di poter individuare gli elementi disfunzionali e favorire il benessere lavorativo attraverso interventi preventivi e garantendo percorsi di sostegno per gli operatori in difficoltà.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. ALBERTO ROSSATI, GERARDO MAGRO, 1999. Stress e burnout. Roma: Carocci
2. ANGELO COMPARE, ENZO GROSSI, 2012. Stress e disturbi da somatizzazione: evidence based practice in psicologia clinica. Milano: Springer.
3. ANON, Dicembre 2004. Aspetti medico legali della sindrome del burnout. Minerva medicina legale, Volume 124
4. C. BRESSI, M. MANENTI, M. PORCELLANA, D. CEVALES, et al., 2008. Haemato-oncology and burnout: an italian survey. British Journal of Cancer, 98, 6.
5. FABRIZIO TALLARITA, 2006. Burnout: se lo conosci lo eviti
6. G. MORASSO, M. TOMAMICHEL, 2005. La sofferenza psichica in oncologia: modalità di intervento. Roma: Carocci.
7. GIUSEPPE ALESSANDRO ROMANO, 2005. La sindrome del burnout nelle helping professions nel paradigma biopsicosociale. ACP Rivisti di studi Rogersiani.
8. LUCA OSTACOLI, MARCO CAVALLO, MARCO ZUFFRANIERI, MANUELA NEGRO, et al., 15 aprile 2010. Comparison of experienced burnout symptoms in specialist oncology nurses working in hospital oncology or in Hospices. Palliative and supportive care.
9. MARTA PETYX, PATRIZIA DEITINGER, BENEDETTA PERSEHINO, et.al., 2008. Stress e Burnout: come riconoscere i sintomi e prevenire il rischio. 2° Edizione. Roma: ISPESL
10. MASSIMO SANTINELLO, ADRIANA NEGRISOLO, 2009. Quando ogni passione è spenta: la sindrome del burnout nelle professioni sanitarie. Milano: McGrawHill

11. ROBERTO BAIOCO, GIUSEPPE CREA, et.al., 2004. Il rischio psicosociale nelle professioni di aiuto: la sindrome del burnout negli operatori sociali, medici, infermieri, psicologi e religiosi. Trento: Erikson
12. ROSSANA QUATTRIN, ANTONIETTA ZANINI, ESTER NASCIG, et.al., 2006. Level of burnout among nurses working in oncology in an italian region. Oncology nursing forum, vol. 33, NO4.
13. SANDRA M. PREIRA, ANTONIO M. FONESCA, ANA S. CARVALHO, 2011. Burnout in palliative care: a systematic review. Nursing ethics.
14. SANTINELLO, DALLAGO, 2008. Lo sviluppo del burnout: uno studio longitudinale su un campione di infermieri.
15. SHONI DAVIS, BONNIE K. LIND, CELESTE SORENSEN, Luglio 2013. A comparison of burnout among oncology nurses working in adult and pediatric inpatient and outpatient settings. Oncology nursing society, vol. 40, NO4.
16. SHIR GI TOH, EMILY ANG, M. KAMALA DEVI, 2012. Systematic review on the relationship between the nursing shortage and job satisfaction, stress and burout levels among nurses in oncology/haematology settings. International Journal of Evidence-Based Healthcare.
17. S.TABOLLI, A. IANI, C. RENZI, et.al., Gennaio 2006. Soddisfazione lavorativa, burnout e stress del personale infermieristico: indagine in 2 ospedali di Roma. Giornale Italiano Medicina del Lavoro.
18. S. VIOLANTE, P.G. BENSO, L. GERBAUDO, B. VIOLANTE, 2009. Correlazione tra soddisfazione lavorativa e fattori di stress, burnout e benessere psicosociale tra infermieri che lavorano in differenti ambiti sanitari. Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia, Volume 31.