



Il Burn-Out

negli operatori di assistenza

fra motivazione e stress

nel lavoro di cura

Pordenone – 2 dicembre 2004 – Auditorium Casa Serena



Atti del Convegno

ASSOCIAZIONE SCIENTIFICO CULTURALE "LE NUVOLE"
Via A. Forniz, 1 – 33080 Porcia (PN)
Tel. 0434 924130 – Fax 0434 590686
www.associazionelenuvole.it
e-mail: info@associazionelenuvole.it

ATTI DEL CONVEGNO
IL BURN OUT NEGLI OPERATORI DI ASSISTENZA
2 DICEMBRE 2004

INTRODUZIONE AI LAVORI DI FABIO FEDRIGO

L'associazione "Le Nuvole", la cui costituzione è stata favorita dalla Cooperativa Sociale F.A.I. di Porcia, cerca di promuovere da alcuni anni maggiori opportunità formative e culturali nell'ambito delle tematiche sociali. Il senso del convegno di oggi è quello di stimolare una riflessione e un confronto sul tema del Burn-out ed in particolare del Burn-out negli operatori di assistenza. Tema da sempre ancorato ad una sorta di tabù istituzionale ed imprenditoriale, spesso trattato e confinato nei moduli dei percorsi di formazione aziendale, a porte chiuse. Oggi infatti crediamo sia la prima occasione pubblica, a porte aperte, in cui operatori delle istituzioni e delle organizzazioni del "privato sociale" si confrontano sulla questione della "salute professionale".

Credo sia desiderio comune cercare di dare un senso al lavoro che facciamo quotidianamente e capire il contesto sociale e culturale in cui operiamo. Questo contesto si alimenta di relazioni umane, di legami sociali, relazioni dirette, vicine, a volte intime con le persone portatrici di sofferenza.

La sofferenza in una relazione d'aiuto non abita sempre e solamente dalla parte della "domanda", ma anche dalla parte della "risposta".

Oggi assistiamo ad un crescere del disagio sociale e nel contempo a una diminuzione delle risorse economiche e professionali per farvi fronte. I servizi si trovano pressati da una società sempre più multiproblematica e fragile. Le istituzioni, le organizzazioni e gli operatori agiscono in un contesto sovra esposto e frammentato: da una parte una domanda in crescita, dall'altra una diminuzione delle risorse e delle possibilità. Bisogna imparare a lavorare insieme, ripensare insieme i processi che portano all'erogazione della risposta ai bisogni. Perché non si tratta sempre e solo di una questione economica. Diventa determinante per tutti la capacità di alzare il livello della coesione sociale, con la quale si intende la capacità di valorizzare le diversità, le diverse caratteristiche dei soggetti che appartengono alla rete della comunità locale. Coesione sociale non significa adeguare, omologare e delegare, significa includere capacità, valori, responsabilità istituzionali e organizzative.

Crediamo che la figura dell'operatore di assistenza, necessiti di maggiori attenzioni in termini politici, culturali ed economici. L'operatore di assistenza è una figura determinante, è il primo anello della rete che collega le pianificazioni politiche e organizzative dei servizi ai beneficiari. Da alcuni anni stiamo assistendo ad una crescente crisi di vocazione e di formazione per le professioni assistenziali. Che sia ora di capire meglio cosa accade?

INTERVENTO DI GIOVANNI ZANOLIN

La tematica del Burn-out è di grande interesse e coinvolgimento. Troppe volte ci accorgiamo di una certa stanchezza ed enorme difficoltà a reggere i ritmi e soprattutto lo stress psicologico del lavoro di cura. Dobbiamo interrogarci sul significato di “lavoro di cura”.

Siamo consapevoli che quanto più un’istituzione è grande e potente, tanto più tende a frammentare il lavoro. Lo vediamo in una casa di riposo come Casa Serena, in cui ci sono 240 anziani non autosufficienti. Una grande “macchina” come questa ha delle conseguenze molto rilevanti nella relazione sia con la persona non autosufficiente che è qui residente, sia con le persone che qui lavorano.

Fin dall’inizio mi è parso evidente il carattere di “fabbrica” della struttura di Casa Serena e il fatto che il lavoro fosse altamente parcellizzato. Questo determinava una modalità di vita nella casa che non poteva non adeguarsi a questa parcellizzazione: l’alzata, la stessa ora, i lavori durante la giornata determinavano per tutti il modo di lavorare, di rapportarsi, di essere dentro questa istituzione. Essendo il lavoro estremamente parcellizzato, la relazione di cura, conseguentemente è sempre meno riconosciuta, tanto, a volte, da scomparire.

Credo che le relazioni di cura abbiano spesso un doppio significato: l’idea del benessere della persona è collegata fortemente alla relazione personale. Noi tendiamo a stare meglio in relazione alla varietà e all’importanza dei rapporti umani che abbiamo. Sappiamo che l’uso dei farmaci aumenta tanto più diminuiscono le relazioni personali.

È credibile che questa parcellizzazione delle funzioni di lavoro dentro una grande istituzione come questa consenta il mantenimento di relazioni di cura? La relazione di cura può essere parcellizzata fino al punto in cui una persona fa solo una cosa rispetto ad un’altra? La aiuta cioè solo in un modo, in un momento e per certi aspetti? Non è forse connaturato a questa relazione prendersi cura della persona nel suo complesso, nell’insieme dei bisogni? Non è sempre vero che le relazioni di cura hanno un duplice effetto sia sulle persone che hanno bisogno della cura sia sulle persone che dovrebbero curare? Perché il ritorno dal paziente all’analista, il *transfert*, dovrebbe esistere solo in una relazione di tipo analitico? Perché in una relazione di cura normale, vasta e diffusa, non dovrebbe esserci questo ritorno da paziente ad operatore? Perché questo *transfert* non dovrebbe agire anche sugli operatori? È possibile che si metta in moto un meccanismo di salute sia per la persona che necessita la cura, sia per voi, se c’è una così estrema parcellizzazione del lavoro da non consentire una visione completa della relazione e delle condizioni della persona con cui si opera?

La suddivisione di questa grande “macchina” in nuclei più piccoli consente l’avvio di una ricomposizione dei lavori e di riconsiderazione del lavoro di cura. Mi auguro che, con il tempo, questa situazione determini delle relazioni di ritorno, nel senso che la relazione di cura possa servire sia alla persona che ottiene la cura, sia alla persona che cura. Questo pone l’accento sulla strutturazione delle istituzioni e dei luoghi della cura, non solo sulle relazioni al loro interno, ma anche sulla funzione sociale e complessiva di questi luoghi: le persone che lavorano qui avvertono una sensazione di isolamento rispetto al quartiere e alla città. Sono necessarie delle modalità di approccio diverse tra le istituzioni e le persone che vivono e che lavorano dentro le istituzioni, è fondamentale avviare un lavoro di umanizzazione. Bisogna determinare delle condizioni di dialogo dentro le istituzioni ed è quello che cerchiamo di fare in Casa Serena e nelle politiche sociali.

Bisogna ascoltare molto, imparare e rendersi conto delle acquisizioni e delle idee nuove che maturano e vedere come tutto questo viene tradotto in novità nell'organizzazione e nelle modalità di lavoro.

INTERVENTO DI DANIELE GASPARINI

In questa introduzione sono stati presentati spunti interessanti, in quanto si è parlato di relazione umana e non più oggettiva con le persone.

L'obiettivo condiviso di questa giornata è riflettere sul tema. Introduurrò il fenomeno del Burn-out dal punto di vista teorico, offrendo degli spunti di riflessione, da cui si possono apportare dei cambiamenti e modifiche dal punto di vista relazionale, di terapia, di cura e organizzativo.

Il Burn-out è una sindrome caratterizzata da esaurimento emozionale, depersonalizzazione e riduzione delle capacità personali, che può presentarsi, in soggetti che, per professione, si occupano della gente"

Secondo la definizione della Dott.ssa Christina Maslach, una delle più autorevoli studiosse del fenomeno, si tratta di una "reazione di difesa alla tensione emotiva cronica creata dal contatto continuo con altri esseri umani, in particolare quando essi hanno dei problemi o motivi di sofferenza". (Maslach 1976 ; Maslach 1982).

Bisogna approfondire le dinamiche legate all'aspetto assistenziale, i valori e le motivazioni di un operatore. Con il Burn-out c'è una crisi nella relazione umana ed emotiva, per la quale l'individuo mette in discussione la propria professione. La domanda che mette in crisi è: "io servo a qualcosa nella realtà in cui lavoro?". Il fenomeno è molto diffuso non solo nelle relazioni di aiuto ma, nello specifico, in quei reparti dell'ambito ospedaliero dove è più alto il tasso di mortalità. L'operatore in questi ambienti si chiede: "io lavoro e mi impegno ma il risultato che ottengo qual è?"

Ricerche recenti ci portano a pensare che il fenomeno del Burn-out non sia solo legato alle relazioni nelle professioni di aiuto, ma anche dove l'investimento emotivo e motivazionale è molto forte. E' un problema di tutti, che può essere fronteggiato sia in via preventiva, sia in ambito di terapia.

Ho schematizzato le caratteristiche dell'operatore di assistenza nelle relazioni d'aiuto:

- **empatia,**
- **capacità di adattamento alle diverse situazioni**
- **autocontrollo**
- **iniziativa**
- **fiducia in se stesso**
- **competenza nella gestione del lavoro**
- **capacità nel costruire relazioni in modo creativo ed efficiente.**

Sono centrali nel lavoro di un operatore la sua capacità empatica, le sue motivazioni e le sue competenze.

Voglio sottolineare l'aspetto delle competenze, in quanto un operatore si chiede se è preparato per la professione che ha scelto.

La sindrome del Burn-out è una costellazione di sintomi che colpisce l'individuo: questo è pronto a fronteggiare la relazione d'aiuto sia a livello di competenze, cioè di capacità tecniche, sia a livello emotivo? La relazione d'aiuto, infatti, non si limita ad un vissuto emotivo, positivo o negativo, legato solo all'ambito del lavoro, ma ci portiamo a casa le emozioni, le portiamo nelle relazioni affettive e di amicizia.

Il Burn-out non colpisce quindi solo gli operatori di assistenza, ma tutte le relazioni sociali della persona. Il punto interrogativo principale è non solo "chi sono e cosa riesco a fare nell'ambito del lavoro", ma soprattutto "chi sono poi nell'ambito sociale". Emerge questo vissuto legato ad una perdita di autostima, di cui l'individuo risente nel contesto sociale, familiare e affettivo.

Un accento particolare va messo sulla comunicazione, non solo dal punto di vista delle relazioni, cioè come strumento di trasmissione di contenuti, ma anche come trasmissione delle emozioni, sia verso l'individuo, sia verso se stessi.

Abbiamo già sottolineato quanto sia importante l'apporto emotivo nelle relazioni d'aiuto.

L'empatia rappresenta la capacità di entrare in relazione emotiva con l'altro, in questo caso l'utente. Studi in questo settore evidenziano come l'empatia aumenti l'efficacia tecnica. Quando però entriamo in relazione con l'altro, abbiamo anche un paracadute? Infatti il farsi carico della sofferenza dell'altro, dal punto di vista emotivo, è un rapporto complementare e sbilanciato verso la persona assistita. Il carico emotivo che ci prendiamo rischia di sommergerci.

Competenza significa non solo professionalità, ma anche sapersi relazionare con gli altri e saper lavorare in gruppo. Il concetto che sta entrando attualmente in maniera prepotente nelle organizzazioni è "condividere" le conoscenze e le emozioni con gli altri.

Nella relazione di aiuto si stabilisce un complesso processo di integrazione, di abilità e attitudini tra operatore e/o gruppo di operatori e utente.

Con la persona che assistiamo nella professionalità si instaurano delle **relazioni di tipo:**

strumentale (risolvere un bisogno o un problema)

razionale (argomentare, capire, dimostrare)

operativo (redigere documenti, progetti, creare contatti)

comunicativo (l'intendersi, impegnarsi)

affettivo (fidarsi e affidarsi)

simbolico (identificarsi)

A questo punto io vi porgo una domanda: quali sono stati i motivi per cui avete scelto la vostra professione? Quali sono stati i bisogni che avete soddisfatto con la scelta di questa professione e cosa vi ha spinto?

La domanda successiva che vi porgo è: quanti bisogni che sentivate prima della scelta siete riusciti a soddisfare in questa professione?

Da un lato il Burn-out è una sindrome che si lega al vissuto emotivo, attraverso la relazione empatica con l'utente, dall'altro lato documenta la capacità dell'operatore di fare fronte alle richieste dell'utente stesso.

Bisogna riflettere su questi aspetti, in quanto la crisi fondamentale comincia quando mi chiedo: io a cosa servo in questa realtà?

Importante è il concetto di controllo, cioè cosa io riesco a controllare del contesto in cui sono inserito. La vita e la morte del paziente sono forse eventi che posso controllare?

C'è una sorta di preconcetto legato all'attività assistenziale: essere dei "missionari". Una persona va incontro alla sofferenza degli altri con l'atteggiamento salvifico di chi si avvicina alla realtà dicendo "adesso ci penso io a salvare il mondo".

Io, d'altra parte, vi rispondo: riusciamo noi a salvarci dal mondo?

L'approccio al Burn-out deve tener conto di questi concetti.

Le **cause** del Burn-out sono essenzialmente riconducibili a tre variabili principali, spesso fra loro intrecciate:

- 1. Eccessiva idealizzazione della professione d'aiuto precedente all'entrata nel lavoro**
- 2. Mansione frustrante o inadeguata alle aspettative**
- 3. Organizzazione del lavoro disfunzionale o patologica**

Bisogna introdurre il tema di organizzazione.

L'INAIL ha parlato recentemente di "costrittività organizzativa", in riferimento ad altre problematiche e dinamiche legate al mondo del lavoro.

Se un reparto, per essere operativo, necessita di N persone per svolgere al meglio la sua funzione e queste non sono presenti, si richiede allora alle persone di svolgere delle mansioni per le quali non sono competenti e di assumersi delle responsabilità per le quali "non esiste un paracadute".

La patologia organizzativa nasce nel momento in cui non si conosce al meglio l'obiettivo del proprio lavoro.

Quali sono quindi le relazioni tra il fenomeno del Burn-out e l'assistenza?

Gli aspetti nel rapporto di interazione tra operatore e utente, che possono portare a stress cronico sono l'intenso coinvolgimento, le sensazioni di ansia e la sofferenza condivisa.

Nell'interazione tra operatore e utente può emergere una componente di sofferenza condivisa, che è difficilmente gestibile nella relazione d'aiuto. L'operatore vive in uno stato di disagio rispetto all'attività che dovrà svolgere. Spesso la persona assistita riesce a leggere in maniera inequivocabile le emozioni dell'operatore, perché, a livello di comunicazione, è cambiato qualcosa. In quel momento non riusciamo a rapportarci in modo ottimale nei confronti dell'utente. La crisi in questo caso nasce nel contesto lavorativo.

I preconcetti, secondo cui si tratta esclusivamente di un problema dell'individuo, mettono al riparo la gestione organizzativa dal problema del Burn-out. In realtà il Burn-out nasce in una relazione disfunzionale con il contesto nel quale la persona è inserita. L'individuo può non possedere le competenze, può trovarsi in una situazione ambigua, può mancargli una chiarezza degli obiettivi e di chi li gestisce.

Il concetto di "unità di comando" porta a chiedersi "chi comanda chi e in merito a cosa": questo comporta ambiguità e disagio. L'operatore, in questo caso, cerca di sopperire con proprie scelte assumendosi responsabilità che spesso non gli competono.

La relazione d'aiuto, quindi, può portare ad uno stress cronico con un continuo adattamento alle richieste ambientali, che sono eccessive rispetto alle nostre capacità. Di conseguenza c'è una riduzione delle capacità personali e della motivazione, che, se prolungato nel tempo, porta ad un peggioramento nella qualità assistenziale e nelle relazioni.

La persona che soffre di Burn-out entra in un circolo vizioso, in cui il peggioramento delle sue prestazioni mette in discussione la sua autostima, le sue motivazioni e questo peggiora sempre di più il suo stato d'animo nel contesto in cui è inserita. In questo aspetto si rintraccia la problematicità del Burn-out.

Nella nostra cultura purtroppo si sentono molti luoghi comuni a riguardo:

“Le persone che fanno esperienza del BurnOut sono deboli...”

“Le persone colpite da BurnOut sono sostanzialmente irragionevoli e pretenziose...”

“Il BurnOut è un disturbo psichico...”

“Il BurnOut è il sintomo di problemi a casa...”

Bisogna dimenticare queste semplificazioni, in quanto la realtà del Burn-out non è legata all'individuo. Se questi viene valorizzato, se viene data la giusta importanza al concetto di risorse umane e se viene sviluppato tutto il suo potenziale, allora riusciamo a prevenire il problema in maniera decisiva.

Prendendo in considerazione i concetti prettamente tecnici, si possono rintracciare tre categorie di disturbi:

esaurimento emotivo: inaridimento emotivo nel rapporto con gli altri, che porta a sentirsi emotivamente svuotato e annullato dal proprio lavoro.

depersonalizzazione: atteggiamento di allontanamento emotivo e fisico dagli utenti

riduzione del senso di realizzazione personale: perdita del senso di autostima e sensazione di inadeguatezza al lavoro.

La persona perde il significato del lavoro che sta svolgendo, non riesce più a dare il massimo. Come conseguenza perviene ad una tecnica di fuga, alla depersonalizzazione, che si concretizza in una relazione con l'altro più oggettiva e distaccata. Si tende a sottostimare la sofferenza dell'altro e a considerarlo un oggetto di cura e non più soggetto. Le persone che soffrono di Burn-out sono staccate dal loro lavoro perché cercano di difendersi. Si giunge alla riduzione del senso di realizzazione personale: perché abbiamo scelto questa professione, quanto riusciamo a soddisfare le richieste,...

Arriviamo alla definizione di **patogenesi multifattoriale**, cioè i fattori che ci portano al Burn-out. Se ne possono rintracciare due tipologie:

1. legata a **problematiche organizzative:** sovraccarico di lavoro, scarsa retribuzione in assenza di concreti riscontri a progetti incentivanti, esercizio della professionalità in settori o branche non affini ai propri interessi e competenze, scarsa sensibilità ed attitudine delle aziende a favorire la formazione del personale
2. legata a un **aspetto personale** di eccessiva dedizione al lavoro. Bisogna avere altri interessi, oltre al lavoro, in cui la nostra personalità si senta stimolata; l'eccessiva dedizione al lavoro rischia di portare ad elevare il lavoro ad unico scopo della nostra vita. Il contesto e l'organizzazione lavorativa non sono per noi completamente controllabili.

Altri fattori individuali facilitanti sono: personalità ansiosa, nevroticismo, autoritarismo, bisogno di tenere tutto sotto controllo, forte bisogno di aiutare (mistica del missionario) e

desiderio di “cambiare il mondo”, passività, isolamento dagli altri, ansia sociale, bassa autostima e senso di inadeguatezza, sentimento di insufficienza e incapacità a svolgere il proprio lavoro (impotenza appresa).

La sindrome del Burn-out non è un problema legato solo al lavoro degli operatori di assistenza, ma anche ad altre attività professionali. Ogni lavoratore può soffrire di una crisi, nel momento in cui le sue aspettative non vengono soddisfatte sia a livello personale, sia a livello economico.

Si possono rintracciare diverse fasi del Burn-out.

La prima è quella **dell’entusiasmo idealistico**, in cui convivono motivazioni consapevoli (migliorare il mondo e se stessi, stabilità lavorativa di impiego, svolgere un lavoro di prestigio) e motivazioni inconscie (desiderio di approfondire la conoscenza di sé e di esercitare una forma di potere o di controllo sugli altri).

Esistono infatti delle motivazioni iniziali: quando scegliamo un lavoro, siamo preparati? Cosa ci porta a svolgerlo? Abbiamo tutti gli strumenti per svolgerlo? Nel momento in cui lo svolgiamo assumiamo un’identità nostra, un’identità sociale.

Ci sono anche motivazioni legate al desiderio di controllo: uno degli aspetti fondamentali nelle relazioni di aiuto è poter controllare la salute del paziente.

Quando poi gli strumenti mancano, l’operatore si confronta con i propri ideali e non li vede soddisfatti. Ne consegue una crisi delle sue aspettative, che mette in discussione ciò che sta svolgendo.

Si entra così nella seconda fase, del “disinvestimento”, della **stagnazione**: “ho dato tanto ma le cose non cambiano molto... allora faccio solo quello che mi compete”. Si cerca di preservarsi a livello emotivo, staccandosi dal lavoro.

Dall’ insoddisfazione nei confronti dei propri ideali e dallo scarso riscontro delle aspettative nei risultati, nonostante il forte impegno si perviene ad un disimpegno graduale, alla delusione e chiusura verso l’ambiente di lavoro ed i colleghi.

Si arriva così alle ultime due fasi del Burnout: quella della **frustrazione** e quella del **disimpegno emozionale**.

Una frase che si sente spesso è “non sono più in grado di aiutare nessuno...” e “questa non è la professione che fa per me...” Sono concetti errati, in quanto bisogna analizzare cosa non funziona nella relazione di aiuto. Vissuto di perdita, di svuotamento, di crisi, perdita di creatività ed entusiasmo e scarso apprezzamento da colleghi e utenti portano a possibili atteggiamenti aggressivi (verso se stesso o verso gli altri) e a comportamenti di fuga (pause prolungate, assenze per malattia).

Si giunge così all’ultima fase della sindrome di Burn-out, il “disimpegno emozionale”: la persona passa dall’empatia all’apatia e, usando un termine forte in letteratura, si arriva alla “morte professionale”.

Esiste una relazione molto stretta a livello di sintomatologia tra stress e Burn-out. I sintomi riportati nella tabella seguente fanno riferimento a manifestazioni psicosomatiche del Burn-out, dello stress, del mobbing. Le manifestazioni psicosomatiche sono le sintomatologie di un disagio emotivo e psichico che un individuo vive nel contesto in cui è inserito. Queste sono manifestazioni di uno stress prolungato nel tempo, in cui l’individuo cerca di relazionarsi con un contesto che non riesce più a capire.

Segnali fisici	Segnali emotivi	Segnali comportamentali
collo, spalle rigide	depressione	breve durata dell'attenzione
dolori schiena	paura	iperattività
dolori addome, petto	sentirsi inutile	inflexibilità
palpitazioni	frustrazione	sentimento di onnipotenza
sudoraz. alle mani	ansia	pianto
bocca secca	isolamento psicolog.	vittimismo
affaticamento	irascibilità	digrignare i denti
anoressia/fame	rabbia	guida troppo veloce
insonnia	sofferenza interiore	ricerca del rischio

Un altro aspetto da considerare è il costo del Burn-out: le persone si ammalano, stanno a casa, costano alle organizzazioni perché l'operatore produce poco e male e l'utente si lamenta.

Esiste anche una problematica legata alla famiglia. Se la nostra vita è scomposta in settori che si intersecano (vita sociale, lavorativa, affettiva, etc.), una persona porta con sé nell'ambiente extra lavorativo il disagio di cui soffre nell'ambiente di lavoro. La persona che soffre di Burn-out corre anche il pericolo di portare in famiglia un vissuto di sofferenza originato dal lavoro. La famiglia può assecondarti se tu fai qualcosa per porre fine al tuo stato di disagio.

C'è un fenomeno che si relaziona al Burn-out e al *mobbing*: la chiusura del contesto familiare alla persona che soffre. La persona che soffre di Burn-out, purtroppo si sente spesso incapace di modificare la sua situazione. Di conseguenza anche nel contesto familiare si realizza una situazione di disagio molto forte, che ha poi ripercussioni nel contesto lavorativo.

Il Burn-out deve essere affrontato e soprattutto prevenuto attraverso la formazione, la valorizzazione delle risorse umane e l'attribuzione delle competenze e responsabilità specifiche, strumenti ottimali per svolgere al meglio il proprio lavoro. Solo a queste condizioni ci sentiamo valorizzati come professionisti e, prima ancora, come persone. Questo è il principale fattore motivante di qualsiasi individuo, poi viene l'aspetto professionale, delle competenze e quant'altro.

Il punto di partenza per la prevenzione del Burn-out è considerare l'altro (collega, collaboratore, subordinato) una risorsa, non un problema. Ricordiamoci quindi questi aspetti: competenze, capacità personali, valorizzazione dell'individuo e, soprattutto

valorizzazione del gruppo come contesto per prevenire ed affrontare il problema del Burn-out.

INTERVENTO DI CARMELA ZUCCARELLI E NADIA SINICCO

Il Burn-out colpisce soprattutto le *helping profession*.

Le cause più frequenti nell'ambito dei servizi si rintracciano nel lavoro in strutture mal gestite, con scarsa o inadeguata retribuzione, in presenza di un'organizzazione del lavoro disfunzionale o patologica, svolgimento di mansioni frustranti o inadeguate alle proprie aspettative, insufficiente autonomia decisionale e sovraccarico di lavoro.

La sindrome si caratterizza per nervosismo, irrequietezza, apatia, indifferenza, cinismo e ostilità verso i colleghi.

Il soggetto colpito da Burn-out manifesta sintomi aspecifici (sonno e irrequietezza), somatici (problemi patologici come dermatiti, gastriti) e psicologici (depressione, esaurimento, depressione).

Le quattro fasi di sviluppo della sindrome del Burn-out possono essere prese in considerazione da due differenti punti di vista: quello dell'operatore e quello del servizio.

Nella prima fase, dell'entusiasmo idealistico, l'operatore presenta la difficoltà di leggere il mondo in modo adeguato, ricrea cioè all'interno dell'equipe di lavoro quelle dinamiche proprie della famiglia, in quanto la condivisione ideologica e lo spirito di squadra sono molto forti.

Dalla prospettiva del servizio emerge una sopravvalutazione del lavoro, un eccessivo coinvolgimento emotivo nella relazione con il paziente e un eccessivo investimento emozionale ed affettivo con i colleghi.

Nella seconda fase, di stagnazione, il servizio nota nell'operatore una graduale disaffezione della professionalità, una diffidenza emotiva, un atteggiamento ipercritico e una ricaduta negativa sul clima del gruppo di lavoro.

Nella terza fase, della frustrazione, alla profonda sensazione di inutilità dell'operatore corrisponde nel servizio una relazione conflittuale all'interno del gruppo di lavoro, un iniziale isolamento, assenze ripetute e allontanamenti ingiustificati. Il gruppo di lavoro stesso tende ad isolarsi dalle altre unità operative perché non ha tempo per gli altri; l'assenza ripetuta dal luogo di lavoro rappresenta un costo elevato per la qualità delle prestazioni erogate, in quanto viene richiesto di più ai colleghi che rimangono a sostituire la persona in Burn-out.

Nell'ultima fase, l'apatia, l'operatore si disinteressa di se stesso e dei colleghi, rifiuta di partecipare alla vita dell'organizzazione e qualsiasi tentativo di coinvolgerlo non funziona. Nel servizio si assiste ad una perdita di vitalità, di progettualità e di risorse.

Il Burn-out nasce nel momento in cui l'incontro con i bisogni dell'utenza fa mettere in secondo piano i bisogni più profondi dell'individuo. Questo succede spesso nei reparti in cui le patologie sono importanti (oncologici, di dialisi).

L'operatore, in queste circostanze, deve fare i conti con la realtà e realizzare che non tutto è curabile. L'utente chiede sempre molto e ciò che può dare sostegno all'operatore è la supervisione, la condivisione nell'ambito di lavoro. Tanto più un'equipe funziona bene ed è sana, tanto meno sono i sintomi del Burn-out.

Come si può prevenire questa sindrome all'interno delle organizzazioni?

1. Attraverso l'implementazione delle capacità tecnico-professionali dell'operatore
 2. Attraverso lo sviluppo dell'intelligenza emotiva
-
1. Valorizzare tutta la serie di competenze necessarie per poter operare bene e salvaguardarsi
 2. Uno studio ha evidenziato che moltissimi problemi sociali, come la dipendenza, la violenza, la droga derivavano dalla capacità dell'individuo di sentire le proprie emozioni e di fare i conti con loro. Bisogna dare all'operatore gli strumenti per riconoscere e gestire i propri bisogni emotivi. Il puro e semplice ascolto è un momento curativo, in quanto il parlare significa condividere.

Nel Burn-out esiste la difficoltà a misurarsi con le proprie emozioni e con l'incapacità di riconoscere i problemi. La conseguenza più evidente è la rassegnazione, cioè un tipo di difesa che consente di attenuare la sofferenza.

Il Burn-out è una sindrome contagiosa, prima colpisce un operatore e poi il servizio nel suo insieme, che risulta anch'esso malato. In un'equipe di solito non è solo un operatore che presenta i problemi.

Ci sono due aree critiche per i problemi: la prima è a livello organizzativo, di competenze, la seconda è relazionale, di comunicazione con l'utente e l'altro.

La sindrome di Burn-out quindi colpisce a tre livelli: operatore, utenti, servizio e comunità.

Che cosa si può fare per prevenirla a livello dei servizi?

Abbiamo fatto un'indagine quantitativa somministrando un questionario su 1800 persone: da questo sono emerse le aree critiche (relazione, comunicazione ed organizzazione). La difficoltà maggiore è il saper gestire il carico emotivo, quando non si riesce ci si spaventa e si scappa. Si pensa che la sofferenza non sia di competenza dell'operatore, ma solo dei pazienti.

A livello dei servizi si può prevenire il Burn-out garantendo un clima gratificante, imparando a gestire il carico emotivo e prevenendo lo stress lavorativo. Bisogna sostanzialmente cambiare le condizioni culturali e operative in cui un operatore lavora.

All'interno dell'organizzazione del servizio deve essere prevista:

- L'analisi e il monitoraggio del clima
- Un attento esame della realtà
- Implementazione di azioni di miglioramento

L'equipe di lavoro può fare qualcosa per aiutare un operatore in Burn-out.

Un'organizzazione "disorganizzata" crea ripercussioni negative sulla qualità dei servizi forniti alla collettività, mentre un'organizzazione "organizzata" non può prescindere dalla prevenzione del Burn-out.

INTERVENTO DI FERNANDO LUISI

Sono particolarmente legato a queste forme di disagio, che, durante la mia attività istituzionale di dirigente membro dell'INAIL incontro di frequente.

Sono d'accordo con Gasparini nell'affermare che, non solo ci si trova di fronte lavoratori malati, ma è l'ambiente di lavoro il vero malato.

Mi hanno sempre insegnato in medicina del lavoro che nell'approccio alla valutazione dei problemi della sicurezza sul lavoro e, dal lato medico, della sorveglianza sanitaria, bisogna prestare molta più attenzione ai problemi ambientali.

Nei confronti di queste patologie, a cui si affiancano quelle di carattere ergonomico, i medici del lavoro devono considerare gli ambienti e le organizzazioni lavorative. Ovviamente, per quanto riguarda la parte della salute, non si tratta di problemi che solo il medico può risolvere, ma bisogna avviare un approccio multidisciplinare: c'è bisogno di altre figure professionali, come gli psicologi del lavoro.

Il tema che svilupperò dettagliatamente è quello legato agli aspetti epidemiologici del Burn-out. Gli aspetti sulla sintomatologia sono già stati approfonditi.

Si comincia a parlare della «sindrome di Burn-out» nella prima metà degli anni 70, negli Stati Uniti, per identificare una patologia professionale che veniva osservata sempre più frequentemente tra gli operatori sociali, caratterizzata da un rapido decadimento delle risorse psicofisiche e un altrettanto rapido peggioramento delle prestazioni professionali.

Gli operatori afflitti da tale patologia appaiono completamente “bruciati”, “fusi”, “cortocircuitati”, ovvero oltremodo sfiniti, esauriti “a tutto campo”.

Sembra che il termine «Burn-out» provenga dal gergo sportivo: negli anni Trenta veniva utilizzato per indicare la condizione di quegli atleti che, dopo un periodo di successi, improvvisamente vanno in crisi e non riescono a dare più nulla dal punto di vista agonistico. Analogamente, gli operatori sociali in Burn-out non riescono a dare più nulla dal punto di vista relazionale [Rossati - Magro 1999, 43-4].

Sono molti i professionisti del sociale a rischio di Burn-out, ma quelli più “esposti” sembrano essere gli operatori di comunità; gli educatori; gli insegnanti; i riabilitatori psichiatrici e gli assistenti sociali. Si tratta di professioni basate sulla “relazione d'aiuto” tra operatore e utenti disagiati, professioni nelle quali le responsabilità morali dell'operatore, lo stress a cui è sottoposto e il suo coinvolgimento emotivo sono elevatissimi.

Proprio tali condizioni di lavoro, se non sussistono le adeguate misure di prevenzione, portano inevitabilmente alla “fusione”, al *breakdown* dell'operatore.

Il quadro epidemiologico del Burn-out, per la mia esperienza di medico del lavoro, non ci offre sempre dati concreti, a volte sono contrastanti.

Lo studio epidemiologico del fenomeno Burn-out presenta evidenti difficoltà, fondamentalmente dovute al fatto che

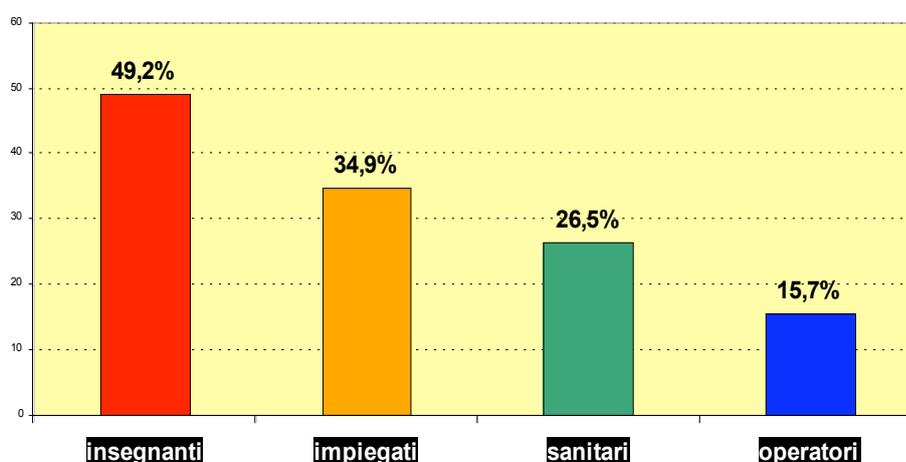
- il Burn-out è un fenomeno psico sociale più complesso dello stress, che resta un fenomeno individuale (quindi più facilmente affrontabile dal punto di vista epidemiologico)
- il Burn-out non è un'entità nosologica e ciò è confermato dall'assenza della sindrome nel DSM-IV (la sua collocazione è difficile)

Questi vizi sono molto rilevanti e rendono gli studi epidemiologici sul Burn-out non molto soddisfacenti, in quanto sono spesso contrastanti nei risultati e nelle conclusioni.

Senza dubbio gli studi più rappresentativi del fenomeno in Italia sono il **Getsemani** ed il **Golgota** (esperienza milanese)

Il Getsemani prende vita da una raccolta di casi, dall'analisi dei verbali delle Commissioni Mediche delle ASL di Milano per l'accertamento dell'inabilità per il settore pubblico (3049 casi) dal 1991 al 2001. Ha evidenziato i casi di Burn-out, cioè quel disagio psicologico e sociale che induce il lavoratore a disaffezione e apatia.

Dalla statistica seguente sulla patologia psichiatrica per professione, emerge che quasi il 50% delle professioni che soffrono di questo disagio sono gli insegnanti, soprattutto le donne; non c'è differenza tra scuola materna, elementare e superiore. Da questo quadro risulta che solo il 15% degli operatori nel settore pubblico soffrono di Burn-out.



Lo studio Golgota fa un passo avanti, e va ad esaminare le patologie psichiatriche riconosciute, come i disturbi dell'umore (depressione, ansia) e gli altri. L'indagine è stata condotta tra i lavoratori iscritti all'INPDAP che hanno presentato alla commissione di Milano domanda di inabilità al lavoro: un totale di 3447 pratiche relative a 774 insegnanti, 651 impiegati, 1556 operatori manuali e 466 operatori sanitari.

È qui la conferma: tra gli insegnati la prevalenza di patologie psichiatriche era il 49.8% mentre tra gli altri iscritti all'INPDAP si "fermava" al 23.9%. In altre parole, per gli insegnanti il rischio di ammalarsi di patologie psichiatriche è più di 2 volte superiore a quello degli altri lavoratori.

Presentiamo in questo lavoro alcuni recenti studi che hanno interessato il personale sanitario e che sono stati presentati al recente 67° Congresso di Medicina del lavoro svoltosi a Sorrento dal 3 al 6 novembre 2004.

Il primo è uno studio pilota condotto in una cooperativa sociale a Trieste: *"Stress, burn out e patologie osteoarticolari in operatori all'assistenza di fasce deboli: studio pilota in una cooperativa sociale"* (A. De Toni, F.Larese Fillon, E,Scaravelli, E.Pontieri).

Lo studio ha interessato 240 lavoratori a contatto con disabili, pazienti psichiatrici e tossicodipendenti. Per valutare il Burn-out è stato utilizzato il Maslach Burnout

Inventory (MBI) e per studiare gli aspetti psicosociali legati al lavoro il Job Content Questionnaire (JCQ) a 49 item di Karasek. I lavoratori indagati hanno un'età media di 33.3 +/- 8.23 anni ed un'anzianità lavorativa di 55.7 +/- 44.9 mesi.

Complessivamente sono risultati bassi i livelli di Burn-out e di stress indagati e questo probabilmente è legato alla giovane età degli operatori e alla bassa anzianità lavorativa.

Le patologie osteoarticolari da questo studio risultavano un fenomeno abbastanza sostenuto: sarebbe interessante approfondire questo aspetto.

Il secondo studio presentato era concentrato sulla professione dei tecnici di radiologia: "*Stress e burn out nei tecnici di radiologia*" (P. Boccalon, J Cavallai; L. Focardi)

È stata studiata la presenza del Burn-out nei tecnici di radiologia mediante il MBI, il General Health Questionnaire ed altri parametri.

I risultati evidenziano un basso livello di Burn-out, che è prevalentemente a carico di giovani donne addette alla tradizionale radiologia, dove la soddisfazione lavorativa appare minore.

Il terzo lavoro è il più consistente come numeri, come tempo impiegato, come categorie professionali interessate allo studio (medici, infermieri generici professionali, educatori, ausiliari, ecc): "*La sindrome di burn out dell'operatore sanitario: esperienza piemontese e valutazione del rischio*" (R. Falcetta, A Baratti, S. Bosia, F. Ferraris, P. Pavanelli, D. Schillaci, V. Alastra, R. Ferretti, M. Marafioti, B. Mottura, G. Gai, V. Tommasini, D. Converso).

Sono stati analizzati con il MBI un gruppo di operatori sanitari, provenienti da servizi diversi, ospedalieri e territoriali, del Piemonte e i risultati concordano con alcuni dati della letteratura nazionale e internazionale.

I livelli di esaurimento emotivo (EE) sono risultati più alti negli educatori, nel personale di supporto, nei caposala e negli infermieri (sia generici che professionali). La depersonalizzazione (DP) ha interessato principalmente gli stessi soggetti (tranne il personale di supporto) più i medici. La realizzazione personale (RP) è più univoca.

L'età è significativamente e positivamente correlata con la dimensione dell'EE e della RP.

L'anzianità lavorativa totale ha una correlazione positiva con la dimensione dell'EE.

Rispetto all'EE è emerso che la categoria OTA/Ausiliario sanitario sembra essere quello a maggior rischio di EE e di RP.

L'EE e la RP è maggiormente del sesso femminile

L'EE è più presente nei coniugati e nei separati/divorziati contro i vedovi.

I settori a maggior rischio di EE e DP sono il DEA/118.

Questi tre lavori, che possono sembrare contrastanti tra di loro, ci danno però delle conferme. Nel futuro l'epidemiologia di questa sindrome dovrà fare degli sforzi notevoli per dare dei dati più significativi dal punto di vista statistico.

La sintomatologia è stata già presentata precedentemente.

Dal punto di vista psicofisico, si può definire il Burn-out come *una risposta disfunzionale allo stress*. La definizione può cambiare assumendo altre prospettive (per es.: psicologia dell'apprendimento, psicoanalisi, sociologia), ma i sintomi elencati dai vari autori coincidono e su questi ci si soffermerà.

Esistono dei sintomi psichici, cioè cognitivo-emozionali.

I sintomi psichici sono i principali. Investono la sfera cognitiva e quella emotiva. Nel 1982 C. Maslach descrive 3 gruppi di sintomi: *esaurimento emotivo*, *depersonalizzazione dell'utente*, *ridotta realizzazione professionale*. Ai sintomi inclusi in queste tre categorie, F. Folgheraiter aggiunge quelli descrivibili globalmente come *perdita di controllo*. La maggioranza degli autori segue oggi l'indirizzo e le categorie di Maslach, ma verrà aggiunta la categoria messa in evidenza da Folgheraiter [cfr. Maslach 1982; Folgheraiter 1994].

In base a questo criterio, i sintomi possono essere raggruppati in quattro categorie:

- a) *Collasso delle energie psichiche*
- b) *Collasso della motivazione*
- c) *Caduta dell'autostima*
- d) *Perdita di controllo*

I sintomi comportamentali del Burn-out comprendono alcuni o molti tra i seguenti comportamenti [cfr. Cherniss 1983;].

- a) Assenteismo;
- b) "Fuga dalla relazione": trascorrere più tempo del necessario al telefono, cercare scuse per uscire o svolgere attività che non richiedano interazioni con utenti e colleghi;
- c) Progressivo ritiro dalla realtà lavorativa ("disinvestimento"): presenziare alle riunioni senza intervenire, senza alcuna partecipazione emotiva, e solo per lo stretto necessario;
- d) Difficoltà a scherzare sul lavoro, talvolta anche solo a sorridere;

La persona che ha subito un infortunio arriva nel mio posto di lavoro con una certa aspettativa, legata anche ad un fattore economico, in quanto non sempre si riesce ad ottenere subito il corrispettivo. Il nostro direttore generale ci sprona ad avere non solo la *mission*, ma anche la *compassion*, la condivisione nei confronti della persona che ha bisogno.

Ci sono poi i sintomi fisici del Burn-out.

Secondo alcuni autori, questa sindrome provoca o, più spesso, aggrava alcuni o molti tra i seguenti disturbi psicosomatici [Bernstein - Halaszyn 1989, 115; cfr. Cherniss 1983]:

- a) disfunzioni gastrointestinali: gastrite, ulcera, colite, stitichezza, diarrea;
- b) disfunzioni a carico del SNC: astenia, cefalea, emicrania;
- c) disfunzioni sessuali: impotenza, frigidity, calo del desiderio;
- d) malattie della pelle: dermatite, eczema, acne, afte, orzaiolo
- e) allergie e asma;
- f) insonnia e altri disturbi del sonno;
- g) disturbi dell'appetito;
- h) componenti psicosomatiche di: artrite, cardiopatia, diabete.

Concludo con alcune considerazioni sul tema del *mobbing*.

Nel 2003 abbiamo pubblicato la circolare 71, che dà la possibilità di denunciare casi di *mobbing*.

L'INAIL, come istituto assicuratore fino al 1988 aveva un sistema rigido di tabelle: o avevi quella data malattia legata ad un tipo di lavoro per poter essere riconosciuto, o non ricevevi niente.

Poi la Corte Suprema nell'88 ha dichiarato che ai lavoratori dovevano essere riconosciute altre patologie correlate al lavoro, o che ne provi il nesso di causa.

Adesso c'è un atteggiamento di maggior collaborazione nei confronti del lavoratore: diamo la necessaria documentazione e, se necessario, si fanno fare esami particolari.

Ovviamente si è aperto uno scenario nuovo, in cui non ci sono più le classiche malattie professionali di una volta, ma sono frequenti malattie disergonomiche, degli arti superiori legate a movimenti ripetuti, del rachide, ecc.

Tra queste rientra anche il *mobbing*, che non può essere definito malattia professionale. Il termine è infatti usato in maniera impropria.

A monte della malattia ci devono essere dei rischi reali, delle "costrittività organizzative":

- Marginalizzazione dalla attività lavorativa
- Svuotamento delle mansioni
- Mancata assegnazione dei compiti lavorativi, con inattività forzata
- Mancata assegnazione degli strumenti di lavoro
- Ripetuti trasferimenti ingiustificati
- Prolungata attribuzione di compiti dequalificanti rispetto al profilo professionale posseduto
- Prolungata attribuzione di compiti esorbitanti o eccessivi anche in relazione a eventuali condizioni di handicap psico-fisici
- Impedimento sistematico e strutturale all'accesso a notizie
- Inadeguatezza strutturale e sistematica delle informazioni inerenti l'ordinaria attività di lavoro
- Esclusione reiterata del lavoratore rispetto ad iniziative formative, di riqualificazione e aggiornamento professionale
- Esercizio esasperato ed eccessivo di forme di controllo.

Non ritroviamo forse la maggior parte di queste cause quando parliamo di Burn-out? Non c'è più un confine tra i due fenomeni.

Noi indennizziamo due forme di patologie, legate ai rischi di cui sopra:

Si tratta di due voci presenti nella nuova tabella del Danno biologico (tabelle di legge ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgvo 38/2000) legate al Sistema nervoso centrale periferico:

- Voce n 180 – Disturbo post – traumatico da stress moderato, a seconda dell'efficacia della psicoterapia – valutazione fino al 6%
- Voce n. 181 – Disturbo post traumatico da stress cronico severo, a seconda dell'efficacia della psicoterapia – valutazione fino al 15%

Il disturbo post-traumatico da stress (PTSD) rappresenta il gruppo più eterogeneo dei disturbi d'ansia, conseguente ad un'ampia serie di esperienze ed eventi traumatici.

Sostanzialmente i sintomi possono ricomprendere una persistente risperimentazione dell'evento traumatico, ovvero il persistente esitamento o paralisi ovvero un *arousal*.

Va inoltre segnalato che secondo quanto indicato dal DSM – IV, non necessita che gli eventi stressanti siano al di fuori dell'esperienza umana consueta ma richiedono invece che i soggetti sperimentino il trauma con intensa paura, terrore, impotenza.

I sintomi di ansia sono considerati significativi, anche sotto il profilo medico legale valutativo se producono angoscia o menomazione delle performance psichiche.

INTERVENTO DI FRANCESCO PADOAN

La ricerca **Burn-out negli operatori socio-sanitari** è stata condotta in Casa Serena nell'agosto 2004, mese in cui il carico lavorativo in questa struttura era maggiore.

Il numero di operatori al momento della somministrazione del test erano 120 e sono stati compilati 98 questionari, pari all' 82% degli operatori totali.

Gli obiettivi di questa ricerca sono la conoscenza (conoscere la realtà di Casa Serena), l'intervento (migliorare la qualità della vita degli operatori e degli utenti) e il monitoraggio (avere sempre sotto controllo la realtà della struttura), attraverso strumenti come il 16PF-5, MBI (Maslach Burnout Inventore) e IDAS (Irritability Depression Anxiety Scale).

Per ulteriori informazioni su questo lavoro di ricerca statistica contattare Francesco Padoan (triple.75@libero.it)

INTERVENTO DI MARCO CERRI

Io appartengo a quella generazione che, con entusiasmo, ha investito la sua gioventù nella costruzione dei servizi italiani. Ho lavorato prima nel pubblico, poi nel Terzo Settore, tuttora lavoro in una cooperativa e mi occupo di consulenza e formazione.

La mia generazione pensò di riparare molti anni fa alla perdita conseguente alla mobilitazione collettiva, alle nostre fantasie e illusioni di cambiare il mondo, attraverso l'investimento di queste nel lavoro sociale.

Penso che l'investimento nel lavoro sociale sia di dimensione consistente.

Il Burn-out è una categoria, secondo me, difficoltosa da analizzare, perché corre il rischio di essere onnicomprensiva.

Si rischia di scoprire dei fenomeni e poi dar loro un nome, senza valutare i processi culturali delle cose mature.

La maggior parte della gente in questa sala è composta da operatori, che lavorano in trincea, scontano cioè la crescente difficoltà del lavoro di cura, essendo sul confine tra le risorse che si mettono in campo nell'organizzazione, tutte le loro deficienze e limiti, e una domanda sociale in continuo aumento.

Spesso quando ragiono in aule formative sui bisogni del cliente/paziente/utente, mi sforzo di segnalare che i pazienti diventano sempre più impazienti, così come la famiglia.

Il lavoro sociale che sta in trincea, che si misura quotidianamente con i propri limiti, con i limiti della struttura, con una domanda sociale in crescita e con l'impazienza dei pazienti è un lavoro deontologicamente legato a fenomeni di caduta di senso.

La caduta motivazionale di senso è strettamente correlata alla dimensione del lavoro di cura, perché in questo tipo di professioni ci si misura con l'impossibilità del paziente, con i deficit dell'altro.

La fotografia sul volantino del convegno mi ha colpito molto: potrebbe rappresentare sia un operatore che soffre di Burn-out, sia un paziente psichiatrico dell'ospedale di Gorizia, o un disabile o un anziano. Intendo dire che esiste un rimando costante tra l'impossibilità dell'altro/utente e gli inevitabili limiti dell'operatore. Ci si trova di fronte alla cronicità, cioè alla ricorsività dei problemi.

Gli operatori di assistenza non possiedono gli strumenti dei medici e degli insegnanti per poter introdurre dei processi di distanza dal loro compito.

È interessante centrare l'attenzione sulla complessità della relazione di cura e sui processi di demotivazione e insensatezza, che poi portano a determinate manifestazioni al limite della patologia, come il Burn-out.

In qualsiasi dizionario il termine "cura" ha almeno tre accezioni:

1. Controllo, badare, impedire all'altro che...: questa è una dimensione ineludibile nel processo lavorativo e nella quotidianità degli operatori
2. Guarire: utilizzando strumenti scientifici e una progressione scandita tra diagnosi, terapia e guarigione arrivare alla dissoluzione del problema. Questa dimensione è praticamente inutilizzata nella quotidianità lavorativa degli operatori.
3. Attenzione, condivisione, ascolto: questa dimensione della cura mette in gioco qualità culturalmente e simbolicamente materne. Si esce dalla dinamica diagnosi-terapia-guarigione, in quanto gli utenti con i quali vi misurate non guariranno mai. In questo caso spetterà agli operatori accompagnare la cronicità e la morte. Questa ciclicità della cura all'interno di una relazione sofferente porta alla percezione di insensatezza e alla caduta della motivazione. Rimanda a un codice culturalmente materno: non è un caso che la maggior parte degli operatori siano donne.

La dimensione inevitabilmente mortifera dell'altro espone l'operatore alla caduta di senso e motivazione.

Dopo venti anni mi accorgo che devo confrontarmi quotidianamente con il dato della cronicità, a dover utilizzare strumenti e valorizzare competenze e culture tipicamente femminili. Le professioni sociali oggi esistono in conseguenza al fatto che ci sono stati dei cambiamenti straordinari nella società occidentale, che hanno portato all'istituzionalizzazione di pratiche di cura, che in precedenza venivano svolte solo all'interno della famiglia.

La necessità di queste capacità tipicamente femminili, da un punto di vista simbolico, espone il lavoro di cura ad un costante rischio di delegittimazione sociale. Le possibilità di controllo e di conflitto con l'altro si giocano su questo tavolo: il lavoro di cura presenta delle componenti pre - professionali. Questo è un dato importante per comprendere il deficit inevitabile che le professioni di cura hanno a livello sociale.

Ritornando al tema principale, la quotidianità del lavoro di cura espone l'operatore a continue cadute motivazionali, a fare i conti con l'impossibilità del compito.

Si parlava prima di parcellizzazione del lavoro: le persone investono poco nel lavoro e la qualità del lavoro è scarsa. Si invocano gruppi di piccole dimensioni, dove ci possa essere un arricchimento professionale e un'assistenza più unitaria e condivisa. Da un altro punto di vista, ritengo invece che la parcellizzazione del lavoro tuteli le persone che lavorano dalla densità emotiva del compito. È chiaro che non sviluppano la cultura dell'arricchimento: alla mattina al lavoro so che cosa devo fare...

Questo meccanismo di parcellizzazione del lavoro da una parte riduce la qualità del lavoro di assistenza, dall'altra consente agli operatori di difendersi emotivamente dalla complessità del compito. Tutti i discorsi sulla disfunzionalità e sulle patologie organizzative dovrebbero essere considerati anche alla luce di questa riflessione.

Il lavoro quotidiano con l'altro sofferente deve produrre una capacità individuale e collettiva nel gruppo di lavoro: l'organizzazione deve saper mediare tra il lavoro operativo e la sofferenza.

La modalità cinica, a volte volgare, nella definizione degli utenti è patrimonio proprio degli operatori: nei servizi ci sono spesso delle battute che fanno parte di una quotidianità e di una cultura particolari. Possiamo riconoscere spesso l'esistenza di atteggiamenti cinici, superficiali e volgari, di trattare e di pensare semplicemente l'altro. Dall'esterno possono risultare indicativi di una bassa professionalità nel lavoro, ma devono essere compresi e governati.

La quotidianità della sofferenza dell'altro necessita di luoghi, istituzionali e non, di evacuazione della densità emotiva. Se delle categorie patologiche tengono assieme tutto, c'è il rischio che la specificità, la complessità, l'impossibilità del lavoro di cura non vengano tenute nella dovuta considerazione. La densità emotiva deve essere quindi elaborata, a volte attraverso strumenti come il cinismo e la battuta. Questi esprimono, infatti, un necessario distacco emotivo. Nella parcellizzazione del lavoro il distacco emotivo rappresenta una minore qualità dell'intervento. Io non sono d'accordo, ma ritengo importante introdurre delle distanze, sia individualmente, sia collettivamente, per non portarci a casa la densità emotiva che la relazione con l'altro che soffre ci rimanda.

L'organizzazione deve presidiare che dal distacco emotivo non si passi all'odio contro-transferale: la relazione con l'altro non è univoca, ma è uno scambio e gestirlo può portare ad un distacco così forte (se si parte da un'eccessiva idealizzazione del proprio compito) da diventare contro-transferale.

Si sviluppano in questo caso meccanismi di aggressività; il presidio di questi fenomeni e la consapevolezza di determinate modalità di distacco emotivo sono necessari. Come raggiungere una qualità della cura che non sia disinteresse per l'altro e che sia, al tempo stesso interesse per sé? Le dimensioni sacrificali e salvifiche hanno accompagnato spesso il lavoro di cura, che ha, come abbiamo visto, una matrice originaria materna.

Le organizzazioni possono sostenere la motivazione negli operatori anche attraverso percorsi di mobilità. Esiste un tipo di mobilità verticale, che significa passare ad altri compiti valorizzando l'esperienza acquisita e distanziando dalla quotidianità complessa del lavoro di cura. In una cooperativa sociale di grandi dimensioni si parla anche di mobilità orizzontale: avviare fenomeni di passaggio tra servizi, organizzazioni, tipologia di utenza. Questo incide sulla capacità di sostenere il lavoro di elaborazione del compito e la qualità dei servizi.

Ciò che rende complesso il quadro del lavoro di cura è l'elevata prescrizione esterna dell'organizzazione, che dice quello che si deve fare e come si deve fare. Questo succede

frequentemente nel caso di grandi strutture per anziani. Invece, nei centri diurni per disabili l'autonomia è a volte enorme.

Come si coniuga questa alta o bassa prescrittività organizzativa con la dimensione della responsabilità individuale e grupale?

L'organizzazione che riesce a presidiare queste problematiche, riesce anche ad accompagnare e a sostenere le cadute motivazionali e i sentimenti di insensatezza nel lavoro, riesce ad offrire dei luoghi di rielaborazione e di autoriflessione sia individuale, sia grupale. L'enfasi sul gruppo come dimensione di elaborazione dei conflitti e dei fenomeni di motivazione rischia di non tenere in considerazione che è spesso proprio il gruppo il luogo scatenante di fenomeni di Burn-out. Sono importanti quindi anche altri spazi individuali, magari semplicemente di ascolto, che preservano gli operatori dal confrontarsi all'interno del gruppo, esponendo sentimenti che possono essere incompresi e non approvati dallo stesso.

INTERVENTO DI LUIGI MIGLIORE

L'obiettivo è di lavorare assieme sul Burn-out, avviare una tavola rotonda.

L'aspetto più interessante della giornata è stato l'approccio molto ampio alla tematica: sono state affrontate problematiche di tipo epidemiologico, sociali, di situazioni, riguardo la psicologia del Burn-out.

Vorrei fare delle riflessioni provocatorie, dando la possibilità di intervenire, facendo una tavola rotonda con le curiosità, le conoscenze, dando risposte o meno, condividendo delle problematiche e affrontandole con serenità.

La sensazione di tutti è la presenza di un filo conduttore nella discussione.

Il Burn-out è un problema della società, ha ripercussioni sul lavoratore, sulla famiglia, sull'organizzazione, sull'utente. Mi ricollego al discorso precedente della responsabilità sociale del Burn-out: si tratta di mal-vivere, mal-essere, e se lo conosci lo condividi, lo comunichi. Bisogna mettere la persona nelle condizioni di esprimersi, non di vergognarsi.

Abbiamo parlato del problema in termini quasi patologici.

La mia provocazione a questo proposito è: qual è l'aspetto positivo del Burn-out?

Le emozioni sul lavoro sono importanti così come la gratificazione personale. Il mal-vivere è indice che io ho un interesse, altrimenti non costituirebbe un problema. Il dato da tenere in considerazione è che le emozioni al lavoro sono importanti, è fondamentale esprimerle se non voglio esaurirmi. La personalizzazione nel lavoro, il raggiungimento dei risultati e la gratificazione sono fondamentali. Se non si fosse parlato di questo fenomeno, si sarebbero forse sottovalutate le emozioni e il contributo personale al lavoro.

Se consideriamo il Burn-out come un fenomeno sociale, esso può diventare una spia positiva su quello che ognuno di noi porta al lavoro, ed essere indice di un livello di crescita personale.

A questo punto bisogna lavorare alla prevenzione del Burn-out, partendo cioè dalle cause, come l'attenzione e la condivisione di emozioni.

Si parla spesso di responsabilità dell'organizzazione, che è malata e che struttura molto le relazioni. Si va alla ricerca di definizioni. Purtroppo si parla e si condivide poco il dolore.

In termini di prevenzione è importante fare dei passi all'indietro: quale sarebbe l'opposto di Burn-out?

L'esaurimento emotivo è la patologia, il suo opposto sarebbe la pienezza delle emozioni, non l'assenza di emozioni. Bisogna considerare che le emozioni esistono.

Qual è il contrario di depersonalizzazione?

La personalizzazione, cioè la capacità di portare il proprio contributo al lavoro. Mi collego al tema della parcellizzazione, che può essere positiva quando diventa un'ancora di salvezza.

Parlando di prevenzione, bisognerebbe considerare anche l'aspetto dei costi, non in termini economici, ma costi individuali di prevenzione.

È costoso parlare delle proprie emozioni al lavoro, mettersi in discussione, condividere le emozioni con i colleghi, dare un proprio contributo?

Sostenere un costo significa anche confrontarsi con i risultati, positivi o negativi.

Quando si parla di percezione di inefficacia, come la misuriamo? Ci spaventa misurarla?

Se vogliamo prevenire la percezione di inefficacia, dobbiamo valutarci in termini di efficacia.

Spesso si parla di formazione, ma vengono considerati solo alcuni aspetti. L'essenza della Formazione sta in quel percorso che fa crescere.

È possibile formarsi, non sapendo da che punto si inizia e dove si va a finire, senza misurare la performance iniziale e la performance finale?

Non parlo di valutazione, ma di rendere l'efficacia lavorativa tangibile e non lasciarla semplicemente sul limite del "percepito". La percezione di inefficacia è spesso la percezione che gli altri hanno di te.

Cinquant'anni fa esisteva il Burn-out? O semplicemente non si chiamava?

L'obiettivo del mio intervento di oggi è semplicemente porre delle domande, non offrire delle risposte sulla tematica del Burn-out.

Relatori:

- Fabio Fedrigo – Presidente Cooperativa Sociale F.A.I.
- Giovanni Zanolin – Assessore alle Politiche Sociali del Comune di Pordenone
- Daniele Gasparini – Psicologo del Lavoro
- Carmela Zuccarelli – Collaboratrice Ufficio Qualità ASS n.6 "Friuli Occidentale"
- Fernando Luisi – Dirigente medico INAIL di Udine)
- Francesco Padoan - Laureando in Psicologia
- Luigi Migliore - Psicologo del Lavoro
- Marco Cerri – Sociologo esperto di organizzazioni e gestione dei servizi sociali