

# Cure per i curanti

## *Burnout prevention*

Paola Zanotti, psicologa e psico-oncologa  
Servizio di Psichiatria e Psicologia Medica - Organizzazione Sociopsichiatrica cantonale (OSC)

### DEFINIZIONE

Nel 1977 Christina Maslach, docente di psicologia all'Università della California, considerata una dei massimi esperti mondiali di burn out (termine inglese tradotto letteralmente in "bruciato", "esaurito", "scoppiato"), utilizzò per prima la definizione di

#### ***Burn Out Syndrome***

per indicare gli atteggiamenti di nervosismo, irrequietezza, apatia o indifferenza fino al cinismo di molti helping professionals che dopo anni di lavoro mostravano una sorta di crollo morale e presentavano comportamenti anomali.

## SOMMARIO

1. IL LAVORO SANITARIO E IL RISCHIO DI "BRUCIARSI" .....	2
2. COMPONENTI E SINTOMI DEL BURN OUT .....	2
3. TERAPIA DEL BURN OUT: STRATEGIE E RISORSE .....	3
3.1. Prevenzione e fattori organizzativi .....	3
3.2. Prevenzione e fattori individuali .....	3
3.3. Tempo libero .....	4
4. CASO CLINICO .....	4
5. CONCLUSIONE .....	5

## 1. IL LAVORO SANITARIO E IL RISCHIO DI “BRUCIARSI”

---

Nella nostra società poter lavorare è un bisogno umano centrale e il lavoro non è mai solo produzione di “cose”, bensì rimanda necessariamente a temi che “scottano” come l'identità personale, la relazione, la produzione di un senso. Ciò è particolarmente evidente nel lavoro assistenziale e terapeutico nel quale i servizi offerti si intrecciano con le aree maggiormente problematiche della soggettività umana, con i vissuti dolorosi del limite e dell'incertezza, con il timore della malattia e della morte.

Il “mestiere di curare”, nonostante gli straordinari sviluppi della tecnologia, non può prescindere dalla relazione tra persone, tra chi richiede e chi offre aiuto, e non può quindi evitare lo squilibrio, disorientante sul piano emotivo, che essa comporta.

Molti curanti convivono con la realtà della morte, costretti ad elaborare la frustrazione della sua non sconfitta. La routinarietà non rende questo evento meno angoscioso. Intense sofferenze somatiche e psicologiche richiamano nei curanti sentimenti di pari profondità (desideri di salvezza e onnipotenza o al contrario sentimenti di ostilità, insofferenza, aggressività, colpa, ecc.) fino a che la tensione emotiva si cronicizza e può divenire tanto forte da rivelarsi a un certo punto insostenibile, portando gli operatori ad una condizione d'esaurimento fisico ed emotivo.

## 2. COMPONENTI E SINTOMI DEL BURN OUT

---

Il burn out cominciò così a delinearci come una risposta emotiva ad uno stress cronico caratterizzato da tre componenti:

### Esaurimento emotivo

Sensazione di tensione continua, inaridimento del rapporto con gli altri e senso di profondo svuotamento di ogni energia, come risposta ad una situazione che induce un eccessivo coinvolgimento emotivo.

### Depersonalizzazione

Risposta e attitudine negativa di distacco e rifiuto verso gli utenti, considerati in modo stereotipato come oggetti, fonte continua di insostenibili richieste.

### Mancata realizzazione emotiva

Sensazione di diminuzione della propria competenza e del desiderio di successo per cui non vi è alcun entusiasmo. Insorgono rabbia, frustrazione, senso di fallimento e colpa, desiderio di cambiare lavoro. Peralto la presa di coscienza della diminuita stima in sé stesso come professionista va a rinforzare ed amplificare il processo di burn out.

Con sostanziale accordo numerosi autori hanno descritto i molteplici sintomi del burn out, manifestazioni di per sé aspecifiche che non permettono di definire tale sindrome in modo univoco e da considerare perciò nel quadro globale della situazione, suddividendoli in tre categorie:

- **sintomi fisici:**  
malessere generale, disturbi del sonno, disturbi gastrointestinali, perdita di peso, frequente mal di testa, difficoltà sessuali;
- **sintomi comportamentali:**  
impazienza eccessiva, impulsività, irritabilità e aggressività, abuso di psicofarmaci e di alcol, conflitti in famiglia e col partner;
- **sintomi cognitivo-affettivi:**  
distacco emotivo dai malati, non disponibilità verso i loro famigliari (evitamento delle relazioni, delle visite, delle telefonate), rigidità intellettuale, utilizzo di un modello lavorativo stereotipato con procedure standardizzate, negativismo, atteggiamento critico verso i colleghi, mancanza di entusiasmo nel lavoro e fuori dal lavoro, cinismo e depressione.

### 3. TERAPIA DEL BURN OUT: STRATEGIE E RISORSE

---

In virtù del fatto che la sindrome del burn out è un processo e che di solito si presenta progressivamente attraverso degli stadi che ci danno l'opportunità di identificarne i sintomi, diventa importante riconoscere le prime avvisaglie, in modo da intervenire prima che si arrivi alla fase ormai conclamata e che il malessere si ripercuota oltre che sulla vita professionale anche su quella personale. Difatti non esiste alcuna terapia specifica e quindi relativamente efficace per un quadro manifesto di burn out.

Quale può essere quindi la strategia difensiva da adottare? Quali possono essere gli "antidoti" alla sindrome, che comunque esistono benché in via di continua definizione?

L'unico reale rimedio è la prevenzione, attuabile attraverso strategie organizzative e di gruppo come pure a livello individuale.

In generale, per vivere e lavorare sufficientemente bene e per provvedere per quanto possibile alla cura degli altri occorre ovviamente che infermieri, medici e altre figure della scena della cura, abbiano prima di tutto cura di sé stessi. Ma questa stessa mission di promozione e tutela della salute, dovrebbe caratterizzare anche l'atteggiamento dell'organizzazione sanitaria (in senso lato) e del team di lavoro (in senso stretto) verso ogni singolo collaboratore.

Individuare con precisione criticità e fattori di rischio, riconoscere e valorizzare i fattori protettivi, può aiutare a sviluppare una prevenzione primaria dello stress occupazionale e contemporaneamente a rendere "ben operante" la più consistente "dotazione tecnologica" dell'ospedale: il personale sanitario.

#### 3.1. Prevenzione e fattori organizzativi

Creare una forte identità di gruppo all'interno dell'equipe, condividere situazioni ed emozioni, concedersi spazi di riflessione ed elaborazione, grazie anche alla possibilità di parlare delle proprie emozioni con colleghi e terapeuti (preferibilmente mediante specifici momenti di supervisione rivolti all'intera equipe piuttosto che al singolo) sono tra le poche armi di difesa possibili.

Un ambiente lavorativo gratificante dal punto di vista umano allontana il burn out, proprio come la condivisione con i colleghi del senso di fatica, frustrazione e angoscia, guardando insieme i fatti in prospettiva ed evitando così di vedere le crisi come problemi insormontabili, ma accettando che il cambiamento fa parte della vita.

Altrettanto importante si dimostra anche la formazione psicologica sul tema della comunicazione e della relazione con il malato e i suoi famigliari. È utile quindi offrire possibilità di formazione e aggiornamento permanente affinché l'operatore sia preparato per riconoscere e governare tutte le esigenze emozionali ambivalenti che inevitabilmente emergono nel contatto, a volte frustrante, con la sofferenza dell'altro mettendolo in grado di gestire questi sentimenti e non esserne a sua volta travolto.

E' importante che nell'organizzazione di lavoro si cerchi di

- ottimizzare il rapporto numerico pazienti-staff,
- prediligere orari regolari e flessibili e
- stabilire compiti chiaramente definiti evitando di caricare la singola persona o di creare conflitti di ruolo.

Gli obiettivi devono essere sempre concordi e ben definiti sia per il singolo operatore sia per l'intera equipe. Se la guarigione non è più possibile, lo scopo deve diventare la palliazione e questa, se ben condotta, deve essere considerata un successo, mantenendo così un atteggiamento di speranza. Quando il piano tecnico fallisce resta il rapporto umano che comunque aiuta e favorisce una visione positiva degli altri e di sé stessi.

#### 3.2. Prevenzione e fattori individuali

Anzitutto è importante che il coinvolgimento emozionale sia onesto e consapevole, com'è fondamentale condurre la relazione di aiuto fino alla fine, anche quando la possibilità di guarigione viene meno. E' utile:

- chiarirsi gli obiettivi da perseguire,

- stabilire un limite alla propria disponibilità verso pazienti e/o famigliari,
- avere la consapevolezza che in oncologia lo stress è inevitabile, ma che l'aspetto essenziale sia imparare a gestirlo.

L'operatore sanitario deve essere in grado di elaborare il senso del proprio lavoro, coltivare tutto ciò che ha a che fare con il suo benessere di professionista e individuo e che favorisce una buona qualità della vita fissando comunque dei limiti: imparare a essere presente quando c'è il paziente, estraniandosi negli altri momenti. Questo rimane un punto cruciale e non sempre di facile e lineare applicazione, proprio perché anche i curanti si pongono di fronte al paziente con la propria soggettività e con il proprio bagaglio emotivo e per questo può accadere di rispecchiarsi in un particolare paziente a causa di esperienze e storie di vita simili o per il legame che si può venire a creare vista la relazione stretta e continuativa del periodo della presa in carico. Ciò inevitabilmente suscita un coinvolgimento emotivo rilevante e situazioni di lavoro tipicamente stressanti. Ma fa parte del gioco: bisogna avere l'onestà di riconoscerlo e di "farci i conti", nel bene e nel male. E bisogna anche saper chiedere aiuto quando il carico emotivo diventa ingestibile.

### 3.3. Tempo libero

Altrettanto importante si dimostra il programmare il proprio tempo libero dal lavoro in attività piacevoli o rilassanti, come praticare sport e coltivare hobbies. Sono dunque utili molteplici interessi extra-lavorativi, il sostegno familiare e un'adeguata rete relazionale interpersonale, come fonte di "rifornimento energetico". Nondimeno è necessario ricordare alcuni meccanismi di difesa come il saper ricordare che la vita è altrove, fuori dall'ospedale e dall'ambiente lavorativo.

E' bene ricordare che il lavoro che svolgiamo ci mette nella posizione "privilegiata" di aver costante memoria di quanto la vita sia preziosa, perché non banale, perché non scontata, proprio anche grazie al continuo confronto con la sua assoluta precarietà, senza mai perdere di vista quelle che sono le cose fondamentali, i valori e le priorità che davvero hanno un senso profondo per la nostra esistenza. Carpe diem!

## 4. CASO CLINICO

---

Il caso riguarda una giovane infermiera e un allievo infermiere, che chiameremo Chiara e Francesco, che all'epoca si sono trovati in una condizione di disagio importante a causa delle modalità del decesso di un paziente avvenuto durante il loro turno di lavoro in condizioni drammatiche e le cui conseguenze emotive sono risultate particolarmente difficili da gestire dal personale curante coinvolto.

Il paziente in questione era un uomo di circa 60 anni con una diagnosi di carcinoma dell'esofago con metastasi polmonari, in cura presso l'ambulatorio oncologico del medesimo ospedale da circa un anno e ricoverato in quel periodo presso il reparto in fase terminale. L'uomo aveva espressamente chiesto di poter continuare la palliazione in regime di degenza e non a domicilio perché era molto spaventato e in ansia all'ipotesi di ritrovarsi solo a casa con la moglie nell'eventualità di un ulteriore e improvviso aggravamento delle sue condizioni di salute. Proprio per il lungo periodo di permanenza in reparto (oltre due mesi solo per l'ultimo ricovero) il paziente era ben conosciuto da tutta l'équipe medico-infermieristica.

La sera del decesso Chiara si trovava a operare da sola nella stanza del paziente quando l'uomo è peggiorato velocemente per una grave emorragia interna e ha iniziato a rigettare una gran quantità di sangue e saliva. Chiara, che si è subito resa conto della gravità della situazione, si è seduta sul letto accanto a lui: con una mano teneva il recipiente nel quale l'uomo stava vomitando, mentre con l'altra lo accarezzava nel tentativo di tranquillizzarlo ed era così impossibilitata a richiedere l'intervento da parte di altri colleghi. Tutto questo è durato circa un paio di minuti fino a quando l'uomo esanime si è accasciato sulla spalla dell'infermiera finendo poi con il viso nella bacinella piena di sangue. In quel momento l'allievo infermiere è entrato nella stanza e ha liberato la ragazza dal corpo dell'uomo che è stato poi adagiato sul letto. Mentre Chiara, ancora sotto shock, è uscita dalla stanza, Francesco e un'altra collega hanno pulito sia la stanza che la salma dell'uomo stesa sul letto. Nei giorni successivi i due infermieri hanno manifestato un profondo senso di malessere,

accompagnato dalla sensazione egodistonica di congelamento emotivo rispetto all'accaduto, ragione per la quale è stato richiesto un intervento di supervisione. I due operatori erano presenti contemporaneamente al colloquio, che è durato circa un paio d'ore. Da subito i due hanno affermato di sentirsi in difficoltà a immaginare le scene vissute utilizzando il medesimo punto di vista di quel momento, per cui è stato loro proposto di ripensare all'accaduto come se stessero assistendo a un filmato proiettato su un ipotetico schermo dinanzi a loro. Ciò consentiva inoltre di regolare la distanza da quelle scene, utilizzando un'ipotetica serie di schermi all'interno del primo per poter ulteriormente allontanare o avvicinare le immagini degli episodi vissuti. La ragazza ha cominciato a descrivere ciò che stava vedendo esattamente come se si trattasse di un filmato proiettato davanti ai suoi occhi: le è stato chiesto di fermarsi sulle scene particolarmente traumatiche, di farle scorrere più lentamente o di fare delle zoomate (continuando a regolare la distanza da tali immagini). Ciò al fine di comprendere cosa stava accadendo e di riconoscere le proprie emozioni per poter dar loro un nome o associarle ad esempio a un colore nel caso risultasse difficile trovare il termine più adeguato rispetto alla loro intensità, comprenderne il significato per evidenziare l'utilità di tali emozioni anche in un ottica di tipo evolutivistico. L'allievo infermiere ha poi proseguito il racconto dell'accaduto dal momento in cui la ragazza è uscita dalla stanza del paziente, proponendo delle immagini meno traumatiche e ansiogene rispetto alle precedenti sulle quali è stato fatto il medesimo lavoro. Integrando il racconto dei due infermieri è stato possibile offrire, in particolare alla ragazza che comunque esprimeva il maggior grado di sofferenza, una ricostruzione dell'intero episodio che alla drammaticità e alla tensione delle prime scene ha fatto seguire un racconto, sempre altamente connotato dal punto di vista emotivo, ma con caratteristiche di minor ansia e inquietudine. Un simile lavoro di revisione della situazione traumatica, anche attraverso la definizione di significati nuovi e più funzionali, ha permesso ai due operatori di ricollocarsi e ricollocare le proprie emozioni ora meglio definite ed elaborate all'interno dell'accaduto sia dal punto di vista della loro attività in qualità di professionisti (e conseguentemente della loro relazione con il paziente oncologico, anche nel momento del decesso) e allo stesso tempo di riacquistare fiducia in se stessi come individui.

## 5. CONCLUSIONE

---

Tutte le strategie e le risorse per la prevenzione del disagio dei curanti dovrebbero avere come obiettivo quello di favorire un adattamento emozionale profondo al problema della sofferenza e della morte, che viene raggiunto attraverso un processo di rielaborazione e revisione interiore, che si svolge in tempi lunghi e dovrebbe portare all'accettazione della reale esistenza di un limite alla vita.

Questo processo non è certamente lineare, poiché mette in gioco gli aspetti più profondi della persona, connessi al senso del valore della propria esistenza. In tali casi possono essere cruciali la supervisione e il supporto al processo in modo da garantire la continuità della soddisfazione di tale scelte professionali, soddisfazione che rimanda al sentirsi parte di una valida opera sociale, al giocare un ruolo positivo nelle profonde esperienze umane e (senza mancare di umiltà) al sentirsi avvolti dal senso di essere un "po' speciali".