



M
O
B
B
I
N
G

FENAIP SANITÀ
Formazione Lavoro e Salute

La sindrome da Burn-Out

*A Cura del Dr. Cristian Livolsi
Psicologo del Lavoro e consulente per la valutazione del rischio da
stress da lavoro correlato*

FENAIP SANITÀ NEWSLETTER

Coordinamento Nazionale Formazione Lavoro e Salute

Proprietario:

FENAIP Sanità Regione Lombardia
Direttore Responsabile: Angelo Greco

Redattori:

Angelo Bonvissuto
Santo Vetri
Davide Canetti
Agostino Valenti
Bruna Melchior

Indice

Premessa	Pag. 4
Introduzione	Pag. 5
Definizione	Pag. 6
Le quattro fasi del Burn-Out	Pag. 8
La sintomatologia	Pag. 10
I fattori di rischio del Burn-Out	Pag. 12
I fattori individuali (soggettivi)	Pag. 12
Caratteristiche demografiche	Pag. 12
Caratteristiche di personalità	Pag. 13
I fattori ambientali	Pag. 15
Organizzazione del lavoro	Pag. 19
I fattori socio-culturali	Pag. 19
La prevenzione del Burn-Out	Pag. 20
L'importanza della prevenzione del Burn-Out	Pag. 21
Il ruolo cruciale del supporto sociale come strumento per combattere il Burn-Out	Pag. 22
Proposte di interventi organizzativi di contrasto al Burn-Out	Pag. 25
Il Burn-Out e la malattia professionale	Pag. 26
Conclusioni	Pag. 32

Premessa

Le trasformazioni della società e del mondo del lavoro hanno amplificato i rischi definiti trasversali o psicosociali, che rappresentano oggi un ipotetico ostacolo, di una certa rilevanza, alla salute e la sicurezza dei lavoratori.

In una delle prime definizioni fornite dall'Organizzazione Internazionale del Lavoro (1986), i rischi psico-sociali sono stati individuati in termini di interazione tra contenuto del lavoro, gestione e organizzazione del lavoro, condizioni ambientali e organizzative da un lato, competenze ed esigenze dei lavoratori dipendenti dall'altro.

Interazione in grado di produrre danni fisici o psicologici nel lavoratore. Questi rischi rappresentano una vera preoccupazione per le organizzazioni, al punto che molto spesso si preferisce affrontarli in modo non esaustivo e con strumenti non sempre adeguati a coglierne gli aspetti rilevanti.

I timori sono comprensibili, visto che si tratta di una tipologia di rischio che, a dispetto di quelli tradizionalmente conosciuti e già da tempo assimilati, presenta una peculiarità: la componente soggettiva. Per questo, il processo di valutazione dei rischi psico-sociali necessita di metodologie e strumenti che coinvolgono discipline ancora oggi poco impiegate nell'ambito della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, prime fra tutte la psicologia del lavoro.

Parlare di rischi psico-sociali significa, infatti, affrontare il tema del mobbing, dello stress, del burn out. Significa scendere nell'analisi dei processi comunicativi delle relazioni umane: l'uomo, dunque, al centro del processo di valutazione del rischio.

Con il HYPERLINK "<http://www.giulimorelli.com/normativa-sicurezza-sul-lavoro/dlgs-81-08.htm>" D. Lgs 81/2008 in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, all'art. 28 viene richiamata la necessità di valutare tutti i rischi per la HYPERLINK "<http://www.sicurezza-sul-lavoro.org>" salute e la sicurezza dei lavoratori, compresi quelli collegati allo stress-lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'Accordo europeo dell'8 ottobre 2004 (art. 28, D. Lgs. 81/2008).

E' proprio leggendo quanto riportato dall'Accordo europeo che si comprende l'importanza di valutare questo rischio che può interessare ogni struttura lavorativa e ogni tipologia di lavoratore, indipendentemente dal tipo di mansione svolta; ovviamente, differenziandone i fattori di rischio.

Secondo l'Accordo europeo, infatti, "affrontare la questione dello stress lavoro correlato può condurre a una maggiore efficienza e a un miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori, con conseguenti benefici economici e sociali per imprese, lavoratori e la società nel suo complesso".

Introduzione

La sindrome del Burn-Out sta oggi raggiungendo proporzioni epidemiche tra i lavoratori dei Paesi Occidentali a tecnologia avanzata. Questo non significa che qualcosa nelle persone non funziona più, ma piuttosto che si sono verificati cambiamenti sostanziali sia nei posti di lavoro che nel modo in cui si lavora.

Maslach e Leiter, rappresentano i due più famosi psicologi e studiosi di Burn-Out e sindromi occupazionali. Loro affermano che la priorità delle organizzazioni post-moderne si è spostata dalla qualità dei processi produttivi (il cui motore era la capacità di coinvolgimento del collaboratore – empowerment organizzativo) verso i meri bisogni di budget (per cui il collaboratore è utile solo se funzionale agli obiettivi di bilancio). L'importante processo di sviluppo tecnologico e informatizzazione dei sistemi produttivi, ha comportato inoltre una sempre maggiore riduzione delle prerogative dei collaboratori con una conseguente diminuzione del ruolo lavorativo e del significato e della valorizzazione delle risorse umane.

La conseguenza è che si assiste all'arretramento del “senso di appartenenza (need for involvement)” all'organizzazione, il cui obiettivo non è più il lavoro di team o di equipe in ottica sinergica, bensì l'utilizzo del collaboratore per soli obiettivi, spesso di budget, del sistema lavorativo.

Questa prima analisi di Maslach e Leiter, condotta sul contesto statunitense, è calzante anche per il contesto italiano e, nello specifico, per il pubblico impiego in cui è avvenuta una riduzione delle risorse umane a fronte di un aumento del carico di lavoro. La gestione delle risorse umane attraverso politiche di aziendalizzazione delle cure si focalizzano sempre di più sul rendimento economico anziché orientarsi alla qualità del prodotto, all'erogazione di un servizio eccellente (Maslach, Leiter, 1999).

Dagli studi effettuati esistono tipologie di professioni maggiormente vulnerabili alla sindrome di Burn-Out tra cui: assistenti sociali, insegnanti, poliziotti, infermieri, medici, psicoterapeuti, psicologi, consulenti, psichiatri, religiosi, assistenti all'infanzia, operatori dell'igiene mentale, personale di centri di detenzione, avvocati addetti alla libertà vigilata, amministratori di enti. Il fattore comune di tutte queste professioni, che diventa poi il fattore scatenante della sindrome è il “contatto emozionale”. Tutte queste tipologie di lavoro richiedono un massiccio contatto con altre persone in situazioni che spesso sono connotate da una “notevole carica emozionale” (Maslach, 1992).

La caratteristica di queste professioni è una relazione d'aiuto tra operatore e utente. Questa relazione d'aiuto dagli autori viene definita "high-touch" (alto contatto) ossia che implica numerosi contatti diretti con delle persone in difficoltà che richiedono un coinvolgimento sia emotivo che fisico, tale da comportare un rischio elevato di Burn-Out.

Oggi, un sempre maggiore numero di professioni è considerato high-touch: è cresciuto il numero delle posizioni manageriali chiamate a dirigere i dipendenti e a motivarli con efficacia a essere produttivi. Inoltre è cresciuta la tendenza verso il lavoro in equipe (work team), nella quale le persone devono saper lavorare con un senso collaborativo insieme ai colleghi, più che individualmente. Tuttavia, nonostante l'aumento del lavoro high-touch a tanti livelli, il training formativo nelle abilità necessarie per eseguirlo bene, viene solitamente trascurato o trattato in modo superficiale.

Le capacità interpersonali vengono trascurate a favore di quelle tecniche o economiche, nella cattiva convinzione che solo le competenze tecniche producono "ricchezza". Inoltre, nel corso degli ultimi decenni un numero crescente di ricerche sta evidenziando in modo documentato la diffusione di situazioni psicologiche critiche in professioni quali: assistenza ai malati mentali, ai tossicodipendenti, ai portatori di handicap grave, oppure professioni che lavorano in determinate aree sanitarie, come l'oncologia, le unità di terapia intensiva, l'assistenza ai pazienti con infezione da HIV o AIDS, con demenza grave.

Poiché l'elemento che si ritiene abbia un ruolo importante nella produzione del disagio e del possibile Burn-Out è proprio la "relazione" con questi pazienti, è lecito ampliare la diffusione di tale sindrome non solo agli operatori, ma anche ai familiari che assistono e curano spesso ininterrottamente il loro congiunto affetto dalla malattia.

Definizione

Il Burn-Out può essere considerato come una sindrome da esaurimento emozionale, di spersonalizzazione e di riduzione delle capacità personali che si presenta in alcuni soggetti sottoposti a determinate stimolazioni lavorative. Si tratta di una reazione alla tensione emozionale cronica creata dal contatto continuo con altri esseri umani che hanno importanti problematiche o comunque motivi di sofferenza concreti e reali. Nel corso degli anni è stato classificato dalla psicologia del lavoro, in un tipo di stress di tipo occupazionale.

Il nucleo della sindrome è uno schema di sovraccarico emozionale segui-

to dall'esaurimento emozionale. Una persona è eccessivamente coinvolta dal punto di vista emozionale, si tende sempre più verso gli altri e infine si sente sopraffatta dalle richieste emozionali che gli altri le impongono. La risposta a tale situazione è **l'esaurimento emozionale**: l'individuo si sente svuotato e sfinito, gli manca l'energia per affrontare un altro giorno, le sue risorse emozionali sono consumate e non c'è una sorgente da cui attingerle di nuovo.

Tale condizione diventa evidente quando il soggetto sente che non ha quasi più niente da offrire agli altri per cui egli sviluppa sentimenti di impotenza, disperazione, depressione, rabbia, impazienza, irritabilità, incremento delle tensioni e conflitti, scontroosità. Il fenomeno è descritto dai soggetti affetti nel seguente modo: “è come se la mia capacità di partecipazione fosse esaurita”, “Non riesco a darmi la motivazione sufficiente per scalare un'altra montagna”, “Non è che io non voglia aiutare, ma semplicemente non posso più farlo” (Maslach, 1992). Uno dei principali istinti reattivi alla sindrome è quello di sottrarsi al coinvolgimento con gli altri.

A livello cognitivo e psicodinamico si mettono in moto tutta una serie di reazioni di negazione ed evitamento. La persona cerca di ridurre il contatto con gli utenti, con i colleghi al minimo indispensabile per portare a termine il lavoro; di conseguenza, si trasforma in un burocrate arido le cui relazioni con gli altri sono strettamente aderenti ai regolamenti. Il soggetto affetto da Burn-Out ha la tendenza a classificare le persone in varie categorie e poi risponde alla categoria anziché all'individuo.

La risposta non è di tipo empatico ma è la mera applicazione di una formula, di un protocollo o di una direttiva, senza metterci all'interno della risposta una quantità almeno minima di componente emotiva.

Nel comportamento lavorativo delle persone affette da Burn-Out è evidente un atteggiamento più freddo, non empatico e non coinvolto con la persona. Nell'ipotesi di un infermiere, il lavoro viene impostato e si limita agli aspetti più pratici dell'attività, tralasciando gli aspetti più intimi di un normale rapporto professionista-malato quali quelli di comunicazione, di scambio umano ed affettivo, assumendo inevitabilmente i contorni di una fredda routine.

L'armatura del distacco può effettivamente proteggere l'individuo dalla tensione del coinvolgimento intimo con gli altri, tuttavia può essere tanto spessa da non lasciare passare nessun sentimento. Con il distacco crescente si instaura un atteggiamento di fredda indifferenza verso i bisogni degli altri e un cinico disinteresse per i loro sentimenti.

Lo sviluppo di questa risposta distaccata, cinica, quasi disumanizzata, segnala un secondo aspetto della sindrome del Burn-Out: **la spersonalizzazione**. Questo secondo aspetto indica quel tipico atteggiamento secondo cui il soggetto interpreta e connota negativamente le altre persone, utenti e colleghi, formulando nei loro confronti aspettative sempre negative, svalutative manifestate attraverso critiche e risposte comportamentali sgarbate. Il professionista (sia esso medico o infermiere) può dunque sminuire il proprio paziente, ignorare le sue richieste, evitare l'assistenza o il servizio più idoneo alla sua persona.

Tale comportamento di negatività può essere sia eterodiretto, cioè diretto nei confronti di coloro che ricevono la sua prestazione professionale, diretto al Servizio e ai colleghi, ma può essere anche autodiretto, ovvero diretto verso sé stessi. Si evidenzia infatti che i sentimenti negativi verso gli altri possono progredire fino ad includere la negatività verso sé stessi. Il soggetto affetto da Burn-Out, contrariamente all'aspetto e alla personalità che vuol dimostrare all'ambiente esterno, prova sentimenti di colpa e tormento per il modo in cui ha considerato e trattato altri. Da un esame introiettivo avverte e riconosce di essere freddo, distaccato e indifferente, ossia tutte caratteristiche socialmente non accettate e mal giudicate da loro stessi.

E' proprio a questo punto che compare un terzo aspetto caratterizzante del Burn-Out: **il sentimento di una ridotta realizzazione personale**.

Tale aspetto implica la caduta dell'autostima ed il sentimento di insuccesso nel proprio lavoro. Una mancata realizzazione personale riguarda la sfiducia nelle proprie potenzialità ed una revisione critica di tutto ciò che si è fatto in precedenza. In questa fase, il soggetto affetto da Burn-Out può avvertire un tormentoso senso di inadeguatezza circa la propria capacità di stabilire relazioni con i propri utenti, giungendo ad un "verdetto di fallimento". Collateralmente alla riduzione della realizzazione personale possono nascere sentimenti di impotenza e depressione: alcuni soggetti cercheranno di risolvere quelli che ritengono problemi personali attraverso percorsi terapeutici (farmacoterapia o psicoterapia), altri cambieranno lavoro, spesso ricercando un'occupazione alternativa che escluda un contatto stressante con le altre persone. Nei casi più gravi dal punto di vista clinico, si possono trovare conseguenze quali ritiro sociale, fobia sociale ed evitamento sociale.

Le quattro fasi del Burn-Out

La sindrome del Burn-Out è dunque il risultato di un processo nel quale lo stato di tensione emozionale cronico si trasforma in un meccanismo di

difesa e in una strategia di risposta a questa tensione, con conseguenti comportamenti di distacco emozionale e di evitamento, accompagnati da alcuni sintomi quali l'apatia, la perdita di entusiasmo e il senso di frustrazione. A livello clinico la sindrome si sviluppa su quattro fasi:

Entusiasmo idealistico: questa prima fase è caratterizzata dalle motivazioni che hanno indotto gli operatori a scegliere un lavoro di tipo assistenziale. Si distinguono in motivazioni consapevoli (migliorare il mondo e se stessi, sicurezza di impiego, svolgere un lavoro meno manuale e di maggiore prestigio) e motivazioni inconsce (desiderio di approfondire la conoscenza di sé e di esercitare una forma di potere o di controllo sugli altri). Tali motivazioni sono spesso accompagnate da aspettative di "onnipotenza", di soluzioni semplici, di successo generalizzato e immediato, di apprezzamento, di miglioramento del proprio status.

Stagnazione: nella seconda fase l'operatore continua a lavorare, ma si accorge che il lavoro non soddisfa del tutto i suoi bisogni. Di solito le prime avvisaglie della stagnazione derivano dalla scoperta che i risultati dell'impegno sono impalpabili, incerti e aleatori. Il lavoratore rischia di passare da una situazione di superinvestimento iniziale ad una di graduale disimpegno, sino ad un disinvestimento totale, dove il sentimento di profonda delusione determina una chiusura verso l'ambiente di lavoro e i colleghi. Oppure egli può scegliere di fuggire alla ricerca di altre situazioni che dovrebbero consentirgli la realizzazione delle sue aspettative.

Frustrazione: è la fase più critica del Burn-Out. Il pensiero dominante dell'operatore è di non essere più in grado di aiutare alcuno, con profonda sensazione di inutilità e di non rispondenza del servizio ai reali bisogni dell'utenza. Come fattori di frustrazione aggiuntivi intervengono inoltre lo scarso apprezzamento sia da parte dei superiori che da parte degli utenti, nonché la convinzione da una inadeguata formazione per il tipo di lavoro svolto. Il soggetto frustrato può assumere atteggiamenti aggressivi (verso sé stesso o verso gli altri) e spesso mette in atto comportamenti di fuga (quali allontanamenti ingiustificati dal reparto, pause prolungate, frequenti assenze per malattia).

Apatia: il graduale disimpegno emozionale conseguente alla frustrazione, con passaggio dall'empatia all'apatia, costituisce la quarta fase, durante la quale spesso si assiste a una vera e propria morte professionale. Ideali e potenziale personale, realizzazione sul lavoro, autostima, subiscono un arresto

La sintomatologia

Il soggetto colpito da Burn-Out manifesta fondamentalmente 3 tipologie di sintomi: somatici, psicologici e comportamentali. Questi sintomi possono insorgere come primitivi oppure spesso si aggravano perché già latenti.

Sintomi somatici

Disfunzioni gastrointestinali (gastrite, ulcera, colite, stitichezza, diarrea)	Disturbi dell'appetito
Disfunzioni a carico del SNC (astenia, cefalea, emicrania)	Componenti psicosomatiche di artrite, cardiopatia, diabete
Disfunzioni sessuali (impotenza, frigidity, calo del desiderio)	Allergie e asma
Malattie della pelle (dermatite, eczema, acne, afte, orzaiolo)	Insonnia, parasonnia e altri disturbi del sonno

I sintomi psichici sono probabilmente quelli che acquisiscono un peso più rilevante per il soggetto. Essi investono sia la sfera cognitiva, sia quella emotiva. Nel suo lavoro del 1982, rimasto il testo di riferimento sui sintomi del Burn-Out, C. Maslach descrive tre gruppi di sintomi (esaurimento emotivo, depersonalizzazione dell'utente, ridotta realizzazione professionale) a cui Folgheraiter (1989) aggiunge quelli descrivibili globalmente come perdita di controllo. In base a questo criterio, i sintomi possono essere raggruppati in quattro categorie:

Sintomi psicologici

Collasso delle energie psichiche <i>(sindromi ansiose-depressive)</i> Sintomi: alta resistenza ad andare al lavoro ogni giorno, apatia, demoralizzazione, difficoltà di concentrazione, disagio, disperazione, incubi notturni, irritabilità, preoccupazioni o paure eccessive o immotivate, sensazione di inadeguatezza, sensi di colpa, senso di frustrazione o di fallimento	Collasso della motivazione <i>(depersonalizzazione)</i> Sintomi: distacco emotivo, perdita della capacità empatica, rigidità nell'imporre o applicare norme e regole, cinismo, disinteresse oppure ostilità o rifiuto, anche fisico, verso gli utenti, o meno frequentemente verso i colleghi, infine pessimismo
--	---

<p>Collasso dell'autostima (deficit della sicurezza personale) Sintomi: svalutazione professionale, crollo della fiducia, pensieri di incapacità di gestione di situazioni normalmente affrontate sino a poco tempo prima e incapacità nella gestione di situazioni a "solving complesso"</p>	<p>Collasso/perdita del controllo (sindrome da corridoio) Sintomi: impossibilità di controllare lo spazio o l'importanza del lavoro nella propria vita. Il soggetto ha la sensazione che il lavoro lo "invada" e non riesce a "disimpegnarsi mentalmente". Impossibilità di scissione del lavoro dalla propria vita privata/sociale/familiare</p>
--	--

La presenza della sintomatologia sopra descritta, modifica inevitabilmente il comportamento dei soggetti affetti da Burn-Out.

Sintomi comportamentali

Maggiore probabilità di utilizzo di alcool, psicofarmaci e stupefacenti	Maggiore probabilità di disturbi della condotta alimentare
Maggiore probabilità di comportamenti antisociali, cinici e sarcastici	Maggiore probabilità di comportamenti aggressivi (sia eterodiretti che autodiretti)
Maggiore probabilità di isolamento lavorativo voluto	Maggiore probabilità di evitamento sociale e lavorativo

Dal punto di vista dell'organizzazione, questa sindrome porta al concretizzarsi di una serie di conseguenze piuttosto gravi, tra cui: calo della qualità del lavoro svolto, frequente assenteismo, deterioramento dell'ambiente di lavoro e abbandono del lavoro.

Spesso, si ha la tendenza a considerare l'espulsione del soggetto come una soluzione del problema. In realtà l'organizzazione ha perso un lavoratore, magari esperto e potenzialmente motivato, e i problemi generati dall'ambiente di lavoro non sono stati risolti. Inoltre il lavoratore pagherà, in questo modo, il prezzo psicologico e personale del fallimento. Gli effetti negativi del Burn-Out non coinvolgono solo il singolo lavoratore ma anche l'utenza, a cui viene offerto un servizio inadeguato ed un trattamento "meno umano" e qualitativamente meno apprezzabile.

I fattori di rischio del Burn-Out

I fattori che predispongono all'insorgenza della sindrome del Burn-Out sono sia di tipo ambientale che individuale. La sindrome da Burn-Out è un fenomeno complesso, determinato non solo dalle componenti soggettiva e oggettiva dello stress individuale, ma anche da variabili storico-sociali e culturali che possono "accelerare" o favorire il passaggio dallo stress al Burn-Out. Dalla definizione appare chiaro che lo stress è una componente importante ed essenziale del Burn-Out, tuttavia non è l'unica componente. Mentre lo stress è un fenomeno percettivo individuale, il burn out è un fenomeno di natura più ampia e dunque di natura psicosociale.

I fattori individuali (soggettivi)

Nella sindrome da Burn-Out la componente soggettiva ha un ruolo determinante soprattutto nella misura in cui si cerca di determinare quali stimoli sono percepiti dal soggetto come stressanti e quale intensità avrà la reazione individuale messa in atto di fronte a tali stimoli.

Gli elementi che rientrano in questa componente sono: alcune caratteristiche demografiche, le caratteristiche di personalità, le aspettative professionali, lo stress non professionale.

Caratteristiche demografiche

Sesso: dalle ricerche effettuate si è appurato che il Burn-Out si presenta in forma simile sia tra i maschi che tra le femmine. Le differenze consistono nel fatto che gli uomini tendono più ad avere sentimenti spersonalizzati e di insensibilità verso le persone con cui lavorano, mentre le donne tendono a provare un maggiore esaurimento emozionale e a sperimentarlo con più intensità degli uomini. Per queste ragioni uomini e donne accusano aspetti diversi della sindrome.

Appartenenza ad un gruppo etnico: si è evidenziato che mentre non sono presenti differenze degne di nota per diversi gruppi minoritari del Paese, invece sono evidenti le differenze tra gli operatori dell'aiuto bianchi e neri. Tali rilevanti differenze, secondo cui i bianchi soffrono in misura maggiore di Burn-Out rispetto ai neri, è stata motivata attraverso l'ipotesi che questi ultimi provengano da comunità nelle quali è data una grande enfasi alla rete familiare e sociale, determinando in questi soggetti una maggiore esperienza nei rapporti diretti con altre persone, con una maggiore abitudine ad affrontare i conflitti che ne derivano ed il suo carico emozionale.

Età: il fattore età risulta essere particolarmente significativo. Questa sindrome colpisce in misura notevolmente più elevata i soggetti giovani, che lavorano in ambienti “a rischio” da circa un anno - 1 anno e mezzo. I giovani, hanno di solito meno esperienza lavorativa degli anziani, ma è dimostrato che l’effetto dell’età riflette qualcosa di più della semplice durata del lavoro. Con l’avanzare dell’età, la persona sembra essere più stabile e matura, ha una prospettiva più equilibrata della vita e una minore tendenza agli eccessi del Burn-Out.

Stato civile: tra coloro che appartengono alla categoria “helping professions”, il Burn-Out è sperimentato maggiormente dai soggetti celibi e divorziati. Da questo fattore si attribuisce un valore significativo al ruolo del supporto sociale come elemento di prevenzione e supporto.

Livello di istruzione: sembrerebbe che la sindrome sia più diffusa nella popolazione con un livello di istruzione più elevato che normalmente coltivano aspettative più elevate rispetto alla professione che vogliono svolgere nella vita.

Normalmente il soggetto affetto da Burn-Out si caratterizza per essere una persona emotivamente debole, tendenzialmente poco assertiva e ha difficoltà nella scissione tra la propria vita privata con quella lavorativa. Questa persona è spesso incapace di esercitare un controllo sulla situazione e si rassegna passivamente alle richieste che essa gli pone anziché limitarle alla propria capacità di dare: il sovraccarico emozionale è facile in questo soggetto e pertanto il suo rischio di esaurimento emozionale è elevato. L’individuo con tendenza al Burn-Out è spesso un soggetto impaziente e intollerante con una predisposizione alla collera e frustrazione per qualsiasi ostacolo che trova sul suo cammino, e può incontrare difficoltà nel controllare gli impulsi ostili. In questo soggetto può verificarsi un fenomeno proiettivo. È probabile che questo soggetto proietti sentimenti negativi sulle persone che aiuta e segue nel suo lavoro, trattandole in modo spersonalizzato.

Caratteristiche di personalità

Personalità di tipo “A”

Scarsa fiducia in se stesso

Tendenza alla riservatezza

Conformismo sociale

Predisposizione al eccessivo controllo – personalità di tipo autoritario

Tendenza all’eccessivo coinvolgimento nelle problematiche altrui

Attitudine verso il lavoro

Incapacità di gestire il tempo in modo efficace e produttivo

Attaccamento di tipo insicuro/evitante

Deterioramento del principio di realtà

Oltre alle caratteristiche sopra elencate, diversi autori identificano 5 caratteristiche, particolarmente correlate alla possibilità di insorgenza della sindrome:

Ansia nevrotica

Tipica dei soggetti con un forte Super Io che si pongono mete difficili e si puniscono se non le riescono a raggiungere. Hanno una bassa autostima in se stessi.

Personalità di tipo A

Tipica dei soggetti attivi e competitivi tendenti all'aggressività e ostilità verso l'altro.

Locus of control

Il soggetto con un locus of control "interno", riesce maggiormente a controllare il flusso di eventi e le situazioni lavorative, rispetto a chi ha un locus of control "esterno" che contrariamente trova difficoltoso dominare le situazioni e superare il Burn-Out.

Grado di flessibilità

Le persone che si adattano allo stress senza cercare di farvi fronte per superarlo, hanno maggiore probabilità di sperimentare situazioni conflittuali nell'organizzazione che suscitano ansia, tensione e inquietudine.

Introversione

Fattore che influenza una risposta individuale allo stress. I soggetti più disposti all'introversione percepiscono i conflitti lavorativi come logoranti e anzi che agire per sconfiggere lo stress, si "ritirano" dinanzi alla situazione problematica.

Anche le aspettative professionali dei singoli possono agire come fattori scatenanti se esistono:

Motivazioni inadeguate: desiderio inconsapevole di esercitare potere decisionale sugli altri, bisogno di approfondire la conoscenza di sé, identificazione con professionisti di successo, fantasia da salvatore.

La motivazione per la scelta di una professione d'aiuto può essere determinata dalla possibilità che tale professione consente al soggetto di soddisfare alcuni suoi desideri e bisogni. Alcuni operatori hanno un forte bisogno di approvazione e di affetto, che può essere soddisfatto dalle espressioni di apprezzamento e gratitudine degli utenti. Oltre a motivazioni legate al bisogno di soddisfare alcuni bisogni personali (di autostima, sentimenti di colpa, bisogno di relazioni e intimità con le persona), la relazione d'aiuto può essere usata come mezzo di crescita personale.

Convinzioni inadeguate: "la formazione garantisce la competenza" oppure "la competenza garantisce la riuscita".

Mistica professionale: rappresentazioni idealizzate dalla professione (ritenuta intrinsecamente stimolante e gratificante) e dall'utenza (ritenuta sempre riconoscente e collaborativa);

Narcisismo patologico: rappresentazioni idealizzate del "sé professionale" (possono portare al cosiddetto "delirio di onnipotenza").

Alterazione del principio di responsabilità: l'operatore si sente troppo spesso responsabile se un utente fallisce o se supera la situazione, se vive o se muore e tale pesante fardello lo esaurisce emotivamente. Un tale senso di responsabilità è solitamente legato a sentimenti di onnipotenza. Quando simili fantasie di onnipotenza non sono temperate dal riconoscimento dei limiti reali, gli ideali e le aspettative non saranno commisurati alla realtà; di conseguenza, ci saranno discrepanze tra le aspirazioni e le effettive realizzazioni: la sensazione del fallimento sarà inevitabile.

In ultimo anche lo stress non professionale può incidere negativamente sull'insorgenza o sull'aggravamento della sindrome da Burn-Out. Lo stress non professionale a cui si è sottoposti rappresenta un costituente importante della componente soggettiva del disagio lavorativo; è noto infatti che tanto più un soggetto vive situazioni connotate da forte stress in un ambiente extralavorativo (familiare, relazionale ad esempio), tanto più sarà intensa la sua reazione agli stimoli stressati presenti in ambito lavorativo (Rossati, Magro, 1999).

I fattori ambientali

Contrariamente all'opinione comune, che ipotizza il Burn-Out come un problema dell'individuo lo stesso è già stato classificato come un problema psicosociale, che riguarda anche il sistema organizzativo e ambientale in cui l'individuo è inserito nell'espletamento della propria mansione lavorativa. La struttura e il funzionamento del posto di lavoro plasmano il modo in cui le persone interagiscono tra di loro e il modo in cui eseguono il loro lavoro. Secondo il modello di Cooper si individuano vari fattori che influiscono negativamente sullo stress in generale. Questi fattori sono: intrinseci al lavoro, relativi al ruolo nell'organizzazione, relativi allo sviluppo della carriera, difficoltà relazionali, difficoltà relative all'equipe.

Fattori intrinseci al servizio - relative al lavoro

Scarsa retribuzione contrattuale

Straordinari poco o mal retribuiti

Condizioni sfavorevoli dell'ambiente di lavoro (rumore, illuminazione, microclima etc.)

Poche risorse materiali (carenze strutturali, di materiali, di automezzi, di budget etc.)

Turni e orari stressanti

Fattori intrinseci al servizio - relativi all'utenza

Stessi utenti troppo a lungo

Utenti cronici e/o incurabili

Poche informazioni sugli utenti (diagnosi, anamnesi, situazione legale, sociale etc)

Sovraccarico qualitativo del lavoro (richieste troppo difficili)

Sovraccarico quantitativo di lavoro (eccessivo carico di lavoro)

Troppa routine

Fattori intrinseci al servizio - relative al ruolo nell'organizzazione

Sovraccarico di ruolo: responsabilità superiori al potere decisionale e scarse possibilità programmate di interruzione

Ambiguità di ruolo: mansionario o compiti specifici non chiari

Incongruenza di ruolo: il ruolo non è quello desiderato:

Conflitto di ruolo: richieste contraddittorie da parte di uno o più superiori

Leadership inadeguata

Mancanza di formazione e aggiornamento su competenze tecniche e trasversali e comunicative

Indifferenza delle istituzioni pubbliche nei confronti dell'utenza a vantaggio delle necessità amministrative, finanziarie o burocratiche.

Fattori intrinseci al servizio - relative alla carriera

Competizione tra colleghi per ottenere promozioni

Delusione per le retrocessioni subite

Ansia da prestazione per le promozioni ricevute

Compromissione del principio di equità organizzativa

Fattori intrinseci al servizio – relative alle relazioni con i colleghi

Conflitti tra colleghi

Comunicazione tra colleghi inadeguata o insufficiente

Poche gratificazioni

Incapacità di differenziare le mansioni

Presenza di relazioni sentimentali/sexuali tra colleghi
Mobbing

Fattori intrinseci al servizio - relative alla relazione con il direttore

Feedback poco efficace: il feedback non è proattivo (il Direttore dice ciò che non va fatto e non dice ciò che andrebbe fatto); non è relativo a una situazione specifica; mette in campo i sentimenti del Direttore; si estende a condizioni che non dipendono dall'operatore; arriva troppo tardi (lontano nel tempo) o troppo presto ("a caldo");

non include verifica di chiarezza (il Direttore dà per scontato che l'interlocutore abbia capito);

pochi gratificazioni: il lavoro ben fatto non viene riconosciuto o apprezzato; conflitti di valori tra Direttore e operatori: vi può essere accordo sulle tecniche educative (come agire per modificare i comportamenti dell'utenza) ma non sui principi educativi (quali comportamenti vanno modificati e quali no);

"bossing", ovvero «persecuzione psicologica negli ambienti di lavoro» da parte del Direttore o di altri superiori.

Interferenze tecniche: per esempio, interferenze di natura politica.

Fattori intrinseci al servizio – relative all'equipe

Spirito d'equipe scarso o inesistente

Necessità di negoziazione continua

Insufficiente disponibilità alla negoziazione

Nella specifica valutazione del burn out invece, si possono identificare 5 elementi di cause oggettive riconducibili a: sovraccarico di lavoro, perdita di controllo, relazione con i colleghi, mancanza di feedback positivo e organizzazione del lavoro.

Il sovraccarico di lavoro

Per l'operatore professionista dell'aiuto, sovraccarico significa troppe persone e troppo poco tempo per soddisfare adeguatamente le loro esigenze. Inoltre, troppo spesso gli operatori vivono condizioni di lavoro che non consentono interruzioni temporanee dal contatto stressante con gli utenti: essi si trovano sul posto, senza nessun altro con cui dividere il lavoro o che

li aiuti. Il sovraccarico di lavoro comporta i segni indicativi del Burn-Out: esaurimento emozionale, sentimenti più negativi verso gli altri, ridotto senso di realizzazione personale.

La perdita del controllo

Il Burn-Out è elevato quando l'individuo perde la sensazione di avere sotto controllo l'assistenza che fornisce. Tale mancanza può derivare da un'organizzazione che impone le decisioni, soprattutto operative, senza lasciare al soggetto operante la possibilità di parteciparvi direttamente. Comunque indipendentemente dalla ragione per la mancanza di autonomia, la percezione di non avere il controllo sugli esiti importanti del proprio lavoro determina l'insorgenza di sentimenti di frustrazione e di colera, oltre che di fallimento ed inefficienza.

La relazione con i colleghi

Se la relazione con i colleghi è alterata, essa diviene un'importante fonte di stress emozionale che contribuisce allo sviluppo dell'esaurimento emozionale e di sentimenti negativi verso le persone.

Sfiducia e distacco tra operatori sono talvolta potenziati se l'istituzione scoraggia i loro incontri (es. le riunioni del personale). Quando non c'è condivisione delle responsabilità, né lavoro di equipe, ogni singolo operatore è soggetto a maggiori pressioni emozionali.

La mancanza di supporto sociale all'interno dell'ambito lavorativo e nel rapporto con i colleghi rappresenta un fattore determinante all'insorgere della sindrome da Burn-Out. Nello specifico gli studiosi hanno descritto i fattori che ostacolano la nascita e lo sviluppo di reti di supporto sociale sul luogo di lavoro: le prospettive teoriche differenti, i diversi livelli di risorse, stato o potere, la struttura organizzativa (ad esempio i lavoratori in prima linea distanti dalla direzione dal punto di vista organizzativo), gli impegni personali esterni alla professione che limitano il supporto sociale, l'esistenza di un protocollo organizzativo che limita i contatti sociali e un elevato turn over del personale.

Uno studio ha valutato gli effetti del supporto sociale per ridurre o attenuare la relazione tra gli aspetti negativi del contesto lavorativo e il Burn-Out tra le infermiere (Constable, Russel, 1986). I dati si basano su un campione di infermiere alle dipendenze di un centro medico militare degli Stati Uniti. È stato osservato come i fattori determinanti per l'instaurarsi della sindrome fossero rappresentati da un basso livello di valorizzazione del lavoro

(autonomia, orientamento dell'attività, chiarezza, innovazione e benessere fisico), dalla pressione lavorativa e dalla mancanza di sostegno direttivo. Questi indicatori, associati a variabili demografiche e legate al lavoro sono in grado di spiegare una varianza del 53% per quanto riguarda l'esaurimento emotivo, componente fondamentale della sindrome da Burn-Out. Sembra pertanto che il personale sanitario sia sensibile all'instaurarsi della sindrome quando opera in situazioni in cui non viene stimolato all'autonomia, quando i compiti sono poco definiti, le regole e le politiche non vengono comunicate in modo chiaro, quando mancano varietà e nuovi approcci professionali e l'ambiente di lavoro non è molto attraente e piacevole.

Importanza di un feedback positivo

Il feedback dai superiori è particolarmente importante perché indica all'operatore la qualità della sua prestazione lavorativa e come eventualmente potrebbe migliorare (critica costruttiva) e comunque è un segnale di riconoscimento e stima. Troppo spesso questo feedback non è dato correttamente: a volte è vago da non trasmettere alcuna informazione utile e più spesso si limita ad essere una critica rispetto ad una prestazione non soddisfacente (feedback negativo).

Organizzazione del lavoro

Anche l'organizzazione e l'amministrazione di un'istituzione contribuiscono al Burn-Out. Se i suoi obiettivi non sono chiari, se i ruoli dei dipendenti sono mal definiti, se la comunicazione tra amministrazione e personale non è né chiara né di reciproco sostegno, per l'operatore sarà particolarmente difficile offrire buoni servizi, terapie, assistenze. L'operatore deve sentire di appartenere ad un contesto organizzativo ove non ci sono favoritismi, dove vige l'equità come principio fondamentale, nel rispetto dell'individuo e del lavoratore.

I fattori socio-culturali

Non tanto dal punto di vista di fattori scatenanti quanto da fattori che ne amplificano la portata e ne facilitano la velocità, esistono dei fattori socio culturale che influiscono negativamente sul Burn-Out, tra cui:

a) Incremento della domanda

La disgregazione del tessuto sociale comporta un grave aumento delle va-

rie forme di disagio psicosociale e quindi un aumento della domanda ai servizi sociali. Gli operatori sociali si trovano a fronteggiare un maggior numero di utenti con maggiori problemi, spesso senza un proporzionale aumento delle risorse a loro disposizione. L'aumento e l'invecchiamento della popolazione rappresenta un altro fattore di incremento della domanda. Questa situazione aumenta lo stress degli operatori e può portare al Burn-Out.

b) Diminuzione del sostegno informale

Contemporaneamente all'aumento del disagio, si verifica una diminuzione o una scomparsa totale delle istituzioni informali di sostegno sociale. Così, tutto il sostegno sociale e psicologico dei soggetti disagiati è a carico delle istituzioni formali: i Centri di Igiene Mentale, i Servizi per i tossicodipendenti, le comunità. Di conseguenza, lo stress degli operatori delle istituzioni formali tende ad aumentare.

c) Sfiducia da parte degli utenti

Gli utenti hanno spesso sfiducia nei servizi socio-sanitari e nei loro addetti. Sono costretti a ricorrervi spesso, ma si rivolgono ai servizi con astio e aggressività. Anche questo favorisce il passaggio da stress a Burn-Out.

d) Svalutazione del lavoro in se stesso

Un quarto aspetto da prendere in considerazione è la svalutazione sociale del lavoro socio-sanitario.

La prevenzione del Burn-Out

Baiocco, studioso e ricercatore sul Burn-Out sostiene che: "Dal Burn-Out non si guarisce ma a esso si re-agisce. [...]. Si tratta di essere responsabili (cioè abili a rispondere) del proprio benessere anche lì dove sembra più difficile e assurdo".

Da quanto affermato traspare una profonda responsabilità del soggetto nel cercare d'intervenire su di se per garantirsi un equilibrio sia fisico che psichico; bisogna quindi cercare di prevenire le possibili patologie, in questo caso stress e Burn-Out derivanti dalle situazioni di lavoro, gestendo le situazioni altamente stressanti.

E' tuttavia evidente che l'impegno del singolo individuo non è sufficiente. È importante che anche le organizzazioni si attivino e sostengano i soggetti, attuando dei percorsi di prevenzione a lunga scadenza, rivolti sia a fattori

strettamente organizzativi che potrebbero suscitare il Burn-Out, cercando di modificare l'organizzazione del lavoro se considerata altamente stressante; sia rivolti al gruppo e ai singoli per dare a questi adeguati strumenti di gestione del Burn-Out che agiscano ove l'organizzazione non può arrivare.

In questo processo è importante che il soggetto in difficoltà non si senta isolato nell'affrontare il problema, ma risulterà efficace, almeno in un primo momento, il godere di una rete di relazioni con persone, sia esterne che interne all'ambiente di lavoro, che possano offrire il proprio supporto emotivo e psicologico al soggetto stesso.

L'importanza della prevenzione del Burn-Out

Sempre più diffuso e talvolta ingiustificato, è una sorta di mal contento rispetto ai servizi offerti nel settore socio-sanitario. Santinello e Furlotti [1992] attraverso una ricerca effettuata sui servizi territoriali in Emilia Romagna, definiscono questo scontento come legato a una cultura inadeguata degli stessi operatori, in quanto spesso vengono a mancare strutture di supporto psico-sociale per i lavoratori che, si vengano a trovare in difficoltà nella quotidianità del loro lavoro.

E' necessario però sottolineare che non necessariamente tutti gli operatori sono condannati a misurarsi con situazioni a rischio di Burn-Out, ma a sua volta bisogna avere la consapevolezza che tale fenomeno è presente più di quanto noi ne potremo avere la consapevolezza.

È quindi necessario porre l'organizzazione nelle condizioni di poter controllare il fenomeno, gestirlo e ridurlo a livelli tollerabili, minimizzandone gli effetti, ma non prima che esso sia adeguatamente compreso e riconosciuto come fondamentale problema sia per l'organizzazione che per l'individuo. Questo processo organizzativo e di gestione delle Risorse Umane, non deve essere eseguito con il mero interesse di adempiere a degli obblighi legislativi (in primis l'art. 28 del D.lgs. 81/08), ma con il reale interesse e obiettivo di lavorare in un ambiente sano e sicuro nell'interesse ultimo sia dell'organizzazione (maggiore quantità e qualità di servizio offerto) e dell'operatore.

Le misure preventive, sia primarie che secondarie possono essere indirizzate sia a contrastare il Burn-Out a livello individuale che il Burn-Out sul piano professionale.

Il Burn-Out a livello individuale: è una condizione di disagio psico relazionale che porta a compromettere le relazioni con gli individui in ambito lavorativo e ad avere quindi reazioni distorte con l'ambiente circostante. Chi è soggetto a Burn-Out deve affrontare questo problema non con modalità universali, valide per qualsiasi soggetto, ma ciascun individuo deve essere aiutato a trovare delle soluzioni diverse, in base alla propria storia di vita, alle sue particolari esigenze, principi e valori, e al ruolo che ricopre nell'organizzazione.

Il Burn-Out sul piano professionale: l'operatore soggetto a Burn-Out manifesta inefficienza nello svolgimento del suo compito, evita e rifiuta la comunicazione, sia con l'utente del servizio che con il collega, in quanto portatore di una verità diversa. Santinello e Furlotti [1992] ci dicono che riconoscere il citato fenomeno come un costo rilevante è un passo importante per attuare delle misure preventive. Infatti se l'organizzazione ignora l'incidenza del fenomeno, porterebbe i suoi dipendenti ad esaurire le loro energie professionali e ad avere una scarsa percezione dei reali problemi dell'utenza e, a sua volta, l'organizzazione si troverebbe ad affrontare i problemi in termini di assenteismo, turn-over, deterioramento del clima e cali complessivi di efficienza ed efficacia.

Maslach e Leiter [2000] riconoscono che il rischio di Burn-Out è molto elevato, perciò bisognerebbe intervenire ancor prima che diventi un reale problema per evitare la lievitazione dei costi che comporterebbe. Risulta anche più difficile attuare degli interventi efficaci per bloccare il Burn-Out.

La prevenzione oltre ad essere più efficace, comporta minori spese per l'organizzazione: "pagare ora per un corso di formazione eviterà in seguito i costi di una scarsa prestazione. Assumere subito un nuovo dipendente o rivedere i carichi di lavoro delle risorse già attive, invece di caricare una persona del doppio lavoro, preverrà un deterioramento nella qualità del lavoro ed eviterà i costi derivanti dall'esaurimento e dalla malattia, [...] ricevere input e feedback dai lavoratori prima di apportare cambiamenti nella politica dell'azienda eviterà resistenza e problemi non previsti e così via". [Maslach e Leiter 2000, p. 77].

Fondamentale pare per gli autori non rivolgere l'attenzione esclusivamente agli aspetti negativi dell'organizzazione del lavoro cercando di ridurli. Infatti non basta ridurre il carico di lavoro, aumentare gli stipendi ecc. ma pare essenziale attuare delle strategie che promuovano l'impegno nel lavoro e che, sono strategie che aumentano l'energia, il coinvolgimento e l'efficacia dei lavoratori.

Il ruolo cruciale del supporto sociale come strumento per combattere il Burn-Out

Le definizioni relative al costrutto presenti in letteratura sono numerose e variegata. Tra queste si ricordano quella di Shumaker e Brownell (1984) secondo la quale il supporto sociale si configura come uno “scambio di risorse tra due individui, percepito da colui che le fornisce o da chi le riceve come qualcosa volto ad aumentare il benessere del ricevente” (p. 13) e quella di Lin (1986) che definisce il supporto sociale percepito in termini di “approvvigionamenti percepiti o reali, utili e/o significativi forniti dalla comunità, dalle reti sociali e dai compagni degni di fiducia” (p. 18). Una definizione più recente è stata delineata da Laschinger e Havens (1997) e Laschinger et al. (2001) che lo hanno definito come un mezzo per diminuire lo stress; Bruwer et al. (2008) invece, ne parlano in termini di costrutto complesso e multidimensionale la cui spiegazione è ancora oggetto di numerose interpretazioni.

Una definizione sintetica ma adeguata definisce il supporto sociale come “un durevole vincolo interpersonale in un gruppo di individui che possono contare sulla disponibilità di sostegno emotivo, assistenza e risorse nel momento del bisogno, che forniscono feedback e che condividono standard e valori”.

Il social support system non necessariamente elimina la percezione dello stress, ma è risaputo da diverse ricerche della psicologia del lavoro che può attenuarne gli effetti negativi, che invece possono restare forti o inalterati su chi dispone di un supporto sociale scarso o nullo [Jayaratne et al. 1983].

Il supporto sociale è composto da diverse dimensioni tutte importanti e fondamentali:

L'ascolto: considerato come la condivisione empatica delle gioie e dolori, senza offrire giudizi a colui o colei che lo ricerca. Per ricevere o offrire ascolto non è necessario che la persona sia conosciuta in modo approfondito, quanto invece è necessario che tale persona sia disponibile a prestare ascolto.

Il sostegno tecnico: è l'offrire e ricevere apprezzamenti e feedback circa le modalità di svolgimento dell'attività. Perché risulti efficace è necessario che chi lo offre sia o una persona competente in materia o per lo meno che sia onesta.

Lo stimolo tecnico: inteso come capacità, soprattutto dei colleghi di provocare e stimolare nel soggetto creatività e curiosità ormai mitigate e che, se risvegliate, potrebbero rendersi molto utili per la gratificazione lavorativa.

Il sostegno affettivo: se non è possibile o è difficile trovarlo tra i propri colleghi, sarebbe necessario cercarlo nella propria sfera privata. Il sostegno affettivo è essenzialmente il cercare appoggio da una persona che ci valorizza non tanto per quello che facciamo ma per quello che siamo e che ci sostiene anche se non completamente in accordo con il nostro agire.

Lo stimolo affettivo: offerto da una persona sufficientemente vicina a noi che abbia la capacità di rimuovere le nostre posizioni difensive che ostacolano la riuscita professionale.

Il feedback sulla realtà sociale: Potrebbe capitare durante una fase di stress lavorativo di avere una percezione distorta della realtà sociale (in questo caso di quella lavorativa), che disorienta e confonde rischiando di indurre il soggetto a scelte sbagliate. Per riacquistare l'equilibrio e per evitare situazioni spiacevoli, sarebbe opportuno avere di fianco una persona che ci aiuti a fare chiarezza e ad interpretare la situazione problematica, fornendoci il suo punto di vista e per capire se anch'essa la pensa allo stesso modo.

Più volte si è detto che il Burn-Out è la causa dell'interazione tra variabili individuali e organizzative. Ciò implica che per prevenire o curarsi da una situazione di Burn-Out è corretto che anche il singolo individuo si muova nella direzione del cambiamento.

Precedentemente abbiamo parlato dell'importanza del supporto sociale nel contrasto del Burn-Out, tuttavia è bene sottolineare che lo stesso è efficace ma talvolta non sufficiente. L'operatore affetto dalla sindrome deve essere motivato a darsi da fare, deve passare all'azione dopo aver preso consapevolezza del problema in quanto se riuscisse ad effettuare un seppur minimo cambiamento, ridurrebbe la sensazione di debolezza e di disperazione [Baiocco et al. 2004].

Questo cammino terapeutico può avvenire:

Affinando le proprie capacità relazionali e le competenze professionali;

Acquisendo nuove tecniche e nuove strategie per la soluzione dei problemi;

Apprendendo delle modalità per migliorare la comunicazione all'interno dell'equipe di lavoro;

Recuperare spazi propri di tempo libero e cultura estranei al lavoro.

Proposte di interventi organizzativi di contrasto al Burn-Out

L'organizzazione consapevole del rischio da Burn-Out, può certamente intervenire, come ho già scritto, attraverso specifici interventi di formazione sui rischi trasversali, comunicativi e psico-sociali. Tuttavia, oltre l'attività formativa, che rappresenta il migliore antagonista al Burn-Out, così come allo stress organizzativo in generale, esistono nello specifico della Burn-Out, altri 4 tipi di interventi possibili:

Lavorare per obiettivi e piani:

l'organizzazione ha il compito di definire obiettivi il più possibile quantificabili e verificabili e che siano raggiungibili nel medio lungo periodo. Questo può essere utile all'individuo per ricevere dei feedback sul come sta svolgendo il suo lavoro, per ridurre incertezze e ambiguità, e per aumentare la soddisfazione personale.

Partecipare alle decisioni:

come le ricerche hanno più volte dimostrato, i soggetti che partecipano alle decisioni aziendali hanno una motivazione al lavoro più elevata di quelli che non vi partecipano, di conseguenza questo fattore apporta degli effetti positivi sulla salute psico fisica del lavoratore migliorando a sua volta il flusso di comunicazioni.

La struttura dei compiti e delle mansioni:

l'organizzazione deve consentire a ciascun individuo che ricopre un determinato ruolo al suo interno, di svolgere la propria mansione con dei margini di autonomia professionale e possibilmente variare i compiti assegnati a ciascun lavoratore, facendogli capire l'utilità che il suo contributo apporta all'organizzazione.

Sistema di monitoraggio periodico:

è un sistema di valutazione periodica standardizzato, volto a cogliere non solo i livelli di stress e la percezione delle cause, ma anche il clima psicologico presente" in modo che si possa avere una panoramica degli aspetti organizzativi negativi e per avanzare delle proposte di miglioramento.

I risultati devono essere discussi con tutti a piccoli gruppi e incontri stabiliti.

Rotazione del personale:

è una specifica politica di gestione delle Risorse Umane, atta a contrastare la possibilità di insorgenza di sindromi da stress lavoro correlato. Gli ope-

ratori, prima ancora che lo stato di stress possa trasformarsi in Burn-Out, vengono ruotati in altri settori/dipartimenti/servizi.

Creazione di gruppi di supporto al personale, gruppi di mutuo-aiuto, sportelli di ascolto:

normalmente questa attività di contrasto viene decisa e messa in atto dal datore di lavoro, dalle organizzazioni sindacali e dal mondo delle associazioni. E' un intervento costante e di assoluta efficacia nella gestione di casi già appurati e risulta particolarmente apprezzato dai lavoratori. Questo genere di attività quasi sempre sono coordinate da figure specialistiche quali psicologi (preferibilmente del lavoro) o psicoterapeuti.

Se i lavoratori si accorgono dell'interesse che la direzione ha nei confronti delle loro attività e dei loro problemi con l'organizzazione, attuando misure preventive o di risoluzione dei problemi presenti, allora sarà probabile riscontrare un impatto positivo della percezione del lavoro da parte dei dipendenti.

Il Burn-Out e la malattia professionale

L'INAIL, l'Istituto Nazionale Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, persegue una pluralità di obiettivi: oltre a ridurre il fenomeno infortunistico; assicurare i lavoratori che svolgono attività a rischio; garantire il reinserimento nella vita lavorativa degli infortunati sul lavoro, ha rivolto la sua attenzione anche ad altri fenomeni come la salute psichica del lavoratore che merita di essere tutelato in qualsiasi rischio lavorativo di malattie psichiche e psicosomatiche. Questo è un passo importante in quanto permette di uscire dall'ottica secondo cui le cause dei disagi derivano dallo stesso individuo, e considerare anche le organizzazioni come possibili fonti di patologie che influenzano la vita lavorativa delle persone. Di conseguenza il rischio nel lavoro non è riconducibile esclusivamente alla nocività delle lavorazioni ma deriva anche dalle condizioni dell'attività e dell'organizzazione del lavoro.

L'INAIL riconosce dunque che il lavoratore deve essere assicurato anche contro le "malattie psichiche e psicosomatiche da stress e disagio lavorativo. Qui di seguito riporto la Delibera n. 473 del 26 luglio 2001 con la quale il Consiglio di Amministrazione dell' Istituto ha approvato l'iniziativa tesa a definire percorsi metodologici per la diagnosi eziologia delle patologie

psichiche e psicosomatiche da stress dell'ambiente di lavoro compreso il "mobbing".

Si riporta di seguito, la delibera n. 473/2001 dell'INAIL.

1. Introduzione

Con Delibera n. 473 del 26 luglio 2001 il Consiglio di Amministrazione dell'Istituto ha approvato l'iniziativa tesa a definire percorsi metodologici per la diagnosi eziologica delle patologie psichiche e psicosomatiche da stress dell'ambiente di lavoro, compreso il cosiddetto "mobbing".

In base alla sentenza n. 179/1988 - che integrando l'art. 3 del T.U. ha introdotto il c.d. "sistema misto" nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali estendendo la tutela a tutte le malattie di cui sia dimostrata, con onere della prova a carico del lavoratore, **la causa di lavoro** - e all'art. 10, comma IV, del D. Lgs. n. 38/2000, le patologie in questione possono formare oggetto della tutela assicurativa in ambito INAIL.

Il Presidente dell'INAIL, su proposta del Direttore Generale, ha costituito il Comitato Scientifico nominando sei membri esterni all'Istituto - esperti in Medicina del Lavoro, in Medicina Legale, in Psicologia del lavoro, in Psicopatologia Forense - assieme ai responsabili delle funzioni centrali della Direzione Centrale Prestazioni, della Sovrintendenza Medica Generale e dell'Avvocatura Generale.

Al Comitato veniva affidato il compito di effettuare uno studio in tema di "malattie psichiche e psicosomatiche da stress e disagio lavorativo, compreso il "mobbing", finalizzato alla definizione di un percorso metodologico per consentire l'accertamento del rischio e la conseguente diagnosi eziologica e medico-legale da parte dell'Istituto, percorso che prevede, come per le altre malattie professionali non tabellate (cfr. circolare INAIL n. 80/97) e fermo restando l'obbligo dell'assicurato di produrre tutta la documentazione idonea a supportare la propria richiesta, il potere-dovere dell'Istituto di verificare l'esistenza dei presupposti dell'asserito diritto anche mediante l'impegno partecipativo nella ricostruzione degli elementi probatori del nesso eziologico.

Nel corso delle riunioni tenutesi presso la sede centrale dell' INAIL, seguite da separate elaborazioni dei singoli componenti del Comitato, si sono discussi gli indirizzi relativi a linee guida per gli accertamenti in caso di denuncia di malattia professionale non tabellata che l'assicurato addebiti a stress lavorativo. Alla luce della sentenza citata, interpretata anche in relazione all'evoluzione delle forme di organizzazione dei processi produttivi e della accresciuta attenzione, anche legislativa, ai profili di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro, **si è ritenuto dunque che il rischio tecnopatico assicurativamente rilevante sia non solo quello collegato alla nocività delle lavorazioni tabellate e non, ma anche quello riconducibile a particolari condizioni dell'attività e della organizzazione aziendale, anche se in assenza, allo stato attuale, di specifici riferimenti normativi di carattere prevenzionale.**

2. Il rischio tutelato

Nella gestione del fenomeno occorre fare riferimento ai consolidati criteri giuridici e medico-legali che garantiscano una effettiva diagnosi "differenziale" della malattia professionale rispetto alla malattia comune. Nel definire il rischio lavorativo di malattie psichiche e psicosomatiche rilevanti ai fini assicurativi si sono individuati e presi in considerazione i seguenti criteri:

1. Sono compresi nel rischio lavorativo le condizioni di rischio che si creano per incongruenze del processo organizzativo (cosiddetta “costrittività organizzativa”).
2. La tipologia dei più frequenti “elementi di costrittività” è illustrata al successivo paragrafo 3.
3. Qualora sussista la costrittività organizzativa è irrilevante l’esistenza o meno di specifiche responsabilità soggettive; dette responsabilità potranno costituire uno degli elementi di prova una volta verificate nella competente sede giudiziaria.
4. La categoria della “costrittività organizzativa” ricomprende anche il cosiddetto “mobbing strategico”, specificamente ricollegabile a finalità lavorative, ossia quell’insieme di azioni poste in essere nell’ambiente di lavoro con lo scopo di allontanare o emarginare il lavoratore, e riconducibili a quegli elementi di costrittività organizzativa indicati al paragrafo 3, o ad altri che siano ad essi assimilabili.
5. Sono esclusi dal rischio lavorativo tutelato i fattori organizzativi legati al normale andamento del rapporto di lavoro (licenziamento, riassegnazione ecc.).
6. Sono esclusi dal rischio lavorativo tutelato le situazioni indotte dalle dinamiche psicologico-relazionali comuni sia agli ambienti di lavoro sia a quelli di vita.

Sono in conclusione da considerarsi irrilevanti ai fini del rischio tutelato i comportamenti puramente soggettivi delle persone che operano nell’ambiente di lavoro a meno che tali condotte, reiterate, non si traducano e non si concretizzino in documentabili e oggettivamente riscontrabili incongruenze di processo organizzativo.

3. L’organizzazione del lavoro e la costrittività organizzativa

L’organizzazione del lavoro comprende le componenti “fisiche” e le componenti “psichiche” che originano dal rapporto tra i singoli lavoratori e tra questi e chi sovrintende al lavoro.

I noti cambiamenti del mondo del lavoro hanno fatto emergere quadri patologici ricollegabili a “fattori di costrittività” nell’organizzazione del lavoro, sia nell’ambito del lavoro industriale sia nella Pubblica Amministrazione, ove pure è stato introdotto il criterio organizzativo/gestionale e tecnico di “azienda”.

Le incongruenze dei processi organizzativi possono diventare fattori di rischio psichico per il lavoratore. Si elencano le più frequenti condizioni di “costrittività organizzativa” traendo anche spunti da fonti normative, giurisprudenziali, nonché dalla casistica riportata e dalle prime risultanze dell’esame dei casi denunciati all’Inail:

- marginalizzazione dalla attività lavorativa, svuotamento delle mansioni, mancata assegnazione dei compiti lavorativi, con inattività forzata, mancata assegnazione degli strumenti di lavoro, ripetuti trasferimenti ingiustificati o prolungata attribuzione di compiti dequalificanti rispetto al profilo professionale posseduto
- prolungata attribuzione di compiti esorbitanti o eccessivi, anche in relazione ad 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

4. Principali quadri morbosi psichici e psicosomatici

Premesso che predisposizioni individuali e particolari strutture di personalità possono condizionare una maggiore suscettibilità nei confronti dei fattori di stress lavorativo come riportati ai paragrafi 2 e 3, è indispensabile procedere all'inquadramento nosografico e alla definizione quali-quantitativa delle patologie correlabili secondo accreditate classificazioni dei quadri morbosi psichici e psicosomatici.

Secondo la classificazione dei disturbi psichici e comportamentali dell' ICD - 10 e secondo il DSM - IV si individuare due sindromi correlate allo stress, **la sindrome da disadattamento e la sindrome post traumatica da stress. La sindrome da disadattamento** (Disturbo dell'adattamento) è il manifestarsi di sintomi emotivi e comportamentali clinicamente significativi in risposta ad uno o a più fattori stressanti, identificabili, non estremi.

La sindrome post traumatica da stress (Disturbo post traumatico da stress) è la risposta ritardata o protratta ad un evento fortemente stressante o a una situazione di natura altamente minacciosa o catastrofica in grado di provocare diffuso malessere in quasi tutte le persone.

Il disturbo post traumatico da stress secondo il DSM IV (classificazione multiassiale concepita per uso clinico) comporta gli stessi sintomi del disturbo dell'adattamento ma più gravi e con possibilità di sequele associate a intrusività del pensiero e/o il rivivere la situazione stressante, oltreché comportamenti di evitamento.

Il disturbo post traumatico da stress è comunque un quadro clinico più difficilmente correlabile ai rischi lavorativi sopradescritti.

Il riscontro di una maggior frequenza della sindrome da disadattamento è inoltre supportata dall'esperienza di alcuni studi nazionali, peraltro ancora in evoluzione e in via di definizione, come anche riportato nel Documento di Consenso sul "rischio mobbing" di qualificati medici del lavoro.

5. Percorso metodologico e criteriologia per la diagnosi di malattia professionale.

Analogamente alle altre malattie professionali non tabellate le condizioni denunciate dall'assicurato devono essere accuratamente approfondite e analizzate, non soltanto attraverso **le dichiarazioni dell'interessato, ma anche con dichiarazioni del datore di lavoro e la complementare raccolta di elementi di conoscenza direttamente acquisiti presso i dirigenti e i colleghi di lavoro. Le suddette indagini, volte a chiarire l'anamnesi lavorativa, dovranno ovviamente essere mirate all'individuazione di quei fattori di rischio legati alla c.d. "costrittività organizzativa" come richiamati al paragrafo 3.**

Parallelamente dovrà essere acquisita tutta la documentazione sanitaria disponibile.

In campo psichiatrico, molto più che in altre branche specialistiche, assume particolare importanza la ricostruzione dello stato anteriore del soggetto anche in riferimento ai fattori eziologici concausali extralavorativi. E' ampiamente noto infatti come dette patologie si sviluppino con il concorso di cause diverse (personali-familiari, ambientali-sociali), fra le quali il "rischio lavorativo" talora assume i connotati di mera **occasionalità** temporale priva di rilevanza eziologica.

Ciò detto, dovrà dunque essere svolta una attenta analisi sullo **stato anteriore** del soggetto che dovrà portare a una delle seguenti conclusioni diagnostiche eziologiche:

_ Presenza di disturbi/patologie preesistenti alle quali ricondurre tutto il quadro clinico manifestato

- _ Presenza di disturbi/patologie preesistenti (predisponenti) che hanno ruolo concausale
- _ Assenza di disturbi/patologie preesistenti

Esclusa l'eziologia lavorativa nella prima ipotesi, nell'ambito delle ultime due condizioni invece **l'analisi del rischio denunciato** assumerà **rilevanza assicurativa** quando si potrà dimostrare, con criterio di certezza o quantomeno di elevata probabilità, l'esposizione al rischio lavorativo come causa preminente (o causa unica).

E' evidente che tale metodologia è la stessa utilizzata nella ormai ultradecennale esperienza maturata nella gestione delle malattie professionali non tabellate. Nella valutazione e ponderazione della vis lesiva degli eventi può essere di utile orientamento ricordare come in letteratura siano reperibili scale che classificano gli eventi della vita stressanti, attraverso le risposte ottenute da diversi gruppi di soggetti (v. Holmes e Rafie, 1967; Dohrenwend e coll., 1974, 1988; Fisher 1996),.

Gli eventi più in alto nelle varie scale sono: la morte del coniuge o di un figlio, seguono poi con valutazioni decrescenti il divorzio, la separazione dal coniuge, la carcerazione, la morte di un familiare stretto, incidenti o malattie, il matrimonio, la perdita del lavoro o il fallimento lavorativo, il declassamento, la promozione, il pensionamento, la morte di un caro amico, cambiamenti di lavoro e altri cambiamenti nella vita sociale.

Gli eventi ricollegabili all'ambiente di lavoro pur non essendo collocati nelle posizioni alte delle scale possono avere incidenza di rilievo e vanno pertanto opportunamente confrontati e valutati nel contesto degli altri eventi della vita, anche positivi, che ogni singolo soggetto può trovarsi ad affrontare. Occorre comunque tenere ben presente i limiti di dette "scale" dovuti sia alla specificità delle realtà sociali delle popolazioni studiate, perdipiù in epoche diverse, sia alle inevitabili interazioni tra la vita lavorativa, familiare e sociale.

Per quanto attiene all'accertamento della patologia denunciata è necessario che la stessa **venga supportata e confermata da accertamenti specialistici.**

A tale proposito è indispensabile una articolata indagine clinica completa che consenta l'analisi della personalità premorbosa nonché dell'evoluzione del quadro clinico. **Si elencano di seguito i tests comunemente utilizzati**, non senza aver ricordato che né il DSM-IV né l'ICD-10 prevedono l'utilizzo di test mentali per la diagnosi psichiatrica:

Tests proiettivi di personalità

Costitutivi

- SIS
- Rorschach

Costruttivi

- Reattivo di Wartegg

Interpretativi

- TAT
- Questionari di personalità

- MMPI 2
- EWI
- MPI
- CBA

Tests di efficienza intellettuale

- Matrici progressive di Raven a
- Wais
- WCST

Tests di autovalutazione di ansia e depressione

- HAD scale
- HAM-A
- HAMDepression rating scale
- Mood scale

6. Criteri per la valutazione del danno.

La vigente tabella delle menomazioni di cui al Decreto Lgs. vo 38/2000, come approvata con D.M. del 12 luglio 2000, relativa alla valutazione del danno biologico nell'ambito della tutela assicurativa degli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, prevede sull'argomento unicamente le due seguenti voci:

180. Disturbo post-traumatico da stress cronico moderato, a seconda dell'efficacia della psicoterapia - fino a 6%-

181. Disturbo post-traumatico da stress cronico severo, a seconda dell'efficacia della psicoterapia - fino a 15%-

Per la valutazione percentuale del **Disturbo dell'adattamento cronico** dovrà pertanto procedersi con riferimento analogico a tali voci e relative valutazioni, con un preciso inquadramento nosografico della patologia, secondo i criteri clinici e medico-legali suesposti, che dovrà essere coerente con le richiamate classificazioni delle sindromi e dei disturbi di natura psichica (ICD-10 e DSM-IV), e modulata secondo gli effetti menomativi dei disturbi obiettivati.

La quantificazione del danno, tenendo presente che detti disturbi sono prevalentemente transitori, dovrà quindi tenere conto del polimorfismo del quadro clinico e graduarsi con la gravità della sintomatologia predominante, - vedi le classificazioni come riportate nella ICD-10 (*) e nel DSM-IV (**), -, con una valutazione percentuale che potrà collocarsi, nelle **forme di grado lieve/moderato**, nell'intervallo previsto dalla citata voce 180, e nelle **forme di grado severo**, con importanti sintomi depressivi e della condotta, nella successiva voce 181.

(*) disturbo dell'adattamento con

- reazione depressiva breve
- reazione depressiva prolungata
- reazione mista ansioso-depressiva
- disturbo prevalente di altri aspetti emozionali
- prevalente disturbo della condotta
- disturbo misto delle emozioni e della condotta
- altri sintomi predominanti specifici

- (**) disturbo dell'adattamento con
- umore depresso
 - ansia
 - ansia e umore depresso misti
 - alterazione della condotta
 - alterazione mista dell'emotività e della condotta
 - non specificato

(fonte: HYPERLINK "<http://www.inail.it>" www.inail.it)

Conclusioni

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

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

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

Da tutto quanto esposto emerge che il burn-out può essere sconfitto, e non deve diventare un'inevitabile pedaggio che, in questo caso, l'infermiere deve pagare per assistere gli altri. Riuscire a superare, ridurre o prevenire il burn-out negli operatori delle helping professions significa aiutarli a tessere relazioni sociali e professionali più significative, con relazioni che diano conferma e sostegno alla dimensione umana dell'operatore socio-sanitario. Bisogna non dimenticare che non basta creare o rinnovare delle strutture per avere un'assistenza migliore, perché sono gli uomini che la fanno funzionare e vivere. E' utile concludere la presente guida, con una citazione di C. Maslach: "Un grammo di prevenzione vale quanto mezzo chilo di cura".

BIBLOGRAFIA

- Albano, U. (2002). *Strategie di azione nella prevenzione del rischio-salute nei servizi di aiuto alla persona*. Lavoro e Salute, 7-8.
- Atkinson, R. (1999). *Hildegard's Psicologia*. Padova: Piccin.
- Bernstein, G.S. & Halaszyn, J.A. (1999). *Io operatore sociale*. Trento: Erikson.
- Cherniss, C. (1986). *La sindrome del burn out*. Torino: Centro Scientifico Torinese.
- Cherniss, C., & Dantzig, S.A. (1986). *Preventing and managing job-related stress*. In Kilburg, R.C & Nathan, P.E. & Thoreson, R.W. *Professionals in distress: issues syndrome and solution in psychology*. American Psychological Association, Washington DC.
- Constable, F. & Russel DW (1986). *The effect of social support and the work environment upon Burn-Out among nurses*. *Journal of human stress*, 12.
- Cox, T. & Leiter, M. (1992). *The health of health care organization*. *Work and stress*, 6.
- Fabbo, A. (2004) *Is it possibile to reduce job Burn-Out of the health care staff working with demented patient?* *Archivio di Gerontologia e Geriatria Supplemento*, 9, 51-56.
- Folgheraiter, F. (1989). *Prefazione all'edizione italiana*. In Bernstein, G.S. & Halaszyn, J.A. *Io operatore sociale*. Trento: Erikson.
- Halbesleben, J.R.B. (2006). *Sources of social support and Burn-Out: a meta-analytic test of the conservation of resources model*. *Journal of applied psychology*, 91, 1134-1145.
- Hobfoll, S.E. (1988). *The ecology of stress*. New York: Hemisphere.
- Malagutti, M. (2002) *L'operatore sociale cortocircuitato: la burning-out sindrome*. Italia, 4.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). *The Maslach Burn-Out Inventory*. Consulting Psychologists, Palo Alto.
- Maslach, C. (1982). *Burn-Out: The cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Maslach, C., Jackson, S.E. & Barad C.B., (1982). *Patterns of Burn-Out among a national sample of public contact workers*. Consulting Psychologists, Palo Alto.
- Maslach, C. (1992). *La sindrome del Burn-Out*. Assisi: Cittadella Editrice.
- Maslach, C. (1993). *Burn-Out: a multidimensional perspective*. In W.B. Schaufeli, C., Maslach, C. & Marek, T (Eds). *Professional Burn-Out: Recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Maslach, C. & Leiter, M. (1999) *Burn-Out e organizzazione*. Trento: Erikson.

FENAIP SANITÀ

Formazione Lavoro e Salute

