



UNIVERSITÀ DI PISA

**DIPARTIMENTO DI RICERCA TRASLAZIONALE E DELLE
NUOVE TECNOLOGIE IN MEDICINA E CHIRURGIA**

Corso di laurea Magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie

Presidente Prof. Marchetti Stefano

Tesi di laurea

**“IL BURNOUT: UN PROBLEMA DI SALUTE CON IMPORTANTI RICADUTE
SULL’ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DEL LAVORO. ESPERIENZA DI
VALUTAZIONE DEL RISCHIO IN OPERATORI IN STRETTO RAPPORTO
PROFESSIONALE CON PAZIENTI PSICHIATRICI”**

Relatore

Prof. Alfonso Cristaudo

Candidata

Ilaria Domenici

Anno accademico 2014/2015

Indice

INTRODUZIONE.....	1
CAPITOLO 1.....	4
1.1 LO STRESS.....	4
1.1.1 Meccanismi fisiologici.....	6
1.1.2 Lo Stress Lavoro - Correlato.....	7
1.2 IL BURNOUT.....	8
1.2.1 Epidemiologia.....	9
1.2.2 Sintomi.....	14
1.2.3 Le fasi evolutive del Burnout:.....	24
1.2.4 Le cause.....	26
CAPITOLO 2.....	31
2.1 LA PREVENZIONE.....	31
2.1.1 Prevenzione primaria.....	36
2.1.2 Prevenzione secondaria.....	36
2.2 NORMATIVA DI RIFERIMENTO.....	40
CAPITOLO 3.....	44
3.1 MASLACH BURNOUT INVENTORY.....	44
3.2 STRUTTURA DEL QUESTIONARIO.....	46
3.3 MODALITA' DI SCORING.....	47
3.4 FINALITA' DEL QUESTIONARIO.....	48
CAPITOLO 4.....	50
4.1 INTRODUZIONE.....	50
4.2 MATERIALI E METODI.....	51
4.2.1 Destinatari.....	51
4.2.2.Campione.....	52
4.2.3 Strumenti.....	58
4.2.4 Procedure.....	58
4.3 ANALISI DATI.....	59
4.4 RISULTATI.....	60
4.5 DISCUSSIONE.....	70
4.6 CONCLUSIONI.....	78
APPENDICE.....	83
INDICE DEI GRAFICI.....	88
INDICE DELLE TABELLE.....	89
BIBLIOGRAFIA.....	90

INTRODUZIONE

Le situazioni di disagio psicologico che spesso trovano la loro origine nell'ambito lavorativo per una cattiva e non corretta organizzazione hanno provocato, negli ultimi anni, interesse, sviluppo e approfondimento degli studi inerenti a questa realtà.

I problemi riguardanti lo stress investono in maniera consistente il mondo del lavoro ed è aumentata la consapevolezza dei lavoratori nei confronti dei rischi ad essi connessi. La causa delle situazioni stressogene è in molti casi dovuta al tipo di lavoro svolto e a problemi di origine organizzativa all'interno di esso.

Tra i settori lavorativi più studiati si evidenziano le cosiddette professioni "di aiuto" (operatori sanitari, assistenti sociali, insegnanti, ecc.) nel cui contesto lavorativo le caratteristiche sociali e organizzative del lavoro possono generare fenomeni di disadattamento, reazioni di stress fino ad arrivare a malattie collegate alla professione ("burnout syndrome"). Alla luce di queste considerazioni appare fondamentale, quindi, individuare idonee strategie di intervento mirate ad una prevenzione del fenomeno e ad una adeguata gestione. La Commissione Europea indica la prevenzione dello stress legato all'attività lavorativa come uno degli obiettivi prioritari nell'ambito della nuova strategia comunitaria per la salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.

Il Piano Sanitario Nazionale ha sottolineato, negli ultimi anni, un sensibile aumento di attenzione alla prevenzione anche nel settore della salute e della sicurezza occupazionale. Rispetto al passato non si parla più di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, ma di prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute, spostando l'attenzione dagli effetti alle cause. Questo diverso approccio alle problematiche della salute determina un'ampia diffusione delle conoscenze nel settore della salute e sicurezza del lavoro attraverso piani di formazione e informazione specifici. Anche la recente normativa in materia di tutela della salute e sicurezza del lavoro (Decreto Legislativo n. 81 del 9 Aprile 2008) individua

nella formazione dei lavoratori uno degli strumenti principali per un'efficace prevenzione, insieme ad un'adeguata attività di valutazione dei rischi e un'incisiva sorveglianza sanitaria. Per affrontare la complessità del problema è necessaria una convergenza di forze a più livelli, ad iniziare dalle aziende che devono prendere in considerazione nel piano di valutazione dei rischi anche quelli di matrice psicosociale in modo da poter intervenire su tutte le fonti di rischio e di disagio per i lavoratori. Questo è possibile attraverso la diffusione di un'informazione corretta e tempestiva che, illustrando i rischi psichici delle professioni d'aiuto, educi alla salute e promuova comportamenti e stili di vita corretti, anche attraverso la formazione permanente degli operatori.

Lo studio di ricerca, svolto presso la Cooperativa "La Mano Amica" di Lucca, cooperativa sociale, si è concentrato sulla valutazione del rischio di *burnout* per gli operatori della cooperativa a contatto con pazienti adolescenti e adulti con malattia mentale. Per fare questa ricerca è stato utilizzato il *Maslach Burnout Inventory* (MBI), questionario finalizzato alla valutazione del *burnout* nel personale che opera nei servizi sociosanitari e nelle istituzioni educative (medici, infermieri, educatori, assistenti sociali, insegnanti). Il questionario è composto da tre scale che misurano le tre dimensioni del burnout : 1) esaurimento emotivo (EE), 2) depersonalizzazione (DP), 3) realizzazione personale (RP). La sottoscala EE esamina quanto il soggetto sente di essere inaridito emotivamente ed esaurito nel proprio lavoro, la sottoscala DP valuta il comportamento del soggetto intervistato nei confronti dell'utente del servizio e la sottoscala RP misura la sensazione di competenza che avverte il soggetto e il desiderio di successo nel lavorare con gli altri.

Questo lavoro di tesi si è focalizzato in particolare sull'individuazione di quale tra queste tre aree sia maggiormente compromessa nel lavoratore che si trova quotidianamente a contatto con la sofferenza e il disagio psichico. In seguito è stato fatto un confronto con un altro gruppo di lavoratori, sempre dipendenti della stessa cooperativa, ma impiegati in un ruolo amministrativo e quindi non a stretto contatto con i pazienti. L'obiettivo principale dello

studio è stato di dare validità allo strumento MBI nel considerare il *burnout*, sia come mezzo di valutazione che come strumento di “outcome” per la pianificazione di programmi di intervento specifici da parte del dirigente.

PARTE 1.

CAPITOLO 1

1.1 LO STRESS

Hans Selye, autore che ha dedicato la quasi totalità della sua ricerca allo stress, ha definito lo stress come “una risposta aspecifica dell’organismo per ogni richiesta effettuata su di esso dall’ambiente esterno” (Selye, 1936). Lo stress è quindi la risposta dell’organismo a qualsiasi situazione (fisica, biologica o psicosociale) che deve affrontare. Un errore spesso commesso è quello di utilizzare il termine stress per definire lo stimolo (chiamato anche “stressor”) invece della reazione. Infatti lo stress non è lo stimolo (es. “esame”), ma la reazione della persona allo stimolo. Visto in quest’ottica lo stress assume anche una connotazione positiva: è grazie a questa risposta da stress che l’individuo riesce ad affrontare i cambiamenti e le difficoltà che quotidianamente si presentano.

Lo stress è stato successivamente suddiviso in tre fasi:

- 1) **Fase di allarme:** lo stressor suscita nell’organismo un senso di allerta (arousal), con conseguente attivazione di processi psicofisiologici quali aumento del battito cardiaco, iperventilazione, sudorazione, ecc.
- 2) **Fase di resistenza:** l’organismo tenta di adattarsi alla situazione, e gli indici fisiologici si normalizzano. Nel caso in cui l’adattamento non sia sufficiente, subentra la terza fase.
- 3) **Fase di esaurimento funzionale:** l’organismo non riesce più a difendersi, e viene a mancare la sua naturale capacità di adattamento. L’esposizione prolungata ad una situazione di stress può provocare l’insorgenza di malattie psichiche o fisiche.

Lazarus nel 1984 ha dato una definizione più moderna evidenziando che gli stimoli esterni, soprattutto se di lieve intensità e di tipo psicosociale, vengono valutati e soppesati

dall'individuo. Esiste , quindi, un'elevata variabilità individuale, sia nell'elaborazione cognitiva ed emotiva dello stressor, che nella conseguente modalità di risposta.

Ogni agente stressante che colpisce un individuo può provocare due tipi di reazioni: una positiva (**eustress**) ed una negativa (**distress**) e quest'ultima, in certe condizioni può sfociare in patologie psicosomatiche. Lo stress, quindi, non è altro che la risposta a situazioni in cui l'individuo sperimenta una discrepanza tra le domande che l'ambiente esterno gli pone e le sue possibilità di risposta. La reazione allo stress, come spiegato da Lazarus, dipende dalla capacità dell'individuo di trovare dentro di sé le risorse necessarie per affrontare una situazione di emergenza e quindi dal proprio stile di coping. Il coping è una modalità cognitivo - comportamentale con la quale un individuo affronta lo stress e l'evento traumatico; più in generale indica la capacità di affrontare i problemi e le loro conseguenze sul piano emozionale (Maslach et al., 2001). In altre parole il Coping rappresenta la modalità di adattamento propria di ciascun soggetto di fronte ad un evento negativo stressante; ciascun individuo presenta uno specifico e peculiare "stile di coping". Gli stili di coping si possono riassumere in diversi quadri:

1. Spirito Combattivo: atteggiamento di ottimismo e fiducia nelle proprie capacità di risolvere i problemi.
2. Atteggiamento Fatalistico: tendenza alla passività ed all'assenza di opposizione nei confronti delle difficoltà.
3. Negazione - Evitamento: tendenza a minimizzare l'entità e la gravità del problema; atteggiamento di relativa indifferenza.
4. Preoccupazione Ansiosa: reazione di allarme ansioso nei confronti dei problemi, elevati livelli di ansia con ripercussioni significative sulla qualità della vita.
5. Disperazione: sensazione di sconfitta, angosce di morte, vissuti depressivi.

1.1.1 Meccanismi fisiologici

Lo stress, inteso come la risposta acuta ad uno “stressor”, è quindi ineliminabile e soprattutto “vitale” per l’essere umano perché gli permette di far fronte a situazioni di emergenza. La risposta fisiologica allo stress è stata definita **Sindrome Generale di Adattamento**.

Le reazioni che si manifestano nella fase iniziale di questa risposta sono dovute ad una attivazione del Sistema Nervoso Simpatico ed a una ipersecrezione di catecolamine della midollare del surrene che libera nel sangue adrenalina e/o noradrenalina. Queste determinano delle modificazioni del sistema cardiovascolare che mettono in condizioni l’organismo di esercitare immediatamente un’attività muscolare. Quando il fattore stressante è particolarmente potente o si protrae nel tempo, intervengono altri meccanismi.

Secondo l’**ipotesi psico-neuro-immunologica** lo stress può avere esiti mediati da meccanismi nervosi, endocrini e/o immunologici, che si manifestano autonomamente o che vanno ad ampliare il quadro sintomatico di patologie già esistenti.

Ciò che deve essere evitato quindi è lo stress intensivo e cronico; una richiesta dell’ambiente troppo forte o prolungata nel tempo, può portare ad una “cronicizzazione” della risposta biologica dell’organismo. In questo contesto può insorgere la malattia come conseguenza dell’ipersecrezione di ormoni dal surrene (in particolare cortisolo), dall’ipofisi, per alterazione dei processi infiammatori e/o per una riduzione delle difese dell’organismo. In effetti lo stress può determinare l’aggravamento di tutti gli stati disfunzionali e patologici, indipendentemente dalla loro causa primaria. La grande maggioranza delle malattie ha una genesi multifattoriale. Lo stress correlato al lavoro può essere uno dei fattori. In alcuni casi vi contribuisce in misura quasi irrilevante, ma in altri casi può svolgere un ruolo chiave “nello spostare l’equilibrio”, esercitando un effetto scatenante dei sintomi della malattia e/o accelerandone il decorso.

1.1.2 Lo Stress Lavoro - Correlato

Lo Stress Lavoro – Correlato è stato definito come “un insieme di reazioni fisiche ed emotive dannose che si manifesta quando le richieste poste dal lavoro non sono commisurate alle capacità, risorse o esigenze del lavoratore. Lo stress connesso al lavoro può influire negativamente sulle condizioni di salute e provocare persino infortuni” (NIOSH, 1999). Successivamente all’approvazione del Testo Unico 81 del 2008 (articolo 28) e al decreto correttivo 106 del 2009 la tematica è diventata sempre più protagonista nell’ambito della Sicurezza sul Lavoro. Lo stress lavoro correlato, secondo la definizione riportata all’articolo 3 dell’Accordo Europeo dell’8 ottobre 2004 (recepito dall’Accordo Interconfederale del 9 giugno 2008), consiste in una “condizione che può essere accompagnata da disturbi o disfunzioni di natura fisica, psicologica o sociale ed è conseguenza del fatto che taluni individui non si sentono in grado di corrispondere alle richieste o aspettative riposte in loro”. Tale condizione, determinata da fattori legati al contesto lavorativo, alle attività svolte e all’organizzazione del lavoro, ha conseguenze non solo sul benessere dell’individuo (patologie cardiovascolari, immunitarie, gastrointestinali, ecc.), ma anche sull’efficienza dell’azienda in cui esso lavora. Infatti, qualora in un’organizzazione non si valuti adeguatamente il rischio da stress lavoro correlato e non si pongano in essere adeguate misure di prevenzione e protezione, il datore di lavoro si troverà a far fronte ad una serie di problematiche che possono sopraggiungere nel tempo. Tra le principali criticità si identificano:

- l’aumento degli incidenti/infortuni e dei casi di inidoneità;
- l’aumento dei costi per il crescente assenteismo;
- l’aumento del turnover dei dipendenti (non fisiologico);
- la riduzione della produttività e della capacità d’innovazione;
- la diminuzione della qualità dei prodotti e dei servizi (performance)

- il calo della soddisfazione lavorativa.

1.2 IL BURNOUT

Il termine inglese “*burnout*” può essere tradotto letteralmente in “bruciato”, “fuso” e indica una condizione di esaurimento emotivo derivante dallo stress dovuto alle condizioni di lavoro e a fattori della sfera personale e ambientale.

Il fenomeno fu studiato per la prima volta negli USA da Herbert Freudenberger che nel 1974 pubblica il primo articolo sull’argomento (“*Staff burnout*” in *Journal of Social Issues*) in cui descrive il burnout come un quadro sintomatologico individuato in operatori di servizi particolarmente esposti allo stress conseguente al rapporto diretto e continuativo con un’utenza disagiata. In seguito Maslach (1976) descrive il burnout come una malattia professionale specifica degli operatori dell’aiuto, che colpisce soprattutto quelli più motivati e con maggiori aspettative rispetto al lavoro. Nel corso degli anni sono state date diverse definizioni al fenomeno del burnout: reazione di esaurimento emotivo a carichi di lavoro percepiti come eccessivi; perdita di interesse per le persone con cui si lavora in risposta allo stress lavorativo; ritiro psicologico dal lavoro in risposta ad un eccessivo stress o all’insoddisfazione, con perdita di entusiasmo, interesse ed impegno personale; disaffezione dal proprio lavoro caratterizzata da delusione, insofferenza, intolleranza, sensazione di fallimento. Negli ultimi anni molti ricercatori hanno attribuito alla sindrome vari significati che possono essere riassunti in un’unica definizione: la sindrome del *burnout* è un insieme di sintomi che testimoniano l’evenienza di una patologia del comportamento, ed è tipica di tutte le professioni ad elevato investimento relazionale. Infermieri , psicologi, assistenti domiciliari e sociali, medici ma anche insegnanti, poliziotti, giudici, possono incorrere in questo

esaurimento emotivo che conduce inevitabilmente ad una diminuzione delle capacità professionali (Candura, 1997).

La sindrome è provocata, dunque, prevalentemente dal contatto continuo con persone portatrici di sofferenza, sia fisica che sociale. Lo stress deriva proprio dall'interazione sociale tra l'operatore ed il destinatario dell'aiuto. Il rapporto operatore-paziente è caratterizzato da investimenti emotivi molto forti, ha lunga durata ed impegna gli operatori sul piano personale e umano, oltre che su quello professionale ed influisce sulla qualità del trattamento stesso. Occorre però precisare che il *burnout* non colpisce solo le persone impegnate in professioni socio-sanitarie: tutte le attività lavorative implicano contatti interpersonali e quindi un certo livello di tensione.

Studi più recenti hanno infatti spostato l'attenzione da un approccio ancora prevalentemente individuale ad uno di tipo organizzativo. Il costrutto è stato rielaborato dalla stessa Maslach e da Leiter (1999) che sottolineano come il *burnout* non sia un fenomeno circoscritto unicamente alle professioni d'aiuto, ma possa verificarsi in qualsiasi tipo di contesto organizzativo. Di conseguenza non si fa più riferimento solo al rapporto tra operatore socio-sanitario e paziente, ma al rapporto del professionista con il suo lavoro in generale. In questa ottica il burnout può riguardare tutte le professioni, anche se probabilmente le professioni di aiuto rappresentano il caso più tipico di forte impegno emotivo.

1.2.1 Epidemiologia

Tra gli aspetti epidemiologici della sindrome del *burnout* descritti nella letteratura, non sembra esistere un accordo unanime tra i differenti autori, sebbene si riscontri un determinato livello di coincidenza per alcune variabili: età, sesso, stato civile, turnazione lavorativa, anzianità professionale, sovraccarico lavorativo (Del Rio, 1990).

- Et : pare esista un periodo di sensibilizzazione in quanto, durante i primi anni di carriera professionale, il soggetto sarebbe maggiormente vulnerabile.
- Sesso: le donne, rispetto agli uomini, risultano pi  vulnerabili. Ci    dovuto a vari motivi, come il doppio carico di lavoro (professionale e familiare) a cui sono sottoposte, e l'espletamento di determinate specialit  professionali che prolungherebbero il ruolo di donna.
- Stato Civile: gioca un ruolo importante in quanto la sindrome sembra maggiormente presente nelle persone che non hanno un compagno stabile. La presenza di figli fa s  che queste persone siano pi  resistenti alla sindrome.
- Turnazione Lavorativa: la turnazione e l'orario lavorativo possono favorire l'insorgenza della sindrome; questo avviene pi  frequentemente nel personale infermieristico, essendo pi  soggetto ad un dispendio di energie psicofisiche, rispetto al personale medico.
- Anzianit  Professionale: alcuni autori hanno trovato una relazione positiva tra la sindrome e l'anzianit  professionale, altri hanno evidenziato una relazione inversa, individuando nei soggetti con pi  anni lavorativi un minor livello di associazione con la sindrome.
- Sovraccarico Lavorativo:   sicura invece la relazione tra *burnout* e sovraccarico lavorativo nei professionisti assistenziali, in quanto questo fattore produrrebbe una diminuzione, sia qualitativa che quantitativa delle prestazioni offerte da questi lavoratori. Tuttavia non sembra esistere una chiara relazione tra il numero di ore di contatto con i pazienti e l'apparizione del *burnout*, sebbene sia riferita da altri Autori (Demerouti et al, 2001).

Anche il salario   stato invocato come un altro fattore che determinerebbe lo sviluppo del *burnout* in questi professionisti, anche se non vi   nulla di chiaro in letteratura.

Nello studio delle possibili cause del *burnout*   fondamentale includere l'analisi del contesto organizzativo nel quale l'individuo opera. La struttura ed il funzionamento di questo contesto sociale plasmano il modo in cui le persone interagiscono tra loro ed il modo in cui eseguono il loro lavoro.

Quando l'ambiente lavorativo non riconosce l'aspetto umano del lavoro, il rischio di *burnout* cresce, portando con sé un alto prezzo da pagare.

Nella natura del lavoro stanno avvenendo cambiamenti dirompenti dovuti alla competizione globale, all'innovazione tecnologica, ai sistemi di controllo più serrati ed a una retribuzione inadeguata. Il contesto organizzativo è continuamente modellato da forze sociali, culturali ed economiche potenzialmente rischiose (Edelwich e Brodsky, 1980). Di conseguenza, le organizzazioni sono messe a dura prova, forzate ad aumentare la produttività, a riprogettare le gestioni ed a resistere allo sfruttamento opportunistico da parte di altre persone. Le tensioni derivanti da grandi cambiamenti sociali finiscono spesso col danneggiare le persone, i lavoratori interiorizzano tali mutamenti e li trasformano in stress fisico e psicologico. Così, la tensione si espande, partendo da un contesto politico ed economico, passando attraverso le politiche regionali, l'organizzazione locale e, infine, riversandosi sui singoli individui.

La realtà è che, nonostante sia l'individuo a fare esperienza di *burnout*, la causa principale è rappresentata dalla discrepanza tra persona e situazione lavorativa. Le nuove proposte teoriche nell'ambito della Psicologia del Lavoro cercano di formulare una più complessa concettualizzazione della persona all'interno del contesto lavorativo (Farber, 1983).

Maslach e Leiter (Farber, 2000) hanno elaborato un nuovo modello interpretativo che si focalizza principalmente sul grado di adattamento\disadattamento tra persona e lavoro. Secondo questi autori la sindrome del *burnout* ha maggiori probabilità di svilupparsi quando è presente una forte discordanza tra la persona e la situazione lavorativa.

Queste discrepanze sono da considerarsi come i più importanti antecedenti del *burnout* e sono sperimentabili in sei ambiti della vita organizzativa:

- 1. carico di lavoro**
- 2. controllo**
- 3. ricompense**
- 4. senso comunitario**

5. equità

6. valori.

Maslach e Leiter hanno ridefinito il *burnout* come una erosione dell'impegno nel lavoro. Quest'ultimo, secondo gli autori, sarebbe caratterizzato da tre fattori (energia, coinvolgimento ed efficacia) che rappresentano i poli opposti delle dimensioni del *burnout*: impegno e *burnout* non sono altro che le due estremità opposte di un continuum.

I fattori epidemiologici che sono alla base della sindrome di *burnout* sono riassunti nel seguente schema che prende in considerazione:

- Età
- Sesso
- Stato civile
- Turnazione
- Ruolo lavorativo
- Sovraccarico lavorativo
- Anzianità professionale

EPIDEMIOLOGIA del BURNOUT

- **Età:**
sembrano più colpiti gli operatori all'inizio della propria attività e quindi i più giovani
- **Sesso:**
più soggette le donne verosimilmente per il doppio carico lavorativo (professionale e familiare)
- **Stato civile:**
più soggetti i single e tra i coniugati chi non ha figli
- **Turnazione:**
incide in maniera rilevante soprattutto se non vengono rispettati i dovuti riposi
- **Ruolo lavorativo:**
i più predisposti sono gli infermieri rispetto ai medici causa del maggior dispendio di energie psicofisiche e della pressione a cui vengono sottoposti dai superiori
- **Anzianità professionale:**
interpretazione non univoca; secondo alcuni i più esposti sono gli operatori con più anzianità di servizio; l'opposto secondo altri
- **Sovraccarico lavorativo:**
ha una relazione diretta con l'insorgenza del burnout

Oggi il *burnout* rappresenta un rischio elevato per ogni contesto organizzativo: i costi economici, la produttività ridotta, i problemi di salute ed il generale declino della qualità della

vita personale o lavorativa (tutte possibili conseguenze di questa sindrome) sono un prezzo alto da pagare (Favretto, Comucci, Tajoli, 1988).

Il modo migliore per prevenire il *burnout* è sicuramente puntare sul miglioramento delle condizioni di lavoro e il modo migliore per farlo è quello di prendere delle misure per ridurre le sei possibili discrepanze che si verificano tra le persone e il lavoro. Le sei aree di vita organizzativa nelle quali emergono queste discordanze rappresentano il contesto immediato nel quale i lavoratori si vengono a trovare, ed, all'interno di ciascuna area si trovano i punti di partenza del cammino che dal *burnout* porta all'impegno. Ogni area infatti, contiene i fattori di rischio che da un lato, possono causare i problemi relativi al *burnout*, dall'altro offrire le soluzioni per un buon adattamento ed un valido impegno (Rossati, Magro, 1999).

Le categorie professionali più colpite da questa sindrome sono gli insegnanti (49.8%), seguite dagli impiegati a contatto con il pubblico (37.6%), gli operatori sanitari (28.3%), e per ultimo i lavoratori manuali (16.9%), come illustrato nel grafico seguente:

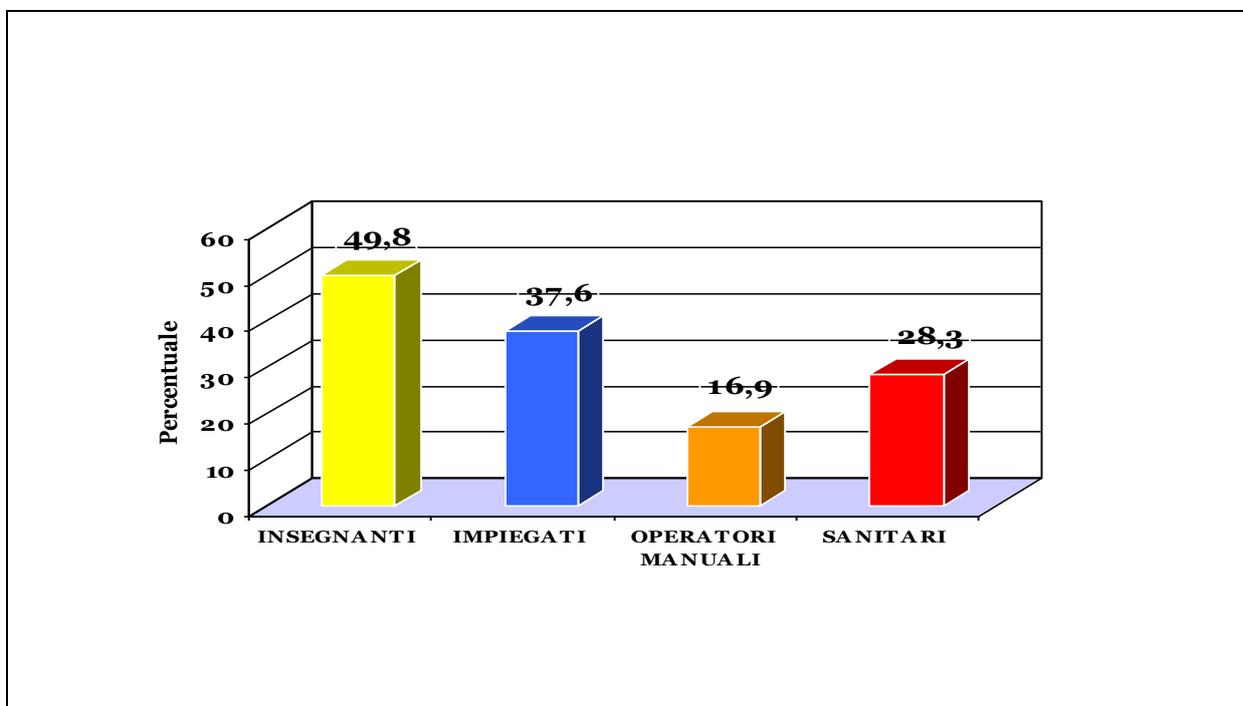


Grafico 1 - La sindrome delle burnout nelle helping professions

1.2.2 Sintomi

Tra le variabili correlate alla sindrome del *burnout* la letteratura scientifica riconosce la fatica fisica, il ruolo di sostegno, la relazione con le persone gravemente malate, la gestione pratica del lavoro e la burocratizzazione del lavoro.

I sintomi associati alla sindrome sono complessi e possono riguardare tre ambiti diversi:

- la sfera psichica, relativa al pensiero e alle emozioni
- il comportamento
- la sfera psicosomatica.

I sintomi psichici:

A livello cognitivo-emotivo l'operatore in *burnout* sperimenta una vera e propria disaffezione al proprio lavoro, caratterizzata da delusione, insofferenza, intolleranza, cinismo, indifferenza, ma anche da sensi di colpa, sensazione di fallimento, tendenza ad ingigantire gli eventi negativi.

- Crollo delle energie psichiche: l'operatore fa sempre più fatica a recarsi al lavoro la mattina, è apatico e demoralizzato, non riesce a concentrarsi come dovrebbe, è irritabile, costantemente preoccupato, sviluppa paure immotivate e sensi di colpa, si sente un fallito.
- Crollo della motivazione: il rapporto con l'utenza perde la sua caratterizzazione di relazione d'aiuto e si trasforma in una mera relazione "tecnica" di servizio. Ciò comporta la perdita di sentimenti positivi verso l'utenza e la professione, la perdita di entusiasmo e l'assunzione di un modello lavorativo standardizzato e rigido. Il distacco emotivo sperimentato dall'operatore conduce alla perdita della sua capacità empatica e, in alcuni casi, al rifiuto (anche fisico) degli utenti o dei colleghi.
- Caduta dell'autostima: l'operatore non si sente realizzato sul lavoro e tende a svalutarsi sia sul piano professionale, sia, gradualmente, su quello personale. Tutti i compiti lavorativi gli

appaiono troppo difficili, insostenibili. Egli perde la fiducia nelle proprie capacità e sente di non essere all'altezza delle situazioni.

- Perdita di controllo: si manifesta anche con il “portarsi il lavoro a casa”. L'operatore non riesce più a circoscrivere lo spazio o l'importanza del lavoro nella propria vita. Il malessere percepito pervade anche la sfera privata.

I sintomi comportamentali

Lo sviluppo della sindrome di *burnout* può stimolare comportamenti che costituiscono un rischio per la salute.

- Comportamenti che testimoniano un forte disimpegno sul lavoro: aumenta l'assenteismo, il lavoratore cerca continuamente scuse per uscire o svolgere attività che non richiedano interazioni con utenti e colleghi, presenza alle riunioni strettamente necessarie senza interagire.

- Reazioni comportamentali con finalità autodistruttiva: il *burnout* può spingere l'operatore ad un forte tabagismo e/o all'assunzione di alcool, psicofarmaci, stupefacenti; può verificarsi inoltre un aumento della propensione agli incidenti.

- Comportamenti eterodistruttivi: il soggetto è propenso a compiere atti violenti e crudeli verso gli utenti come sedazione, allontanamento fisico, aggressività verbale, manifestazioni di indifferenza, ma anche a manifestare reazioni emotive impulsive e violente verso i colleghi.

I sintomi fisici

Il *burnout* provoca o, più spesso, aggrava alcuni disturbi di tipo psicosomatico. Proprio il termine “psicosomatico” può spesso indurre a percepire questi disturbi come “non veri”, per la difficoltà di identificare un rapporto causa-effetto tra stress e malattia: in realtà i sintomi psicosomatici non vanno sottovalutati.

Tra questi i più frequenti sembrano essere:

- disturbi gastrointestinali (gastrite, colite, stitichezza, diarrea);
- disfunzioni a carico del Sistema Nervoso Centrale (emicrania, cefalea, astenia);
- disturbi sessuali (frigidità, impotenza, calo del desiderio);
- malattie della pelle (acne, dermatite, eczema, afte);
- sensazioni di soffocamento e prurito prevalentemente diffuso;
- disturbi del sonno (difficoltà di addormentamento, risvegli frequenti o precoci) e insonnia;
- disturbi dell'appetito;
- dolori articolari, reazioni cardio – vascolari (es. tachicardia);
- diminuzione delle difese immunitarie.

Esistono due modelli principali di interpretazione della sintomatologia del *burnout*: il modello di Maslach ed il modello di Cherniss. Inoltre, abbiamo un modello basato sulla competenza/efficacia.

Il modello di Maslach

Maslach, già in un contributo del 1976, parla di *burnout* come di una «*forma di stress interpersonale che comporta il distacco dall'utente*» causato dalla continua tensione emotiva del contatto con persone che portano una richiesta di aiuto. Pur precisando che il *burnout* non colpisce soltanto i soggetti impegnati in specifiche professioni socio-sanitarie, ma tutti coloro che lavorano a stretto contatto con persone per lunghi periodi di tempo, ne sottolinea, tuttavia, la specificità per tutte le professioni d'aiuto. La sua rielaborazione costituisce l'approccio che oggi sembra influenzare maggiormente i ricercatori. Successivamente la definizione viene trasformata operazionalmente e ricondotta ad un processo multifattoriale costituito da tre dimensioni tra loro relativamente indipendenti :

1. L'esaurimento emotivo

L'esaurimento emotivo è la sensazione di essere in continua tensione, emotivamente inariditi dal rapporto con gli altri. È dovuto alla percezione delle richieste come eccessive rispetto alle

risorse disponibili. L'operatore si sente come svuotato delle risorse emotive e personali, maturando l'impressione di non avere più nulla da offrire a livello psicologico. L'esaurimento emotivo è, quindi, la sensazione di aver oltrepassato i propri limiti sia fisici sia emotivi, sentendosi incapaci di rilassarsi e recuperare ed ormai privi dell'energia per affrontare nuovi progetti o persone. L'esaurimento emotivo è la caratteristica centrale del *burnout* e la manifestazione più ovvia di questa complessa sindrome.

Quest'aspetto riflette la dimensione di "stress" del *burnout*, coglie gli aspetti critici della relazione che le persone hanno con il proprio lavoro.

L'esaurimento non è semplicemente un vissuto, piuttosto spinge ad allontanarsi dal punto di vista emotivo e cognitivo dalla professione, presumibilmente una reazione per far fronte al carico di lavoro.

2. La depersonalizzazione

La depersonalizzazione è la risposta negativa nei confronti delle persone che ricevono la prestazione professionale; costituisce un modo per porre una distanza tra sé ed i destinatari del servizio, ignorando attivamente le qualità che li rendono unici. Le richieste di queste persone sono maggiormente gestibili quando queste ultime vengono considerate oggetti impersonali. In questa condizione l'operatore cerca di evitare il coinvolgimento emotivo con un atteggiamento burocratico e distaccato, e con comportamenti di rifiuto o palese indifferenza verso l'utente. Questi atteggiamenti negativi di distacco, cinismo, freddezza ed ostilità costituiscono il tentativo di proteggere se stessi dall'esaurimento e dalla delusione, riducendo al minimo il proprio coinvolgimento nel lavoro. Una frequente conseguenza della depersonalizzazione è la percezione del senso di colpa da parte dell'operatore.

3. La ridotta realizzazione personale

La ridotta realizzazione personale è la sensazione che nel lavoro a contatto con gli altri la propria competenza e il proprio desiderio di successo stiano venendo meno. L'operatore si percepisce come inadeguato e incompetente sul lavoro e perde la fiducia nelle proprie

capacità di realizzare qualcosa di valido. La motivazione al successo cala drasticamente, l'autostima diminuisce e possono emergere sintomi di depressione. In questa condizione è possibile che il soggetto si rivolga alla psicoterapia oppure decida di cambiare lavoro. Questo aspetto ha una relazione complessa con gli altri due: sembra sia funzione di entrambi, oppure una combinazione dei due. Una situazione lavorativa caratterizzata da richieste croniche ed opprimenti che contribuiscono all'esaurimento e al "cinismo" è probabile possa erodere il senso di efficacia dell'individuo. Esaurimento e depersonalizzazione interferiscono con l'efficacia: è difficile raggiungere un senso di realizzazione quando ci si sente esauriti o si aiuta persone verso le quali si prova indifferenza. Comunque, in altri contesti lavorativi, l'inefficacia sembra svilupparsi parallelamente con gli altri due aspetti del *burnout*, piuttosto che in maniera sequenziale (Heifetz e Bersani, 1983). La mancanza di efficacia sembra derivare più chiaramente da una mancanza di risorse, mentre l'esaurimento ed il cinismo emergono dalla presenza di sovraccarico lavorativo e conflitto sociale.

Le tre dimensioni sono valutabili con il "*Maslach Burnout Inventory*", un questionario di 22 items sviluppato da Maslach e Jackson nel 1981. Il questionario era in principio rivolto all'uso per le professioni di aiuto, ma in risposta all'interesse per il burnout da parte degli insegnanti, fu in seguito prodotta una versione per le professioni educative.

Negli anni Novanta il concetto di *burnout* fu esteso ad occupazioni al di là delle professioni d'aiuto e educative (ad es. tecnologia del computer, militare, manageriale).

Raffrontando il modello con gli studi precedenti sull'argomento, Maslach e collaboratori rilevano che la depersonalizzazione appare come la dimensione distintiva del *burnout*, ma anche la meno analizzata nelle ricerche sullo stress.

Nei vari studi sullo stress sono stati invece più ampiamente considerati gli aspetti dell'esaurimento emotivo e della realizzazione personale, analizzata soprattutto nei termini di autostima e *self-efficacy* (Iverson et al., 1998). Questo porta a concludere che ciò che rende il *burnout* una sindrome specifica, e distinta dallo stress, non sono tanto le sue cause e le

reazioni di tensione o insoddisfazione, quanto i sintomi legati ai rapporti interpersonali che si creano nelle relazioni d'aiuto, come il distacco dagli utenti o l'indifferenza. Secondo il modello di Maslach vanno di conseguenza considerate di primaria importanza le caratteristiche di questa relazione dal punto di vista sia quantitativo, come la frequenza, la durata, il numero degli utenti, sia qualitativo, come l'intimità e la distanza interpersonale, senza infine dimenticare le caratteristiche degli utenti (età, classe sociale e tipo di problematica). Maslach descrive così le caratteristiche dei soggetti più vulnerabili al *burnout*: deboli, remissivi, con serie difficoltà a tracciare i confini tra sé e gli utenti, incapaci di esercitare un controllo sulla situazione, rassegnati passivamente alle richieste del lavoro senza tentare di ridimensionarle.

I vari *stressor* della situazione lavorativa, come il sovraccarico o l'ambiguità di ruolo, possono interagire con queste caratteristiche personali portando allo sviluppo del *burnout*.

Più recentemente Folgheraiter introduce un quarto elemento descritto come *perdita della capacità del controllo*, vale a dire smarrimento di quel senso critico che consente di attribuire all'esperienza lavorativa la giusta dimensione (Iwanicki e Schwab, 1981). La professione finisce per assumere un'importanza smisurata nell'ambito della vita di relazione e l'individuo non riesce a "staccare" mentalmente tendendo a lasciarsi andare anche a reazioni emotive, impulsive e violente.

Un altro modello recentemente elaborato ordina le cause oggettive del *burnout* in sei classi, rispettivamente relative a: carico di lavoro, autonomia decisionale, gratificazioni, senso di appartenenza, equità, valori (Kobasa, 1979).

Nel medesimo lavoro l'autrice perviene alla conclusione che il *burnout* è dovuto principalmente ai fattori oggettivi dello stress professionale, relegando a secondo piano le cause soggettive.

Il modello di Cherniss

Cherniss definisce il *burnout* come una strategia di adattamento che ha ripercussioni negative sia per la persona sia per l'organizzazione. Si tratta di una modalità errata di adattamento allo stress lavorativo, messa in atto da operatori che non dispongono delle risorse appropriate per fronteggiarlo; è una sorta di "ritirata psicologica" dal lavoro, in risposta ad un eccessivo stress od insoddisfazione, per cui ciò che un tempo era sentito come "vocazione" diventa soltanto un lavoro (Lee e Ashfort, 1990).

Non si vive più per il lavoro, ma si lavora unicamente per vivere: vi è, quindi, una perdita di entusiasmo, interesse e senso di responsabilità per la propria professione (Lee e Ashfort, 1996). Questa incapacità a fronteggiare lo stress è determinata sia da elementi personali, sia da variabili riguardanti il lavoro in sé e la sua organizzazione.

Le possibili manifestazioni del *burnout* secondo Cherniss possono essere divise in quattro gruppi:

1. Sintomi Fisici:

Fatica e senso di stanchezza, frequenti mal di testa e disturbi gastrointestinali, raffreddori e influenze, cambiamenti delle abitudini alimentari, insonnia e uso di farmaci.

2. Sintomi Psicologici

Senso di colpa, negativismo, sensazioni di fallimento ed immobilismo, alterazioni dell'umore, irritabilità, scarsa fiducia in sé, scarse empatia e capacità d'ascolto.

3. Reazioni Comportamentali

Alta resistenza ad andare al lavoro, assenteismo e ritardi, tendenza ad evitare o rimandare i contatti con gli utenti, ricorso a procedure standardizzate.

4. Cambiamenti di atteggiamento con gli utenti

Chiusura difensiva ai contatti, cinismo, perdita di disponibilità all'ascolto, distacco emotivo, indifferenza, colpevolizzazione; utilizzo di misure del controllo del comportamento come

l'uso di tranquillanti; atteggiamenti sospettosi o paranoidi. Anche con i colleghi si sviluppano atteggiamenti di evitamento dei contatti e di risentimento.

Questi sintomi si configurano, secondo la definizione di Cherniss, come la «*risposta data ad una situazione di lavoro sentita come intollerabile*» (Leiter, 1988). Secondo questo autore il *burnout* è la reazione ad uno stato di tensione ed insoddisfazione che inizia a svilupparsi quando il soggetto crede che lo stress che sta provando non possa essere sgravato con una soluzione attiva dei problemi che deve fronteggiare. Il risultato di questa convinzione è il tentativo di fuggire psicologicamente dalla situazione e di allontanare ulteriori tensioni e disagi attraverso atteggiamenti di distacco e comportamenti di evitamento.

Quindi i segni e sintomi del *burnout* lavorativo possono dividersi in 3 gruppi (Leiter, 1993):

1. sintomi cognitivo- emotivi
2. sintomi comportamentali
3. sintomi fisici.

*I sintomi cognitivo-emotivi sono evidenti nello schema seguenti (Mannucci e Poggesi, 2000) :

SINTOMI COGNITIVO-EMOTIVI

- Svuotamento emotivo con sentimenti di apatia e di esaurimento delle risorse emozionali sul lavoro e fuori
- Perdita di entusiasmo, di interesse e di senso di responsabilità nello svolgimento del proprio lavoro
- Rigidità intellettuale, resistenza ai cambiamenti e utilizzo di un modello lavorativo rigido e standardizzato come difesa emotiva
- Sensi di colpa e disistima
- Sentimenti di impotenza e fallimento
- Scoraggiamento e indifferenza
- Depressione e ansia
- Preoccupazione per la propria salute

Nei confronti dei pz:

- Creazione di un modello stereotipato di paziente
- Distacco emotivo
- Malevolenza e cinismo
- Incapacità di concentrarsi e di ascoltare le richieste e i problemi

Nei confronti dei colleghi:

- Negativismo, atteggiamento critico
- Rabbia e risentimento
- Sospetto e paranoia

*I sintomi comportamentali si possono riassumere come nello schema seguente:

SINTOMI COMPORTAMENTALI

- Atteggiamento ostile e sgarbato nei confronti degli utenti
- Atteggiamento colpevolizzante nei confronti degli stessi
- Evitamento delle relazioni, delle visite, delle telefonate
- Impazienza
- Impulsività
- Irritabilità e aggressività
- Scarse relazioni con i colleghi
- Riduzione del rendimento lavorativo
- Difficoltà a recarsi al lavoro ogni giorno
- Ridotta partecipazione ad eventi formativi e di programmazione lavorativa
- Necessità di guardare l'orologio di frequente durante il lavoro
- Alto assenteismo
- Vera e propria fuga dal lavoro
- Abuso di sostanze (alcol, tabacco, caffè, farmaci)
- Conflitti in famiglia e con il partner
- Isolamento e ritiro sociale
- Predisposizione agli incidenti

* Infine, in sintomi fisici; sono riassunti nel seguente schema:

SINTOMI FISICI

- Senso di stanchezza e spossatezza per tutto il giorno
- Notevole stanchezza dopo il lavoro
- Tensione muscolare
- Malessere generale
- Disturbi del sonno
- Disturbi gastrointestinali
- Perdita o aumento di peso
- Cefalea ricorrente
- Frequenti raffreddori e sindromi influenzali
- Disfunzioni sessuali
- Aggravamento di malattie preesistenti:
emicrania, cardiopatie, connettiviti, diabete, malattie dermatologiche, allergie, asma, patologie psichiatriche ecc.)

Modelli basati sulla competenza/efficacia

Secondo il modello “competenza/efficacia” proposto da Harrison, il *burnout* dipende fondamentalmente dalla percezione della propria capacità di intervenire sull'ambiente, in situazioni che richiedano aiuto, e dai risultati positivi del proprio operato sugli utenti (Martin

et al., 1998). Se l'individuo ritiene di non poter agire in modo efficace, la sua motivazione diminuisce fino ad annullarsi e si rischia di incorrere nel *burnout*. Gli elementi che secondo Harrison influiscono sul senso di efficacia, e di conseguenza sul *burnout*, sono sia interni sia esterni. Per i fattori interni hanno particolare importanza le aspettative del soggetto, la sua percezione di competenza, di potere e di controllo; per gli elementi esterni sono fondamentali gli elementi relativi all'organizzazione, come l'adeguatezza delle risorse e la divisione dei ruoli, la presenza di feedback sui risultati ed i problemi degli utenti. Questi aspetti possono contribuire in senso positivo alla sensazione di competenza e quindi essere considerati "fattori d'aiuto" oppure opporsi a questa sensazione e rappresentare "barriere all'aiuto". Il *burnout* sembra quindi dipendere sostanzialmente dalle aspettative del soggetto e dall'esperienza che sta attualmente sperimentando (Maslach e Jackson, 1978).

Questo modello si rivela utile per spiegare il manifestarsi del *burnout* in quei soggetti che si pongono obiettivi ed aspettative particolarmente elevati, perché date queste premesse è più difficile sentirsi veramente efficaci nell'intervento. Secondo Harrison il senso di competenza si sviluppa solo se l'operatore riesce a collegare i risultati raggiunti con gli utenti alle proprie azioni di aiuto. Un'importanza particolare è quindi rivestita dalle abilità del soggetto ad individuare correttamente i bisogni dell'utente, ed a cogliere i feedback provenienti dal suo operato. Se i soggetti mantengono alta la percezione di competenza, ritenendo di avere provocato cambiamenti positivi negli utenti con la loro azione, vi sarà minor pericolo di *burnout*.

L'importanza del senso di efficacia è messa in evidenza anche da Heifetz e Bersani. Secondo questi autori, tutti gli individui sono intrinsecamente dotati di una "motivazione all'efficacia", che è evidente in coloro che scelgono una professione d'aiuto (Maslach e Jackson, 1979). Se questo senso di efficacia porta alla capacità dell'operatore di affrontare in modo adeguato i bisogni degli utenti, si ottengono due obiettivi fondamentali: quello di portare benessere agli utenti e quello di poter crescere personalmente e realizzarsi nel lavoro. Quando si verifica una

rottura in un punto qualsiasi di questo processo può verificarsi il *burnout*, i cui sintomi non dipendono tanto dalla natura di questa interruzione quanto dalle caratteristiche individuali del soggetto ed in particolare dalle sue abilità di coping. Per questo è necessaria la presenza di adeguati feedback, affinché il soggetto possa riconoscere gli aspetti che lo ostacolano e abbia la capacità di modificarli. Il raggiungimento anche solo di mete parziali può portare un senso di soddisfazione lavorativa importante per la propria efficacia, quindi per prevenire l'insorgere del *burnout*.

1.2.3 Le fasi evolutive del Burnout:

La sindrome di *burnout* potrebbe evolvere in 4 fasi (Maslach e Jackson, 1985):

1. Entusiasmo idealistico con aspettative elevate.
2. Pessimismo con insoddisfazione lavorativa.
3. Isolamento
4. Distacco irreversibile.

Cerchiamo di analizzare le caratteristiche di ogni fase evolutiva:

1. Entusiasmo Idealistico

Fase di grandi aspirazioni ed aspettative non aderenti alla realtà, senso di onnipotenza, idee poco realistiche di:

- facili soluzioni dei problemi;
- successo professionale immediato;
- apprezzamento costante della propria professionalità da parte dei pazienti, dei colleghi e dei superiori;
- aspettative entusiastiche riguardo alla struttura dove si opera ed alle istituzioni;
- aspettative di formazione permanente;
- investimento eccessivo delle proprie forze nell'ambito lavorativo.

2. Pessimismo o Stagnazione:

L'operatore sottoposto a carichi di lavoro e di stress eccessivi si rende conto di come le sue aspettative non coincidano con la realtà lavorativa; l'entusiasmo, l'interesse ed il senso di gratificazione legati alla professione iniziano a diminuire:

- il superlavoro diventa meno giustificabile e sopportabile;
- emergono rimpianti per aver trascurato la vita privata a causa del lavoro;
- si prende coscienza di un salario non più adeguato al proprio onere lavorativo;
- in questa fase c'è il passaggio da un iperinvestimento ad un disinvestimento lavorativo;
- c'è il rischio inoltre di cambiare posto di lavoro nell'illusione di poter ancora realizzare le proprie aspirazioni per ritrovarsi poi in una situazione identica alla precedente.

3. Isolamento e Frustrazione:

In questa fase l'operatore avverte sentimenti di inutilità, di inadeguatezza, di insoddisfazione che riguardano:

- il rapporto operatore-paziente, operatore-comunità, operatore-istituzioni ed i rapporti con i colleghi;
- la propria professionalità ;
- l'immagine sociale dell'operatore sanitario;
- la scarsa sensibilità ed ostilità della comunità;

Si sente inoltre sfruttato, sovraccarico di lavoro e poco apprezzato:

- può fuggire dall'ambiente lavorativo;
- può essere aggressivo con se stesso o con gli altri.

4. Distacco Irreversibile:

- è la fase della "morte professionale": vengono meno gli ideali, il potenziale personale, la realizzazione sul lavoro, l'autostima;

- è un tentativo di difesa dalla frustrazione che passa attraverso la rabbia, i tentativi di rimedio, il senso dell'inutilità degli sforzi, l'indifferenza e l'apatia finale.

Le ripercussioni del *burnout* sono diverse e molto importanti su vari livelli (Maslach e Jackson, 1986) :

- sull'individuo;
- sul gruppo di lavoro;
- sulla qualità della prestazione sanitaria;
- sul paziente;
- sull'intera organizzazione sanitaria;
- sul sistema familiare e sulla rete sociale.

1.2.4 Le cause

I fattori di rischio che possono provocare il *burnout* sono riconducibili a tre categorie di variabili, spesso tra loro correlate: socio-culturali, organizzative e individuali.

Variabili socio-culturali

Si definiscono variabili socio-culturali tutti quei fattori che hanno un'origine mediata o immediata nell'organizzazione sociale collettiva, nella sua storia politica e culturale, suscettibili di determinare, a danno dei lavoratori, delle situazioni a rischio di stress e *burnout*.

Infatti in Italia, negli anni Settanta si sono affermati a livello culturale istanze sociali e sindacali, concetti quali programmazione decentrata, partecipazione alla gestione, integrazione dei servizi e prevenzione, creando molte aspettative anche negli operatori del settore. Questi concetti sono stati recepiti solo in parte dalla legislazione specifica a causa delle congiunture attraversate dall'economia del Paese da quegli anni ai nostri giorni e dei diversi approcci politico culturali dei governi che si sono succeduti relativamente alle priorità e alla gestione della sanità pubblica. Pertanto quelle aspettative non hanno avuto una risposta

nei termini attesi e la stessa percezione collettiva dell'immagine dei servizi ne è risultata penalizzata. Tutto

ciò ha avuto una ripercussione sulle condizioni di lavoro di molti operatori socio-sanitari le quali, invece di migliorare come desiderato, sono divenute più austere e meno gratificanti, sia sul piano retributivo e delle opportunità formative e di avanzamento che su quello dell'immagine professionale determinando oggettive situazioni di disagio psicofisico.

Al momento attuale ci sono due aspetti che giustificano ampiamente la componente di delusione presente nei soggetti coinvolti: la forte tendenza alla riduzione delle spese per sanità, assistenza ed educazione e i tagli alle sovvenzioni. Inoltre anche la percezione collettiva dei servizi sociali è cambiata: oggi molti utenti hanno scarsa fiducia in tali servizi e nei lavoratori coinvolti e ciò incide fortemente sull'autostima e sull'immagine di sé di questi ultimi.

In questa analisi socio-culturale non possono essere escluse altre variabili quali la diffusione di modelli socio-culturali e comportamentali orientati in misura maggiore rispetto al passato a forme di consumismo edonistico, la fragilità del tessuto socio-demografico del paese (famiglie ristrette e spesso "disperse" sul territorio, basso numero di figli, alto numero di separazioni e divorzi, allungamento della vita media e ridotto tasso di natalità, ecc.). Tutti questi fattori hanno contribuito, negli ultimi anni, ad un considerevole aumento del disagio psicosociale generale.

Variabili organizzative

Oltre alle ben conosciute condizioni ambientali sfavorevoli (rumore, illuminazione inadeguata, temperature eccessive, ecc.), agli orari lunghi e stressanti, allo scarso controllo sui tempi e ritmi di lavoro, alla insoddisfazione per la retribuzione e per le limitate prospettive di carriera, esistono altre variabili connesse all'organizzazione dei rapporti nell'ambito della struttura che sono meno conosciute, ma parimenti stressanti. Tra queste:

- scarsa o difficile comunicazione con i colleghi e con i superiori;
- bassi livelli di sostegno nella risoluzione di problemi e nello sviluppo personale;
- insufficiente chiarimento e definizione degli obiettivi organizzativi;
- prestazioni lavorative con una forte componente routinaria;
- *leadership* gestita autoritariamente e con poca disponibilità a far partecipare al processo decisionale;
- ambiguità di ruolo (la mancata consapevolezza da parte del lavoratore di quali siano i propri compiti e le proprie competenze);
- conflitti fra un ruolo ed un altro, o contraddittorietà all'interno dello stesso ruolo;
- responsabilizzazione personale sproporzionata al ruolo o all'autonomia.

A tali situazioni, che possono riscontrarsi in diversi settori lavorativi, per gli operatori socio-sanitari si aggiunge l'elevato costo emotivo insito nella loro professione determinato dal dover trattare situazioni oggettivamente gravi e penose.

Quando questi problemi, costantemente presenti nella relazione terapeutica, non vengono attentamente presi in considerazione nella fase di assetto organizzativo della struttura e della pianificazione delle risorse, possono alimentare nell'operatore disagio e sofferenza psicologica che possono manifestarsi a diversi livelli (comparsa di conflitti nel rapporto operatore- paziente, acuirsi di tensioni e contrasti nel gruppo degli operatori, accentuazione dei sintomi e del malessere del paziente) e portare a quei meccanismi di “distacco emozionale” e di “evitamento” caratteristici del *burnout*. In sintesi, se non viene data adeguata rilevanza alla gestione delle risorse umane è facilmente comprensibile come le variabili organizzative possano avere un peso rilevante sulle condizioni di benessere dei lavoratori che vi operano.

Variabili individuali

Esiste un generale consenso sul fatto che i soggetti più a rischio di *burnout* siano “empatici, sensibili, umanitari, impegnati, idealisti e “people-oriented”, ma anche ansiosi, introversi,

ossessivi, altamente entusiastici e suscettibili a identificarsi fortemente con l'altro" (Farber,1983). Anche se entusiasmo e ideali sono più intensi all'inizio della carriera, per chi sceglie questo tipo di professioni, la persona e il suo benessere rivestono un'importanza di tipo esistenziale e questo fatto diventa l'elemento fondamentale per definire la relazione

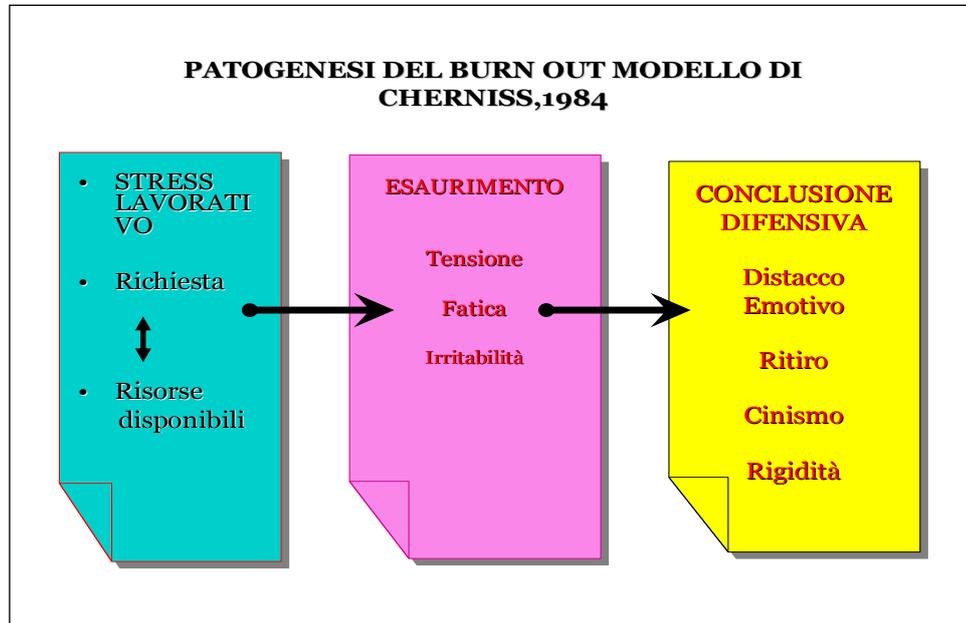
tra operatore e utente. Il miglioramento delle condizioni "dell'altro" è il nucleo portante di queste professioni: la variabile individuale è come viene vissuta questa relazione soprattutto quando l'identità individuale tende largamente a sovrapporsi a quella professionale. Questo processo porta inconsapevolmente l'operatore ad identificarsi con il paziente e la sua sofferenza anche a scapito della propria identità professionale. Infine, anche problemi emotivi non risolti,

non necessariamente legati alla sfera professionale, possono interagire in modo sinergico con essa.

Inoltre, ci sono delle caratteristiche comportamentali e dei tratti personali predisponenti, che si possono riassumere in:

- tendenza ad identificarsi con il paziente;
- abnegazione al lavoro;
- lavoro quale sostituto della vita sociale;
- concetto di sé come indispensabile;
- elevatissime aspirazioni professionali;
- tendenza ad attribuire a "se stessi" il merito o il demerito degli accadimenti;
- stile di vita iperattivo e competitivo;
- scarsa capacità di adattamento;
- personalità autoritaria.

Lo schema che segue rappresenta la patogenesi del *burnout* secondo Chernis (Gabassi e Mazzon, 1995).



CAPITOLO 2

2.1 LA PREVENZIONE

Un programma mirato a prevenire lo stress da lavoro deve iniziare con la rilevazione della effettiva incidenza (diffusione) del fenomeno, dei suoi effetti nel breve, nel medio e lungo termine, e dei suoi costi nei tre livelli, quello delle persone interessate, quello della struttura di lavoro e quello dell'intera collettività nazionale. Alla base della prevenzione deve esserci quindi una corretta conoscenza. Le singole strutture, pertanto, dovrebbero svolgere con cadenza

programmata delle indagini al loro interno per rilevare e analizzare il fenomeno secondo standard condivisi, al fine di adottare degli idonei provvedimenti per la salute degli operatori, e rendere pubblici i risultati (opportunamente organizzati) onde stimolarne lo studio e

facilitare la ricerca di soluzioni. Attualmente le informazioni disponibili sul fenomeno dello stress lavorativo non sono esigue, ma andrebbero organizzate e divulgate tempestivamente, creando ad esempio una rete di comunicazione visibile, centri di documentazione, servizi telefonici di assistenza e di informazione. La prevenzione dello stress si realizza, per molti casi, anche apportando semplici cambiamenti privi di costo, o a costo contenuto, agli assetti organizzativi e/o al contenuto del lavoro. Ad esempio, hanno valenza di prevenzione per l'operatore le innovazioni partecipative tendenti a:

1. aumentare la sua partecipazione nelle decisioni in merito all'organizzazione del lavoro al quale è adibito;
2. assicurarsi che i compiti a lui affidati siano compatibili con le sue motivazioni e le sue effettive capacità;

3. chiarire, ove possibile, gli obiettivi perseguiti dalla struttura e/o dall'organizzazione e i valori cui essi sono rivolti;

4. esplicitare agli operatori il ruolo di ciascuno di essi sottolineandone il rilievo nell'intero processo grazie anche alle motivazioni individuali.

È intuitivo che la realizzazione di quanto indicato non solo inciderebbe positivamente sull'efficacia delle prestazioni, ma, conferendo un implicito apprezzamento preventivo all'attività svolta dall'operatore, renderebbe l'attività stessa per lui stimolante e gratificante.

La prevenzione del *burnout* è un diritto del singolo lavoratore e un interesse della collettività, entrambi tutelati costituzionalmente. Ne consegue la necessità di un piano di prevenzione centrato sulla cooperazione tra Stato, Organizzazioni socio-sanitarie e rappresentanti degli operatori. La sindrome e le sue conseguenze sul piano umano ed economico, possono essere arginate con un programma integrato di misure relative sia al momento che precede l'ingresso nel mondo del lavoro, sia ai momenti di esercizio della professione. Nel nostro paese gli operatori non ricevono una formazione adeguata per fronteggiare i problemi che sempre si presentano nel corso dell'attività di aiuto. Qualità come la capacità di interagire correttamente con gli utenti, di ascoltare attivamente e di sviluppare un certo grado di empatia, dovrebbero essere adeguatamente affrontate nel percorso formativo degli operatori sanitari. Gli stessi percorsi di studi dovrebbero prevedere spazi dedicati alla conoscenza di se stessi e delle proprie aspettative, alla consapevolezza delle proprie reazioni, al miglioramento della comunicazione, allo sviluppo di abilità relazionali e alla prevenzione dello stress. È quindi evidente che l'intervento professionale degli operatori della salute debba essere caratterizzato anche in termini di competenza comunicativa: l'organizzazione del piano di studi delle scuole di formazione e delle università dovrebbe condurre alla realizzazione di una comunicazione adeguata con il paziente. L'acquisizione e l'affinamento di abilità specificamente connesse alle relazioni con gli utenti e i loro familiari diventerebbe una risorsa utilizzabile anche nelle relazioni tra colleghi nonché in generale nella struttura in cui si opera

per affrontare quotidianamente i problemi connessi a tutte quelle situazioni in cui le comunicazioni si configurano come inadeguate o disturbate sul piano quantitativo e qualitativo. Un secondo momento nel quale intervenire tempestivamente è l'ambito della selezione del personale: è in questa importantissima fase, infatti, che vanno individuati coloro che più di altri sarebbero propensi a sviluppare la sindrome. Ci sono infatti alcuni tratti di personalità, come ad esempio la tendenza all'ansia, che facilmente possono condurre, in una situazione complessa come quella in esame, allo svilupparsi del *burnout*. Per i soggetti a rischio è dunque consigliabile prevedere dei progetti mirati di formazione "preventiva". Un ulteriore momento da programmare in un'ottica prevenzionistica è la formazione permanente destinata agli operatori nel corso dell'attività lavorativa: sono da privilegiare aggiornamenti periodici sulle nuove tecniche di aiuto, corsi per aumentare le competenze emotive, la consapevolezza e l'autocontrollo, momenti di riqualificazione e di specializzazione. Sarebbe auspicabile, inoltre, fissare delle riunioni periodiche per avere chiarimenti e feed-back tra operatori di una stessa unità e tra operatori di unità diverse. Utili anche i gruppi di auto-aiuto e la supervisione costante di un medico o di uno psicologo, meglio se esterno al servizio e dunque meno "coinvolto" emotivamente. Il continuo feed-back sulle attività, sia da parte degli utenti, che da parte della dirigenza, è uno strumento essenziale per non incorrere in errori gravi, avere un monitoraggio efficace sul proprio lavoro e sentirsi sostenuti e riconosciuti nell'espletamento del lavoro stesso.

Ogni intervento di prevenzione del *burnout* è implicitamente un intervento di promozione del benessere per l'operatore. Da qui la necessità di creare un ambiente di lavoro nel quale:

- gli obiettivi lavorativi siano sempre chiari e percepibili;
- il lavoro sia sottoposto a periodici controlli per valutare i risultati ottenuti;
- sia garantita la piena autonomia professionale ed il senso di controllo sul proprio lavoro.

Gli interventi preventivi e terapeutici del *burnout* si intersecano strettamente con gli interventi finalizzati alla formazione degli operatori (Pines et al., 2002). Cherniss dice: "*diventare*

consapevoli ed essere a conoscenza del problema, ed aiutare gli altri ad agire allo stesso modo, è il primo gradino che deve essere considerato nei propri tentativi di affrontare il burnout” (Russel et al., 1987).

Gli strategie di prevenzione del *burnout* sono in parte legate alla responsabilità del singolo operatore ed in parte legate ai doveri dell’organizzazione, quindi si parla di una prevenzione primaria che consiste nella selezione del personale, ed una prevenzione secondaria con tecniche specifiche e precisi compiti del direttore.

Il seguente schema riassume le dimensioni della prevenzione (Pini et al., 2000) :

LE DIMENSIONI DELLA PREVENZIONE			
Strategie di prevenzione del burn out	Responsabilità del singolo operatore		
	Doveri dell'organizzazione	Prevenzione Primaria	Selezione del personale
		Prevenzione secondaria	Tecniche specifiche
			Compiti del Direttore

Le responsabilità del singolo operatore si attua su diversi piani (Santinello e Furlotti, 1992):

A) responsabilità verso se stesso:

Conoscere i propri limiti ed i limiti del servizio:

- adeguare le proprie aspettative alla realtà,
- prendersi cura della propria salute fisica.

Controllare lo stress:

- stabilire obiettivi chiari e precisi per il controllo dello stress;

- programmare le strategie per raggiungere tali obiettivi;
- realizzare con gradualità ciò che si è programmato;
- verificare regolarmente obiettivi e strategie;
- gratificarsi per i risultati ottenuti nel controllare lo stress;
- programmare la propria crescita professionale e personale.

B) responsabilità verso gli utenti:

La parola chiave è professionalità. Più un operatore è professionale nei confronti degli utenti, maggiori sono le probabilità che non vada in *burnout* (Schaufeli e Enzmann, 1998).

La “professionalità” comprende, tra le altre cose: rispetto, cortesia, assenza di giudizi morali, concretezza, interventi il meno invasivi possibile, atteggiamento proattivo, assenza di coinvolgimento sentimentale.

C) responsabilità verso i colleghi:

Usare rispetto e cortesia e comunicare in modo completo ed efficace:

- ascoltare con attenzione;
- comunicazione non verbale;
- utilizzare esempi concreti;
- essere attenti al contenuto emozionale del linguaggio;
- mettere per scritto gli accordi raggiunti;
- dire solo ciò che può essere reso pubblico;
- usare il feedback in modo efficace;
- essere chiari;
- chiedere aiuto all’interlocutore se non si riesce a comunicare adeguatamente con lui;
- evitare se possibile, le relazioni sentimentali.

Poi abbiamo i *doveri dell'organizzazione* che possiamo dividere in: prevenzione primaria e prevenzione secondaria (Sirigatti, 1995).

2.1.1 Prevenzione primaria

Consiste nell'individuare gli operatori "a rischio" di *burnout* in ambito di selezione del personale. Una volta individuati tali operatori tra i candidati, i responsabili della selezione possono:

- a) escludere i candidati
- b) selezionare i candidati e costituire un progetto individuale di prevenzione per ciascun operatore a rischio.

Lederberg ha ipotizzato **5 criteri generali** per la scelta dei lavoratori (Rossati e Magro, 1999):

1. presenza di competenze cognitive e psicologiche di base;
2. presenza competenze tecniche di base;
3. presenza di buone competenze comunicative e relazionali;
4. presenza di capacità di adattamento e di gestione dello stress;
5. presenza di un buon sistema di supporto sociale.

2.1.2 Prevenzione secondaria

Consiste in :

1. Tecniche specifiche di prevenzione.
2. Compiti specifici del direttore.

Le tecniche specifiche di prevenzione secondaria secondo Mosher e Burti (Sirigatti e Stefanile, 1988) sono:

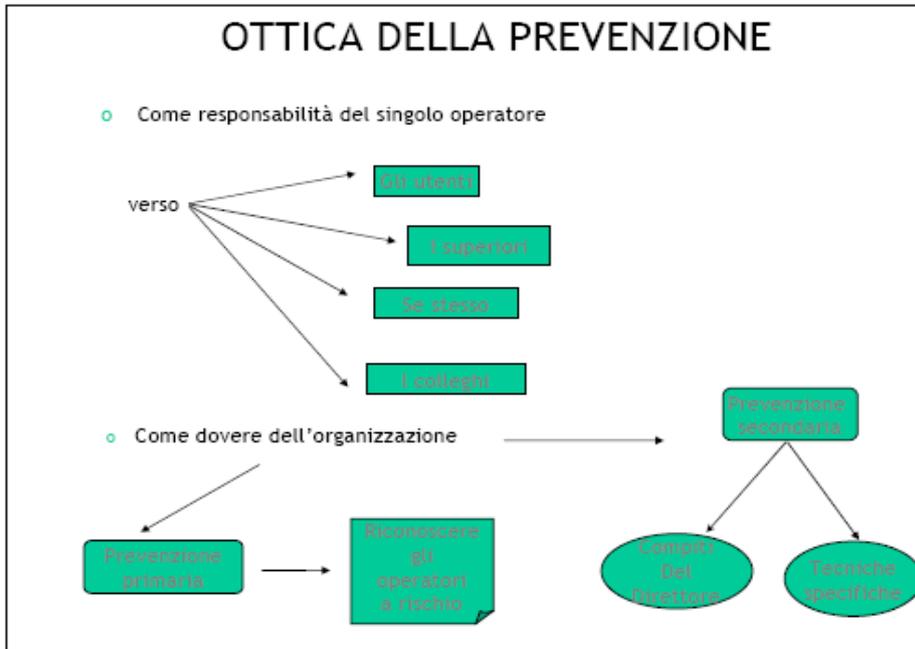
- Esercizi didattici mirati: l'equipe segue degli esercizi didattici centrati su argomenti specifici nell'ambito dei quali lo specialista può trasmettere nuove conoscenze e tecniche finalizzate a ridurre lo stress professionale.
- Gruppo per la soluzione dei problemi (staff): lo staff si riunisce in gruppi ed affronta i problemi sorti tra gli operatori. Vengono considerati questi incontri come una forma di "terapia" dove gli operatori si possono chiarire e confrontare.
- Discussione dei casi problematici con un consulente: periodicamente l'equipe si riunisce per discutere i casi più difficili e complessi. L'obiettivo è quello di far emergere un "consenso di gruppo".
- Apprendimento di nuove tecniche: l'apprendimento di nuove tecniche educative può avvenire in occasione di esercizi didattici mirati durante una discussione o supervisione di un caso clinico. L'importante è mettere in atto le nuove tecniche scoperte.
- Supervisione: lo scopo è quello di monitorare le condizioni psichiche degli operatori.
- Feste: assicurano la coesione, la fiducia ed il rispetto reciproco all'interno dell'equipe.
- Amicizie: i rapporti di amicizia al di fuori del "setting" rappresentano un altro metodo di prevenzione del burnout.

I compiti specifici del Direttore secondo Bernestein e Halaszyn (Sirigatti e Stefanile, 1988) sono:

- essere accessibili;
- essere coerenti;
- chiarire gli obiettivi del servizio ed i poteri degli operatori;
- rispettare tutti, anche gli operatori, nelle decisioni;

- coinvolgere il più possibile gli operatori nelle decisioni;
- fornire un “ feedback” completo ed efficace; tale feedback deve essere: proattivo, limitarsi ad una situazione specifica, tenere da parte i sentimenti del direttore.

Schema che riassume l’ottica della prevenzione (Sirigatti e Stefanile, 1993):



Interventi di gruppo:

- Gruppo come risorsa di sostegno, confronto, discussione a livello pratico-organizzativo ma anche emotivo-emozionale (Sirigatti et al., 1988).
- Gruppo, che attraverso la discussione dei casi, sorregge ed orienta, funge da “contenitore” dei vissuti emotivi; la condivisione permette di smorzare l’intensità delle pressioni e delle ansie emotive, per portarle “fuori di sé” in modo da raggiungere un certo grado di distacco ed uno sguardo più obiettivo sulla situazione.

Reale dimensione di equipe:

- rispetto dell’altro;
- consapevolezza della soggettività e diversità dei vissuti emotivi;

- assenza del giudizio;
- essere sul lavoro come “ persona”, non solo come “ruolo”;
- onestà di espressione delle “vere“ emozioni provate.

Clima:

Come variabile importante, caratterizzata da:

- scambio reciproco;
- sostegno;
- assenza totale della dimensione giudicante.

Il gruppo favorisce lo scambio di contenuti diversi e la costruzione di un linguaggio comune

(Sirigatti et al., 1988). Ciò permette :

1. intervento omogeneo e non frammentario;
2. percezione di non essere soli;
3. condivisione di scelte.

Ci sono delle linee guida di base elaborate da Shelton e coll., (Statt, 1998) che possiamo riassumere in:

- tutti i tipi di informazione devono essere considerate nel giusto valore;
- le risorse di ciascun membro dello staff devono essere utilizzate in maniera adeguata;
- le decisioni devono essere prese insieme;
- le situazioni di stress devono essere affrontate con il reciproco supporto di tutti i componenti del gruppo di lavoro;
- necessità di una riunione periodica, almeno settimanale, a cui partecipa tutta l’equipe.

Esiste tutta una serie di interventi di prevenzione, a livello dell’organizzazione dei gruppi (Tennant, 2001):

1. valida ed efficace supervisione del lavoro svolto;
2. chiari e definiti incarichi di lavoro;

3. chiare ed efficaci linee di leadership;
4. lavoro in equipe multidisciplinare;
5. riunioni ed incontri di discussione dello staff;
6. rotazione del personale in reparti meno stressanti;
7. rispetto del periodo di ferie e dei tempi di intervallo;
8. promuovere ed incentivare gli operatori più efficaci e con maggiore esperienza;
9. formazione, aggiornamento e ricerca continua;
10. favorire orari di lavoro regolari ed elastici ed ottimizzare il carico di lavoro per l'operatore;
11. fornire incoraggiamento della coesione di gruppo.

2.2 NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Si potrebbe pensare che sindrome da *burnout* sia una malattia professionale che toglie energia ai professionisti con gradualità costante finché la persona non riesce più a lavorare e che essa si esprima attraverso un deterioramento che interessa non solo il fisico ma anche la dignità e la volontà.

Per malattie professionali si intendono quelle patologie correlate al lavoro e quindi causate dall'attività professionale ed il cui onere della dimostrazione ricade sul professionista. Allo stato attuale il *burnout* non è riconosciuto dall'INAIL in modo specifico. Il Decreto del Ministro del lavoro e le politiche sociali del 27 aprile 2004, aggiornando l'elenco delle patologie per le quali il medico ha l'obbligo di denuncia all'INAIL ha inserito tra i nuovi agenti patogeni anche le "disfunzioni dell'organizzazione del lavoro e le malattie connesse". Sino a che non diverrà una vera e propria malattia professionale si continuerà a considerare la

sindrome del *burnout* come una comune malattia con quelle garanzie assicurate, all'operatore sanitario da essa colpito, dalla contrattazione collettiva di lavoro: le assenze per malattia, tutelate nei limiti previsti dai diversi CCNL di settore. Il modo migliore per prevenire il *burnout* è sicuramente quello di puntare sulla promozione dell'impegno nel lavoro e sulla formazione continua per aumentare l'impegno, l'energia, il coinvolgimento e l'efficacia dei professionisti. Di seguito si riporta la normativa che fa riferimento alla sindrome del burnout e alle sue modalità di prevenzione in ambito lavorativo.

• Il **D.Lgs 81/08 “Attuazione dell’art. 1 della L. 3 agosto 2007 n. 123**, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”, fa riferimento, in diversi articoli, alla tutela dai rischi psicosociali.

Art. 2: (c. 1, lett. o) definizione di “salute” quale “stato di completo benessere fisico, mentale sociale, non consistente solo in un’assenza di malattia o di infermità”;

Art. 15: tra le misure generali di tutela, è prevista: (c. 1, lett. b) la “programmazione della prevenzione mirata ad un complesso che integri in modo coerente nella prevenzione le condizioni tecniche produttive dell’azienda nonché l’influenza dei fattori dell’ambiente e dell’organizzazione del lavoro”; (c. 1, lett. d) “il rispetto dei principi ergonomici nell’organizzazione del lavoro, nella concezione dei posti di lavoro, nella scelta delle attrezzature e nella definizione dei metodi di lavoro e produzione, in particolare al fine di ridurre gli effetti sulla salute del lavoro monotono e di quello ripetitivo”;

Art. 28: oggetto della valutazione dei rischi: (c. 1) “La valutazione... deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell’Accordo Europeo dell’8 ottobre 2004...”;

Art. 32: capacità e requisiti professionali degli addetti e dei responsabili dei servizi di prevenzione e protezione: (c. 2) “...per lo svolgimento della funzione di RSPP ...è necessario

possedere un attestato di frequenza... a specifici corsi in materia di prevenzione e protezione dei rischi, anche di natura ergonomica e da stress lavoro correlato...”;

Art. 174: obblighi del datore di lavoro (rischio VDT): (c. 1) “il datore di lavoro ...analizza i posti di lavoro con particolare riguardo... ai problemi legati ...all'affaticamento fisico e mentale...”.

- Il 9 giugno 2008 è stato firmato l'Accordo interconfederale per il recepimento dell'accordo quadro europeo sullo stress lavoro-correlato concluso l'8 ottobre 2004 tra UNICE/ UEAPME, CEEP e CES.

- Il D.P.C.M. del 13/06/06 “Criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi” riporta, al punto 2, “...A prescindere dalla tipologia dell'evento catastrofico, è opportuno valutare a priori i fattori di rischio di un contesto emergenziale per poter prevenire i disagi di natura psico-fisica nei soccorritori. Una volta che gli operatori sanitari si troveranno ad intervenire sul luogo della catastrofe dovrà essere garantito il loro lavoro attraverso un'azione di

monitoraggio volta ad individuare segni e/o sintomi di possibili condizioni di stress e/o di disturbi psichici”.

- Il D.P.C.M. del 24/03/04 “Misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle pubbliche amministrazioni” impartisce indicazioni da seguire per “accrescere il benessere organizzativo”.

- Il D.Lgs 66/03 “Attuazione delle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro” prevede, all'art. 13, l'emanazione di un decreto con l'elenco “delle lavorazioni che comportano rischi particolari o rilevanti tensioni fisiche o mentali, il cui limite è di otto ore nel corso di ogni periodo di ventiquattro ore”.

- Il D.Lgs 151/01 “Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità...”, all'art. 11 prevede, tra i rischi che occorre valutare, la “fatica mentale” (allegato C, lett. g).

- Il D.Lgs 271/99 “Adeguamento della normativa sulla sicurezza e salute dei lavoratori marittimi a bordo delle navi mercantili da pesca nazionali, a norma della L. 31/12/98, n. 485”, all’allegato I riporta “...la fatica può essere provocata da fattori come il prolungamento di periodi di attività fisiche o mentali, riposo inadeguato, condizioni ambientali avverse, fattori fisiologici e/o stress o altri fattori psicologici...”; inoltre, sempre l’allegato I opera una “classificazione dei fattori di fatica collegati al gruppo”.
- Il D.P.R. 459/96 “Regolamento per l’attuazione delle direttive 89/392/CEE, 91/368/CEE, 93/44/CEE e 93/68/CEE concernenti il riavvicinamento delle legislazioni degli Stati membri relative alle macchine”, all’allegato I riporta “Nelle condizioni d’uso previste devono essere ridotti al minimo possibile il disagio, la fatica e le tensioni psichiche (stress) dell’operatore, tenuto conto dei principi dell’ergonomia”.

Relativamente all’ambito assicurativo e previdenziale:

- Il D.M. del 12/07/00 “Approvazione di “Tabella delle menomazioni”; “Tabella indennizzo danno biologico”; “Tabella dei coefficienti”, relative al danno biologico ai fini della tutela dell’assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali” riporta, alle voci 180 e 181, rispettivamente il “Disturbo post- traumatico da stress cronico moderato, a seconda dell’efficacia della psicoterapia” ed il “Disturbo post-traumatico da stress cronico severo, a seconda dell’efficacia della psicoterapia”.
- Nel D.M. 14/01/2008 “Elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell’articolo 139 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124...” tra le “malattie psichiche e psicosomatiche da disfunzione dell’organizzazione del lavoro” incluse in lista II (malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità) sono compresi il disturbo dell’adattamento cronico ed il disturbo post-traumatico cronico da stress.

CAPITOLO 3.

3.1 MASLACH BURNOUT INVENTORY

E' noto che Christina Maslach (1976), anche se non ha coniato il termine, ha dato del *burnout* un'attenta definizione concettuale e operativa. Nella sua opera "*Burnout – The cost of caring*" (1982), dopo una serie di ricerche e di riflessioni sull'argomento, definiva il *burnout* come una sindrome di esaurimento emotivo, di depersonalizzazione e di ridotta realizzazione personale, che può verificarsi tra individui che svolgono professioni di aiuto di qualche tipo. Si tratta di una risposta a quella tensione emotiva cronica legata al lavoro con altri esseri umani, specialmente quando questi siano disturbati o abbiano problemi. In particolare, l'**esaurimento emotivo** costituisce la risposta ad una situazione lavorativa che induce un eccessivo coinvolgimento emotivo, un sovraccarico emozionale, un depauperamento delle proprie risorse affettive. La **depersonalizzazione** si manifesta con un atteggiamento distaccato, talvolta decisamente negativo e ostile, nei confronti degli utenti. La **ridotta realizzazione personale** si sostanzia in una logorante sensazione di inadeguatezza a stabilire un efficace rapporto di aiuto con i propri utenti e implica caduta dell'autostima e attenuazione del desiderio di successo. Christina Maslach, insieme alla sua collega Susan Jackson (1981), ha conferito concretezza a questi concetti pubblicando "*The Maslach Burnout Inventory*" (MBI). Si tratta di un questionario di 22 item, in base ai quali il soggetto deve valutare la frequenza e l'intensità con cui sperimenta sintomi, effetti, stati emotivi connessi al suo lavoro. Nei primi anni 80 Christina Maslach si recò alla sede della Stanford University di Firenze e in quella occasione nacque il progetto di applicare nel nostro paese una versione italiana, elaborata a cura della stessa Maslach, del MBI (Stefanile, 1984). Tale versione venne applicata a circa 350 soggetti, impegnati in diverse professioni di aiuto: medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, insegnanti e simili. I risultati ottenuti (Sirigatti et al.,

1988) fornirono per i dati italiani una configurazione fattoriale per vari aspetti dissimile da quella ottenuta dalla Maslach (Maslach e Jackson, 1981). Per una più attendibile verifica dell'equivalenza della struttura fattoriale delle versioni americana e italiana del MBI venne suggerito di aumentare il numero di soggetti e di mantenere o ampliare la varietà delle professioni di aiuto rappresentate. L'indagine successiva prese in considerazione un campione di notevole ampiezza, costituito da 1126 operatori, impegnati in un'ampia gamma di attività di aiuto. Nella seconda edizione del manuale del MBI del 1986, vengono riportate solo le risposte di frequenza. Originariamente il questionario MBI era rivolto alle professioni di aiuto, ovvero quelle mansioni che contemplano una notevole interazione emotiva tra l'operatore e l'utente (ad es. psicologi, operatori sociali e del volontariato, insegnanti, medici, ecc.), ma nel tempo il suo utilizzo si è ampliato verso tutti quei lavori e professioni che richiedono un costante contatto con il pubblico o con persone in stato di bisogno. Per quanto riguarda le diverse correlazioni tra caratteristiche degli operatori e grado di *burnout* riportato dalla scala esistono diversi studi in letteratura. Tra gli aspetti epidemiologici della sindrome del *burnout* descritti, non sembra esistere un accordo unanime tra i differenti autori, sebbene si riscontri un determinato livello di coincidenza per alcune variabili: età, sesso, stato civile, turnazione lavorativa, anzianità professionale, sovraccarico lavorativo (Del Rio, 1990).

Per quel che concerne le caratteristiche sociodemografiche, gli studi riportati in letteratura in genere indicano che non esiste una relazione tra *burnout* e variabili demografiche, anche se alcuni studi riportano una correlazione negativa con l'età (Maslach, 1982; Miller, 1992; Bellani et al. 1996) e positiva con lo stato di single e l'assenza di prole (Maslach, 1982). In un altro studio (Dorz et al., 2004) il sesso, ma non l'età, sembra avere un'influenza sul *burnout*, infatti l'essere uomini predice alti livelli di depersonalizzazione. Nello studio di Padula et al (2008) delle tre dimensioni del *burnout*, quella nella quale si sono registrate delle differenze statisticamente significative tra i due sessi risulta essere l'esaurimento emotivo; le donne tendono infatti, con una maggiore facilità, a essere "emotivamente esauste". Questo risultato è

confermato anche da Maslach secondo la quale le donne sperimentano maggiormente l'esaurimento emozionale. Il gruppo di Bellani et al. (1996), indica che non ci sono differenze significative per quel che riguarda lo stato civile, il livello professionale, il numero di ore settimanali e il tempo passato a contatto coi pazienti. Neppure il numero di anni di lavoro sembra avere un'influenza sullo sviluppo del *burnout*, come suggerito da Miller (1991) ed in accordo con i risultati di Bellani et al. (1996) che indicano che la mortalità professionale è legata più all'intensità che non alla "cronicità" del contatto col paziente.

3.2 STRUTTURA DEL QUESTIONARIO

Il *Maslach Burnout Inventory* (MBI) è composto da 22 items che misurano le tre dimensioni indipendenti della sindrome di *burnout*, ciascuna individuata da una specifica sottoscala. La frequenza con cui il soggetto sottoposto al test prova le sensazioni relative a ciascuna scala è saggiata usando una modalità di risposta a 6 punti, i cui estremi sono definiti da "mai" ed "ogni giorno". Infatti il MBI concepisce il *burnout* non come una variabile dicotomica che può essere soltanto presente o assente, ma piuttosto come una variabile continua che rispecchia i diversi livelli dei sentimenti in gioco. Il punteggio assegnato ad ogni item può variare da 0 a 6 secondo le definizioni riportate in seguito:

- 0 = mai;
- 1 = qualche volta all'anno;
- 2 = una volta al mese o meno;
- 3 = qualche volta al mese;
- 4 = una volta alla settimana;
- 5 = qualche volta alla settimana;

- 6 = ogni giorno.

Le scale che costituiscono il questionario sono:

esaurimento emotivo (EE), che esamina la sensazione di essere inaridito emotivamente ed esaurito dal proprio lavoro;

depersonalizzazione (DP), che misura una risposta fredda ed impersonale nei confronti degli utenti del proprio servizio;

realizzazione Personale (RP), che valuta la sensazione relativa alla propria competenza e al proprio desiderio di successo nel lavorare con gli altri. Un alto grado di *burnout* si avrà se i punteggi nelle sottoscale **EE** e **DP** sono alti e sono bassi i punteggi della sottoscala **RP**. Un medio grado di *burnout* si avrà se i punteggi delle tre scale sono medi. Si avrà invece un basso grado di *burnout* se i punteggi delle sottoscale **EE** e **DP** sono bassi e sono alti i punteggi della sottoscala **RP**.

3.3 MODALITA' DI SCORING

La modalità di scoring utilizzata in questo studio è quella proposta da Christina Maslach. Si riportano gli items per ogni sezione:

Esaurimento emotivo : Domande 1,2,3,6,8,13,14,16,20

Totale inferiore a 14: basso

Totale tra 15 e 23: moderato

Totale uguale o superiore a 24 : alto

Depersonalizzazione: Domande 5,10,11,15,22

Totale inferiore a 3: bassa

Totale tra 4 e 8: moderata

Totale uguale o superiore a 9: alta

Gratificazione personale: Domande 4,7,9,12,17,18,19,21

Totale uguale o superiore a 37: bassa

Totale tra 30 e 36: moderata

Totale inferiore a 29: alta

	Esaurimento Emotivo (EE)	Depersonalizzazione (DP)	Realizzazione Personale (RP)
Elevato	24 o più	9 o più	0 – 29
Medio	15 – 23	4 – 8	30 – 36
Basso	0 - 14	0 – 3	37 o più

Tabella 1 – Categorizzazione dei punteggi

*Tratto da C. Maslach, S. Jackson. “*MBI Maslach Burnout Inventory*”, Ediz. Organizzazioni Speciali.

3.4 FINALITA' DEL QUESTIONARIO

La finalità del questionario è di realizzare un inquadramento del profilo del lavoratore in relazione ai sintomi del *burnout* per capire se questi sono presenti, quali sono maggiormente espressi, quale è la loro frequenza, quanto interferiscono con il normale funzionamento del soggetto. La scala ci fornisce quindi una chiave di lettura per capire quanto il *burnout* è grave e quanto compromette la possibilità di instaurare normali rapporti all'interno del luogo di lavoro (sia con i pazienti che con i colleghi). Inoltre ci permette di comprendere la ripercussione che questi comportamenti hanno nell'ambiente familiare (quanto questi

comportamenti rappresentano un problema nel proprio nucleo familiare , quanto influenzano la vita quotidiana della famiglia di cui il lavoratore fa parte).

PARTE 2

CAPITOLO 4

4.1 INTRODUZIONE

Tutte le professioni socioassistenziali implicano un intenso coinvolgimento emotivo: l'interazione tra operatore ed utente è centrata sui problemi contingenti di quest'ultimo (psicologici, sociali o fisici) ed è, perciò, spesso gravata da sensazioni d'ansia, imbarazzo, paura o disperazione. Poiché non sempre la soluzione dei problemi dell'utente è semplice o facilmente ottenibile, la situazione diventa ancora più ambigua e frustrante e lo stress cronico può logorare emotivamente l'operatore e condurlo al *burnout*. Il *burnout* viene normalmente definito come una sindrome di esaurimento emotivo, di depersonalizzazione e di ridotta realizzazione personale, che può insorgere in coloro che svolgono una qualche attività lavorativa "di aiuto": dunque uno stato di malessere, di disagio, che consegue ad una situazione lavorativa percepita come stressante e che conduce gli operatori a diventare apatici, cinici con i propri "utenti", indifferenti e distaccati dall'ambiente di lavoro. In casi estremi tale sindrome può comportare gravi danni psicopatologici (insonnia, problemi coniugali o familiari, incremento nell'uso di alcol o farmaci) e deteriora la qualità delle cure o del servizio prestato dagli operatori provocando assenteismo ed alto turnover. L'operatore socio-sanitario quindi è esposto più di altri lavoratori al rischio del *burnout*, principalmente a causa dell'utenza per la quale lavora, ma anche per altre cause collegate alla struttura degli ambienti, ai tempi e all'organizzazione del lavoro, ai rapporti relazionali con colleghi e/o superiori, all'insoddisfazione per la remunerazione non sempre gratificante. Per approfondire l'argomento del *burnout*, abbiamo scelto di basarci sulla somministrazione del questionario *Maslach Burnout Inventory* (MBI) ai dipendenti della Cooperativa la Mano Amica di Lucca

che lavorano in diversi servizi a contatto con pazienti adulti e adolescenti affetti da patologia psichiatrica. Gli obiettivi che ci siamo proposti di raggiungere con questo studio sono stati tre:

1. stabilire il grado generale di *burnout* e il livello di esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione personale nel campione di lavoratori.
2. studiare le correlazioni tra il grado di *burnout* e i punteggi ottenuti sulle tre scale ed alcune variabili quali: sesso, età, professione, sede di lavoro, turnazione, supervisione .
3. eseguire un confronto tra un gruppo di lavoratori a contatto con pazienti con patologia psichiatrica e un gruppo di lavoratori amministrativi.

4.2 MATERIALI E METODI

4.2.1 Destinatari

I destinatari dello studio sono gli operatori che lavorano all'interno della Cooperativa "La Mano Amica di Lucca", cooperativa sociale che offre diversi servizi, molti dei quali totalmente convenzionati dall'ASL 2 di Lucca, rivolti ad adolescenti/adulti affetti da patologie psichiatriche.

Il personale preso in esame viene impiegato in comunità terapeutiche, case famiglia, gruppi appartamento e interventi domiciliari per rispondere a diverse esigenze tra cui quella di porsi come valido punto di riferimento per alcuni malati psichiatrici che necessitavano di una adeguata struttura socio-residenziale alternativa a quelle preesistenti alla Legge 180. Infatti queste strutture, così come pensate, organizzate e gestite dalla Cooperativa, sanciscono il definitivo superamento del classico modello manicomiale basato sulla segregazione, sulla

custodia e sul controllo del paziente psichiatrico riconosciuto pericoloso per sé e per gli altri membri della società. Tra i lavoratori della Cooperativa a cui è stato somministrato il questionario sono presenti anche quelli che lavorano all'interno degli uffici della sede e si occupano dell'attività amministrativa e di coordinamento dei servizi.

4.2.2.Campione

Il campione è costituito dal 72% dei destinatari a cui era rivolto lo studio, ovvero gli operatori che lavorano a contatto con pazienti psichiatrici e i dipendenti che si occupano dell'amministrazione, in organico alla Cooperativa "La Mano Amica" di Lucca. Hanno partecipato all'indagine 49 operatori: 22 educatori (55%), 7 psicologi (4%), 15 assistenti di base (31%), 4 operatori socio – sanitari (8%), 1 infermiere (2%). Tra i partecipanti allo studio, 13 (26,5%) sono uomini e 36 (73,5%) sono donne. L'età varia tra i 23 e i 60 anni (età media 35); per l'analisi dei dati abbiamo considerato un cut-off a 30 anni: 19 (39%) hanno un'età inferiore o uguale mentre 30 (61%) hanno un'età maggiore.

Un riepilogo delle principali caratteristiche dei soggetti coinvolti è riportato nella tabella seguente.

Caratteristica	N = 49	%
GENERE		
<i>Maschi</i>	13	26,5%
<i>Femmine</i>	36	73,5%
ETA' (in anni)		
<i>Media</i>	35 anni	
<i>Range</i>	23 – 60 anni	
<i>≤ 30 anni</i>	19	39%
<i>>30 anni</i>	30	61%
PROFESSIONE		
Educatore/ Psicologo	29	59%
Assistente di Base/ Operatore Socio Sanitario/ Infermiere Professionale	20	41%
ORARIO DI LAVORO		
<i>Lavoro a giornata</i>	14	28,6%
<i>Lavoro a turno</i>	35	71,4%
SEDE DI LAVORO		
<i>Struttura</i>	37	76%
<i>Domiciliare</i>	7	14%
<i>Sede Cooperativa</i>	5	10%
SUPERVISIONE		
<i>Con Supervisione</i>	19	39%
<i>Senza Supervisione</i>	30	61%
TIPOLOGIA DI LAVORO		
<i>Operatori a contatto con pazienti psichiatrici</i>	44	90%
<i>Coordinamento/organizzazione</i>	5	10%

Tabella 2 – Caratteristiche del campione

Campione per sede di lavoro

■ struttura ■ domiciliare ■ sede cooperativa

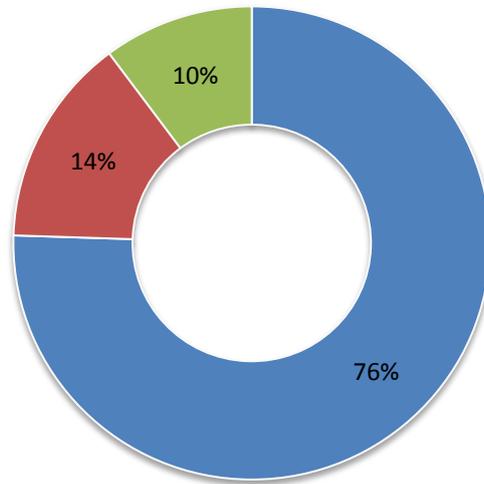


Grafico 2 - Campione suddiviso per sede di lavoro

Campione per professione

■ educatori ■ psicologi ■ assistenti di base ■ OSS ■ infermieri

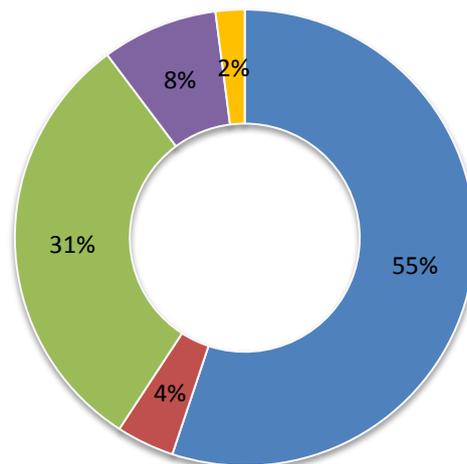


Grafico 3 - Campione suddiviso per professione

Strutture e Progetti coinvolti:

Comunità Terapeutica “Il Mirto”

La Comunità Terapeutica Il Mirto è una Struttura Residenziale Psichiatrica terapeutico-riabilitativa. La Comunità ospita 10 giovani adulti affetti da disturbi psichici di medio/grave entità anche precedentemente istituzionalizzati, purché in grado di intraprendere un percorso di recupero e/o di apprendimento. Infatti l’obiettivo principale è la realizzazione per ciascun ospite di percorsi terapeutici riabilitativi complessi attraverso la promozione dell’autonomia, della crescita personale e della capacità di adattamento. L’equipe all’interno della comunità è costituita da un Direttore Sanitario (medico psichiatra), uno psicologo psicoterapeuta, terapisti della riabilitazione, 3 educatori, sociali, infermieri, 8 operatori socio-sanitari.

Casa Famiglia La Fenice

La casa famiglia “La Fenice”, servizio totalmente convenzionato con l’ASL 2 di Lucca, si connota come “struttura intermedia” ed è da considerarsi parte di un sistema integrato, luogo privilegiato dove si sviluppano interventi terapeutico-riabilitativi e di socializzazione finalizzati al recupero di pazienti psichiatrici adulti. La struttura può ospitare 8 pazienti di età adulta (è da privilegiare la fascia di età compresa tra i 21 e i 50 anni), con patologie psichiatriche di medio/grave entità, anche precedentemente istituzionalizzati, purché in grado di intraprendere un percorso di recupero e/o di apprendimento. L’obiettivo principale è costituito dal recupero e/o apprendimento di abilità collegate all’abitare, al relazionarsi con l’altro e con la collettività. L’equipe di lavoro che opera all’interno della struttura è costituita da: una psicologa (responsabile clinico del progetto), una educatrice professionale (coordinatrice organizzativa), quattro educatori, cinque assistenti di base.

Casa Famiglia “Le Margherite”

La Casa Famiglia “Le Margherite”, servizio totalmente convenzionato con l’ASL 2 di Lucca, si pone come struttura “intermedia” nella quale gli ospiti attuano un percorso riabilitativo

finalizzato al recupero ed allo sviluppo di abilità socialmente competenti, sulla base di progetti individualizzati. La struttura può ospitare 8 persone adulte (uomini e donne). Gli utenti inviati dall'UFSM (Unità Funzionale Salute Mentale) della ASL n°2 di Lucca, il personale (costituito da cinque assistenti di base e due educatori, diretti da un coordinatore responsabile e da uno psicologo) gestisce tutti gli aspetti del quotidiano vivere insieme: ogni ospite viene aiutato, nel rispetto delle proprie abilità ed attitudini, a partecipare della cura e della gestione degli ambienti comuni. Per il personale di servizio è attivo un servizio di supervisione, condotto da una psicoterapeuta d'esperienza, volto alla trattazione delle dinamiche scaturite nelle relazioni tra operatori ed utenti, al monitoraggio dell'attuazione del metodo programmato e dei risultati percepiti.

Gruppo appartamento “Futura”

Il Gruppo appartamento “Futura” è una struttura residenziale che accoglie 8 uomini con patologie psichiatriche di medio/lieve entità, anche precedentemente istituzionalizzati, che hanno la necessità di migliorare e consolidare il loro livello di autonomia, al fine di utilizzare tutte le risorse potenziali effettivamente esistenti a favorire condizioni di benessere psicofisico. L'equipe è composta da un Educatore Professionale Coordinatore e quattro assistenti di base. In questi anni l'equipe interna si è impegnata a stabilire modalità comuni di intervento per la realizzazione di progetti riabilitativi personalizzati. Ciò è stato possibile anche grazie agli incontri di Supervisione con il Primario della UO di Psicologia della Az. ASL 2 Lucca e ai corsi di formazione organizzati dalla Cooperativa, all'interno dei quali sono stati affrontati e approfonditi tutti gli argomenti e le tematiche relative al lavoro con la Salute Mentale.

Gruppo Appartamento “La Gabbianella”

Il Progetto “La Gabbianella” si sviluppa come casa - appartamento disponibile ad accogliere tre donne con diagnosi psichiatriche, prese in carico dal Centro di Salute Mentale di Lucca, che desiderano intraprendere un percorso socio-riabilitativo e che necessitano di un sostegno psico-educativo per il ricongiungimento con i propri figli. Il ruolo dell’operatore è principalmente quello di promuovere la costruzione del gruppo, valorizzare la partecipazione di ciascun componente, offrire stimoli all’interazione reciproca; proporre spunti e contributi relativamente alla crescita nelle abilità, nelle competenze personali e nelle capacità introspettive, relazionali, comunicative, organizzative e gestionali, coordinare l’esperienza complessiva e favorire e valorizzare i rapporti con la famiglia di origine.. L’equipe multidisciplinare interna alla struttura è formata da un Educatore Coordinatore e due Assistenti di Base, presenti solo poche ore al giorno.

Counseling domiciliare

Il servizio di Counseling Domiciliare è rivolto a 20 soggetti adulti in carico alla Unità Funzionale Salute Mentale Adulti che, non connotati ancora da interventi prolungati e contenitivi, possono usufruire di tecniche terapeutico-educative volte alla facilitazione sia familiare che sociale. Nel progetto sono coinvolti 7 educatori della cooperativa. Gli interventi sono finalizzati ad orientare e sviluppare le risorse dei singoli soggetti per un positivo adeguamento e una costruttiva interazione al proprio contesto esistenziale. Il servizio prevede 75 ore di intervento educativo settimanale, 15 ore di assistente sociale e 12 di intervento dello psicologo (di cui tre sono previste come coordinamento).

Progetto Chirone

Il Progetto Chirone prevede interventi domiciliari per la gestione pluridimensionale del trattamento di adolescenti a grave rischio psicopatologico attraverso. E’ rivolto a 16 minori

seguiti dalla Neuropsichiatria Infantile di età compresa indicativamente fra i 12 e i 18 anni, affetti da disturbi psicopatologici di varia natura: elemento fondante il progetto è l'affiancarsi al lavoro terapeutico tradizionale di una figura di riferimento adulta in grado di stabilire una significativa relazione di sostegno e di accompagnamento nei compiti evolutivi, relazione orientata prevalentemente al contesto ambientale e sociale del ragazzo. Il gruppo di lavoro è composto da 10 educatori professionali e da un coordinatore psicologo.

4.2.3 Strumenti

Il *Maslach Burnout Inventory* (MBI) è un questionario formato da 22 items, che misura le tre dimensioni della sindrome di *burnout* (esaurimento emotivo, depersonalizzazione, realizzazione personale), in cui il lavoratore deve riportare un punteggio da 0 a 6 a seconda della frequenza con cui il soggetto sottoposto al test prova le sensazioni relative a ciascun item (si rimanda al Capitolo 3 per una descrizione più precisa del questionario). La sottoscala esaurimento emotivo esamina come un soggetto abbia la sensazione di essere inaridito emotivamente dal proprio lavoro, la sottoscala depersonalizzazione valuta il comportamento del soggetto intervistato nei confronti dell'utente del proprio servizio e la sottoscala realizzazione personale misura la sensazione di competenza avvertita dal lavoratore e il desiderio di successo nel lavorare con gli altri.

4.2.4 Procedure

I questionari sono stati distribuiti a tutti gli operatori della Cooperativa "La Mano Amica" che si occupano di pazienti con patologia psichiatrica. Successivamente i questionari sono stati consegnati anche agli operatori che lavorano nella sede della Cooperativa e che hanno un ruolo di coordinamento e di gestione organizzativa dei servizi. I questionari sono stati

consegnati ai diversi coordinatori dei servizi che a loro volta li hanno distribuiti agli operatori impiegati nelle diverse strutture. I questionari sono stati compilati durante l'orario di lavoro e sono stati inseriti in buste chiuse, divisi per i differenti servizi. In ogni caso è stato assicurato l'anonimato agli interpellati e, proprio a questo fine, è stato deciso in accordo con i responsabili dei diversi servizi di ridurre le informazioni richieste agli operatori nella scheda di presa dati. Sono stati a tal fine eliminate domande riguardanti il carico di lavoro, lo stato civile, la presenza di prole, l'anzianità di servizio. Una volta ritirati i questionari è stato effettuato lo scoring, ricavando il grado di burnout e il punteggio totale delle tre scale del questionario (esaurimento emotivo, depersonalizzazione, realizzazione personale). Successivamente sono state svolte le analisi statistiche attraverso l'utilizzo del programma "Statistical Package for Social Sciences"(SPSS®). Infine è stato richiesto al Direttore e ai differenti Coordinatori della Cooperativa di rispondere ad una breve intervista di tre domande per dare il loro giudizio rispetto ai risultati dello studio.

4.3 ANALISI DATI

Per l'analisi dei dati è stato applicato un test statistico non parametrico, il chi-quadro, considerando il valore minimo di $p < .05$ come soglia per la significatività per studiare le possibili differenze legate alle caratteristiche riportate di seguito nel campione totale:

1. sesso,
2. età,
3. professione,
4. sede di lavoro,
5. orario di lavoro,
6. supervisione,
7. tipologia di lavoro (a contatto con pazienti psichiatrici o in amministrazione).

4.4 RISULTATI

OBIETTIVO 1: stabilire il grado generale di *burnout* e il livello di esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione personale nel campione di lavoratori.

Il campione di 49 operatori studiato, appartenenti ai diversi servizi della cooperativa, mostra una condizione di *burnout* di livello medio (livello basso= 4%, livello medio= 90%, livello elevato= 6%). Sulla scala esaurimento emotivo la maggior parte dei lavoratori ha realizzato un punteggio basso (livello basso= 59%, livello medio= 33%, livello elevato=8%), sulla scala depersonalizzazione ha realizzato un punteggio medio-alto (livello basso=4%, livello medio= 45%, livello elevato= 51%) e sulla scala realizzazione personale un punteggio alto (livello basso=10%, livello medio= 33%, livello elevato= 57%

Burnout

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi punteggio basso	2	4,1	4,1	4,1
punteggio moderato	44	89,8	89,8	93,9
punteggio alto	3	6,1	6,1	100,0
Totale	49	100,0	100,0	

Tabella 3 - Livello di *burnout* nel campione totale

Esaurimento Emotivo

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi				
punteggio basso	29	59,2	59,2	59,2
punteggio moderato	16	32,7	32,7	91,8
punteggio alto	4	8,2	8,2	100,0
Totale	49	100,0	100,0	

Depersonalizzazione

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi				
punteggio basso	2	4,1	4,1	4,1
punteggio moderato	22	44,9	44,9	49,0
punteggio alto	25	51,0	51,0	100,0
Totale	49	100,0	100,0	

Realizzazione Personale

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi				
punteggio basso	5	10,2	10,2	10,2
punteggio moderato	16	32,7	32,7	42,9
punteggio alto	28	57,1	57,1	100,0
Totale	49	100,0	100,0	

Tabella 4 - Punteggi sulle sottoscale esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione personale nel campione totale

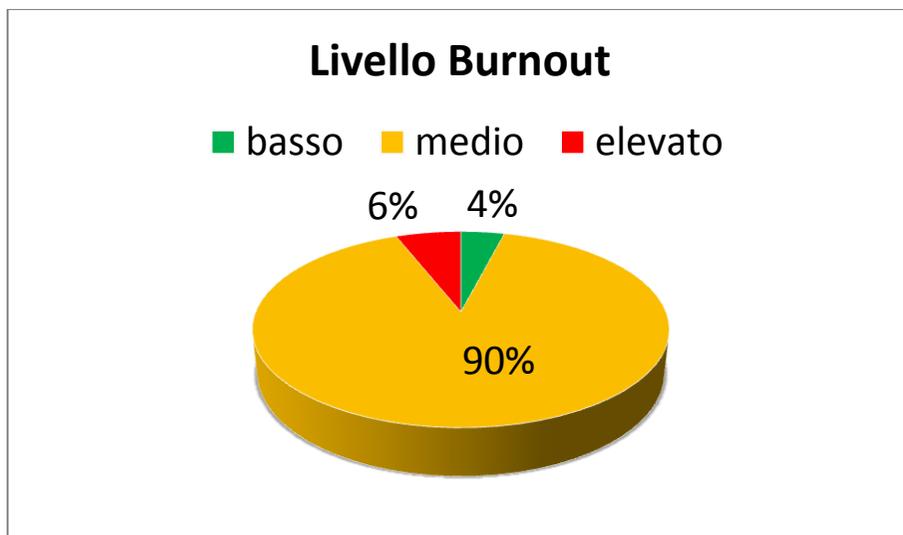


Grafico 4 - Livello *burnout* nel campione totale

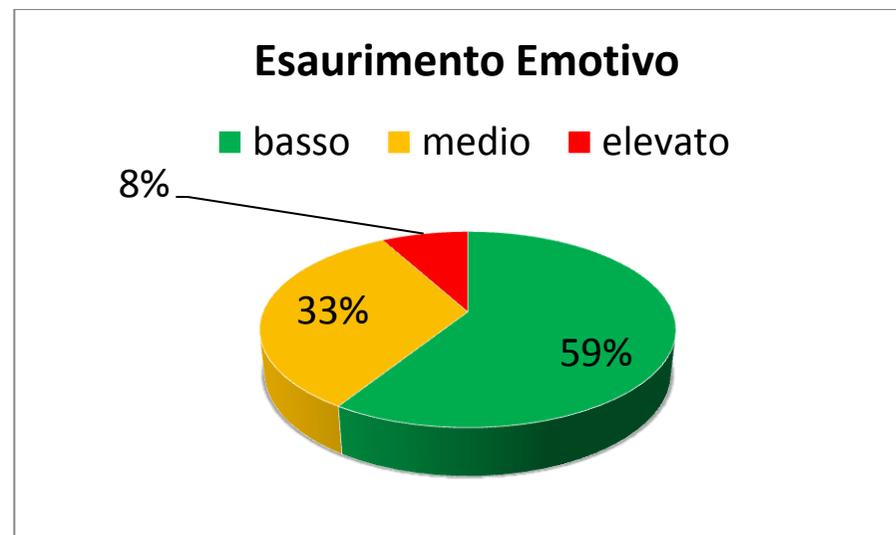


Grafico 5 - Punteggio sulla sottoscala esaurimento emotivo nel campione totale



Grafico 6 - Punteggio sulla sottoscala depersonalizzazione nel campione totale



Grafico 7 - Punteggio sulla sottoscala realizzazione personale nel campione totale

OBIETTIVO 2: Studiare le correlazioni tra il grado di *burnout* e i punteggi ottenuti sulle tre scale ed alcune variabili quali: sesso, età, professione, sede di lavoro, turnazione, supervisione.

Dall'analisi statistica è emersa una significatività statistica tra il livello generale di *burnout* e la sede di lavoro (p. 0,004), invece non viene evidenziata nessuna significatività statistica per il sesso, l'età, la professione, la turnazione e la supervisione.

Tavola di contingenza

			Burnout			Totale
			punteggio basso	punteggio moderato	punteggio alto	
SEDE DI LAVORO	struttura	Conteggio % entro SEDE DI LAVORO	0 0,0%	34 91,9%	3 8,1%	37 100,0%
	domiciliare	Conteggio % entro SEDE DI LAVORO	0 0,0%	7 100,0%	0 0,0%	7 100,0%
	sede cooperativa	Conteggio % entro SEDE DI LAVORO	2 40,0%	3 60,0%	0 0,0%	5 100,0%
Totale		Conteggio % entro SEDE DI LAVORO	2 4,1%	44 89,8%	3 6,1%	49 100,0%

Chi-quadrato

	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)	Sig. esatta (2 vie)	Sig. esatta (1 via)	Probabilità puntuale
Chi-quadrato di Pearson	19,167 ^a	4	,001	,012		
Rapporto di verosimiglianza	11,472	4	,022	,012		
Test esatto di Fisher	9,305			,035		
Associazione lineare-lineare	8,632 ^b	1	,003	,007	,004	,004
N. di casi validi	49					

a. 7 celle (77,8%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è ,20.

b. La statistica standardizzata è -2,938.

Tabella 5 - Correlazioni (Chi Quadro di Pearson) livello di *burnout* e sede di lavoro

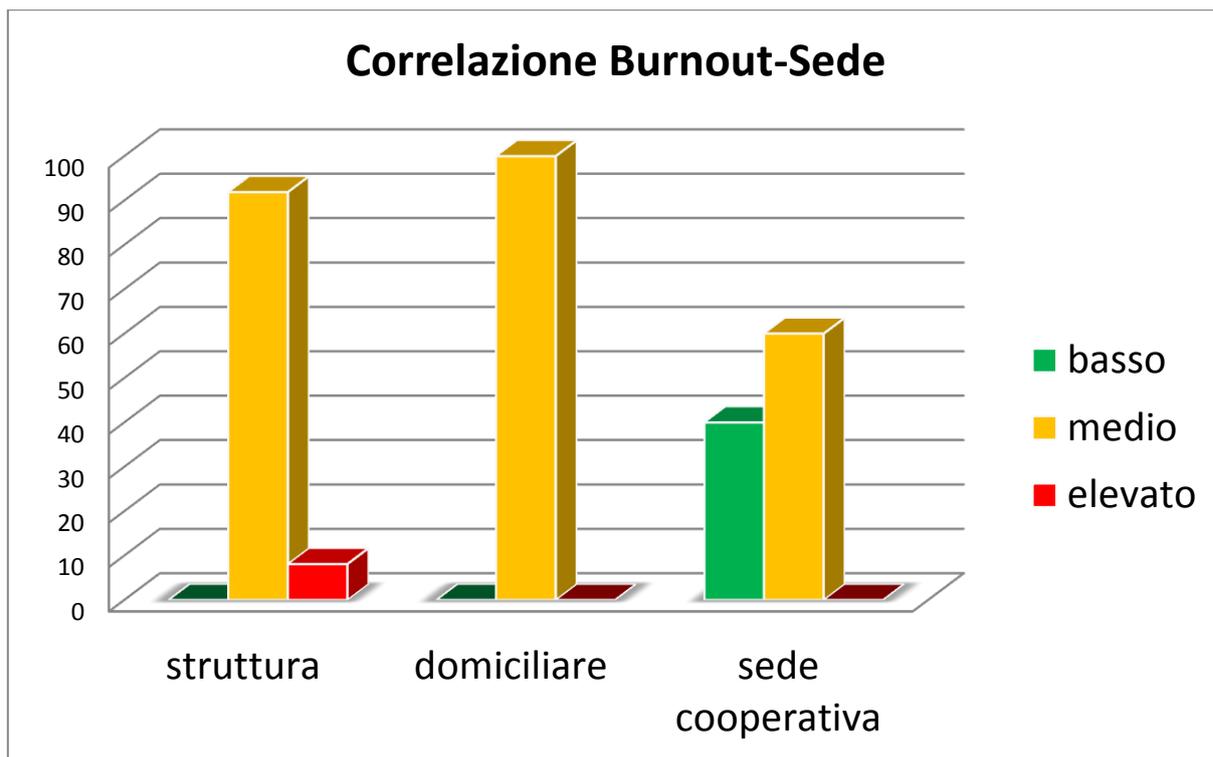


Grafico 8 - Correlazione grado di *burnout* e sede di lavoro

Analizzando le singole scale possiamo dire che sulla scala esaurimento emotivo non sono emerse significatività statistiche rispetto a nessuna delle caratteristiche prese in esame. Sulla scala depersonalizzazione sono emerse significatività statistiche rispetto alla sede di lavoro ($p = 0.009$), con un punteggio più elevato negli operatori che lavorano nelle strutture rispetto a quelli che lavorano a livello domiciliare o nella sede della cooperativa, e alla turnazione ($p = 0.48$), con un punteggio più elevato negli operatori che lavorano su turni rispetto a quelli che lavorano a giornata. Sulla scala realizzazione personale non sono emerse significatività statistiche.

Tavola di contingenza

			Depersonalizzazione			Totale
			punteggio basso	punteggio moderato	punteggio alto	
SEDE DI LAVORO	struttura	Conteggio % entro SEDE DI LAVORO	0 0,0%	16 43,2%	21 56,8%	37 100,0%
	domiciliare	Conteggio % entro SEDE DI LAVORO	0 0,0%	4 57,1%	3 42,9%	7 100,0%
	sede cooperativa	Conteggio % entro SEDE DI LAVORO	2 40,0%	2 40,0%	1 20,0%	5 100,0%
Totale		Conteggio % entro SEDE DI LAVORO	2 4,1%	22 44,9%	25 51,0%	49 100,0%

Chi-quadrato

	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)	Sig. esatta (2 vie)	Sig. esatta (1 via)	Probabilità puntuale
Chi-quadrato di Pearson	19,156 ^a	4	,001	,006		
Rapporto di verosimiglianza	10,951	4	,027	,034		
Test esatto di Fisher	9,770			,031		
Associazione lineare-lineare	6,838 ^b	1	,009	,012	,009	,006
N. di casi validi	49					

a. 7 celle (77,8%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è ,20.

b. La statistica standardizzata è -2,615.

Tabella 6 - Correlazioni (Chi Quadro di Pearson) sottoscala depersonalizzazione e sede di lavoro

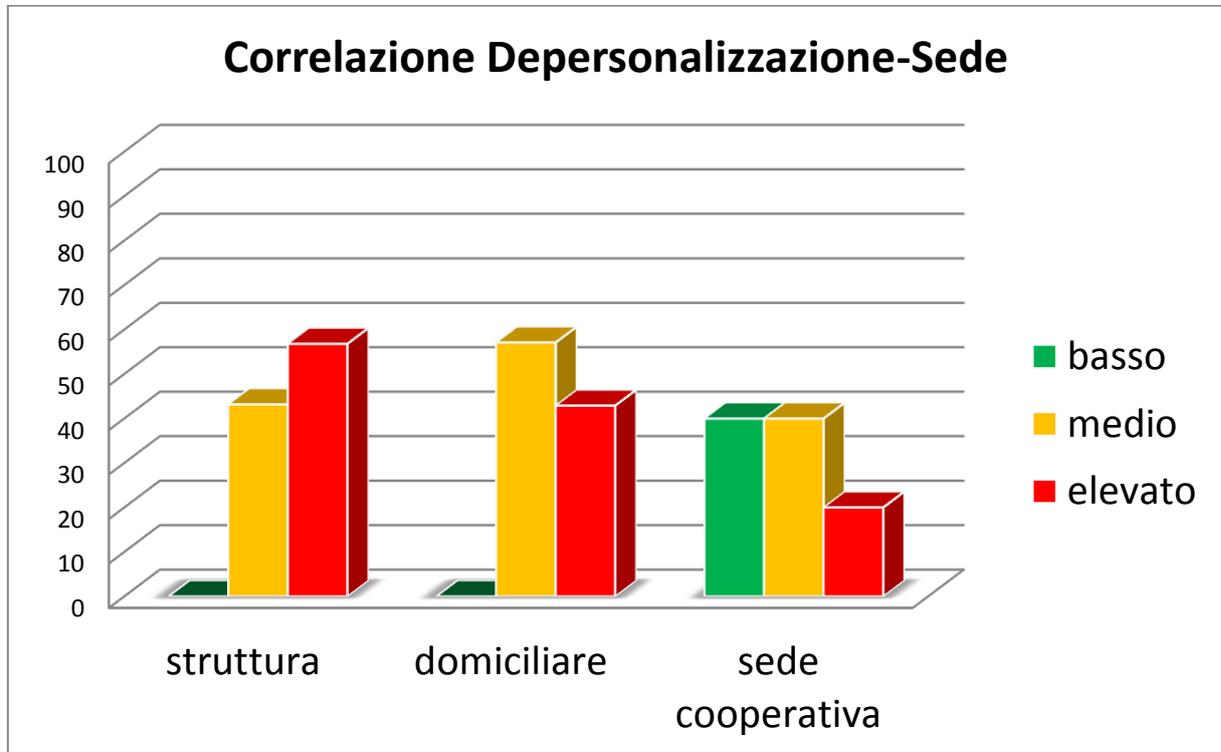


Grafico 9 - Correlazione sottoscala depersonalizzazione e sede di lavoro

Tavola di contingenza

			Depersonalizzazione			Totale
			punteggio basso	punteggio moderato	punteggio alto	
ORARIO DI LAVORO	normale	Conteggio % entro ORARIO DI LAVORO	2 14,3%	7 50,0%	5 35,7%	14 100,0%
	turni	Conteggio % entro ORARIO DI LAVORO	0 0,0%	15 42,9%	20 57,1%	35 100,0%
Totale		Conteggio % entro ORARIO DI LAVORO	2 4,1%	22 44,9%	25 51,0%	49 100,0%

Chi-quadrato

	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)	Sig. esatta (2 vie)	Sig. esatta (1 via)	Probabilità puntuale
Chi-quadrato di Pearson	6,014 ^a	2	,049	,062		
Rapporto di verosimiglianza	6,089	2	,048	,074		
Test esatto di Fisher	5,014			,074		
Associazione lineare-lineare	3,778 ^b	1	,052	,060	,048	,034
N. di casi validi	49					

a. 2 celle (33,3%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è ,57.

b. La statistica standardizzata è 1,944.

Tabella 7 - Correlazioni (Chi Quadro di Pearson) sottoscala depersonalizzazione e turnazione

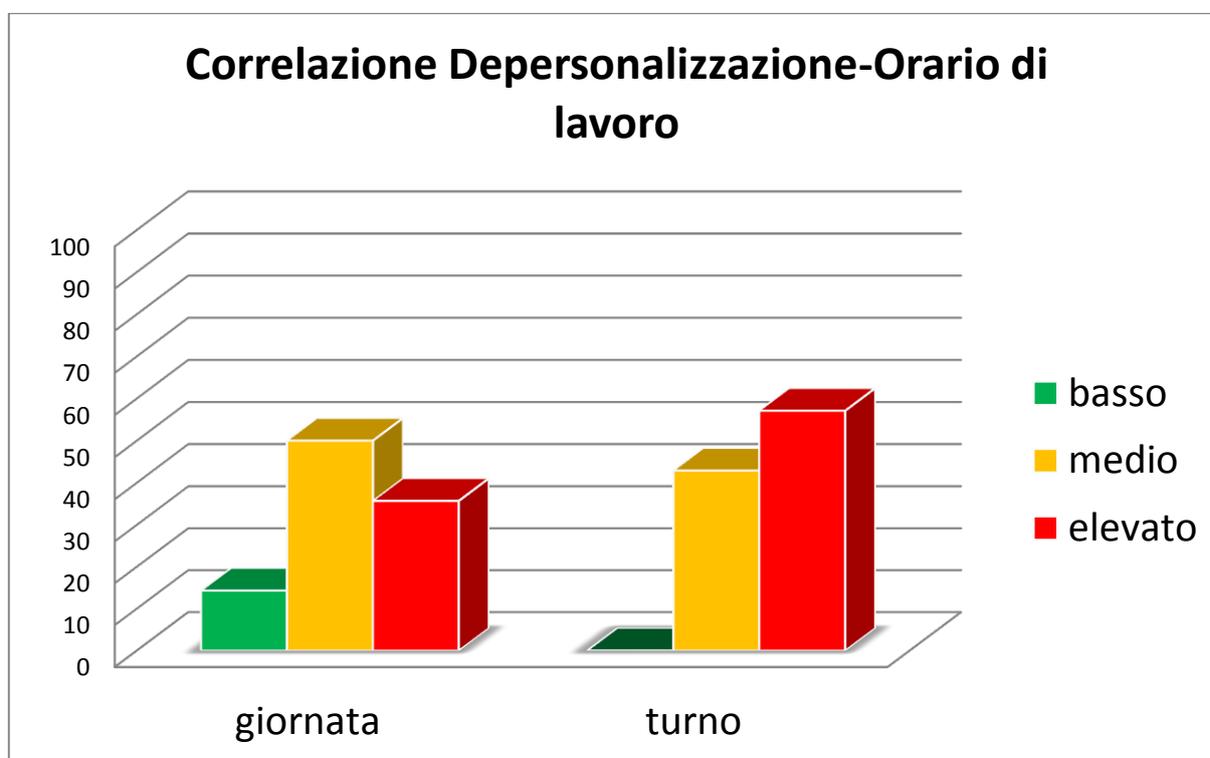


Grafico 10 - Correlazione sottoscala depersonalizzazione e orario di lavoro

OBIETTIVO 3: Eseguire un confronto tra un gruppo di lavoratori a contatto con pazienti con patologia psichiatrica e un gruppo di lavoratori amministrativi.

Mettendo a confronto gli operatori che lavorano a contatto con i pazienti psichiatrici rispetto a quelli che si occupano di amministrazione emerge una significatività statistica sul livello di *burnout* (p. 0,007) e la sottoscala depersonalizzazione (p. 0,012) con un punteggio più elevato negli operatori che lavorano a contatto con pazienti psichiatrici rispetto a quelli che lavorano in amministrazione. Emerge inoltre una significatività statistica sulla sottoscala realizzazione personale (p. 0,052) con un punteggio più basso negli operatori che lavorano a contatto con pazienti psichiatrici.

Tavola di contingenza

			Burnout			Totale
			punteggio basso	punteggio moderato	punteggio alto	
TIPOLOGIA DI LAVORO	a contatto con pz	Conteggio % entro TIPOLOGIA DI LAVORO	0 0,0%	41 93,2%	3 6,8%	44 100,0%
	amministrazione	Conteggio % entro TIPOLOGIA DI LAVORO	2 40,0%	3 60,0%	0 0,0%	5 100,0%
Totale		Conteggio % entro TIPOLOGIA DI LAVORO	2 4,1%	44 89,8%	3 6,1%	49 100,0%

Chi-quadrato

	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)	Sig. esatta (2 vie)	Sig. esatta (1 via)	Probabilità puntuale
Chi-quadrato di Pearson	18,491 ^a	2	,000	,009		
Rapporto di verosimiglianza	10,391	2	,006	,009		
Test esatto di Fisher	9,360			,012		
Associazione lineare-lineare	9,486 ^b	1	,002	,007	,007	,007
N. di casi validi	49					

a. 5 celle (83,3%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è ,20.

b. La statistica standardizzata è -3,080.

Tabella 8 - Correlazioni (Chi Quadro di Pearson) livello di *burnout* e tipologia di lavoro

Tavola di contingenza

			Depersonalizzazione			Totale
			punteggio basso	punteggio moderato	punteggio alto	
TIPOLOGIA DI LAVORO	a contatto con pz	Conteggio % entro TIPOLOGIA DI LAVORO	0 0,0%	20 45,5%	24 54,5%	44 100,0%
	amministrazione	Conteggio % entro TIPOLOGIA DI LAVORO	2 40,0%	2 40,0%	1 20,0%	5 100,0%
Totale		Conteggio % entro TIPOLOGIA DI LAVORO	2 4,1%	22 44,9%	25 51,0%	49 100,0%

Chi-quadrato

	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)	Sig. esatta (2 vie)	Sig. esatta (1 via)	Probabilità puntuale
Chi-quadrato di Pearson	18,680 ^a	2	,000	,005		
Rapporto di verosimiglianza	10,494	2	,005	,005		
Test esatto di Fisher	9,592			,005		
Associazione lineare-lineare	7,391 ^b	1	,007	,012	,012	,011
N. di casi validi	49					

a. 4 celle (66,7%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è ,20.

b. La statistica standardizzata è -2,719.

Tabella 9 - Correlazioni (Chi Quadro di Pearson) sottoscala depersonalizzazione e tipologia di lavoro

Tavola di contingenza

			Realizzazione Personale			Totale
			punteggio basso	punteggio moderato	punteggio alto	
TIPOLOGIA DI LAVORO	a contatto con pz	Conteggio % entro TIPOLOGIA DI LAVORO	5 11,4%	16 36,4%	23 52,3%	44 100,0%
	amministrazione	Conteggio % entro TIPOLOGIA DI LAVORO	0 0,0%	0 0,0%	5 100,0%	5 100,0%
Totale		Conteggio % entro TIPOLOGIA DI LAVORO	5 10,2%	16 32,7%	28 57,1%	49 100,0%

Chi-quadrato

	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)	Sig. esatta (2 vie)	Sig. esatta (1 via)	Probabilità puntuale
Chi-quadrato di Pearson	4,176 ^a	2	,124	,160		
Rapporto di verosimiglianza	6,019	2	,049	,084		
Test esatto di Fisher	3,213			,201		
Associazione lineare-lineare	3,389 ^b	1	,066	,082	,052	,052
N. di casi validi	49					

a. 4 celle (66,7%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è ,51.

b. La statistica standardizzata è 1,841.

Tabella 10 - Correlazioni (Chi Quadro di Pearson) sottoscala realizzazione personale e tipologia di lavoro

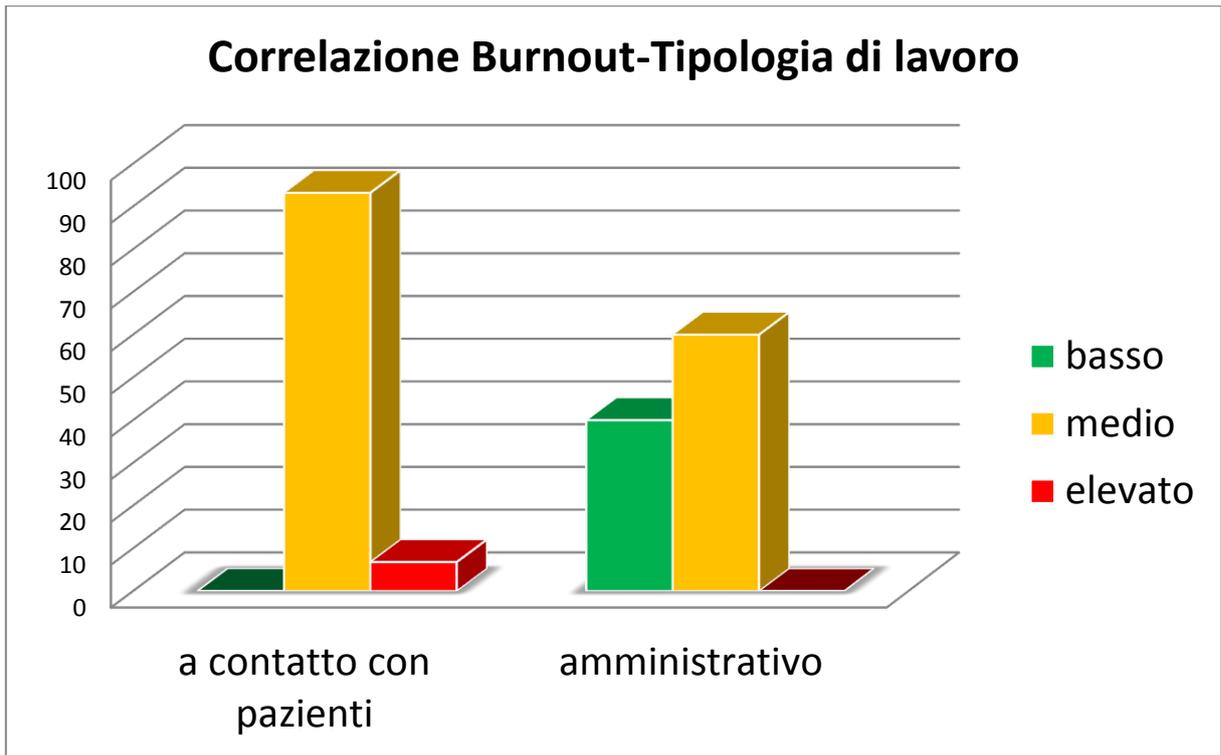


Grafico 11 - Correlazione grado di *burnout* e tipologia di lavoro

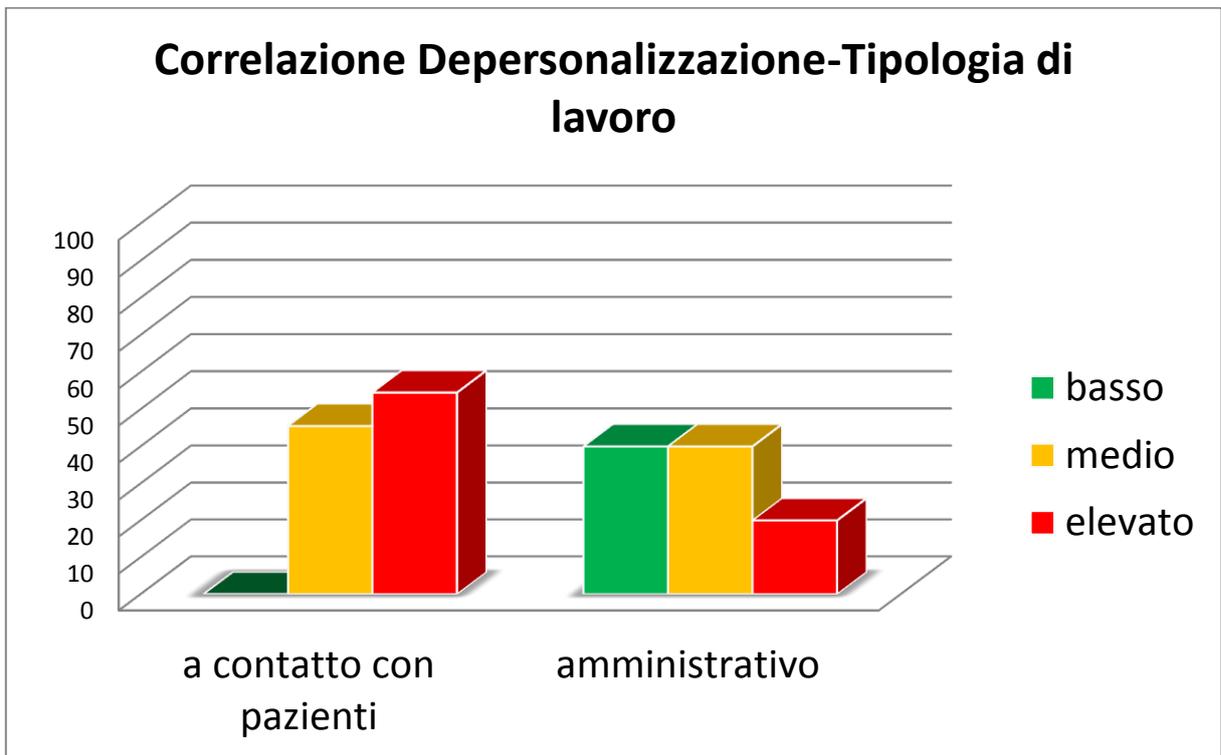


Grafico 12 - Correlazione sottoscala depersonalizzazione e tipologia di lavoro

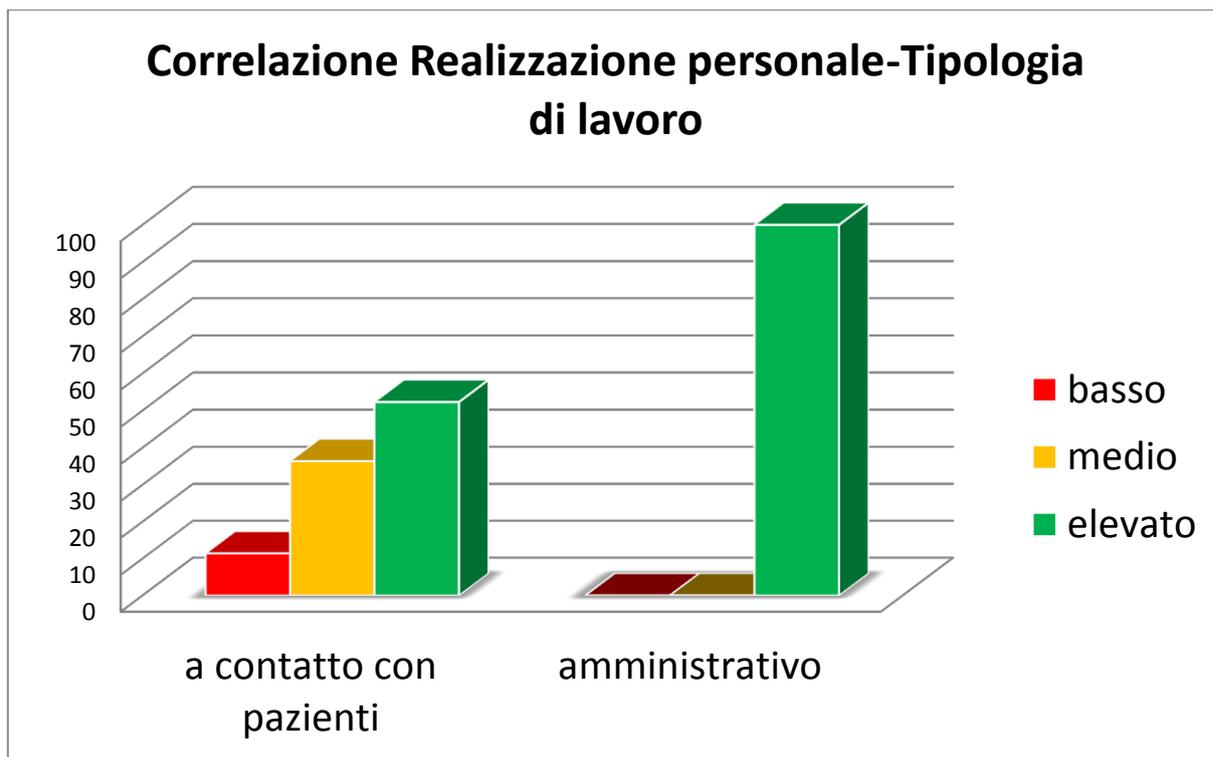


Grafico 13 - Correlazione sottoscala realizzazione personale – tipologia di lavoro

4.5 DISCUSSIONE

L'indagine della situazione del *burnout*, realizzata in riferimento al personale della Cooperativa "La Mano Amica" di Lucca, attraverso la somministrazione del questionario *Maslach Burnout Inventory* (MBI), mostra una condizione di *burnout* di livello medio (livello basso= 4%, livello medio= 90%, livello elevato= 6%), secondo quelli che sono i criteri interpretativi del questionario stesso. Il questionario, somministrato tra marzo e maggio 2015, riguarda il 72% dei destinatari e risulta piuttosto significativo sotto il profilo statistico ed ha permesso di portare in conto le diversità del campione, in termini di sede lavorativa, orario di lavoro, ecc. Nella nostra indagine non è stata evidenziata una correlazione positiva tra grado di *burnout* ed età in linea con gli studi riportati in letteratura (Maslach, 1982; Miller, 1992; Bellani et al. 1996, Dorz et al. 2004). Inoltre non abbiamo evidenziato correlazioni con il sesso in contrasto con quanto riportato in letteratura. Infatti nello studio di Dorz et al. (2004)

il sesso, sembra avere un'influenza sul *burnout*; secondo questi autori l'essere uomini predice alti livelli di depersonalizzazione. Nello studio di Padula et al (2008) delle tre dimensioni del *burnout*, quella nella quale si sono registrate differenze statisticamente significative tra i due sessi risulta essere l'esaurimento emotivo; le donne tendono infatti, con una maggiore facilità, a essere "emotivamente esauste". Questo risultato è confermato anche da Maslach secondo la quale le donne sperimentano maggiormente l'esaurimento emozionale. In linea con quanto riportato in letteratura (Bellani et al., 1996) anche nel nostro studio non emergono differenze significative per quel che riguarda il livello professionale. Non vi sono inoltre differenze significative rispetto alla presenza o meno di una supervisione psicologica (condotta da uno psicologo psicoterapeuta esterno alla Cooperativa). Dal nostro studio emerge inoltre una significatività statistica tra il livello generale di *burnout* e il punteggio alla scala di depersonalizzazione e la sede di lavoro. Hanno infatti un livello di *burnout* più elevato e un punteggio più alto di depersonalizzazione gli operatori che lavorano in struttura (comunità terapeutiche, case famiglia, gruppi appartamento) rispetto a quelli che lavorano a domicilio dei pazienti o nella sede della cooperativa (uffici di amministrazione e coordinamento). Questa differenza potrebbe essere dovuta al fatto che gli operatori che lavorano nelle strutture sono soggetti a turnazione mentre quelli che lavorano a domicilio dei pazienti o nella sede della cooperativa no. Inoltre i pazienti che si trovano nelle strutture presentano una patologia psichiatrica più grave rispetto a quelli presenti a livello domiciliare. In aggiunta sulla scala di depersonalizzazione è presente anche una significatività statistica rispetto alla turnazione. Infatti hanno un punteggio più alto su questa scala gli operatori che lavorano a turno rispetto a quelli che lavorano a giornata. È stato poi svolto un confronto tra gli operatori che lavorano a contatto con pazienti psichiatrici e quelli che si occupano di amministrazione. Dal confronto tra i due gruppi sulle scale del MBI, l'analisi statistica SPSS mostra differenze significative sul livello generale di *burnout*, sulla sottoscala di depersonalizzazione e su quella di realizzazione personale. Infatti gli operatori che lavorano a stretto contatto con pazienti affetti

da patologia psichiatrica hanno un livello di *burnout* maggiore, un maggior punteggio sulla sottoscala depersonalizzazione e un punteggio più basso sulla sottoscala realizzazione personale rispetto ai lavoratori che si occupano di amministrazione e coordinamento. Questa differenza dipende probabilmente dal tipo di coinvolgimento emotivo che si viene a creare negli operatori che lavorano con i pazienti psichiatrici.

I limiti dello studio sono rappresentati da tre fattori:

- 1 **Il numero ridotto di partecipanti allo studio:** hanno consegnato il questionario il 72 % dei destinatari. La Cooperativa svolge inoltre il suo lavoro anche con altre tipologie di utenti come gli anziani e i bambini, ma su decisione della Direttrice della Cooperativa è stato possibile consegnare i questionari solo agli operatori che lavorano nei servizi che coinvolgono i pazienti psichiatrici e a quelli che prestano la loro opera negli uffici della sede.
- 2 **Il numero limitato di informazioni ricavate dal campione.** Infatti per garantire l'anonimato agli operatori è stato deciso in accordo con i responsabili dei diversi servizi di ridurre le informazioni richieste agli operatori nella scheda di presa dati presente sul questionario. Non è stato quindi possibile studiare alcune correlazioni tra grado di burnout e punteggi alle sottoscale EE, DP, RP e alcune caratteristiche come carico di lavoro, anzianità di servizio, stato civile, presenza di prole, per mancanza di dati sulla popolazione studiata.
- 3 **La struttura del questionario** che secondo alcuni autori (Sirigatti e Stefanile,1991) presenta alcuni limiti. Nel complesso, si sono avute indicazioni che il MBI sia uno strumento multidimensionale, ma che la struttura trifattoriale, suggerita da Maslach, presenti ancora qualche limite. Ciò può derivare tanto dalla inclusione di items che si riferiscono a dimensioni diverse da quelle ipotizzate, quanto da una impropria assegnazione dei medesimi alle varie scale, come pure da una combinazione di queste circostanze. Nel caso in cui si ritenesse opportuno procedere ad una complessiva

ristrutturazione della versione italiana del MBI, sarebbe probabilmente utile tenere presente lo squilibrio numerico degli items attribuiti alle scale, con particolare riferimento alla scala di depersonalizzazione, che attualmente prevede solo 5 items. Scala, questa, qualificante l'intero costrutto di *burnout* e specifica per quanto attiene alla risposta di eventi stressanti da parte di operatori impegnati in professioni di aiuto. Sembra, inoltre, opportuno considerare se preferire, ai fini dei punteggi di scala, le risposte di intensità o di frequenza. Come è noto, nella seconda edizione del manuale del MBI del 1986, si opta per le risposte di frequenza; i dati raccolti con la versione italiana (Sirigatti et al., 1988) indicano, invece, le risposte di intensità come le più adeguate per riprodurre la struttura fattoriale ottenuta con la versione americana. Mentre continuano le indagini per verificare, ed eventualmente chiarire, le discrepanze riscontrate in ordine alla struttura fattoriale del MBI, è stato avviato un filone di ricerca qualitativa e quantitativa, con particolare riferimento alla scala di depersonalizzazione. Questo al fine di disporre di uno strumento costituito da circa 30 item, più equamente distribuiti tra le tre scale. Infine, è in fase di svolgimento lo studio delle possibili relazioni tra depersonalizzazione e motivazioni di tipo prosociale. Gli spunti di dibattito emersi (Sirigatti et al., 1988) hanno stimolato a saggiare il ruolo che può venire esercitato sui punteggi alla scala depersonalizzazione sia dall'azione di eventi stressanti di varia natura, sia da una eventuale carenza iniziale di motivazione allo svolgimento di una professione di aiuto.

A conclusione dell'indagine è stato richiesto al Direttore della Cooperativa, al Coordinatore della Salute Mentale e ai Responsabili dei diversi servizi coinvolti nello studio, di compilare una piccola intervista per avere un loro giudizio rispetto ai risultati dell'indagine. L'intervista è stata inviata via mail insieme ad una piccola sintesi dello studio in modo che ne rimanesse una forma scritta. Di seguito riportiamo le diverse risposte alle quattro domande dell'intervista:

1. LEGGENDO LA SINTESI DELLA TESI, I RISULTATI MOSTRATI SONO QUELLI DA LEI PREVISTI?

- LI HO TROVATI UN PO' SOVRASTIMATI, INOLTRE RITENGO CHE SAREBBE PIÙ CORRETTO PARLARE DI RISCHIO DI BURNOUT CHE DI BURNOUT VERO E PROPRIO. (DIRETTRICE).
- SÌ, SONO QUELLI DA ME PREVISTI. (RESPONSABILE AREA SALUTE MENTALE)
- SÌ IMMAGINAVO PRESSO A POCO CHE I DATI FOSSERO QUELLI. (COORDINATRICE GRUPPO APPARTAMENTO)
- RITENGO CHE I RISULTATI MOSTRATI SIANO IN LINEA CON LE ASPETTATIVE E LE IDEE CHE MI SONO FATTA IN QUESTI ANNI. (COORDINATRICE CASA FAMIGLIA)
- SÌ ABBASTANZA, MI ASPETTAVO UN PUNTEGGIO PIÙ ALTO ANCHE NELLA DIMENSIONE ESAURIMENTO EMOTIVO. (COORDINATRICE CASA FAMIGLIA)
- CREDO DI SÌ. (COORDINATRICE COMUNITÀ TERAPEUTICA)
- PER QUANTO RIGUARDA LE PRIME DUE SCALE EE E DP SÌ, MA PER QUANTO RIGUARDA LA SCALA REALIZZAZIONE PERSONALE MI ASPETTAVO UN PUNTEGGIO PIÙ ALTO NEI GRUPPI CHE LAVORANO A CONTATTO CON I PAZIENTI. (COORDINATRICE INTERVENTI DOMICILIARI)

2. QUALI POTREBBERO ESSERE, SECONDO IL SUO PARERE, LE POSSIBILI MOTIVAZIONI DEI RISULTATI PRESENTATI DALLO STUDIO?

- RITENGO CHE LA TIPOLOGIA DI UTENZA INCIDA MOLTO SUL LIVELLO DEL RISCHIO DI BURNOUT. INOLTRE NELLE COOPERATIVE, LA GRATIFICA ECONOMICA È BASSA

E TALVOLTA È DIFFICILE COMPENSARE CON ALTRI TIPI DI INTERVENTO. I SERVIZI RESIDENZIALI PREVEDONO INEVITABILMENTE TURNAZIONI NOTTURNE CHE INCIDONO SUL BENESSERE DELL'OPERATORE.

(DIRETTRICE)

- GLI OPERATORI DELLE STRUTTURE SONO A CONTATTO DIRETTO CON L'UTENZA IN MANIERA PIÙ CONTINUATIVA E PROLUNGATA (MI RIFERISCO ALLA DURATA DEL TURNO); AGGIUNGerei ANCHE CHE, SIA PER LA MANCANZA DI RICAMBIO D'UTENZA, SIA PER LA MONOTONIA CHE SI CREA PER IL RESTARE NELLA STESSA STRUTTURA PER ANNI, L'OPERATORE NON SI SENTE PIÙ GRATIFICATO DAL LAVORO CHE SVOLGE. QUESTO SI PRESENTA ANCHE NEI DOMICILIARI, MA IN MANIERA MINORE.

(RESPONSABILE AREA SALUTE MENTALE)

- CREDO CHE L' AVER OTTENUTO UN PUNTEGGIO MEDIO SIA INDICE DEL FATTO CHE IL LAVORO DEI NOSTRI OPERATORI È DI PER SÉ UN LAVORO FATTO DI EMPATIA, RELAZIONI DI AIUTO E ASCOLTO; TUTTE QUALITÀ CHE NEL LUNGO PERIODO POSSONO LOGORARE CHI LE UTILIZZA, MA AL CONTEMPO L' ENORME ATTENZIONE CHE NOI RESPONSABILI METTIAMO NEL PROGRAMMARE CONTINUI CORSI DI FORMAZIONE IN MATERIA E NELL' OFFRIRE MOMENTI DI ASCOLTO RIESCONO A PREVENIRE IL BURNOUT.

(COORDINATRICE DI GRUPPO APPARTAMENTO)

- MOLTI OPERATORI LAVORANO NELLO STESSO AMBITO DA DIVERSI ANNI E NECESSITANO SENZA DUBBIO DI “RINFRESCARE” LA PROPRIA MOTIVAZIONE.

(COORDINATRICE DI CASA FAMIGLIA)

- LE SCARSE RISPOSTE DA PARTE DEL SERVIZIO INVIANTE, LA CRONICITÀ DEI PAZIENTI PRESENTI NELLE STRUTTURE E LA MANCANZA DI RISORSE.

(COORDINATRICE DI CASA FAMIGLIA)

- MAGGIOR TEMPO SU UNO STESSO SERVIZIO IN MANIERA CONTINUATA E COSTANTE PUÒ DETERMINARE MAGGIORE STRESS.

(COORDINATRICE COMUNITÀ TERAPEUTICA)

- IL CONTATTO CON LA SOFFERENZA ALTRUI E TALVOLTA ANCHE LA PERCEZIONE DI "PERICOLOSITÀ" DELL'ALTRO CREDO SIANO DUE FATTORI CHE POSSONO SPIEGARE I PUNTEGGI PIÙ ALTI NELLE PRIME DUE SCALE DEL GRUPPO CHE LAVORA CON I PAZIENTI PSICHIATRICI.
(COORDINATRICE INTERVENTI DOMICILIARI)

3. QUALI SONO STATI GLI INTERVENTI PASSATI DI PREVENZIONE DEL BURNOUT ALL'INTERNO DELLA COOPERATIVA?

- SUPERVISIONE E FORMAZIONE DEGLI OPERATORI.
(DIRETTRICE)
- SUPERVISIONI E RIUNIONI D'EQUIPE.
(RESPONSABILE AREA SALUTE MENTALE)
- CORSI DI FORMAZIONE, SUPERVISIONI, MOMENTI DI ASCOLTO INDIVIDUALE E FESTE COLLETTIVE.
(COORDINATRICE DI GRUPPO APPARTAMENTO)
- FORMAZIONE, AVANZAMENTO DI CARRIERA, SPOSTAMENTO SEDE LAVORATIVA.
(COORDINATRICE DI CASA FAMIGLIA)
- CORSI DI AGGIORNAMENTO, "JOB ROTATION" E SUPERVISIONI.
(COORDINATRICE DI CASA FAMIGLIA)
- SUPERVISIONI, COLLOQUI INDIVIDUALI E "JOB ROTATION".
(COORDINATRICE COMUNITÀ TERAPEUTICA)
- ESSENDO AL COORDINAMENTO DA NON MOLTO TEMPO, GLI UNICI INTERVENTI DI PREVENZIONE DI CUI SONO A CONOSCENZA SONO LA FORMAZIONE CONTINUA DEGLI OPERATORI E LA SUPERVISIONE (NELLE STRUTTURE DOVE ESSA È PREVISTA).
(COORDINATRICE INTERVENTI DOMICILIARI)

4. QUALI STRATEGIE POTREBBERO ESSERE MESSE IN ATTO ALLA LUCE DI QUANTO EMERSO PER MIGLIORARE LA QUALITÀ LAVORATIVA DEGLI OPERATORI PRESENTI IN COOPERATIVA?

- RITENGO CHE LA COOPERATIVA STIA GIÀ METTENDO IN ATTO QUANTO LE È POSSIBILE. SICURAMENTE VERRANNO RESI PIÙ VELOCI ED AUTOMATICI I MECCANISMI CHE PREVEDONO LA ROTAZIONE DEGLI OPERATORI SU VARIE TIPOLOGIE DI SERVIZI. LA COOPERATIVA STA GIÀ INVESTENDO SULLA FORMAZIONE E STUDIANDO MODALITÀ CHE POSSANO PERMETTERE AGLI OPERATORI DI RICOPRIRE RUOLI PIÙ GRATIFICANTI.
(DIRETTRICE)
- SUPERVISIONI, RIUNIONI D'EQUIPE E ROTAZIONE DEL PERSONALE.
(RESPONSABILE AREA SALUTE MENTALE)
- SICURAMENTE PUNTARE SULLA GRATIFICAZIONE PERSONALE.
(COORDINATRICE DI GRUPPO APPARTAMENTO)
- PUNTARE MOLTO SULLA FORMAZIONE CONTINUA, SUL COINVOLGIMENTO DI OPERATORI "STORICI", COMPETENTI E CAPACI IN RUOLI DI COORDINAMENTO, E IL TOURN-OVER.
(COORDINATRICE DI CASA FAMIGLIA)
- CORSI DI FORMAZIONE SPECIFICI, SUPERVISIONI DI GRUPPO ED INDIVIDUALI, MAGGIOR COINVOLGIMENTO SULLE INIZIATIVE E SUI PROGETTI DELLA COOPERATIVA, RICONOSCIMENTI E GRATIFICAZIONI PER IL LAVORO SVOLTO.
(COORDINATRICE DI CASA FAMIGLIA)
- INTENSIFICARE SUPERVISIONI, COLLOQUI INDIVIDUALI E "JOB ROTATION".
(COORDINATRICE COMUNITÀ TERAPEUTICA)
- CREDO CHE LE STRATEGIE FINORA MESSE IN ATTO, COME LA SUPERVISIONE E LA FORMAZIONE CONTINUA, SIANO DELLE BUONE STRATEGIE, QUINDI, UN MODO PER

MIGLIORARE LA QUALITÀ LAVORATIVA DEGLI OPERATORI POTREBBE ESSERE QUELLO DI INTENSIFICARLE.
(RESPONSABILE INTERVENTI DOMICILIARI)

4.6 CONCLUSIONI

Il campione di 49 operatori studiato, appartenenti ai diversi servizi della cooperativa, mostra una condizione di *burnout* di livello medio. Sulla scala esaurimento emotivo la maggior parte dei lavoratori ha un punteggio basso, sulla scala depersonalizzazione ha un punteggio medio-alto e sulla scala realizzazione personale un punteggio alto. L'ultimo dato è un fattore molto positivo perché indica un livello di realizzazione personale elevato che protegge gli operatori dal rischio di *burnout*. Dall'analisi statistica è emerso che il punteggio (livello) di *burnout* è significativo per la sede e la tipologia di lavoro mentre non è significativo per le altre caratteristiche studiate. Hanno infatti un livello di *burnout* maggiore gli operatori che lavorano in struttura rispetto a quelli che lavorano a livello domiciliare o in sede della Cooperativa e quelli che lavorano a contatto con pazienti psichiatrici rispetto a quelli che lavorano in amministrazione. Analizzando le singole scale possiamo dire che sulla scala esaurimento emotivo non sono emerse significatività statistiche rispetto a nessuna delle caratteristiche prese in esame. Sulla scala depersonalizzazione sono emerse significatività statistiche rispetto alla sede di lavoro, alla turnazione e alla tipologia di lavoro. Infatti hanno un punteggio più alto su questa scala gli operatori che lavorano nelle strutture (comunità terapeutiche, case famiglia, gruppi appartamento) rispetto a quelli che lavorano a domicilio dei pazienti o nella sede della cooperativa (amministrazione), gli operatori che lavorano a turno rispetto a quelli che lavorano a giornata e gli operatori che esercitano il proprio operato a contatto con pazienti psichiatrici rispetto a quelli che si occupano di amministrazione. Sulla scala realizzazione personale è emersa una significatività statistica rispetto alla tipologia di lavoro. Gli operatori che lavorano a contatto con pazienti psichiatrici mostrano un punteggio

più basso su questa scala e sono quindi meno gratificati del loro lavoro rispetto agli operatori che lavorano in amministrazione. Alla luce di questa indagine è consigliabile l'adozione di un approccio preventivo per affrontare il problema *burnout*. Infatti tale sindrome rappresenta un'importante sindrome occupazionale in ambito sanitario che può avere un forte impatto sull'operatore, sull'utenza e sulla qualità dell'assistenza. Il lavoro a contatto con pazienti psichiatrici, per le caratteristiche che gli sono proprie, risulta essere una branca dei servizi socio – sanitari, ad elevato rischio di *burnout* per gli operatori. Il bisogno di interventi finalizzati alla prevenzione e al trattamento del *burnout* è pertanto ormai pienamente riconosciuto. In particolare questi interventi dovranno essere rivolti agli operatori della cooperativa che sono soggetti a turnazione e a quelli che lavorano nelle strutture che presentano un grado di depersonalizzazione più elevato. Tra questi interventi, la formazione psicologica degli operatori svolge un ruolo centrale: si tratta di un complesso processo di apprendimento che offre all'operatore la possibilità di avviare un percorso di crescita personale oltre che professionale. Gli interventi formativi rappresentano anche un'occasione per favorire nell'operatore un processo di consapevolezza rispetto alle proprie risorse interne e ai propri limiti. Dunque, tale formazione permette agli operatori di acquisire competenze nell'aiutare se stessi e gli altri a riconoscere ed esprimere i propri vissuti, ovvero il proprio mondo interiore e relazionale, di poter realizzare un intervento che prenda in carico globalmente la persona malata e di facilitare il processo di integrazione con gli altri operatori. A riguardo, sempre più oggi, la figura del dirigente deve coincidere con quella del promotore della salute all'interno delle realtà socio-sanitarie. Esso acquista infatti un ruolo decisivo ed indispensabile nel creare le condizioni adatte per un cambiamento del modo di pensare riguardo la salute, attuando così una vera e propria "rivoluzione paradigmatica" che porti benessere e soddisfazione professionale. Il dirigente è definito dal D.Lgs. n. 81/2008 come "garante organizzativo" della sicurezza e igiene del lavoro. Il Dirigente, art. 2 comma 1, lettera d) D.Lgs. 81/08, è "colui che, in ragione delle competenze professionali e di poteri

gerarchici e funzionali adeguati alla natura dell'incarico conferitogli, attua le direttive del datore di lavoro organizzando l'attività lavorativa e vigilando su di essa". Il modo di pensare, i valori e la mentalità dei titolari aziendali e il loro modo di concepire l'azienda e il lavoro organizzato improntano la cultura aziendale definendo le strategie organizzative e le regole, le norme, le direttive, i modelli di riferimento cui devono ispirarsi le varie dimensioni dell'organizzazione del lavoro.

Le regole trasmesse dai dirigenti, formalizzate in documenti e diffuse fra i lavoratori determinano, ad esempio, il modo in cui il lavoro deve essere diviso fra i dipendenti, i carichi e i ritmi di lavoro, il modo in cui devono essere distribuite le responsabilità e attraverso quali regole e metodi queste si debbano esercitare. Le regole e le norme stabilite dall'azienda in materia organizzativa e gestionale sono adeguate e finalizzate al benessere dell'organizzazione e dei lavoratori e il loro rispetto viene garantito da periodiche verifiche. Esse rappresentano un importante fattore di protezione nei confronti del determinarsi di condizioni di lavoro generatrici di stress per i lavoratori. La loro valutazione può fornire utili indicazioni rispetto all'atteggiamento dei responsabili aziendali nei confronti dei rischi psicosociali e alla predisposizione, da parte dell'azienda, di adeguate misure protettive nei loro confronti. Appare abbastanza ovvio considerare come l'attenzione a questi aspetti del lavoro abbia risvolti positivi anche in termini di qualità e produttività aziendale oltre che per gli aspetti concernenti la prevenzione dei danni correlati ai rischi stress correlati. Il modo migliore per prevenire il *burnout* è sicuramente puntare sul miglioramento delle condizioni di lavoro. Ciò non consiste semplicemente nel ridurre gli aspetti negativi presenti sul posto di lavoro, ma anche nel tentare di aumentare quelli positivi. Le strategie per aumentare l'impegno dei lavoratori sono quelle che accrescono l'energia, il coinvolgimento e l'efficacia. Anche l'organizzazione deve mostrare ai propri dipendenti lo stesso tipo di impegno, rispetto ed interessamento che essa pretende da loro. Il modo migliore per farlo è quello di prendere delle misure per ridurre le possibili discrepanze che si verificano tra le persone e il lavoro. Lo

scopo di una buona strategia organizzativa a livello preventivo è quello di creare strutture e processi gestionali in grado di incrementare l'impegno nel lavoro. Un buon intervento deve essere inizialmente condotto dalla direzione centrale per poi diventare un vero e proprio progetto organizzativo che coinvolge tutti i lavoratori.

Un'efficace strategia che voglia prevenire il *burnout* e promuovere l'impegno deve iniziare con un'analisi ("Organizational Check-up Survey") sugli aspetti chiave della vita organizzativa tra il personale. Questo tipo di analisi permette di valutare il modo in cui un'organizzazione si occupa delle proprie responsabilità nei confronti dei dipendenti. In altri termini, rivela in quale misura il posto di lavoro sta promuovendo la loro produttività ed il loro impegno.

Attraverso l'analisi tra il personale si possono valutare i livelli di impegno\burnout tra i dipendenti, l'estensione della discrepanza lavoro–persona nelle diverse aree della vita organizzativa (es. carico di lavoro, controllo, ricompense, senso comunitario, equità, valori) ed il rapporto tra le diverse strutture e procedure gestionali. Tutte le informazioni ricavate da questo tipo di analisi potranno servire a migliorare la cultura organizzativa.

RINGRAZIAMENTI

Desidero ringraziare tutte le persone che hanno permesso la realizzazione di questo lavoro di tesi. In primo luogo il mio relatore, il Professor Alfonso Cristaudo, grazie al quale è stato possibile realizzare questo studio e ampliare la mia conoscenza sul fenomeno del burnout. Ringrazio poi la Dottoressa Alessandra Bonotti per il suo aiuto nell'esecuzione dell'analisi statistica. Un ringraziamento a tutto il personale della Cooperativa La Mano Amica di Lucca, e in particolar modo alla Direttrice Katy Pierucci e alla Responsabile dell'Area Salute Mentale Elisabetta Gonnella. Grazie a tutti gli operatori perché sono loro i veri protagonisti di questa tesi ed è per loro che questo lavoro è stato compiuto. Voglio poi ringraziare le mie preziose colleghe Michela, Sara ed Eva, compagne di un viaggio meraviglioso. Un

ringraziamento forte a Elena, Simona e Martina per il calore e l'amicizia. Grazie a Sebastiano per tutto l'aiuto e la vicinanza, grazie alla mia famiglia e in particolare ringrazio mia madre Mariolina e mio padre Luciano per avermi dato tutto il supporto di cui avevo bisogno. Infine grazie a tutti i bambini che ogni giorno incontro nel mio lavoro, al loro "essere speciali" e al loro farmi sentire speciale.

APPENDICE

	Quanto spesso?
1. Mi sento emotivamente sfinito/a dal mio lavoro	0 1 2 3 4 5 6
2. Mi sento sfinito/a alla fine di una giornata	0 1 2 3 4 5 6
3. Mi sento stanco/a quando mi alzo la mattina e devo affrontare un' altra giornata di lavoro	0 1 2 3 4 5 6
4. Posso capire facilmente come la pensano i miei pazienti	0 1 2 3 4 5 6
5. Mi pare di trattare alcuni pazienti come se fossero degli oggetti	0 1 2 3 4 5 6
6. Mi pare che lavorare tutto il giorno con la gente mi pesi	0 1 2 3 4 5 6
7. Affronto efficacemente i problemi dei miei pazienti	0 1 2 3 4 5 6
8. Mi sento esaurito/a dal mio lavoro	0 1 2 3 4 5 6
9. Credo di influenzare positivamente la vita di altre persone attraverso il mio lavoro	0 1 2 3 4 5 6
10. Da quando ho cominciato a lavorare qui sono diventato/a più insensibile con la gente	0 1 2 3 4 5 6
11. Ho paura che questo lavoro mi possa indurire emotivamente	0 1 2 3 4 5 6
12. Mi sento pieno/a di energie	0 1 2 3 4 5 6
13. Sono frustrato/a dal mio lavoro	0 1 2 3 4 5 6
14. Credo di lavorare troppo duramente	0 1 2 3 4 5 6
15. Non mi importa veramente di ciò che succede ad alcuni pazienti	0 1 2 3 4 5 6
16. Lavorare direttamente a contatto con la gente mi crea troppa tensione	0 1 2 3 4 5 6
17. Riesco facilmente a rendere i miei pazienti rilassati e a proprio agio	0 1 2 3 4 5 6
18. Mi sento rallegrato dopo aver lavorato con i miei pazienti	0 1 2 3 4 5 6
19. Ho realizzato molte cose di valore nel mio lavoro	0 1 2 3 4 5 6
20. Sento di non farcela più	0 1 2 3 4 5 6
21. Nel mio lavoro affronto i problemi emotivi con calma	0 1 2 3 4 5 6
22. Ho l'impressione che i miei pazienti diano la colpa a me per i loro problemi	0 1 2 3 4 5 6

Età: Sesso: F/M
 Professione:

Legenda:

Mai = 0 Qualche volta all'anno = 1 Una volta al mese o meno = 2 Qualche volta al mese = 3
 Una volta alla settimana = 4 Qualche volta alla settimana = 5 Ogni giorno = 6

C. MASLACH
S. JACKSON

Analisi dei Servizi Socio-Sanitari

Adattamento italiano a cura di S. Sirigatti e C. Stefanile

QUESTIONARIO

Lo scopo di questo questionario è di analizzare come operatori impegnati nei servizi socio-sanitari o in professioni di aiuto vedono il loro lavoro e le persone con le quali sono maggiormente a contatto. Poiché possono rispondere al questionario operatori occupati in un'ampia varietà di professioni, viene usato il termine "utente" facendo riferimento alla persona alla quale Lei fornisce il servizio, la cura, il trattamento, o la prestazione. Rispondendo al questionario, consideri come utenti le persone alle quali il Suo lavoro è diretto, anche se è abituato a chiamarle con un termine diverso (ad es.: paziente, cliente, assistito, ecc.).

Nella pagina seguente sono riportate 22 affermazioni che riguardano sentimenti legati al proprio lavoro. Legga con attenzione ogni affermazione e decida se Lei ha mai provato tali sentimenti verso il Suo lavoro. Se non ne ha mai provati, scriva "0" (zero) nello spazio a sinistra dell'affermazione. Se, invece, ha provato tali sentimenti, indichi quanto spesso li ha provati scrivendo il numero (da 1 a 6) che meglio descrive la loro frequenza. Guardi l'esempio qui sotto:

ESEMPIO

QUANTO SPESSO:	0	1	2	3	4	5	6
	mai	qualche volta all'anno	una volta al mese o meno	qualche volta al mese	una volta alla settimana	qualche volta alla settimana	ogni giorno

QUANTO SPESSO *Affermazione:*
0-6

_____ Al lavoro mi sento depresso

Se non Le capita mai di sentirsi depresso al lavoro, scriva "0" (zero) sulla linea, sotto l'indicazione "Quanto spesso". Se Le capita raramente di sentirsi depresso al lavoro (qualche volta all'anno), scriva sulla linea il numero "1". Se, invece, i Suoi sentimenti di depressione al lavoro sono più frequenti (ad esempio, qualche volta alla settimana, ma non tutti i giorni) scriva il numero "5".

QUANTO SPESSO:	0	1	2	3	4	5	6
	mai	qualche volta all'anno	una volta al mese o meno	qualche volta al mese	una volta alla settimana	qualche volta alla settimana	ogni giorno

QUANTO SPESSO 0-6 *Affermazione:*

1. _____ Mi sento emotivamente sfinito dal mio lavoro
2. _____ Mi sento sfinito alla fine di una giornata di lavoro
3. _____ Mi sento stanco quando mi alzo la mattina e devo affrontare un'altra giornata di lavoro
4. _____ Posso capire facilmente come la pensano i miei utenti
5. _____ Mi pare di trattare alcuni utenti come se fossero degli oggetti
6. _____ Mi pare che lavorare tutto il giorno con la gente mi pesi
7. _____ Affronto efficacemente i problemi dei miei utenti
8. _____ Mi sento esaurito dal mio lavoro
9. _____ Credo di influenzare positivamente la vita di altre persone attraverso il mio lavoro
10. _____ Da quando ho cominciato a lavorare qui sono diventato più insensibile con la gente
11. _____ Ho paura che questo lavoro mi possa indurire emotivamente
12. _____ Mi sento pieno di energie
13. _____ Sono frustrato dal mio lavoro
14. _____ Credo di lavorare troppo duramente
15. _____ Non mi importa veramente di ciò che succede ad alcuni utenti
16. _____ Lavorare direttamente a contatto con la gente mi crea troppa tensione
17. _____ Riesco facilmente a rendere i miei utenti rilassati e a proprio agio
18. _____ Mi sento rallegrato dopo aver lavorato con i miei utenti
19. _____ Ho realizzato molte cose di valore nel mio lavoro
20. _____ Sento di non farcela più
21. _____ Nel mio lavoro affronto i problemi emotivi con calma
22. _____ Ho l'impressione che i miei utenti diano la colpa a me per i loro problemi

Non scrivere in questo spazio

EE: _____ cat DP: _____ cat PA: _____ cat

- In riferimento alla sua attuale esperienza, quali aspetti giudica più positivi della sua professione?

-In riferimento alla sua attuale esperienza, quali aspetti giudica più negativi della sua professione?

SCHEDA DEMOGRAFICA

Faccia una crocetta accanto alla risposta che vuole dare o, quando necessario, scriva sulla linea tratteggiata.

Per cortesia fornisca *tutte* le informazioni richieste.

Sesso: __ maschio __ femmina Età: anni _____

Qual'è la Sua posizione lavorativa? _____

Quante ore la settimana lavora? _____

Da quanto tempo opera nel settore socio-sanitario? _____

Da quanto tempo svolge l'attività attuale? _____

INDICE DEI GRAFICI

Grafico 1 - La sindrome delle burnout nelle helping professions	13
Grafico 2 - Campione suddiviso per sede di lavoro	54
Grafico 3 - Campione suddiviso per professione	54
Grafico 4 - Livello <i>burnout</i> nel campione totale.....	62
Grafico 5 - Punteggio sulla sottoscala esaurimento emotivo nel campione totale	62
Grafico 6 - Punteggio sulla sottoscala depersonalizzazione nel campione totale	62
Grafico 7 - Punteggio sulla sottoscala realizzazione personale nel campione totale	62
Grafico 8 - Correlazione grado di <i>burnout</i> e sede di lavoro.....	64
Grafico 9 - Correlazione sottoscala depersonalizzazione e sede di lavoro.....	65
Grafico 10 - Correlazione sottoscala depersonalizzazione e orario di lavoro	66
Grafico 11 - Correlazione grado di <i>burnout</i> e tipologia di lavoro.....	69
Grafico 12 - Correlazione sottoscala depersonalizzazione e tipologia di lavoro	69
Grafico 13 - Correlazione sottoscala realizzazione personale – tipologia di lavoro	70

INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1 – Categorizzazione dei punteggi	48
Tabella 2 – Caratteristiche del campione	53
Tabella 3 - Livello di <i>burnout</i> nel campione totale	60
Tabella 4 - Punteggi sulle sottoscale esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione personale nel campione totale	61
Tabella 5 - Correlazioni (Chi Quadro di Pearson) livello di <i>burnout</i> e sede di lavoro	63
Tabella 6 - Correlazioni (Chi Quadro di Pearson) sottoscala depersonalizzazione e sede di lavoro	65
Tabella 7 - Correlazioni (Chi Quadro di Pearson) sottoscala depersonalizzazione e turnazione	66
Tabella 8 - Correlazioni (Chi Quadro di Pearson) livello di <i>burnout</i> e tipologia di lavoro	67
Tabella 9 - Correlazioni (Chi Quadro di Pearson) sottoscala depersonalizzazione e tipologia di lavoro	68
Tabella 10 - Correlazioni (Chi Quadro di Pearson) sottoscala realizzazione personale e tipologia di lavoro.....	68

BIBLIOGRAFIA

- Bellani M., Furlani F., Gneccchi M., Pezzotta P, Trotti E, Bellotti G. *Burnout and related factors among HIV/AIDS health care workers*. AIDS Care 1996; 8(2): 207-221.
- Del Rio, G. (1990). *Stress E Lavoro Nei Servizi. Sintomi, Cause E Rimedi Del Burnout*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Demerouti E., Bakker A., Nachreiner F., Schaufeli, W. B. (2001). The Job Demands-Resources Model Of Burnout. *Journal Of Applied Psychology*, 86, 499-512.
- Dorz S., Novara C., Sica C, Sanavio E. (2004). *La sindrome del burnout in operatori sanitari a contatto con malati di AIDS: variabili predittive*. Dipartimento di Psicologia Generale Università di Padova. G Ital Med Lav Erg 2004; 26:2, 114-118.
- Edelwich, J. E., Brodsky, A. (1980). *Burnout. Stages Of Disillusionement In The Helping Professions*. New York: Human Science Press.
- Farber, B. A. (1983). *Stress And Burnout In The Human Service Professions*. New York: Pergamon Press.
- Farber, B. A. (2000). *Introduction: Understanding And Treating Burnout In A Changing Culture*. *Psychotherapy In Practice*, 56 (5), 589-594.
- Favretto, G., Comucci Tajoli A. (1988). *Insegnare Oggi: Soddisfazione O Stress*. Milano: Franco Angeli.
- Freudenberger H. (1974). *Staff burnout*. *Journal of Social Issues*.
- Folgheraiter, F. (1994). Introduzione All'Edizione Italiana. In G. Bernstein E J. Halaszyn (Eds.), *Io Operatore Sociale*. Trento: Centro Studi Erickson.
- Gabassi P.G., Mazzon M. (1995). *Burnout: 1974-1994. Vent'Anni Di Ricerche Sullo Stress Degli Operatori Socio-Sanitari*. Milano: Franco Angeli.

- Heifetz L.J., Bersani H.A. (1983). *Disrupting The Cybernetics Of Personal Growth: Toward A Unified Theory Of Burnout In The Human Services*. In B.A. Farber (Eds.), *Stress And Burnout In Human Service Professions*. New York: Pergamon Press.
- Iacovides A., Fountoulakis K.N., Kaprinis St., Kaprinis G. (2003). *The Relationship Between Job Stress, Burnout And Clinical Depression*. *Journal Of Affective Disorders*, 75, 209–221.
- Ispesl (Dipartimento di Medicina del lavoro), 2008. *Stress e Burn out (2° edizione), come riconoscere I sintomi e prevenire il rischio*.
- Iverson R. D., Olekalns M.E, Erwin P. J. (1998). *Affectivity, Organizational Stressors, And Absenteeism: A Causal Model Of Burnout And Its Consequences*. *Journal Of Vocational Behavior*, 52, 1–23.
- Iwanicki E.F., Schwab, R.L. (1981). *A Cross-Validation Study Of The Maslach Burnout Inventory*. *Educational And Psychological Measurement*, 41, 1167-1174.
- Jackson, S. E., Schwab, R. L. E Schluler, R. S. (1986). *Toward An Understanding Of The Burnout Phenomenon*. *Journal Of Applied Psychology*, 71, 4, 630-640.
- Kobasa S.C. (1979). *Stressful Life Events, Personalità And Health. An Inquiry To Hardiness*. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 37, 1-11.
- Lee R.T., Ashfort, B.E. (1990). *On The Meaning Of Maslach's Three Dimensions Of Burnout*. *Journal Of Applied Psychology*, 75, 743-747.
- Lee R.T., Ashfort B.E. (1996). *A Meta-Analytic Examination Of The Correlates Of The Three Dimensions Of Job Burnout*. *Journal Of Applied Psychology*, 81, 123-133.
- Leiter M.P. (1988). *Burnout As A Function Of Communication Patterns*. *Group And Organization Studies*, 13, 111-128.
- Leiter M.P. (1993). *Burnout As A Developmental Process: Consideration Of Models*. In W.B. Schaufeli, C. Maslach E Marek T. (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments In Theory And Research*. Washington, D.C.: Taylor & Francis.

- Mannucci A., Poggesi P. (2000). *L'Educatore Di Professione E I Rischi Di Burnout*. Pisa: Edizioni Del Cerro.
- Martin C., Pedrabissi L., Santinello M., Vidotto G. (1998). *Il Processo Di Burning-Out: Una Ricerca Longitudinale*. *Giornale Italiano Di Psicologia*, 25 (4), 801-822.
- Maslach C. (1976), *Burned – out*. *Human Behavior*, 5(9), 16 – 22.
- Maslach C. (1992), *Burnout, The Cost of Caring*. Prentice Hall, Englewood Cliff, NJ.
- Maslach C., Jackson S.E. (1978). Lawyer Burnout. *Barister*, 8, 52-58.
- Maslach C., Jackson S.E. (1979). The Burnout Syndrome And Patient Care. In C. Garfield (Eds.), *Stress And Survival*. St.Louis: Mosby.
- Maslach C, Jackson S.E. (1981). *The Maslach Burnout Inventory*. Consulting Psychologists Press, Paolo Alto.
- Maslach C., Jackson S.E. (1981), *The measurement of experienced burnout*. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99 – 113.
- Maslach C., Jackson S.E. (1985). *The Role Of Sex And Family Variables In Burnout*. *Sex Roles*, 12, 837-851.
- Maslach C., Jackson S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual* (2nd Edn.). Palo Alto, Ca: Consulting Psychologists Press, Inc. [Tr. It. In S. Sirigatti, E C. Stefanile, *The Maslach Burnout Inventory: Adattamento E Taratura Per L'Italia*. Firenze: O.S., 1993].
- Maslach C. e Leiter M.P. (1997). *The Truth About Burnout. How Organizations Cause Personal Stress And What To Do About It*. Usa: Jossey-Boss Inc.
- Maslach C., 1992. *La sindrome del Burnout. Il prezzo dell'aiuto agli altri*; Assisi Cittadella Editrice.
- Maslach, C., Jackson S., 1993. *MBI, Maslach Burnout Inventory*. Ed. Organizzazioni Speciali, Firenze, pag. 4.
- Maslach C., Leiter M.P., 1997. *The truth about Burnout*. San Francisco, C.A: Jossey – Bass.

- Maslach C., Leiter M.P., 2000. *Burnout e organizzazione. Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro*. Feltrinelli.
- Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. (2001). *Job Burnout*. Annual Review Of Psychology, 52, 397-422.
- Miller D (1992). *Staff stress in HIV health care workers*. AIDS Care 1992; 4: 429-432.
- Ministero Del Lavoro E Delle Politiche Sociali (2003). *Libro Bianco Sul Welfare. Proposte Per Una Società Dinamica E Solidale*. Roma.
- NIOSH, 1999. Stress at work. United States.
- Padula M.S., Ilari G., Baraldi S., Guaraldi G.P. Ferretti E., Musiani V., Svampa E., Venuta M. (2008). *Il burnout nella Medicina Generale: personalità del medico e personalità del paziente*. Università di Modena e Reggio Emilia. Rivista della Società Italiana di Medicina Generale, N. 4 ,Agosto 2008, 42 - 47.
- Pines A.M., Ben-Ari A., Utasi A., Larson D. (2002). *A Cross-Cultural Investigation Of Social Support And Burnout*. European Psychologist, 7 (4), 256-264.
- Pini, M., Martellucci, P. E Pullerà, M. (2000). *Livelli Di Burnout E Sintomatologia Nevrotica In Un Gruppo Di Operatori Dei Servizi Per Le Tossicodipendenze (Ser.T)*, Terza Conferenza Nazionale Sui Problemi Connessi Con La Diffusione Delle Sostanze Stupefacenti E Psicotrope. Genova 28-30 Novembre.
- Rossati., G. Magro (1999) (Eds.). *Stress E Burnout*. Roma: Carocci Editore.
- Russel, Altmaier E., Van Velzen D. (1987). *Job-Related Stress, Social Support, And Burnout Among Classroom Teachers*. Journal Of Applied Psychology, 72, 269-274.
- Santinello M., Furlotti R. (1992). *Servizi Territoriali E Rischio Di Burnout*. Milano: Giuffrè.
- Schaufeli W. B., Enzmann D. (1998). *The Burnout Companion To Study E Practice: A Critical Analysis*. Philadelphia: Taylor E Francis.
- Sirigatti S. (1995). *Manuale Di Psicologia Generale*. Torino: UTET.

- Sirigatti S., Menoni E., Stefanile C. (1988), *Aspetti psicologici della formazione infermieristica: iscrizione, frequenza, abbandono, burnout*. La Nuova Italia Scientifica. Roma.
- Sirigatti S., Stefanile C. (1988). *Per Una Scala Di Misurazione Del Burnout*. *Bollettino Di Psicologia Applicata*, 187-188, 29-32.
- Sirigatti S., Stefanile C., Menoni E. (1988). *Per Un Adattamento Del Maslach Burnout Inventory (MBI)*. *Bollettino Di Psicologia Applicata*, 187-188, 33-39.
- Sirigatti S., Stefanile C., Menoni E. (1988). *Sindrome di burnout e caratteristiche di personalità*. *Bollettino Di Psicologia Applicata*, 187-188, 55-63.
- Sirigatti S., Stefanile C., Menoni E. (1988). *Il costo dell'assistenza*. Atti della Giornata della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Siena, a.a 1989-90.
- Sirigatti S., Stefanile C., Menoni E., Nardone G., Taddei S. (1988). *Caratteristiche Metrologiche Di Una Scala Di Misurazione Del Burnout*. *Bollettino Di Psicologia Applicata*, 187-188, 71-81.
- Sirigatti S., Stefanile C., Menoni E., Nardone G., Taddei S. (1988). *Caratteristiche Metrologiche di un adattamento italiano del MBI*. Atti del Congresso degli Psicologi Italiani. Edizioni Guerini, Milano, 653-655.
- Sirigatti S., Stefanile C., 1991. *Maslach Burnout Inventory in Italia alla luce dell'analisi fattoriale confirmatoria*. *Bollettino Di Psicologia Applicata*, 200, 39 – 45.
- Sirigatti S., Stefanile C. (1992). *Aspetti E Problemi Dell'Adattamento Italiano Del M.B.I.* *Bollettino Di Psicologia Applicata*, 202-203, 3-12.
- Sirigatti S., Stefanile C. (1993). *Correlati Individuali E Ambientali Del Burnout In Infermieri Professionali*. *Bollettino Di Psicologia Applicata*, 187-188, 15-24.
- Statt, D. A. (1998). *Breve Dizionario Di Psicologia*, A Cura Di Moderato, P. Roma: Edizioni Kappa.

- Stefanile C. (1984). *Parlando con Christina Maslach: a proposito di burnout-sindrome*. Bollettino Di Psicologia Applicata, 170, 51-54.
- Tennant C. (2001). *Work-Related Stress And Depressive Disorders*. Journal Of Psychosomatic Research, 51, 697-704.