

"Il ruolo del coordinatore nel riconoscimento e prevenzione del *burnout* negli operatori di tre U.O. di chirurgia cervico-facciale"

di Elisabetta Sardone*

Estratto Tesi Master in management infermieristico per le funzioni di coordinamento, UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA, TOR VERGATA, ANNO ACCADEMICO 2007 / 2009, Studente ELISABETTA SARDONE, Relatore DR.ssa MARIA MONICA RATTI, Correlatore, DR.ssa FRANCA LAZZARI

INTRODUZIONE

La scelta di progettare ed effettuare un progetto di studio sulla sindrome del *burnout* nasce da una forte motivazione, data dalla consapevolezza che la *burnout syndrome* sia un rischio per gli operatori sanitari esercenti una professione di aiuto, che debba essere preventivamente riconosciuta per essere gestita dai coordinatori infermieristici.

Il seguente lavoro parte da una revisione della letteratura per cercare di definire il termine *burnout syndrome*, descrivendo anche alcuni modelli teorici di riferimento, e di tracciare le caratteristiche individuali dell'operatore maggiormente soggetto al *burnout*. Negli anni '30 nel gergo dell'atletica e di altri sport il termine *burnout* fu usato per designare quel fenomeno per cui, dopo alcuni successi, un atleta "si brucia", "si esaurisce" non riuscendo più a ripetersi dal punto di vista agonistico.

Alcuni autori con i loro lavori scientifici pionieristici, hanno contribuito a incrementare una approfondita consapevolezza dei punti di forza appartenenti alle strutture sanitarie e a evidenziare possibili paradigmi operativi.

Nel 1970 Menzies mise in risalto il legame tra dinamiche organizzative e meccanismi di difesa contro eventi angoscianti nel lavoro infermieristico.

Christina Maslach docente di psicologia all'università di California, Berkeley, è considerata tutt'oggi la massima esperta mondiale di *burnout*; oltre ad aver scritto numerose pubblicazioni sull'argomento ha ideato il *Maslach Burnout Inventory*, lo strumento più accreditato ed usato in materia. Nell'agosto del '73, espresse le sue idee nel corso

di un convegno annuale dell'American Psychological Association (APA), tenuto a Montreal, definendo il *burnout* "come una sindrome da esaurimento emotivo, da spersonalizzazione e riduzione delle capacità personali che può presentarsi in soggetti che per professione si occupano della gente"; e ancora: "una reazione alla tensione emotiva cronica creata dal contatto continuo con altri esseri umani, in particolare quando essi hanno problemi o motivi di sofferenza"; queste idee furono riprese e completate sviluppando un concetto più organico del processo di *burnout* che descrisse nel 1976. L'anno successivo Maslach coniò il termine "*burnout syndrome*" per riferirsi a una situazione che aveva osservato con frequenza sempre maggiore nelle "helping professions", dove dopo mesi o anni di generoso impegno, gli operatori manifestavano apatia, indifferenza, erano spesso nervosi, irrequieti, qualche volta cinici nei confronti del lavoro, erano operatori che si erano "bruciati".

Richard H. Price definisce "*burnout* come una metafora significativa, spesso però imprecisa, che dà l'idea del fuoco dell'entusiasmo che si spegne, di un'energia che si esaurisce".

Un grosso contributo allo studio del *burnout* è stato dato da Cary Cherniss che, nel 1980, lo definì come una ritirata psicologica dal lavoro in risposta all'eccesso di stress e insoddisfazione.

Maslach (1976) dopo un primo contributo, dove descrive il *burnout* come una forma di stress che porta a distaccarsi dall'utente, trasforma la defini-



TABELLA 1 - Punteggi di codificazione del MBI

SOTTOSCALA	ALTO	MEDIO	BASSO	ASSENTE
Esaurimento Emotivo	> 24 punti	15-23 punti	1-14 punti	0 punti
Depersonalizzazione	> 9 punti	4-8 punti	1-3 punti	0 punti
Realizzazione Personale	> 37 punti	30-36 punti	1-29 punti	0 punti

zione in un costrutto multifattoriale costituito da tre dimensioni:

- 1) l'esaurimento emotivo, cioè la sensazione di essere in continua tensione, emotivamente inariditi dal rapporto con gli altri;
- 2) la depersonalizzazione, cioè la risposta negativa nei confronti delle persone che ricevono la prestazione professionale;
- 3) la ridotta realizzazione, cioè la sensazione che nel lavoro a contatto con gli altri la propria competenza e il proprio desiderio di successo stiano venendo meno.

Lo scopo dell'elaborato è la presentazione di una ricerca progettata per indagare il livello di *burnout syndrome* negli infermieri e negli operatori di supporto, nelle unità operative di Neurochirurgia, Otorinolaringoiatria e Maxillo-Plastica nell'Azienda Ospedaliera S. Anna di Como nel periodo di tempo antecedente una riorganizzazione aziendale che prevede la creazione di una unità operativa integrata.

Le motivazioni che hanno portato alla scelta del seguente elaborato sono la consapevolezza, maturata in un contesto in cui l'impegno emotivo e lo stress sono presenti, che la *burnout syndrome* sia un rischio per gli operatori sanitari esercenti una professione di aiuto e che debba essere preventivamente riconosciuta per poter essere gestita dai coordinatori infermieristici.

MATERIALI E METODO

Per lo studio di ricerca è stato utilizzato come strumento di misurazione il *Maslach Burnout Inventory* (Maslach & Jackson, 1982), nel suo adattamento curato da S. Sirigatti e C. Stefanile; consistente in un questionario strutturato composto da 22 items che misurano 3 dimensioni indipendenti del *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"; (0=mai, 1=quache 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). Il questionario concepisce il *burnout* non come una variabile dicotomica che può essere presente o assente, ma piuttosto come una variabile continua che rispecchia i diversi livelli dei sentimenti in gioco.

Le tre sottoscale che costituiscono il MBI sono:

- Esaurimento Emotivo (EE). Esamina la sensazione di essere inaridito emotivamente ed esaurito dal proprio lavoro;
- Depersonalizzazione (DP). Misura una risposta fredda ed impersonale nei confronti degli utenti del proprio servizio;
- Realizzazione Personale (RP). Valuta la sensazione relativa alla propria competenza e al proprio desiderio di successo nel lavorare con gli altri.

Un alto grado di *burnout* è evidenziato da elevati punteggi nelle sottoscale di Esaurimento Emotivo e Depersonalizzazione e da bassi punteggi nella sottoscala Realizzazione Personale. Un medio grado di *burnout* è caratterizzato da punteggi intermedi nelle tre sottoscale. Un basso grado di *burnout* è caratterizzato da bassi punteggi nelle sottoscale Esaurimento Emotivo e Depersonalizzazione e da alti punteggi nella sottoscala Realizzazione Personale. Al questionario si è aggiunta una scheda demografica in cui viene richiesta la compilazione di una tabella contenente dati riguardanti: l'età, il sesso, lo stato civile, l'anzianità di lavoro nel settore sanitario, l'anzianità di lavoro presso la struttura, anzianità di lavoro presso il reparto. Le variabili sopra elencate sono strettamente correlate all'insorgenza della *burnout syndrome*, come segnalato dalla letteratura e da recenti studi. Viene inoltre raccomandato al



TABELLA 2 - CONFRONTO TRA I TRE CAMPIONI

	>23	23-15	14-1	0	
Neurochirurgia	4	4	4	0	
Otorinolaringoiatria	2	7	4	0	
Mx/plastica	4	6	2	0	
EE	10	17	10	0	37
Esaurimento Emotivo - Pers. Inf. e di Supp delle tre Chirurgie	27%	46%	27%	0%	100%

	>8	8-4	1-3	0	
Neurochirurgia	5	1	3	3	
Otorinolaringoiatria	4	4	2	3	
Mx/plastica	4	4	1	3	
DP	13	9	6	9	37
Depersonalizzazione - Pers. Inf. e di Supp delle tre Chirurgie	35%	24%	16%	24%	100%

	>36	30-36	29-1	0	
Neurochirurgia	5	4	3	0	
Otorinolaringoiatria	9	2	2	0	
Mx/plastica	7	2	3	0	
RP	21	8	8	0	37
Realizzazione Personale - Pers. Inf. e di Supp delle tre Chirurgie	57%	22%	22%	0%	100%

soggetto di compilare tutti i box e di non scrivere il nome o firmare il questionario in quanto anonimo. Per la somministrazione del questionario è stata inviata preventiva richiesta di autorizzazione al Direttore del SITRA dell'A.O. del S.Anna di Como dove svolgo la mia attività dal 1987.

Gli operatori sanitari sono stati informati, tramite lettera di presentazione, dell'uso a scopo didattico del questionario al fine di una tesi di Master Universitario. I questionari sono stati distribuiti agli infermieri e agli operatori di supporto dal coordinatore infermieristico di U.O., nel periodo di tempo che va dal 29 maggio al 30 giugno 2009 con una risposta del 100% del personale in servizio in quel momento.

RISULTATI

Sono stati presi in analisi tre campioni: il primo è costituito dal personale infermieristico e di supporto dell' U.O. di Neurochirurgia dove sono stati analizzati 12 questionari; il secondo è costituito dal personale infermieristico e di supporto dell'U.O. di Otorinolaringoiatria dove sono stati analizzati 13 questionari e il terzo è costituito dal personale infermieristico e di supporto dell'U.O. di chirurgia Maxillo-Plastica dove sono stati analizzati 12 que-

stionari, per un totale di 37 questionari. Per illustrare i risultati delle analisi di ricerca effettuate sui questionari raccolti, si è preferito suddividere i dati in due gruppi: il primo riguarda i dati socio-anagrafici e il secondo gruppo l'analisi del MBI, a sua volta suddiviso in sottoscale.

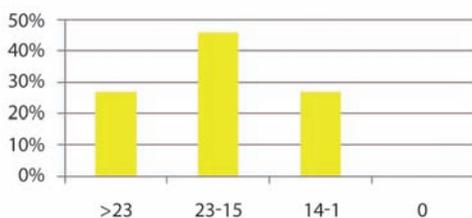
Dai dati rilevati è emerso che tra i 37 operatori sanitari che hanno aderito alla ricerca vi sono 10 uomini e 27 donne per un totale di 37 intervistati. L'età media del campione va dai 35 ai 50 anni. L'anzianità media di servizio nel settore sanitario va dai 12 ai 21 anni, mentre l'anzianità media di lavoro presso l'U.O. di pertinenza va dai 4 agli 8 anni.

Si rappresenta ora nella tabella 2, i risultati di ciascun questionario secondo il punteggio di codificazione del MBI ottenuto, prima in numeri assoluti e poi in percentuale nelle tre sottoscale per poter confrontare i valori espressi nelle relative Unità Operative.

L'analisi dei dati riportati in tabella 2 è ulteriormente descritta nelle seguenti rappresentazioni che esprimono la percentuale ottenuta dai punteggi di codificazione del MBI nella sottoscala Esaurimento Emotivo (EE) per poter confrontare i valori espressi nelle Unità Operative considerate.



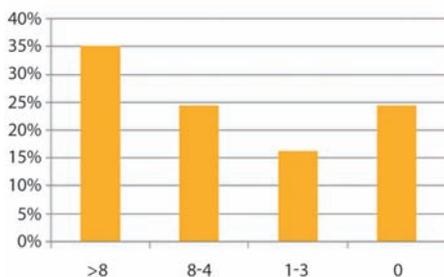
Grafico 1 - Esaurimento Emotivo del personale infermieristico e di supporto delle tre chirurgie specialistiche



Il livello di EE tra gli operatori sanitari delle tre chirurgie è Alto nel 27% dei casi, Medio per il 46 %, e Basso per il 27%.

Successivamente, nel grafico 2 è rappresentata la percentuale ottenuta dai punteggi di codificazione del MBI nella sottoscala Depersonalizzazione (DP) per poter confrontare i valori espressi nelle Unità Operative considerate.

Grafico 2 - Depersonalizzazione del personale infermieristico e di supporto delle tre chirurgie specialistiche



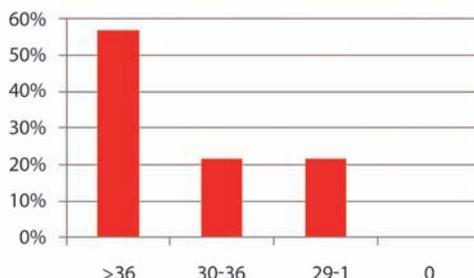
Come si può osservare, il livello di DP tra gli operatori sanitari delle tre chirurgie sottoposti a indagine è Alto per il 35 % del personale, Medio per il 24 %, Basso per il 16%, e il 24 % non è in *burnout*.

Nel grafico 3 è espressa la percentuale ottenuta dai punteggi di codificazione del MBI nella sottoscala Realizzazione Personale (RP) per poter confrontare i valori espressi nelle Unità Operative considerate.

Il livello di RP tra gli operatori sanitari oggetto di studio è Alto per il 57 %, Medio per il 22 %, e Basso per il restante 22 %.

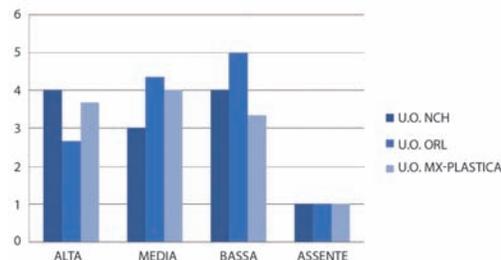
A completamento dell'analisi, si descrive nella rappresentazione grafica riassuntiva (graf. 4) il livello di *burnout* ottenuto dalla sommatoria delle

Grafico 3 - Realizzazione Personale del personale infermieristico e di supporto delle tre chirurgie specialistiche



tre sottoscale (come indicato nella tabella 1) tra gli operatori sanitari sottoposti a indagine, esprimendo in orizzontale i punteggi di codificazione del MBI nelle tre chirurgie a confronto, mentre in verticale il numero assoluto delle risposte ottenute.

Grafico 4 - Livello di *Burnout* del personale infermieristico e di supporto delle tre chirurgie specialistiche



Come si può osservare dal grafico 4:

- Il livello **alto** di *burnout* è maggiore nel personale infermieristico e di supporto dell'U.O. di Neurochirurgia (con 4 operatori), seguito dal personale dell'U.O. di Maxillo-Plastica (con 3,70 operatori), ed infine dal personale dell'U.O. di Otorinolaringoiatria (con 2,65 operatori).
- Il livello **medio** di *burnout* è maggiore nel personale infermieristico e di supporto dell'U.O. di Otorinolaringoiatria (con 4,35 operatori), seguito dal personale dell'U.O. di Maxillo-Plastica (con 4 operatori), ed infine dal personale dell'U.O. di Neurochirurgia (con 3 operatori).
- Il livello **basso** di *burnout* è maggiore nel personale infermieristico e di supporto dell'U.O. di



Otorinolaringoiatria (con 5 operatori), seguito dal personale dell'U.O. di Neurochirurgia (con 4 operatori), ed infine il personale dell'U.O. di Maxillo-Plastica (con 3,30 operatori).

- Il livello di assenza di *burnout* è equamente distribuito tra il personale infermieristico e di supporto delle tre chirurgie (1 solo operatore per ciascuna U.O.).

DISCUSSIONE

Considerando i campioni nella loro globalità, e valutando l'attività svolta dalle singole figure professionali, si potrebbe ipotizzare che l'**alto livello di EE** riscontrato tra gli operatori della Neurochirurgia, sia dovuto al loro operato in terapia sub-intensiva con costante esposizione alle condizioni limite dei pazienti neurolesi, alla morte, e alla sofferenza, dove l'obiettivo primario degli operatori è quello di salvaguardare le funzioni vitali del paziente al fine di garantirne la sopravvivenza. In Otorinolaringoiatria e in Maxillo-Plastica, al contrario, le situazioni di prognosi favorevole sono nettamente superiori a quelle delle persone assistite in Neurochirurgia e più sovente gli operatori hanno a che fare con esiti favorevoli. **Analizzando il grado di DP** tra gli operatori delle singole U.O., come dato osservazionale si può notare che il personale infermieristico del reparto di Maxillo-Plastica mostra un maggiore livello di depersonalizzazione, rispetto agli infermieri operanti in Neurochirurgia e in Otorinolaringoiatria. Una possibile spiegazione di questo risultato potrebbe essere correlato all'elevato turnover a cui è stato sottoposto il personale sanitario appartenente all'U.O. di Maxillo-Plastica negli ultimi mesi, e quindi alla mancanza di relazione, fiducia e dialogo tra i colleghi, che potrebbe portare, a lungo andare, a depersonalizzazione dell'operatore che svolge la propria attività in modo distaccato dal collega, in quanto vi è una ricerca di dialogo e di conoscenza reciproca che solo con il passare del tempo si può instaurare. È importante che tra operatori sanitari, oltre che alla capacità professionale vi sia fiducia e consapevolezza di far parte di una equipe basata sulla cooperazione tra figure. **Analizzando nel dettaglio la sottoscala della RP** tra gli operatori delle tre U.O. si sono riscontrate differenze rilevanti; il livello più alto di Realizzazione Personale si è riscontrato tra gli

operatori della U.O. di Otorinolaringoiatria a differenza del personale infermieristico della U.O. di Maxillo-Plastica e della Neurochirurgia. Si potrebbe pensare che l'alto livello di RP registrato nell'U.O. di Otorinolaringoiatria sia dovuto alla tipologia del paziente assistito, generalmente tendente al miglioramento rispetto alle condizioni d'ingresso, ed a volte alla guarigione, dove l'operatore coglie maggiormente o con più soddisfazione il risultato del proprio lavoro. Un'altra variabile che si potrebbe considerare è l'alto livello di autonomia decisionale di cui godono gli operatori sanitari nell'attuazione del piano assistenziale, dove è prioritario assicurare la pervietà delle vie aeree e un'adeguata alimentazione del paziente. La Realizzazione Personale è una dimensione intima e particolare di ciascun individuo; può essere influenzata da fattori non solo professionali ma anche appartenenti alla sfera privata dell'operatore che a volte possono condizionare positivamente o negativamente sentimenti ed emozioni; non è scontato infatti che chi riscontri successi in ambito lavorativo sia anche realizzato nel privato; viceversa non è detto che chi sia soddisfatto della propria sfera personale si senta realizzato professionalmente. Non tutti gli operatori infatti sono in grado di scindere la vita professionale da quella privata e questo può portare, se vi sono in gioco problematiche importanti, a scarsi od addirittura assenti livelli di Realizzazione Personale.

CONCLUSIONI

La ricerca presentata con l'elaborato proposto è stata utile per fotografare il livello di *burnout syndrome* negli infermieri e negli operatori di supporto, nelle U.O. di Neurochirurgia, Otorinolaringoiatria e Maxillo-Plastica nell'ospedale S. Anna di Como nel periodo di tempo antecedente una riorganizzazione aziendale che prevede la creazione di un'unità operativa integrata a breve tempo. La *burnout syndrome* è un rischio per gli operatori sanitari esercenti una professione di aiuto e deve essere preventivamente riconosciuta per essere gestita dai coordinatori infermieristici. Questo riconoscimento può essere attuato e reso possibile elaborando strategie per migliorare l'organizzazione dei servizi e delle unità di cura, e per promuovere il benessere psicologico del personale; inoltre dovrebbe rappresentare uno degli obiettivi



prioritari che il coordinatore dovrebbe quotidianamente perseguire, per garantire un ambiente di lavoro gratificante e nello stesso tempo stimolante per l'operatore tendente ad una assistenza infermieristica di maggiore qualità e sempre più qualificata. Per evitare lo scarso rendimento dell'operatore, scaturito da stress lavorativo, il coordinatore svolge un importante ruolo nel riconoscimento precoce del *burnout*. Esso propone adeguati programmi di prevenzione dello stress, attraverso strategie ben precise, mirate alla formazione degli operatori e all'organizzazione del lavoro e ad una più semplice e più qualificata gestione delle risorse umane. Possibili piani d'intervento di prevenzione del *burnout* si possono concretizzare in tecniche di conduzione di gruppi, mirate a migliorare le relazioni interpersonali dei

membri dell'equipe assistenziale, cercando di rafforzare ed aumentare il senso di solidarietà, identificazione e di appartenenza ad un gruppo professionale, capacità di confronto, comprensione della situazione, e gratificazione. Dallo studio svolto si evidenzia quindi la necessità di investire risorse e apportare strategie atte a ridurre la frequenza di *burnout* negli operatori a rischio, sia per aumentare i livelli di produttività, ma soprattutto per favorire un rapporto di collaborazione e serenità tra gli stessi operatori sanitari e tra questi gli assistiti; il coordinatore infermieristico inoltre deve realizzare interventi di prevenzione sul *burnout* tra i suoi collaboratori e deve intervenire tempestivamente dove si rende necessario con piani strategici mirati a migliorare e rafforzare le relazioni interpersonali dei membri dell'equipe.

BIBLIOGRAFIA

- Menzies I.(1970): The function of social system as a defence against anxiety Tavistock Institute, London.
- Maslach C.(1973): "Detached concern. In health and social service professions" Convegno annuale della American Psychological Association, Montreal.
- Maslach C. (1976): Burned-out. Human Behavior, 5, 16-22.
- Price, R. H. Preface to Cherniss, C. (1980). Staff *burnout*. Job stress in the human service Beverly Hills,CA and London: Sage Publications, 199 pp.
- Cherniss C. (1983): La *syndrome* del *burnout*, Centro scientifico torinese, Torino.

FONTI INFORMATICHE

www.ipasvi.it - www.nursesarea.it - www.nurse3000.it
www.psiconline.it - www.gildacentrostudi.it