

SPECIALITÀ E PROFESSIONI A COLLOQUIO

# Il burnout negli operatori sanitari: uno studio condotto nell'U.O. di Nefrologia dell'Ospedale San Raffaele



Maria Monica Ratti<sup>1,2</sup>, Giulia Bruna Delli Zotti<sup>2</sup>, Claudia Rossi<sup>1</sup>, Lucio Sarno<sup>1,2</sup>, Donatella Spotti<sup>3</sup>

(1) Facoltà di Psicologia, Università Vita Salute San Raffaele, Milano

(2) Servizio di Psicologia Clinica e della Salute, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano

(3) Unità Operativa di Nefrologia, Dialisi e Ipertensione, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano

Corrispondenza a: Maria Monica Ratti; Ospedale San Raffaele, Via Olgettina, 60 – 20132 Milano; Tel:+39 345 4695091 Mail: [ratti.mariamonica@hsr.it](mailto:ratti.mariamonica@hsr.it)

## Abstract

Il burnout è una sindrome da stress lavorativo causata dal contatto prolungato con utenza che presenta sofferenza fisica ed emotiva. C. Maslach, una delle principali studiose, la considera caratterizzata da *esaurimento emozionale, depersonalizzazione e riduzione delle capacità personali*. Tuttavia in letteratura sono ancora scarse le ricerche effettuate all'interno dei Reparti di Nefrologia e Dialisi su tale fenomeno, nonostante le peculiari caratteristiche della relazione di cura che si instaura tra gli operatori sanitari e i pazienti in trattamento dialitico. Il presente studio vuole mettere in luce l'importanza della valutazione dei livelli di burnout e delle strategie di adattamento allo stress (*coping*) negli operatori sanitari dell'U.O di Nefrologia e Dialisi, affinché possa essere preservato il loro benessere psicologico e sia evitata la possibilità di un progressivo deterioramento della relazione di cura con il paziente. L'implementazione di corsi di formazione psicologica per gli operatori sanitari risulta uno strumento utile finalizzato alla prevenzione e alla gestione della sindrome di burnout.

Parole chiave: burnout, coping, operatori sanitari, psicologia, qualità di vita

## Burnout in healthcare professionals: a study carried out in the Nephrology Unit of San Raffaele Hospital

Burnout is a work stress syndrome caused by a prolonged contact with users which present physical and emotional suffering. C. Maslach, one of the main authors, refers that this syndrome is characterized by emotional exhaustion, depersonalization and reduced personal skills. However, the researches done within the Nephrology and Dialysis Departments on this phenomenon are still few in the literature, despite the peculiar characteristics of the care relationship that develops between caregivers and patients on dialysis treatment. The present study aims to highlight the importance of assessing the levels of burnout and strategies of adaptation to stress (*coping*) in healthcare workers of Nephrology and Dialysis Unit, so that their psychological well-being could be preserved, preventing the possibility of a progressive deterioration of the care relationship with the patient. The implementation of psychological training courses for healthcare workers seems to be a useful tool aimed at the prevention and management of the burnout syndrome

Key words: burnout, coping, healthcares, psychology, quality of life

## Introduzione

Il burnout è una sindrome psichica che ha come esito un disadattamento dove prevalgono la “chiusura ed il distacco”, una risposta non adattiva allo stress e un esaurimento delle risorse del soggetto. I primi articoli sull'argomento sono stati pubblicati da Freudenberg [1] e approfonditi da Maslach [2] [3], tuttora considerata l'autrice di riferimento per il burnout, che ha descritto come una “*sindrome di esaurimento emozionale, di depersonalizzazione e di riduzione delle capacità personali che può presentarsi in soggetti che svolgono professioni “people-oriented”*”. Si tratta di una reazione alla tensione emozionale cronica creata dal contatto continuo con altri esseri umani, in particolare quando essi hanno problemi o motivi di sofferenza”. Maslach, infatti, individua tre componenti del burnout: l' "Esaurimento Emotivo", che consiste in uno stato soggettivo di malessere sperimentato a seguito di un sovraccarico lavorativo legato non tanto alle mansioni da svolgere quanto alla tensione emotiva che si genera nella relazione d'aiuto e che si manifesta nella sensazione di essere svuotati, inariditi e logorati; la “Depersonalizzazione”, che si manifesta nell'atteggiamento distaccato, cinico, freddo, che l'operatore assume nei confronti dell'utente; la ridotta “Realizzazione Personale”, ovvero un'autovalutazione cognitiva negativa del proprio operato e di se stesso, che sollecita un senso di mancata efficacia e di ridotta competenza professionale.

Oltre alla teorizzazione di Christina Maslach, in letteratura si rintracciano altri modelli relativi al burnout: i principali sono quello proposto da Pines e Aronson [4] e il modello di Cherniss [5]. Pines e Aronson definiscono la sindrome del burnout come uno stato di esaurimento emozionale, che fa seguito a un processo graduale di disillusione, la cui causa andrebbe ricercata in un coinvolgimento personale profondo da parte dei professionisti, che si identificano con il proprio lavoro in maniera eccessiva. Gli autori spiegano come alcuni individui fortemente motivati intraprendano carriere volte al raggiungimento di obiettivi specifici, il cui insuccesso genererebbe la sindrome. Nello specifico, più che il fallimento in sé, è rilevante la percezione di inadeguatezza e di inutilità che lo accompagna, portando a una condizione che, tuttavia, viene considerata modificabile, proprio in ragione della sua natura dinamica.

Nella teorizzazione di Cherniss [5], il burnout è definito come un “processo transazionale” tra cause organizzative e abilità generali, in cui la motivazione ricopre un ruolo importante. L'autore, ne ha individuato tre fasi successive, riprendendo la teoria della “Sindrome generale di adattamento” proposta da Seyle [6]:

1. Fase dello stress, caratterizzato da un disequilibrio, in eccesso o in difetto, tra le risorse disponibili e le richieste provenienti dall'esterno, che derivano dall'ambiente di lavoro, oppure dall'interno, come i propri obiettivi, valori o bisogni. In questa fase il soggetto tenta di adattarsi alla situazione attraverso un uso molto intenso delle sue risorse psicofisiche, provocando un progressivo esaurimento emotivo e, di conseguenza, anche una demotivazione rispetto al proprio ruolo professionale;
2. Fase della crisi interiore o tensione emotiva (*strain*), come reazione a tale squilibrio, caratterizzata da ansia, nervosismo, affaticamento ed esaurimento. Queste sensazioni si manifestano nel tentativo, da parte dell'operatore, di difendersi dalla situazione negativa creatasi.
3. Fase della difesa, che consiste nella conseguente modificazione del comportamento e degli atteggiamenti, come la tendenza a trattare i pazienti in modo meccanico e distaccato o con una preoccupazione cinica circa la gratificazione dei propri bisogni.

Tali cambiamenti nell'atteggiamento e nel comportamento generano, infatti, una fuga psicologica del soggetto coinvolto, come tentativo di limitare il livello di stress generatore del fenomeno [7]. Questo meccanismo può innescare una demotivazione che si auto-alimenta

mediante un circolo vizioso: all'atteggiamento di evitamento dell'ambiente stressante, si associa una diminuzione dell'efficacia della prestazione professionale, perché l'entusiasmo, l'ottimismo e il coinvolgimento personale sono spesso ingredienti necessari al successo; il fallimento, a sua volta, ha come conseguenza un incremento della frustrazione che, ciclicamente, comporta un ulteriore insuccesso.

Il burnout secondo l'autore può avere molteplici manifestazioni: sintomi fisici, (come disturbi gastrointestinali, alterazioni del sonno..), sintomi psicologici (come demoralizzazione, pessimismo..), reazioni comportamentali sul lavoro (come assenteismo, ritardi frequenti e cambiamenti dell'atteggiamento nei confronti degli utenti quali freddezza, cinismo e distacco). Pertanto, quando tale fenomeno è presente, va ad impattare sulla qualità della vita del soggetto e sul suo benessere fisico, oltre che psichico [8].

I dati più recenti della letteratura suggeriscono che gli operatori sanitari, in particolare medici e infermieri afferenti ai Reparti di Emergenza, Malattie infettive, Oncologia, Psichiatria e Medicina e Chirurgia [9] rappresentano le categorie più a rischio [10] [11] [12] [13] [14] [15] di sviluppo di burnout. Essi, infatti, presentano sovente alti livelli di stress lavoro-correlato [16], un fattore che può aumentare la probabilità di andare incontro a tale sindrome [17].

Tuttavia, sono scarsi i dati relativi alla prevalenza del burnout negli operatori sanitari impiegati all'interno dei Servizi Dialisi [18] (full text), nonostante alcune caratteristiche di tale contesto lavorativo che lo rendono potenzialmente sensibile a tale fenomeno: l'alta frequenza e la lunga durata del trattamento emodialitico, infatti, favoriscono l'instaurarsi di relazioni terapeutiche molto intense tra operatori e pazienti, i quali sono spesso depressi o frustrati, devono confrontarsi con la sofferenza e il rischio di morte e, sovente, presentano più patologie in comorbidità [19]. L'équipe sanitaria diventa frequentemente la destinataria di tutte le ansie, le angosce, le aspettative e i bisogni psicologici dei malati, trovandosi spesso a dover fornire loro supporto emotivo. Inoltre, sono stati evidenziati diversi altri fattori che potrebbero contribuire allo sviluppo di stress e burnout negli operatori dell'area emodialitica, come la morte dei pazienti dopo lunghi periodi di cura [18] (full text), le difficoltà relazionali tra i medici e gli infermieri [20] e l'esclusione di questi ultimi da parte dei medici dai processi decisionali implicati nella cura dei pazienti [21]. Ulteriore fattore che risulta essere particolarmente coinvolto nello sviluppo della sindrome del burnout è lo stile di coping utilizzato dall'operatore sanitario [22] [23]. Il coping viene definito come "l'insieme degli sforzi della persona, sul piano cognitivo, emotivo e comportamentale, per gestire le richieste interne ed esterne poste da quelle interrelazioni tra persona e ambiente valutate come eccedenti le risorse possedute" [24]. Il coping, quindi, permette di regolare i comportamenti, le emozioni e l'attenzione di fronte a situazioni percepite soggettivamente come stressanti, difficili e/o di disagio. La rilevazione delle diverse modalità di risposta individuale risulta importante in quanto può rappresentare un buon elemento di previsione dello sviluppo di condotte disadattive improntate al disagio e alla sofferenza [25] [26] [27]. Sono state descritte tre macro tipologie di strategie di coping [24] [28] [29] [30]: il coping centrato sul problema, che corrisponde alla tendenza ad affrontare la situazione stressante in maniera diretta; il coping centrato sulle emozioni, che si riferisce al tentativo di regolare le proprie reazioni emotive negative conseguenti all'evento che provoca stress; il coping centrato sull'evitamento, che riguarda il tentativo dell'individuo di ignorare l'evento stressante, impegnandosi in compiti sostitutivi o ricercando il contatto con altre persone come diversivo sociale.

## Scopi

A partire dalla collaborazione tra il Servizio di Psicologia Clinica e della Salute (Direttore: Prof. L. Sarno), e l'U.O. di Nefrologia, Dialisi e Ipertensione (Direttore: Prof. D. Spotti) dell'Ospedale San Raffaele di Milano [31], si è sviluppata l'intenzione di avviare uno studio volto alla valutazione dei livelli di burnout, le strategie di *coping* utilizzate con maggior frequenza e la qualità di vita degli operatori sanitari afferenti a questa Unità Operativa. Si è ipotizzata nello specifico la presenza di una correlazione tra la dimensione "Esaurimento Emotivo" valutata dal test MBI, e lo stile di *coping* orientato al compito rappresentato dalla dimensione "Azione" del test CISS II, in quanto tale dimensione del burnout viene considerata l'elemento centrale della sindrome, nonché il suo maggior predittore. Inoltre, tale ipotesi viene supportata dai dati di letteratura che evidenziano come lo stile di *coping* attivo, centrato sul compito, possa essere un fattore protettivo del burnout stesso [32] [33].

Questa rilevazione è stata effettuata in un setting grupale finalizzata alla possibilità di una raccolta-bisogni preliminare alla strutturazione di una serie di incontri formativi con l'équipe sul fenomeno del burnout e sulla gestione dello stress, con l'intento di unire la ricerca all'intervento (*action research*) [34], svolgendo anche attività di prevenzione e gestione del fenomeno.

## Metodi

Il campione dello studio è composto da 40 soggetti: infermieri (57,5%), nefrologi (17,5%), specializzandi (12,5%) e ausiliari (12,5%) che lavorano presso l'Unità Operativa Nefrologia, Dialisi e Ipertensione dell'Ospedale San Raffaele di Milano, di cui 25 femmine e 15 maschi. Il disegno dello studio è di tipo descrittivo-osservazionale.

Secondo gli scopi dello studio, il Servizio di Psicologia Clinica e della Salute dell'Ospedale San Raffaele di Milano ha ideato una batteria testale, composta dai seguenti strumenti *self-report*:

### A) Maslach Burnout Inventory (MBI):

E' un questionario sviluppato nel 1981 da Christina Maslach e Susan Jackson [35], validato in Italia nel 1993 da Sirigatti e Stefanile [36], che risulta essenziale per la valutazione del fenomeno del burnout nel personale che opera nei servizi sociosanitari e nelle istituzioni educative nonché per la programmazione di interventi specifici ad esso rivolti. Lo strumento è composto da 22 item e misura tre sottoscale indipendenti della sindrome del burnout:

1. *Esaurimento Emotivo (EE)*: dimensione composta da 9 item che valuta la sensazione di essere inaridito ed emotivamente esaurito dal proprio lavoro;
2. *Depersonalizzazione (DP)*: dimensione composta da 5 item, che esamina una risposta fredda e impersonale nei confronti dei pazienti;
3. *Realizzazione Personale (RP)*: dimensione composta da 8 item, che quantifica la sensazione di competenza e il desiderio di successo nel lavoro.

### B) Coping Inventory for Stressful Situations (CISS-2) (Situation Specific Version):

E' uno strumento messo a punto nel 1990 da Endler e Parker [37] e validato in Italia nel 2001 da Pisanti, Lucidi e Bertini [38] che viene utilizzato per valutare le diverse modalità di reazione a situazioni stressanti, difficili e/o di disagio. È composto da 21 item e si articola in tre dimensioni, che corrispondono alle principali strategie di *coping* descritte in letteratura [24] [28] [29] [30]:

1. *Coping orientato al compito (Task coping)*: si riferisce alla tendenza del soggetto a cercare attivamente informazioni, soluzioni del problema o comportamenti volti a modificare le circostanze all'origine dello stress;
2. *Coping orientato all'emozione (Emotion Coping)*: riguarda la tendenza a reagire agli eventi stressanti focalizzando la propria attenzione sulla gestione delle emozioni collegate ad essi;
3. *Coping orientato all'evitamento (Avoidance Coping)*: corrisponde al tentativo dell'individuo di ignorare la minaccia dell'evento stressante, ricercando il contatto con altri solo come diversivo sociale o impegnandosi in compiti sostitutivi, in modo da ridurre rapidamente l'ansia connessa con la situazione.

### C) SF-36 (36-Item Short Form Health Survey):

Nella versione italiana a cura di Apolone e Mosconi [39] è un questionario multidimensionale, composto da 36 item che valutano otto aree della salute fisica e mentale suddivise nelle seguenti sottoscale: (1) Attività fisica; (2) Limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica; (3) Limitazioni di ruolo dovute allo stato emotivo; (4) Dolore fisico; (5) Percezione dello stato di salute generale; (6) Vitalità; (7) Attività sociali; (8) Salute mentale.

Da questo strumento è possibile ricavare due indici riassuntivi, l'Indice Salute Fisica e l'Indice Salute Mentale, che sintetizzano i punteggi ottenuti nelle 8 sottoscale, dandone una valutazione complessiva.

## Risultati

I dati sono stati elaborati attraverso il pacchetto statistico SPSS, versione 13. I livelli di burnout emersi nel campione, rispetto alla dimensione "Esaurimento Emotivo" del test MBI, sono bassi nel 57,5% dei casi, medi nel 17,5% di essi ed elevati nel 25% dei soggetti (M: 14,38; d.s.:10,99); rispetto alla dimensione "Depersonalizzazione", i livelli di burnout sono bassi nel 52,5% dei casi, medi nel 25% di essi ed elevati nel 22,5% (M:4,68;d.s.: 4,98). Invece, relativamente alla dimensione "Realizzazione Personale", emergono livelli elevati di burnout solo nel 7,5% dei casi, livelli medi nel 27,5% di essi e livelli bassi nel 65% dei soggetti (M:13,68; d.s.:5,479). Le strategie di *coping* utilizzate con maggior frequenza risultano essere quelle "orientate al compito" (M:28,25, ds:5,08), seguite da quelle "orientate alle emozioni" (M:16,58, ds:6,01) e, infine, da quelle "orientate all'evitamento" (M:13,68, ds:5,48). Globalmente, i soggetti del campione riferiscono un buono stato di salute generale (ISF:51,7, ISM:47,6). Inoltre, emerge una correlazione negativa tra la dimensione "Esaurimento Emotivo" del test MBI e l'utilizzo prevalente delle strategie di *coping* "orientate al compito", rappresentate da "Azione" nel test CISS-2 ( $r: -.454, p:.003$ ).

## Discussione

Nel campione studiato i livelli di burnout sono stati valutati utilizzando il *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, che non concepisce il fenomeno come una variabile dicotomica, solo presente o assente, ma come una variabile continua. Quindi, la presenza di alti livelli in una sola dimensione dell'MBI costituisce un indice di burnout anche in assenza di valori elevati nelle rimanenti due dimensioni. I livelli di burnout emersi sono prevalentemente bassi nelle tre dimensioni: "Esaurimento Emotivo" (57,5%), "Depersonalizzazione" (52,50%), "Realizzazione Personale" (65%). Tali valori indicano come la popolazione oggetto di studio riesca apparentemente a mantenere una buona relazione di aiuto professionale con i pazienti, sentendosi realizzata nel proprio lavoro. Valori intermedi di burnout si riscontrano in pochi casi: "Esaurimento Emotivo" (17,5%), "Depersonalizzazione" (25%), "Realizzazione

Personale" (27,5%). Solo una minor parte del campione presenta invece livelli elevati di burnout: "Esaurimento Emotivo" (25%), "Depersonalizzazione" (22,5%), "Realizzazione Personale" (7,5%). Quest'ultimo dato risulta essere particolarmente rilevante in quanto gli alti valori riscontrati nelle dimensioni "Esaurimento Emotivo" e "Depersonalizzazione" potrebbero rappresentare il primo passo verso una demotivazione, un deterioramento della relazione di aiuto e, di conseguenza, anche della qualità delle cure percepita dai pazienti.

Il *coping* è stato valutato utilizzando il *Coping Inventory for Stressful Situation* (CISS-2) (Tabella 1), da cui è emerso che la strategia maggiormente utilizzata è quella "orientata al compito" (M: 28.25; d.s.: 5.083). Quest'ultima è considerata la strategia più adattiva, in quanto include la ricerca attiva di informazioni, di soluzioni del problema, di comportamenti volti a modificare le circostanze all'origine dello stress. Segue il *coping* "orientato all'emozione" (M:16.58; d.s.:6.012), ossia una strategia finalizzata alla riduzione della tensione emotiva, che può essere considerata meno adattiva in quanto spesso non permette di affrontare direttamente la situazione, ma tende ad attribuirne un significato diverso [40]. Tuttavia, nelle situazioni scarsamente controllabili dall'individuo, dove non c'è la possibilità di agire direttamente sulla situazione, come nel caso di una malattia cronica, il *coping* "orientato all'emozione" è considerato lo stile di risposta più utile, rappresentando l'unica modalità per l'individuo di gestire il suo malessere. Infatti, è necessario specificare come l'efficacia di una strategia di *coping* dovrebbe essere sempre valutata all'interno della singola situazione e del contesto specifico, anziché essere determinata a priori [23]. Invece la modalità che si rivela tendenzialmente meno efficace e maggiormente disadattata è il *coping* "orientato all'evitamento" [41] [42] [43] [44], che risulta essere anche quella utilizzata meno frequentemente dai soggetti del campione (M: 13.68;d.s.:5.479). Essa consiste nel tentativo di ignorare la minaccia dell'evento stressante, ricercando il contatto con altri come diversivo socialeo impegnandosi in compiti sostitutivi, fino ad un vero e proprio allontanamento dal problema e dalla presa di contatto con le emozioni ad esso connesse, portando a ridurre da una parte l'ansia connessa con la situazione ma dall'altra creando un evitamento continuo della propria condizione di malattia e della sua gestione. Considerando i risultati emersi, è possibile affermare quindi che i soggetti del campione, in media, utilizzano in prevalenza strategie tendenzialmente efficaci ed adattive per affrontare le situazioni stressanti (Tabella 1).

Un ulteriore obiettivo dello studio era valutare la presenza di una correlazione negativa tra la dimensione "Esaurimento Emotivo" del test MBI e le strategie di *coping* "orientate al compito", rappresentate dalla dimensione "Azione" dello strumento CISS-2. Infatti, l' "Esaurimento Emotivo" è considerato l'elemento centrale del burnout e il suo maggior predittore, e lo stile di *coping* attivo, centrato sul compito, può essere un fattore protettivo rispetto al burnout stesso [32] [33]. Il riscontro di una correlazione negativa ( $r=.454$ ;  $p<.01$ ) tra le due variabili conferma una diminuzione del livello di burnout all'aumentare dell'utilizzo di questo tipo di strategia di *coping* (Tabella 2).

La qualità di vita è stata misurata utilizzando il questionario SF-36 (*36-Item Short Form Health Survey*), da cui è emerso che, mediamente, il campione in esame presenta uno stato di salute generale di buon livello, sia da un punto di vista fisico (ISF: 51,7) che mentale (ISM: 47,6),

Tabella 1. Punteggi medi del campione relativi alle sottoscale del test CISS-2

	Punteggio medio
AZIONE	28,25 (ds:5.083)
EMOZIONE	16,58 (ds:6.012)
EVITAMENTO	13,68 (ds:5.479)

dato che integra e appare in linea con i livelli di burnout non particolarmente elevati riscontrati nel campione.

## Conclusioni

Risulta particolarmente importante valutare l'eventuale presenza della sindrome del burnout nel personale sanitario afferente alle U.O. di Nefrologia e/o ai Servizi Dialisi, in quanto tale fenomeno può rappresentare una minaccia per la relazione di aiuto con i pazienti, nonché essere fonte di sofferenza psicofisica per l'operatore stesso. Conoscere, inoltre, le strategie di *coping* utilizzate in prevalenza dall'équipe sanitaria può essere rilevante al fine di promuovere nell'operatore l'uso di modalità di adattamento maggiormente efficaci per affrontare lo stress, essendo infatti inserito in un contesto lavorativo che lo costringe a confrontarsi continuamente con pazienti cronici, i quali portano spesso con sé un intenso disagio emotivo e richieste di cura e attenzione.

Tali aspetti sostengono l'idea di implementare corsi di formazione per gli operatori, aventi innanzitutto finalità preventiva: si è visto, infatti, come il solo fatto di ricevere conoscenza, approfondimento ed educazione rispetto alle tematiche legate alla gestione dello stress e al burnout costituisca un importante intervento di prevenzione di tale fenomeno [45]. Si ritiene tuttavia fondamentale l'utilizzo del gruppo come strumento formativo in quanto nell'apprendimento solo informativo non vi è la possibilità di approfondire tutto ciò che attiene al vissuto relazionale e al non detto, non consente la maturazione delle capacità di analizzare il modo in cui il mondo interno ed esterno entrano in rapporto, né favorisce la condivisione e l'elaborazione delle emozioni che permeano l'attività lavorativa col paziente, permettendo quindi di avviare un processo trasformativo emotivo interiore. Il gruppo di formazione rappresenta quindi uno strumento esperienziale che permette un lavoro di conoscenza e crescita della propria identità professionale e del rapporto col proprio lavoro. Formare attraverso il gruppo favorisce inoltre lo scambio interpersonale, permettendo di incrementare nei membri la loro capacità di istituire connessioni tra i temi, le emozioni e gli affetti che fanno da sfondo alla loro attività lavorativa. L'esperienza formativa in gruppo permette infine di acquisire consapevolezza rispetto alle modalità emergenti di esercizio dei ruoli e delle proprie competenze [46]. Ulteriore obiettivo dei corsi di formazione, sarà quello di fornire spunti di riflessione sulla relazione di cura con il paziente emodializzato, al fine di stimolare negli operatori un atteggiamento maggiormente empatico nei confronti di quest'ultimo, che permetta di migliorare ulteriormente la relazione stessa e aumentare, di conseguenza, anche la gratificazione personale rispetto al proprio lavoro. Inoltre, nonostante gli operatori utilizzino già con più frequenza le strategie di *coping* tendenzialmente adattive, potrà essere ugualmente utile affrontare con loro il tema della gestione dello stress, in ambito lavorativo ed extra-lavorativo, nonché delle conseguenze che derivano dall'eventuale utilizzo di strategie passive (come l'evitamento), al fine di scoraggiarle e promuovere sempre di più la messa in atto di stili di adattamento al distress efficaci.

Il corso di formazione psicologica degli operatori sanitari viene strutturato secondo il modello teorico psicoanalitico di gruppo, che trova nel pensiero di Bion [47] [48], Foulks [49],

Tabella 2. Analisi della correlazione tra le strategie di coping "orientate al compito" e la dimensione "Esaurimento Emotivo" dell'MBI

	AZIONE CISS-2
ESAURIMENTO EMOTIVO – MBI	
Correlazione di Pearson	-.454
Sig. (2-code)	.003

Kaës [50] i principali autori di riferimento. Il gruppo viene considerato infatti come qualcosa di più della somma delle sue parti [51], e permette in quest'ottica di cogliere le dinamiche relazionali che sono intessute nel gruppo di lavoro e nell'istituzione. L'approccio psicanalitico di gruppo mira infatti all'individuazione dei processi psichici che non sono propri di ciascun soggetto, ma che si formano dalle azioni, dalle rappresentazioni e dai legami tra i membri dell'équipe e che quindi danno luogo ad una realtà psichica comune [50]. Lo psicologo in tal senso sarà impegnato ad identificare, per poi restituire in modo comprensibile ai partecipanti, la realtà psichica del gruppo, considerata irriducibile a quella individuale [49]. La formazione psicologica secondo quest'ottica psicanalitica gruppale promuove la costruzione dell'intersoggettività e nello stesso tempo la utilizza come strumento di lavoro sulla relazione privilegiata. Formare l'équipe sanitaria utilizzando il gruppo permette ai partecipanti di *apprendere dall'esperienza* [48], facendo riferimento all'utilizzazione e alla trasformazione dei vissuti emotivi e delle dinamiche emergenti. Attraverso il gruppo è possibile rendere visibile e portare all'espressione esplicita il mondo interno e il funzionamento psichico dei singoli, affinché questi ultimi possano diventare consapevoli dei propri vissuti emotivi, delle risonanze affettive, delle difese e dei conflitti che inevitabilmente vengono riversati nelle modalità relazionali quotidiane con i pazienti, con i colleghi, nonché nel legame verso l'istituzione ospedaliera.

“Formare” secondo questa prospettiva, non rappresenta quindi solo un processo di aziendalizzazione, ma uno spazio di riflessione per ripensare alle metodologie e ai processi caratterizzanti sia il lavoro individuale che di gruppo, allo scopo di rendere efficaci ed efficienti le prestazioni sanitarie. Formare alla relazione e alla comunicazione con il paziente emodializzato significa lavorare per una cultura professionale dove il sapere specialistico e la responsabilità non siano separati dallo scambio relazionale [52].

Con gli operatori che l'hanno richiesto e ne hanno sentito l'esigenza, si ritiene importante offrire la possibilità di concordare anche incontri individuali, volti ad approfondire le specifiche difficoltà personali o lavorative, che possono inficiare il loro benessere psicologico, nonché deteriorare la relazione di cura con il paziente emodializzato e, di conseguenza, il clima lavorativo del reparto ospedaliero.

---

## Bibliografia

[1] Freudenberger HJ. Staff burnout. *Journal of Social Issues* 1974, 30(1), pp. 159-165

[2] Maslach C. *Burnout: the cost of caring*. Prentice – Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1982

[3] Maslach C. *Burnout. A social psychological analysis*. San Francisco, California, APA meeting, 1977

[4] Pines AM, Aronson E. *Career burnout: causes and cures*. New York, Free Press, 1988

[5] Cherniss C. *La sindrome del burnout*. Torino, Centro Scientifico Torinese, 1986.

[6] Seyle H. *The stress of life*. New York, Mc Graw-Hill, 1956

[7] Cherniss C. *Staff burnout: job stress in the human services*. Beverly Hills, California, Sage, 1980; traduzione italiana, *La sindrome del burnout*, Torino, CST, 1983

[8] Shirom A, Melamed S. Does burnout affect physical health? A review of the evidence, in Anthoniou A.S. e Cooper C.L. (Eds). *Research Companion to Organizational Health Psychology*, Edward Elgar Publishing, 2005

[9] Ripamonti CA, Steca P, Prunas A. *Health Professions Stress and Coping Scale: studio preliminare di un nuovo strumento di valutazione dello stress e del coping in ambito sanitario*. *Psicologia della Salute*, 2007

[10] Ripamonti CA, Clerici CA. *Psicologia e salute. Introduzione alla psicologia clinica in ambiente sanitario*. In: Ed. Il Mulino, 2008

[11] Costantini A, Solano L, Di Napoli R et al. Relationship between hardiness and risk of burnout in a sample of 92 nurses working in oncology and AIDS wards. *Psychotherapy and psychosomatics* 1997;66(2):78-82

[12] Klfedder CJ, Power KG, Wells TJ et al. Burnout in psychiatric nursing. *Journal of advanced nursing* 2001 May;34(3):383-96



- [13] Hallberg IR Systematic clinical supervision in a child psychiatric ward: satisfaction with nursing care, tedium, burnout, and the nurses' own report on the effects of it. *Archives of psychiatric nursing* 1994 Feb;8(1):44-52
- [14] Bennett L, Michie P, Kippax S et al. Quantitative analysis of burnout and its associated factors in AIDS nursing. *AIDS care* 1991;3(2):181-92
- [15] Kennedy P, Grey N High pressure areas. *Nursing times* 1997 Jul 16-22;93(29):26-8
- [16] Donchin Y, Seagull FJ The hostile environment of the intensive care unit. *Current opinion in critical care* 2002 Aug;8(4):316-20
- [17] Bakker AB, Le Blanc PM, Schaufeli WB et al. Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of advanced nursing* 2005 Aug;51(3):276-87
- [18] Klersy C, Callegari A, Martinelli V et al. Burnout in health care providers of dialysis service in Northern Italy--a multicentre study. *Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association* 2007 Aug;22(8):2283-90 (full text)
- [19] Bogatz S, Colasanto R, Sweeney L et al. Defining the impact of high patient/staff ratios on dialysis social workers. *Nephrology news & issues* 2005 Jan;19(2):55-60
- [20] Murphy F Stress among nephrology nurses in Northern Ireland. *Nephrology nursing journal : journal of the American Nephrology Nurses' Association* 2004 Jul-Aug;31(4):423-31
- [21] Brokalaki H, Matziou V, Thanou J et al. Job-related stress among nursing personnel in Greek dialysis units. *EDTNA/ERCA journal (English ed.)* 2001 Oct-Dec;27(4):181-6
- [22] Pronost AM, Tap P. Usure professionnelle et formation des soins palliatifs. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale* 1997; 33, pp.75-85
- [23] De Rijk AE, Le Blanc PM, Schaufeli WB, De Jonge J. Active Coping and need for control as moderators of the job demand control model: Effects on burnout. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 1998; 71, pp.1-18
- [24] Lazarus R.S., Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York, Springer-Verlag, 1984
- [25] Leiter MP. Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behaviour* 1991; 12, pp.123-124
- [26] Elliot TR., Shewchuck R, Hagglund K, Rybarczyk B. Occupational burnout, tolerance for stress and coping among nurses in rehabilitation units. *Rehabilitation Psychology* 1996; 4, pp. 267-284.
- [27] Fagin L, Carson J, Leary J et al. Stress, coping and burnout in mental health nurses: findings from three research studies. *The International journal of social psychiatry* 1996 Summer;42(2):102-11
- [28] Suls J, Fletcher B The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: a meta-analysis. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association* 1985;4(3):249-88
- [29] Nowack KM Coping style, cognitive hardiness, and health status. *Journal of behavioral medicine* 1989 Apr;12(2):145-58
- [30] Armikhan LH. A factor analytically derived measure of coping: the Coping Strategy Indicator. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990; 59, pp. 1066-1074
- [31] Ratti MM, Delli Zotti GB, Spotti D, Sarno L. L'inserimento della figura dello psicologo all'interno dell'U.O di Nefrologia-Dialisi-Iperensione: dalla valutazione dei bisogni alla definizione di un modello di intervento. *Giornale Italiano di Nefrologia* 2014
- [32] Zani B, Pietrantonio L. Antecedenti e conseguenti del burnout nel personale ospedaliero: proposta di un modello. *Bollettino di Psicologia Applicata* 2000; 231, pp. 35-43
- [33] Leiter MP. Coping patterns as predictors: The function of control and escapist coping pattern. *Journal of organizational behaviour* 1991; vol. 12, pp. 123-144
- [34] Lewin K. *I conflitti sociali*. Milano, Franco Angeli, 1946; edizione originale, 1980
- [35] Maslach C, Jackson SE. *MBI: Maslach Burnout Inventory*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA, 1981
- [36] Maslach C, Jackson SE. *MBI, Maslach Burnout Inventory: Manuale, adattamento italiano a cura di S. Sirigatti e C. Stefanile, Organizzazioni Speciali, Firenze, 1993*
- [37] Endler NS, Parker JDA. *Coping Inventory for Stressful Situations: Manual*. Multi-Health System, Toronto, 1990
- [38] Pisanti R, Lucidi F, Bertini M. Stress lavorativo e strategie di coping: effetti sul burnout in un gruppo di insegnanti. *Psicologia della Salute* 2001; 3, pp.71-86
- [39] Apolone G, Mosconi P The Italian SF-36 Health Survey: translation, validation and norming. *Journal of clinical epidemiology* 1998 Nov;51(11):1025-36
- [40] Compas BE Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological bulletin* 1987 May;101(3):393-403
- [41] Bassi M, Delle Fave A. *Psicologia e salute, l'esperienza di utenti e operatori*. In: Ed. Utet, 2007
- [42] Sica C, Magni C, Ghisi M, Altoè G, Sighinolfi C, Chiri LR, et al. *Coping Orientation to Problems Experienced- Nuova Versione Italiana (COPE: NVI): uno strumento per la misura degli stili di coping, uno strumento per la misura degli stili di coping*. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* vol 14, n.1, 2008, pp. 27-53
- [43] Atala KD, Carter BD Pediatric limb amputation: aspects of coping and psychotherapeutic intervention. *Child psychiatry and human development* 1992 Winter;23(2):117-30
- [44] Stanton AL, Snider PR Coping with a breast cancer diagnosis: a prospective study. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association* 1993 Jan;12(1):16-23
- [45] Leiter MP. Burnout as a function of communication patterns: a study of a multidisciplinary mental health team. *Group and Organization Studies* 1998; 13, pp. 111-128
- [46] Di Maria F, Falgares G. *Elementi di psicologia dei gruppi*. In: McGraw-Hill, 2005
- [47] Bion WR. *Esperienze nei gruppi*. In: Ed. Armando, Roma, 1961
- [48] Bion WR. *Apprendere dall'esperienza*. In: Ed. Armando, Roma, 1983
- [49] Foulks SH. *Introduzione alla psicoterapia gruppoanalitica*. In: Ed. Universitarie Romane, Roma, 1948, Trad. It. (1991)
- [50] Kaës R. *Le Teorie Psicoanalitiche del Gruppo*. In: Ed. Borla, Roma, 1999

[51] Lewin K. Teoria dinamica della personalità. In: Giunti e Barbera, Firenze, 1935

[52] Colombi S, Telleschi R. La formazione psicologica degli operatori sanitari. In: La psicologia nelle Aziende Ospedaliere e negli IRCCS, De Isabella G., Colombi S., Focchi E, Reatto L. Centro Scientifico Editore, 2003