

BURNOUT

Al personale che opera nei servizi socio-sanitari viene spesso richiesto un intenso coinvolgimento con i pazienti. Tali operatori si trovano più o meno consciamente ad usare abilità relazionali che li mettono a dura prova.

Lo stress che sperimentano logora emotivamente e può condurre alla sindrome del Burnout.

L'instaurarsi del Burnout porta ad uno svuotamento delle risorse emotive e personali con la conseguenza che l'operatore vive una condizione lavorativa negativa.

Accanto a questa percezione soggettiva non soddisfacente del proprio lavoro vi sono però delle condizioni oggettive che sembrano favorire l'insorgenza di questo esaurimento emotivo.

Spesso gli operatori hanno solamente una competenza tecnico-professionale, mentre quasi nulla è una preparazione di carattere emotivo-relazionale che possa renderli in qualche modo "immuni" dal Burnout.

In questo contesto diventa di estrema importanza l'abilità di gestire lo stress, specie oggi con le rapide evoluzioni che avvengono sia in ambito lavorativo che sociale.

La reazione allo stress dipende dal modo in cui una persona interpreta le situazioni problematiche che gli si presentano, questo è legato alle strategie cognitive dell'individuo. Tali strategie sono definite stili di Coping e se appropriate permettono di ridurre lo stress.

Ma oltre agli aspetti individuali e relazionali giocano un ruolo importante i fattori organizzativi. Spesso da parte di chi dirige non vi è una giusta valorizzazione delle risorse umane, manca quella sensibilità gestionale che permette di rendere meno pesante una professione che lo è per la sua natura.

I pazienti vogliono un'adeguata assistenza, non solo professionale ma anche umana, ma il personale o non ha tempo o deve districarsi tra mille difficoltà.

Questo difendersi ogni giorno dall' "annegare nel quotidiano" lascia alla lunga il segno, il personale socio-sanitario diventa più irritabile poco disponibile si instaura un clima pesante, tutto diventa più difficile e non trova spazio un adeguato sostegno emotivo al paziente.

ANALISI DEI PROCESSI ORGANIZZATIVI

L'approccio allo studio e all'intervento sulle organizzazioni ha avuto l'interesse di molti autori. Mayo (1945) sottolineò l'importanza di valutare i rapporti all'interno di un gruppo di lavoro per arrivare ad una integrazione tra individui e organizzazione, che faccia coesistere la logica economica con quella dei sentimenti.

Gli individui all'interno delle organizzazioni cercano oltre alla sicurezza economica di soddisfare dei bisogni personali.

Maslow (1954) ha definito una gerarchia di motivazioni che sono alla base del comportamento degli individui e che portano il singolo ad agire per soddisfare tali bisogni, ponendo ai livelli più alti i bisogni di autostima e di autorealizzazione.

A partire dalle idee di Mayo e Maslow, Mc Gregor (1960) propone due diverse filosofie di concepire il rapporto tra individuo e organizzazione. La prima rappresenta un modo di concepire l'organizzazione come imbrigliamento delle energie umane a disposizione per il raggiungimento dei fini e degli obiettivi della organizzazione stessa; Mc Gregor in questo si rifà al modello di Taylor, il creatore dell'organizzazione scientifica del lavoro a fini di efficienza e produttività, che era improntato ad un misconoscimento dei bisogni emotivi e personali dell'individuo.

La seconda filosofia categorizzata da Mc Gregor rivaluta pienamente l'individuo con le sue esigenze e le sue potenzialità positive.

Likert (1967) propone, nell' ambito dell'integrazione individuo-organizzazione, un distinguo tra un'organizzazione di tipo repressivo-autoritario e quella che prevede una partecipazione di gruppo. Quest'ultima prevede il coinvolgimento circa la formulazione degli obiettivi da raggiungere, la creazione di un clima organizzativo improntato ad un'aperta collaboratività, la facilitazione dell'autonomia e l'assunzione di responsabilità da parte degli individui.

Alla base di queste teorie vi sono considerazioni sulla vita e l'evoluzione delle singole organizzazioni e della società in generale fatte da autori come Bennis, Beckard e Schein.

Nella fattispecie le considerazioni sono di tre tipi:

1 - Il "turbolent enviroment": l'ambiente sociale e organizzativo odierno è caratterizzato sostanzialmente da mutamenti continui e inaspettati che se non vengono opportunamente controllati e programmati travolgono gli individui.

2 - Il declino della burocrazia: un modello organizzativo di tipo burocratico centrato sul controllo dei processi interni, che tende a conservarsi più che a rinnovarsi, si rivela incapace a fronteggiare il continuo progresso. L'unica soluzione infatti che questo modello organizzativo prevederebbe è un aumento del controllo che porta però a diventare esso stesso incontrollabile.

3 - L'inevitabilità della democrazia: questo modello prevede l'integrazione tra la generale ricerca di soddisfacimento personale nel lavoro e le esigenze produttive imposte dall'organizzazione. Tale modello prevede maggior indipendenza ed autonomia da parte degli individui membri dell'organizzazione.

Per poter migliorare il servizio offerto da un'organizzazione, bisogna rivisitare tutti i processi sia interni che esterni in modo che il servizio offerto sia percepito ad un buon livello. Questo comporta la valutazione e il presidio di tutta la catena dei processi interni e soprattutto il coinvolgimento ai vari livelli di tutti gli individui che operano in quanto conoscono meglio di chiunque tali processi.

Gli individui in una organizzazione formano gruppi di lavoro che svolgono un ruolo importante nelle situazioni la cui complessità richiede il coinvolgimento di competenze sia professionali che emotive.

In questo contesto diventa fondamentale la partecipazione attiva di tutti i componenti dell'organizzazione che è mediata dall'utilizzo di nuove modalità di gestione delle risorse in particolare di quelle umane.

Leiter (1992) indagò in una ricerca le relazioni tra l'insorgenza della sindrome del Burnout e le caratteristiche organizzative in ambito socio-sanitario, arrivando alla conclusione che in ambienti dove vi era più autonomia nel lavoro il clima era migliore e più soddisfacente era anche la qualità del servizio offerta.

Nell'attuare un processo di cambiamento, all'interno di una strategia di miglioramento, è importante la caratteristica di leadership sia a livello dirigenziale sia a livello di responsabile di gruppo. La leadership perché sia positiva deve presupporre diverse capacità tra cui:

- essere un punto di riferimento.
- ascoltare i collaboratori e farli diventare co-protagonisti.
- riconoscere i risultati raggiunti dagli individui e dai gruppi dando opportuni feedback non ambigui in modo da rafforzare i comportamenti positivi.

Quindi una valutazione che si sviluppa nei seguenti aspetti:

essere, comunicare, ascoltare, verificare, riconoscere.

Per quanto concerne la verifica essa deve focalizzarsi sul livello di coinvolgimento raggiunto nell'unità di lavoro osservando: l'aumento della propositività, il clima, il senso di appartenenza, lo spirito di gruppo, l'attaccamento al lavoro.

In ambito organizzativo diventa quindi fondamentale il ruolo manageriale, la sensibilità gestionale di chi dirige un'organizzazione specie nell'attuare un processo di miglioramento.

La costruzione del miglioramento può essere vista in tre fasi:

- 1 - l'identificazione delle esigenze del cliente e delle problematiche lavorative.
- 2 - tradurre i punti della prima fase in obiettivi misurabili e ben definiti.
- 3 - individuare i processi sottostanti a tali obiettivi evidenziando le criticità latenti; monitorare le variabili al fine di raggiungere gli obiettivi previsti.

Quindi il miglioramento del servizio con il conseguente aumento dell'efficacia delle prestazioni è conseguito se vi sono chiari obiettivi da raggiungere e se vi è da parte dell'organizzazione la massima valorizzazione delle risorse umane, la quale implica uno sviluppo ed un coinvolgimento del personale.

Per quanto concerne lo sviluppo esso richiede un adeguato processo di identificazione e valutazione degli skill, e di crescita degli stessi, attraverso una formazione che si adegui alle esigenze lavorative.

Relativamente al coinvolgimento esso avviene promuovendo l'apporto individuale e di gruppo, responsabilizzando le persone attraverso un processo di assegnazione degli obiettivi valutando in seguito i risultati e mettendo in evidenza l'apporto sia del singolo che del gruppo.

Quindi in un'ottica di miglioramento è importante l'autonomia nel lavoro del singolo individuo sia per evitare di perdersi nella routine del quotidiano, sia per elevare la qualità del servizio che viene offerto.

Manz (1986) afferma che l'effettiva e valida autonomia nel lavoro ha successo in un'organizzazione se sono presenti delle condizioni che ne favoriscono lo sviluppo come: un'esperienza individuale di autodeterminazione, la conoscenza e chiarezza degli obiettivi, l'aver fiducia nel proprio livello di competenza ed il miglioramento delle proprie abilità.

L'importanza dell'autonomia in ambito socio-sanitario è suffragata da diverse ricerche, in particolare Mills (1982) sottolinea il valore positivo del self management quando vi sono situazioni critiche nel lavoro. Hackman (1986) trovò che in molte organizzazioni se i dirigenti supervisionavano con un'approccio laissez-fair queste incontravano difficoltà nell'instaurare un

concetto di autonomia lavorativa, in quanto devono essere definiti obiettivi a medio e lungo termine che siano verificabili e misurabili e che esista un supporto adeguato.

Un altro aspetto importante nel valutare il clima in ambito lavorativo è cercare di comprendere il comportamento degli individui nelle organizzazioni di appartenenza.

La visibilità del collegamento tra gli obiettivi personali del singolo e gli obiettivi aziendali e la coerenza tra gli obiettivi individuali e la responsabilità di ruolo sviluppano il senso di appartenenza e la motivazione.

Mowday, Steers e Porter (1979) hanno definito l'Organizational commitment (O.C.) come: uno stato di identificazione dell'individuo con una particolare organizzazione e con i suoi obiettivi, nonché il desiderio di mantenere al suo interno la propria membership al fine di facilitare il raggiungimento degli obiettivi stessi.

Esso e' quindi caratterizzato da :

- 1 - la credenza negli obiettivi e la loro accettazione rispetto ai valori espressi dall'organizzazione di appartenenza.
- 2 - la volontà di produrre degli sforzi considerevoli per conto dell'organizzazione.
- 3 - il desiderio di far parte di essa.

L'O.C. non è indicativo di una semplice passiva "fedeltà" all'organizzazione, ma ne riflette una attiva partecipazione espressa dall'individuo di contribuire al buon andamento della stessa. Oltre a questa dimensione affettiva (affective commitment) dell'O.C. viene indagata anche la dimensione legata al "continuance commitment" che esprime la continuità del legame con l'organizzazione di appartenenza basata soprattutto sulla valutazione dei costi-sacrifici associati ad un eventuale cambiamento, nonché sulla mancanza di alternative professionali a disposizione.

STRESS LAVORATIVO E BURNOUT

Il termine stress ha avuto una evoluzione storica articolata, già nel 1628 Harvey intuì che certi stati mentali influivano nell'equilibrio psico-fisico degli individui.

Ma è soprattutto Selye che a partire dagli anni 30 arrivò, dopo vari esperimenti, a definire lo stress come la condizione aspecifica in cui si trova l'organismo quando deve adattarsi a qualche novità. Il termine stress in inglese significa sforzo, pressione, sollecitazione ed è in uso proprio per indicare questa spinta a reagire esercitata sull'organismo.

Selye parlò di sindrome generale di adattamento (S.G.A.). Tale S.G.A. è strutturata in tre fasi: reazione d'allarme, fase di resistenze e fase di esaurimento. È proprio la terza fase quella in cui l'agente stressante continua la sua azione e crea problemi all'individuo. Se poi a questa situazione si aggiungono altri stimoli stressanti ecco che il soggetto soccombe.

Questo oggi giorno succede con sempre maggior frequenza in quanto la società in cui viviamo con i suoi repentini cambiamenti impone continui adattamenti. La reazione alle varie situazioni dipende da come ogni soggetto le interpreta e questo è legato al suo quadro cognitivo che è il risultato della sua personalità, esperienza e cultura.

In ambito lavorativo il concetto di stress è estremamente importante in quanto nel lavoro un individuo investe molto e si attende gli vengano restituite ricompense, non valutabili solo sul piano economico.

Per il personale socio-sanitario che lavora in un reparto ospedaliero le fonti di stress non derivano solo dal doversi confrontare con realtà tragiche come la sofferenza o la morte del malato, ma sono legate anche ad aspetti ambientali e organizzativi.

L'ambiente può essere fonte di stress: l'isolamento, la mancanza di spazio per lavorare, l'alta tecnologia delle apparecchiature, i cambiamenti tecnologici rapidi generano sentimenti di insicurezza nell'operatore. Questo alla lunga

causa un logoramento mentale e porta a vissuti di impotenza, morale a terra, distacco dal lavoro. Si arriva quindi al Burnout che è appunto un aspetto particolare dello stress in ambito lavorativo.

LA SINDROME DEL BURNOUT

Il termine Burnout storicamente fu introdotto da Freudenberg (1974) per descrivere una particolare sindrome che caratterizzava i membri di staff che lavoravano in istituzioni sanitarie.

Il Burnout è quindi visto come una reazione allo stress lavorativo messa in atto da chi nello svolgere il proprio lavoro deve usare oltre a competenze professionali importanti componenti relazionali.

La Maslach (1982) ridefinì il concetto di Burnout nel seguente modo :

il Burnout è una sindrome a 3 dimensioni, esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale.

Un aspetto chiave di tale sindrome è l'aumento della sensazione di esaurimento emotivo: venendo a mancare le risorse emotive, gli operatori sentono di non essere più in grado di dare se stessi a livello psicologico. Hanno degli atteggiamenti verso la loro attività in cui è presente una forte percezione di rischio personale sia di tipo fisico che psicopatologico e vivono una condizione professionale estremamente negativa.

Un altro aspetto della sindrome di Burnout è lo sviluppo di depersonalizzazione, cioè di atteggiamenti e di sentimenti negativi, cinici nei confronti dei pazienti, percepiscono la malattia dei pazienti come causa del loro stress lavorativo. Questa percezione distaccata, disumanizzata degli altri, può indurre gli operatori a ritenere che l'utente, in un modo o nell'altro meriti quello che ha Ryan (1971).

Il terzo aspetto della sindrome di Burnout è la riduzione del senso di realizzazione personale: l'operatore tende a valutarsi in modo negativo

soprattutto per quanto attiene al proprio lavoro con le persone, si sente scontento di se stesso e non realizzato nel lavoro esprimendo la caduta della propria autostima e la percezione della propria inadeguatezza al lavoro.

È certo più evidente in ambito sanitario lo star male del paziente mentre la sofferenza di chi lo cura può apparire strana.

Rispetto ad altre professioni, es. il rapporto con mezzi produttivi, è evidente che le dinamiche che si vengono a creare nelle professioni socio-sanitarie sono molto diverse. Gli operatori socio-sanitari operano su un terreno psicologicamente a rischio, soffrono che ne siano coscienti o meno e le conseguenze a volte si vedono. Molti operatori dopo un pò che lavorano mostrano segni di sfiducia nelle loro capacità, il senso di identità professionale è compromesso, l'autostima tocca i livelli più bassi e finiscono per disinteressarsi del proprio lavoro. L'operatore diventa passivo, irritabile, si rifugia nella routine, smette di aggiornarsi ed innalza intense barriere difensive. Il rapporto con il malato diventa freddo, motivazioni ed ideali di partenza sono sempre più lontani e non mancano disturbi psicosomatici veri e propri. Tali sintomi psico-fisici insieme ad atteggiamenti di rifiuto verso il lavoro costituirebbero la fase finale di un processo difensivo-reattivo verso una realtà insoddisfacente. I costi del Burnout sono piuttosto elevati e i suoi effetti si vedono non solo su chi ne soffre, ma anche sul servizio che viene offerto, ne viene colpita la struttura e le prestazioni fornite sono sempre più scadenti.

Esistono vari modelli interpretativi utilizzati per comprendere la sindrome del Burnout. Vi sono modelli basati sulla competenza-efficacia, che pongono l'individuo protagonista attivo nella mediazione tra percezioni e risposte. Un valido modello è quello proposto da Harrison (1983) che vede il Burnout principalmente legato alla percezione della competenza, intesa come capacità di agire sull'ambiente e di fronteggiare gli eventi, più che sindrome esclusiva di certe professioni.

Nel modello proposto da Harrison il Burnout è strettamente connesso alle aspettative e all'attuale esperienza dell'operatore. Relativamente alle aspettative sia interne (personali) che esterne (ambientali) se inadeguate facilitano l'insorgere del Burnout.

L'individuo a cui è richiesto troppo o se si aspetta troppo da se stesso non riesce a soddisfare tali domande, per cui vi è uno scarto che si viene a creare tra richieste e risorse: questo mette l'individuo sotto stress. I soggetti che vivono queste situazioni ed insistono nel voler rispondere a tutto sperimentano una continua esperienza di sconfitta, sentono di non farcela più e alla lunga finiscono per "bruciarsi".

Per quanto concerne l'esperienza vi sono fattori ambientali che l'influenzano come :

- 1 - l'espletare mansioni non previste per il proprio ruolo professionale.
- 2 - la possibilità di reperire risorse per risolvere i problemi che si presentano
- 3 - ottenere feedback relativamente al proprio ruolo svolto.

Nella percezione della competenza sono altresì importanti le abilità professionali e relazionali dell'operatore, il saper identificare il reale bisogno del paziente, il percepire da parte dell'operatore di essere lui l'artefice del cambiamento (fattore di causalità) in modo da sviluppare il senso di competenza, con la conseguente maggiore soddisfazione lavorativa per il soggetto.

Un altro approccio alla lettura del Burnout è quello psicodinamico che riconduce le cause a processi individuali. Fischer (1983) individua nei sentimenti cinici e di distacco, caratteristici del Burnout, un collegamento con il trauma narcisistico conseguente ad un abbassamento dell'autostima individuale dovuto alle frustrazioni lavorative.

Per Fischer il Burnout è combattuto se si lavora sul sentimento di "illusione di grandezza" che caratterizza gli operatori "bruciati" favorendo in loro l'elaborazione del continuo bisogno di conferme.

Freudenberger (1980) vede nella questione delle aspettative elevate, intese come conflitto tra le mete che si vogliono raggiungere e le risorse personali, la base fondamentale del Burnout. Quindi l'individuo-Burnout tende a non modificarsi e a non modificare le condizioni che producono stress, anzi persegue i propri obiettivi con accanimento per riuscita o per status.

Un limite che viene da molti indicato ad un modello psicomodinamico, come quello di Fischer, è la verificabilità empirica, in quanto è estremamente difficile il confronto tra le ricerche.

Un'altra scuola di pensiero si basa più su un modello psicosociale come quello di Cherniss (1980) che vede il Burnout come un processo nel quale un individuo dispone di scarse strategie di interazione con la realtà lavorativa e quindi tale sindrome sarebbe un adattamento, una reazione negativa al lavoro. In questo approccio gli aspetti organizzativi prevalgono su quelli relazionali e di personalità.

Per Cherniss (1980) i conflitti con il ruolo sono una delle maggiori cause di burnout per chi opera nei servizi socio-sanitari. Il conflitto si instaura quando l'individuo si trova di fronte a richieste incompatibili o all'incapacità di soddisfarle.

Vi sono quindi delle strutture organizzative che rendono difficile l'efficienza professionale dell'operatore.

Anche l'ambiguità di ruolo contribuisce ad alimentare il Burnout, spesso l'infermiere si trova a svolgere mansioni non previste per il proprio ruolo, in quanto non sono ben definiti gli obiettivi e i criteri del lavoro.

Anche la percezione della competenza è per Cherniss (1980) molto importante: l'individuo deve disporre di abilità professionali e sociali, deve sentirsi capace di interagire e modificare l'ambiente. Questi aspetti sono rafforzati se il lavoratore riceve adeguati riscontri sulle attività che svolge.

Landeweer e Boumans (1988) in una loro ricerca riscontrarono che gli operatori erano più soddisfatti quando disponevano di feedback adeguati circa

le proprie prestazioni e potevano utilizzare le proprie conoscenze professionali. Per raggiungere questi obiettivi non sono utili feedback informali provenienti dal malato o dal superiore, in quanto spesso sono contraddittori e diventano controproducenti. L'operatore deve invece ricevere feedback autorevoli che facciano parte di una chiara prassi operativa.

A riguardo diventa di fondamentale importanza organizzare bene la pianificazione del lavoro, creare gruppi di lavoro dove la valutazione delle prestazioni professionali non sia vissuta come un controllo burocratico-amministrativo ma come possibilità per migliorare la propria professionalità.

Non da meno crea disagio vivere in un ambiente di lavoro dove l'autonomia è scoraggiata, dove esistono rigide e formali regole di partecipazione. Maslach e Jackson (1978) trovarono una stretta correlazione tra l'autonomia lavorativa e le subscale EE, DE, RP del MBI, corroborando l'ipotesi che la partecipazione al processo decisionale possa mitigare il Burnout. Questo avviene in quanto, anche se la quantità di lavoro non viene ridotta, l'operatore influenzando le decisioni organizzative migliora sensibilmente la percezione della propria competenza e maggiore risulta il senso di realizzazione personale.

Il burnout è a volte considerato una forma di coping negativo.

STRESS LAVORATIVO E COPING

Lo studio sulle strategie di Coping nel campo dello stress lavorativo è al centro dell'interesse di vari studiosi. Coping è un termine inglese che significa: modalità di fronteggiamento degli eventi.

Pearlin e Schooler (1978); Lazarus e Folkman (1984); Monat e Lazarus (1977); Mc Grath (1976) hanno appunto eseguito studi sul rapporto tra il coping e lo stress in generale.

Menaghan e Merves (1984); Osipow e Davis (1988) hanno indagato le relazioni tra coping e stress lavorativo.

Vi è invece una minore letteratura tra stili di Coping e problematiche lavorative in ambito socio-sanitario dove alla lunga gli effetti deleteri dello stress conducono al Burnout.

Per i ricercatori ha avuto particolare interesse sviluppare delle misure di Coping Cohen (1987). Nel costruire delle scale di misurazione del Coping bisogna prestare attenzione, come avviene per le variabili comportamentali e sociali, a non commettere errori di misurazione; quindi è importante costruire scale psicometriche che abbiano validità di costrutto. Folkman e Lazarus (1980) proposero il Ways of coping scale; Billings e Moos (1984) il Coping measure. Questi autori sono partiti dall'idea che il coping è un processo di tipo situazione-specifico, cioè emerge in situazioni ben definite come ad esempio trovarsi di fronte ad un problema in cui non si intravedono soluzioni o dover lavorare con un superiore poco trattabile.

Quindi il coping si riferisce agli sforzi prodotti da un individuo nel dominare situazioni problematiche che mettono a prova o eccedono le sue risorse di adattamento.

Latack (1986) vede lo stress e il Coping come un processo dinamico che consiste essenzialmente di quattro componenti principali:

- 1 - fattori ambientali stress inducenti (richieste, obblighi, ecc..).
- 2 - la valutazione cognitiva dei fattori stressanti. Spesso l'individuo è incerto su come reagire quando vi possono essere delle conseguenze importanti.
- 3 - il livello di stress sperimentato sul piano psico-fisiologico e comportamentale (es. ansia, livello di produttività, ecc..).
- 4 - le strategie ed i comportamenti di Coping intrapresi.

Il Coping è quindi visto come la modalità di reagire dell'individuo quando si trova in situazioni di incertezza ed il livello di stress che sperimenta e gli effetti deleteri che ne conseguono (vedi Burnout) dipende da come e da quanto bene un individuo sa far fronte a tali situazioni.

Latack(1986) concettualizza le categorie di coping in due modalità:

1 - strategia control-oriented che consiste in azioni e valutazioni cognitive che sono favorevoli ad una gestione adeguata del problema.

2 - strategia escape-oriented che consiste sia di azioni che di valutazioni cognitive che suggeriscono un atteggiamento di fuga, di evitamento dei problemi.

Latack (1986) trovò che ci sono vari atteggiamenti che permettono all'individuo di esercitare un controllo sulle situazioni lavorative stressanti e che la modalità di Coping di controllo si rivela più utile ed efficace nel fronteggiare i problemi. Di conseguenza chi usa questo stile di Coping ha livelli di Burnout più bassi.

Ma ci sono talvolta dei costi per lo stile di coping control-oriented. Glass (1977) evidenziò che l'individuo con personalità di "Tipo A" corre dei rischi per la propria salute nell'esercitare il controllo sull'ambiente, specie se è un ambiente difficile da padroneggiare.

Mullen e Suls (1982) in uno studio compararono le strategie di coping control-oriented con quelle escape-oriented scoprendo che lo stile di coping era più adattivo di quello di evitamento ma solo nel lungo periodo; mentre era l'opposto per gli effetti a breve periodo dove l'escape-oriented era più vantaggioso per l'individuo.

Cohen, Evans, Stokols e Krantz (1986) suggeriscono che le strategie di coping escape-oriented sono protettive in ambienti intrattabili, dove vi è l'impossibilità di poter controllare tutto e dove mancano adeguati feedback sul lavoro svolto.

Queste ricerche non sono in contraddizione con i risultati di Latack, in quanto egli verificò sì una miglior condizione lavorativa per gli individui che attuano una strategia di controllo delle situazioni stressanti rispetto a chi tendenzialmente evita tali situazioni, ma metteva in rilievo i fattori collegati al ruolo (conflitto, sovraccarico ed ambiguità).

Quindi non un controllo esasperato dell'ambiente anche se esso è infausto, ma mettere in atto, in un'ottica di multintervento, modifiche sui fattori ambientali ed organizzativi per eliminare le anomalie esistenti.

Koeske et al. (1993) hanno indagato su un campione di operatori socio-sanitari la relazione tra lo stile di Coping e lo stress lavorativo. I risultati della loro ricerca suggeriscono che le strategie di Coping control-oriented sono le più usate e facilitano l'attuazione delle abilità professionali nel gestire le difficoltà che si presentano.

Ma in alcuni casi è emerso che i lavoratori avevano più benefici se usavano a volte lo stile di controllo e altre volte quello di fuga, definendo questo atteggiamento: flessibilità di Coping.

Tuttavia se le strategie di fuga proteggono il lavoratore dal Burnout i pazienti di certo non ne traggono dei vantaggi.

Quindi vi deve essere da parte di chi dirige una sensibilità gestionale per cogliere ed apportare modifiche atte a migliorare il clima lavorativo.

Va comunque sottolineato che le strategie di Coping possono essere anche apprese. Gary et al. (1993) suggeriscono che gli operatori socio-sanitari vanno formati su stili di Coping che permettano di svolgere le attività previste in modo soddisfacente considerando le esigenze dei pazienti.

A riguardo un aspetto che si coglie subito quando si va nei reparti ospedalieri è la difformità della preparazione sia tecnico professionale che culturale esistente tra il personale infermieristico.

Santinello e Furlotti (1990) in una ricerca tra operatori socio-sanitari, verificarono che il livello di Burnout era più elevato tra gli operatori che avevano avute poche occasioni di formazione, suggerendo una maggiore attenzione da parte delle organizzazioni nel privilegiare la formazione. Quindi vanno aumentate le occasioni di training soprattutto mirate a dare più competenze relazionali all'infermiere verificandone l'efficacia pratica e concreta.

Invece frequente è l'idea che le capacità relazionali sono fondamentalmente intrinseche alla persona e non possono essere apprese o che comunque un miglioramento vi può essere solo con l'esperienza e la pratica. Certamente vi sono individui che hanno una sensibilità ai bisogni degli altri più marcata e sono stati spinti ad esercitare questa professione principalmente per aiutare gli altri, ma questo non implica che la competenza relazionale non possa essere migliorata tramite la formazione.

Va sottolineato che lasciare l'accomodamento di tale competenza solo all'esperienza non è una garanzia, in quanto l'apprendimento nella pratica avviene per prove ed errori e quest'ultimi hanno pesanti conseguenze in ambito ospedaliero, soprattutto per chi riceve le cure. Va quindi aumentata la formazione psicologica non solo al momento dell'assunzione, ma ciclicamente organizzando corsi tenuti da specialisti del settore che puntino a cogliere ed analizzare le problematiche relazionali, ma anche individuali, ambientali ed organizzative.

In questo contesto vanno attuati anche dei cambiamenti individuali, l'infermiere deve rivedere se stesso sia come individuo che come operatore. Spesso pesano molto nel facilitare l'insorgenza della sindrome del Burnout aspettative interne esagerate da parte dell'individuo, ad esempio un conflitto tra l'immagine del guaritore e la dura realtà.

Oltre al rapporto con il malato, nel clima di un reparto ospedaliero giocano un ruolo importante altri fattori nell'accentuare o attenuare lo stress esperito dal singolo infermiere. Vi sono i rapporti con i propri superiori, con i subordinati, con i colleghi del proprio o di altri reparti.

Il sostegno sociale tra colleghi è utile al singolo, da spesso la forza per superare momenti di crisi, da la possibilità di sfogarsi. A riguardo sono molto utili ed andrebbero organizzate dai responsabili occasioni di incontro tra gli infermieri non solo dello stesso reparto ma anche fra differenti reparti. Tali incontri rappresentano momenti di discussione dei problemi lavorativi,

facilitano la distensione emotiva, gli infermieri possono dividere la proprie esperienze con i colleghi sentendo come gli altri hanno vissuto e superato situazioni e momenti critici. Inoltre il confrontarsi fornisce al singolo un feedback sul suo modo di lavorare.

Maslach e Pines (1977); Farber e Heifetz (1981) riscontrarono che gli incontri di gruppo orientati al supporto emotivo mitigano lo stress.

Anche se lavorare in gruppo non è facile molte ricerche hanno dimostrato che l'isolamento professionale esistente in certi ambiti lavorativi è fonte notevole di stress e disagio per l'individuo Leiter (1988); Kahill (1986); Burko (1987).

Questo sottolinea l'importanza della collaborazione tra i membri del gruppo per attenuare i problemi che sorgono nei rapporti tra l'individuo ed il suo lavoro.