

LA SINDROME DEL BURN-OUT IN AREA CRITICA

Di Fabio Capuzzi.

Parlare di burnout significa trattare un fenomeno complesso e vasto, composto di molte variabili eterogenee, esso infatti è la risultante multifattoriale di un disagio interiore con effetti evidenti soprattutto in ambito lavorativo.

Fenomeno descritto per la prima volta da Freudenberg nel 1974, poi ripreso e approfondito dalla Maslach negli anni ottanta, individuò la patologia in quelle professioni che richiedevano ritmi di lavoro intensi e rapporti interpersonali comuni, con elevato carico di personalità, il termine è stato poi tradotto in italiano con varie espressioni come "bruciato", "esaurito", "scoppiato" (Contessa, 1987).

L'Infermiere di rianimazione si trova, per quello che è il suo ruolo precipuo, ad operare spesso in condizioni di urgenza o emergenza.

Questo comporta un elevato stress psicologico, a cominciare dall'attesa "dell'ignoto" al momento della chiamata telefonica quando ancora non si è valutato che cosa dobbiamo affrontare (questo aspetto forse vale maggiormente per chi è più giovane e ha quindi meno esperienza), fino al momento dell'azione.

Talora vengono a mancare elementi su cui fondare le proprie scelte, basandosi su pochi dati (pazienti ignoti, spesso privi di coscienza, senza accompagnatori che possano darci notizie) scelte peraltro spesso gravate di importanti e irreversibili conseguenze.

Esiste anche, per questi stessi motivi, un'elevata esposizione a rischi legali, sempre più presenti e minacciosi (dettata spesso più dal desiderio di trovare un colpevole che di capire che cosa è successo al malato).

L'assistenza al malato critico ricoverato in una rianimazione prevede per le sue peculiari caratteristiche alti livelli di attenzione "assoluta" condizionata da parametri vitali, dal tipo di terapie, dalle apparecchiature tecnologiche complesse utilizzate.

I ritmi lavorativi irregolari, l'alterazione del ciclo sonno/veglia e dei pasti, gli orari imprevedibili, i turni notturni, associati a quanto descritto finora, determinano un elevato impegno psico-fisico: Le gravi carenze di organico che le varie realtà ospedaliere si trovano ad affrontare non fanno che peggiorare tali condizioni lavorative.

Vi è poi un ulteriore aspetto, che è proprio della relazione con il paziente e i suoi familiari, punto chiave nella sindrome del burnout, in stretta collaborazione con il medico, la gestione dei familiari dopo la comunicazione del lutto o condizioni di particolare criticità.

Nella nostra società in cui il concetto di morte non è inteso come assenza o fine naturale dell'esistenza ma come un evento intollerabile o come addirittura un errore, la morte, soprattutto se si verifica acutamente ed inspiegabilmente, deve richiedere spesso un colpevole, un qualcuno che possa essere evidenziato come un elemento responsabile e pertanto punibile: Una morte presso una rianimazione fa pagare il suo conto quindi anche agli stessi sanitari; spesso induce sentimenti di colpevolezza, a volte rabbia o ancora sensazioni di fallimento.

Un'eccessiva frequentazione di queste problematiche può nel tempo determinare comportamenti di difesa emotiva mirati a ridurre il proprio malessere arrivando in alcuni casi alla determinazione di comportamenti cinici o di disaffezione professionale (...) (DELLA CORTE, 2000).

Argomento inerente la comunicazione del lutto è la situazione da affrontare in caso di morte cerebrale, quando bisogna informare i parenti dell'avvenuto decesso e contemporaneamente chiedere loro in consenso per il prelievo d'organi.

È un momento molto particolare e difficile, poiché bisogna chiedere a persone affrante, a

cui qualcuno è stato tolto, di cedere ancora qualcosa.

Non è facile trovare il momento giusto quando il tempo a disposizione invece è poco, trovare parole giuste quando l'unica cosa che servirebbe sono il silenzio o parole che neghino l'accaduto, spesso i familiari cercano conforto e protezione proprio negli occhi degli infermieri, sguardi tristi ma carichi di comprensione, per il dolore, per la rabbia, per il sospetto di "predazione" degli organi o la paura che forse non sia morto e che con il prelievo si decreti la sua fine.

Per chi studia questi argomenti sono molto chiari da un punto di vista scientifico, ma per chi è al di fuori non è facile capire come funziona. Vi è poi un altro aspetto relazionale, che riguarda il rapporto con i colleghi della stessa équipe, in un reparto di rianimazione il lavoro è di per sé particolarmente stressante, quindi facilita l'insorgenza dei conflitti, con la trasformazione degli ospedali in una realtà aziendale, prende sempre più corpo una logica produttiva, questo concetto si associa per la nostra categoria, ad una grave carenza dell'offerta di professionisti sul mercato del lavoro.

Questo non può che creare scompensi e conflitti per l'assoluta inadeguatezza degli organici, a fronte di una sempre maggiore richiesta di prestazioni.

Il lavoro aumenta, i ritmi sono sempre più frenetici, gli spazi per l'aggiornamento e per recuperare energie si assottigliano, la qualità del lavoro e della vita privata ne risentono. Da queste considerazioni può risultare agevole comprendere come condizioni di lavoro "disumanizzanti" favoriscono più facilmente lo sviluppo del burnout di quanto possano fare le caratteristiche di personalità dell'infermiere che lavora in una rianimazione.

I.S.A.C. Fabio Capuzzi Servizio di Rianimazione A.O.M. Novara.

I.S.A.C. Moreno Pavani Servizio di Rianimazione A.O.M. Novara

BIBLIOGRAFIA Ø Cafiso R. "il burnout negli operatori sanitari" CSE Torino 2000.

Ø Contessa G. "la Burning-out syndrome in Italia" Animazione sociale 1982.

Ø Della Corte F. "La comunicazione del Lutto" manuale di Medicina di Emergenza- Ed. Mc Graw-Hill-milano 2001 Eds. Della Corte F, Olliveri F, Enrichens F.

Ø Duval M, Mastronardi P. "il burnout in anestesia-rianimazione e terapia intensiva: aspetti psicologici" CSE Torino 2000.