

L'OPERATORE CORTOCIRCUITATO

Strumenti per la
rilevazione del burn-out

AA.VV.

a cura di GUIDO CONTESSA

Collana Gruppi,
Organizzazioni,
Comunità

GOC



GRUPPI, ORGANIZZAZIONI, COMUNITÀ

Collana promossa da ARIPS, diretta da Margherita Sberna

È la naturale continuazione della collana Gruppi & Comunità già edita da Città Studi dal 1993 al 1998. Il desiderio di conservare questa tradizione affonda le sue radici innanzitutto nel proposito di continuare ad offrire esperienze concrete ed orientamenti teorici attuali rispetto a quanto concerne l'area dell'immateriale e dei suoi servizi.

Non sono solo i professionisti ad essere i destinatari ideali di questa iniziativa.

Anche tutti coloro che vivono nelle aggregazioni umane come semplici membri di esse, o come cittadini interessati ad influenzarne i destini attraverso l'impegno politico o civile o nel volontariato possono trovare argomenti interessanti nei volumi che saranno pubblicati.

Le aggregazioni umane, da quelle più piccole (come i piccoli gruppi e le famiglie) a quelle più estese (come le organizzazioni, le istituzioni, le città) sono da sempre oggetto dell'interesse dell'associazione, la quale fin dalla nascita ha concentrato i suoi studi sulla ricerca di strategie utili a mantenere vitali le aggregazioni e a stimolarne il continuo sviluppo.

L'immateriale, come oggi viene chiamato, si mostra come il settore più vivace e vitale nell'attuale società, a cavallo fra due millenni: qui si troverà lavoro nei prossimi anni, qui è concentrata l'attenzione dei legislatori che vogliono promuoverne l'evoluzione verso un maggiore benessere, qui vengono investiti patrimoni della neonata Unione Europea.

I gruppi, le organizzazioni, le comunità, i modi in cui gli individui vi abitano e le modalità per aumentarne la qualità, sono l'oggetto della ricerca, della sperimentazione e degli interventi di cui si parlerà nei contributi che verranno pubblicati in questa Collana.

Caratteristiche dei volumi saranno:

- la presentazione delle posizioni teoriche più avanzate ed evolute
- il collegamento fra principi e sperimentazione concreta sul campo
- la professionalità come procedura da applicare per raggiungere dei risultati.

ARIPS – Associazione Ricerche e Interventi Psicosociali e di Psicologia di Comunità – è un'aggregazione di ricerca, intervento e formazione, non profit e sostenuta dai soli soci. Fondata nel 1978, ha dato significativi contributi allo sviluppo delle scienze e delle pratiche psicosociali.

Autori ed esperienze saranno membri di ARIPS, ma – nella filosofia di scambio e di confronto tipica dell'associazione – saranno accolti contributi di professionisti, studiosi, ricercatori esterni, che si sentono affini alle nostre impostazioni e alle nostre esperienze e che condividono la passione per lo studio e il desiderio di rifondazione delle scienze e delle pratiche sociali.

Ulteriori informazioni: www.arips.com

Collana: Gruppi, Organizzazioni, Comunità

AA.VV. a cura di [Guido Contessa](#)
L'OPERATORE CORTOCIRCUITATO
Strumenti per la rilevazione del Burn-out
fra gli operatori sociali italiani

© Prima edizione settembre 1987 a cura di CLUP

© Edizione elettronica novembre 2003 a cura di [Edizioni Arcipelago](#)
Edizioni Arcipelago Via Bertelli, 16 20127 Milano
www.edarcipelago.com

I diritti di traduzione, memorizzazione elettronica,
riproduzione e adattamento totale o parziale, con
qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie
fotostatiche), sono riservati per tutti i Paesi.

L. Consolini, G. Contessa, M. Danesi,
I. Drudi, L. Ghidori,
F. Mariani, M. V. Sardella

L'OPERATORE CORTOCIRCUITATO

**Strumenti per la rilevazione del Burn-out
fra gli operatori sociali italiani**

a cura di [Guido Contessa](#)

INDICE

Presentazione della nuova edizione	8
<i>Margherita Sberna</i>	
Presentazione della prima edizione	9
<i>Guido Contessa</i>	
Capitolo 1	
Uno strumento di rilevazione del <i>Burn-out</i>	12
<i>Guido Contessa</i>	
Questionario sul <i>Burn-out</i>	13
Dati descrittivi.....	14
Capitolo 2	
Un termometro per il <i>Burn-out</i>	25
<i>Ignazio Drudi, Maria Vittoria Sardella</i>	
2.1- Provate a misurarvi la febbre.....	26
2.2- Le risposte	28
2.3- Le motivazioni	28
2.4- Come misurare il <i>Burn-out</i>	29
2.5- Gli asintomatici.....	30
2.6- I cortocircuitati e gli stadi del <i>Burn-out</i>	30
2.7- Le relazioni fra le risposte	32
2.8- Le relazioni fra soggetti.....	36
2.9- La metodologia	36
2.10- I sani.....	40
2.11- I soggetti a rischio.....	41
2.12- I malati.....	42
Bibliografia.....	44
Capitolo 3	
La sindrome del <i>Burn-out</i> nei servizi psichiatrici	45
<i>Laura Consolini</i>	
3.1- Caratteristiche peculiari degli operatori nelle <i>helping professions</i>	46

3.2- La finalità professionale degli operatori psichiatrici e il <i>Burn-out</i>	48
3.3- Il lavoro con utenti psicotici e il <i>Burn-out</i>	50
3.4- Incidenza delle dinamiche di gruppo e il <i>Burn-out</i>	52
3.5- Conclusioni	55
Appendice al questionario	60
Bibliografia.....	63

Capitolo 4

Il *Burn-out* nei servizi geriatrici65

Luigi Ghidori

4.1- Premessa.....	65
4.2- Metodologia.....	66
4.3- Principali risultati di questa ricerca.....	66
4.4- Le caratteristiche proprie dell'operatore.....	69
4.5- Il rapporto con l'utente	71
4.6- I rapporti con i superiori	73
4.7- Lo scarto tra il livello del desiderato e quello dell'effettivo sul piano organizzativo.....	75
4.8- Conclusioni	77
Bibliografia.....	80

Capitolo 5

La sindrome del *Burn-out* tra gli operatori dei servizi per le tossicodipendenze81

Marco Danesi, Fabio Mariani

5.1- Scopo della ricerca	81
5.2- Quadro teorico di riferimento	81
5.3- Obiettivi e metodi.....	83
5.4- Lo strumento	84
5.5- L'analisi dei dati	85
5.6- Conclusioni provvisorie	90
Bibliografia.....	92

Capitolo 6

Il *Burn-out* degli operatori sociali penitenziari93

Guido Contessa

6.1- Gli operatori	94
6.2- Il <i>Burn-out</i> in carcere	96
6.3- Conclusioni	99
Bibliografia.....	100

Capitolo 7

La prevenzione del *Burn-out* 101

Guido Contessa

7.1- Premessa..... 101

7.2- I lavoratori dell'aiuto 102

7.3- L'organizzazione del lavoro d'aiuto..... 102

7.4- L'organizzazione dei sistemi d'aiuto 104

Bibliografia..... 109

Presentazione della nuova edizione

Margherita Sberna

Si tratta di un'edizione aggiornata e ampliata rispetto alla prima, che aveva come principale obiettivo quello di segnalare un nuovo settore di ricerca e di riflessione particolarmente importante per chi, come noi, intendeva svolgere la sua professione nel settore sociale. Ancora oggi si tratta di un aspetto del contesto lavorativo poco riconosciuto e dunque rispetto al quale troppo poco si fa in termini preventivi. Forse perché il problema si evidenzia a livelli più intimi che in altre situazioni. Forse per il tipo di genesi che lo determina. La maggior parte dei disturbi tipici dell'ambiente di lavoro richiedono la presenza di un pericolo o di un comportamento imprudente

Il *Burn out* è forse l'unica malattia professionale non conseguente a condizioni di ordine fisico e "oggettivo": salubrità dell'ambiente di lavoro, posizione nell'esecuzione della mansione, ripetitività dei gesti, pericolosità degli strumenti, ecc. È, dunque, meno evidente e, forse per questo, desta meno preoccupazione. Eppure la sofferenza degli operatori che ne sono colpiti è reale e grave e si trasferisce da loro a chi gli sta vicino, utenti o familiari che siano. Se a tutto questo si collega la necessità di personale che caratterizza tutto il settore dell'assistenza, uno dei pochi ampiamente carenti da questo punto di vista, diventa importante ragionare sulla situazione di concreto rischio e di possibile disagio per rendersi conto delle dimensioni del problema, ma soprattutto per approntare strategie e strumenti utili non solo a prevenire, ma anche a rendere possibile una "diagnosi precoce" e un intervento curativo efficace.

Questo libro è il nostro contributo per amplificare l'attenzione su quest'area, anche grazie alle potenzialità di Internet, il mezzo attraverso cui questo testo è diffuso. Vi si ripercorre il cammino della ricerca e vi si può trovare qualche risposta nelle due direzioni, prevenzione e diagnosi; nella speranza che gli addetti ai lavori si rendano consapevoli che la qualità del loro servizio dipende anche dalla qualità della vita di loro stessi.

Presentazione della prima edizione

Guido Contessa

Quando, nel 1981, cominciammo a parlare in Italia della sindrome del *Burn-out*, si trattava di poco più che un'intuizione.

I lavori statunitensi erano già apparsi, ma molti di noi temevano si trattasse di uno dei tanti nominalismi di cui la scienza sociale americana è tanto prolifica.

Tuttavia, esisteva il sospetto che ci fosse qualcosa di vero e di utile in questo approccio al lavoro sociale. Intanto, si trattava del primo disturbo di cui erano portatori i cosiddetti operatori. Lavoratori che avevano scelto un ruolo quasi per definizione immune da disturbi venivano messi di fronte, con il *Burn-out*, all'ipotesi di essere sottoposti agli stessi rischi (e per certi versi maggiori) dei loro utenti. Una scoperta che apriva contraddizioni molto raffinate. Per esempio, quanto gli "operatori dell'aiuto" sapevano aiutarsi l'un l'altro? Oppure: le tecniche usate per gli utenti erano applicabili anche agli stessi operatori che ne erano sostenitori? Quali reazioni avrebbe portato il passaggio dal ruolo dell'operatore a quello di utente?

In secondo luogo, la sindrome del *Burn-out* metteva in luce un approccio noto da tempo, ma spesso contestato o trascurato dagli operatori, soprattutto dagli psicologi: quello che correla l'insorgenza di un disagio alle condizioni lavorative. Proprio nella seconda metà degli anni Settanta, dopo un'indigestione sociologista, le scienze umane e le pratiche di intervento si sono rivolte massicciamente all'approccio individualistico, al massimo familiare. L'esplosione delle mille psicoterapie, gestite in *settings* specializzati, si fondava sull'ipotesi che il disagio nasceva, e poteva essere estinto, nello spazio del soggetto individuale. Le ipotesi ambientali, organizzative, comunitarie erano messe sullo sfondo, con la sola eccezione del contesto familiare che è stato a lungo considerato sia patogeno che terapeutico. La scoperta del *Burn-out* si configurava come una controtendenza, ponendo l'accento sull'organizzazione e il lavoro come probabili concause del disagio psichico.

Infine, questa patologia si poneva come possibile nuovo "analizzatore" dei servizi territoriali. Esso poneva, infatti, questioni

come quella dei costi psicologici del lavoro sociale, della produttività degli operatori, e della "salute" organizzativa.

Temi ancora oggi inusuali, ma cui la sindrome del *Burn-out* offre numerose sollecitazioni. Per questi motivi decidemmo di studiare il fenomeno a livello italiano. Dibattiti, riflessioni e, infine, un questionario furono il frutto di questa risoluzione. L'ARIPS è una piccola associazione privata senza alcun finanziamento, quindi impossibilitata a realizzare un'approfondita e precisa ricerca a tappeto. L'università, le associazioni di categoria, i centri di ricerca pubblici hanno i mezzi per fare meglio. A noi basta aver approntato un primo strumento di indagine utile a fornire ipotesi in varie direzioni. Questo libro è il risultato di alcuni superficiali e localizzati tentativi di scavo, realizzati in diversi contesti: un'istituzione per anziani, due servizi psichiatrici e alcuni servizi per tossicodipendenti. È impossibile trarre da questi lavori considerazioni generalizzabili. Tuttavia la lettura potrà fornire qualche ipotesi, oltre un primo strumento di indagine.

Qui vorrei segnalare due ipotesi che forse stimoleranno altri a proseguire questo lavoro.

La prima è che l'operatore sociale in senso lato (cioè colui che lavora in organizzazioni di servizi sociali e con responsabilità di "aiuto" all'utente) può essere considerato il "nuovo proletario": è pagato a livelli minimi, sottoposto a straordinari pagati male o per niente, spesso in condizioni di lavoro precario o nero, privo di prospettive di carriera, socialmente poco valorizzato, asservito a organizzazioni arcaiche, bassamente professionalizzato, più volte colpito da vere malattie professionali.

Cosa gli manca per essere definito equivalente del "minatore" o dell'"operaio massa"? Negli ultimi vent'anni non c'è stato problema scottante o situazione drammatica che non abbia visto coinvolti in prima persona gli operatori sociali: la salute, la scuola, la psichiatria, la droga, l'immigrazione, il carcere, l'handicap, la sessualità, la cultura, sono i temi centrali della società tardo e postmoderna.

Ciascuno di questi temi ha visto operatori in trincea, armati spesso solo di ideologie e di coraggio, pagare di persona con disagi materiali e immateriali di cui nessuno (gli operatori per primi) ha mai tenuto conto. Solo le professioni artistiche, per esempio, hanno un confine così debole fra pubblico e privato, lavoro e privato, lavoro e privacy, come gli operatori sociali. In nessun'altra professione è così evidente il divario fra complessità dei problemi da affrontare e risorse impiegate; o è così prolungata, approfondita e coinvolgente la vicinanza col dolore e la sofferenza; o ancora, è così palese il divario fra prestazioni richieste e remunerazioni economiche o psicologiche.

Questo "nuovo proletario" viene pagato quel poco che basta appena per custodire in sacche riservate, separate dalla società civile e

produttiva, il disagio in tutte le sue forme. Egli si guadagna un salario non solo prestando la sua opera di “custode”, ma anche immolando l'unica vera ricchezza di cui dispone: l'equilibrio psicofisico. Ancora, deve essere fatto il conto dei divorzi, dei disturbi psicosomatici, delle depressioni, dei suicidi che gli operatori sociali hanno subito in virtù del loro ruolo professionale.

La seconda ipotesi è correlata alla prima e nasce da una domanda irrinunciabile: così stando le cose, perché qualcuno sceglie di fare l'operatore sociale? Quali sono le motivazioni che spingono un giovane a lavorare nel comparto sociale e con responsabilità di aiuto? Ciò che si vede, e si sente dire, è una forte idealizzazione di questo tipo di lavoro unita a una grossa identificazione col soggetto sofferente, ma è evidente che sotto la superficie cova qualcos'altro. Il fenomeno del *Burn-out*, come sindrome caratterizzata da ritiro libidico e da svalorizzazione dell'utente, può essere inteso come dispositivo, insieme, difensivo e demistificante. La matrice psicodinamica del *Burn-out* sembra essere quella del sado-masochismo, per quel tanto di predatorio, punitivo, cosificante che contiene.

L'operatore cortocircuitato evidenzia comportamenti sadici verso l'utente o verso di sé e il proprio lavoro. Non possiamo non chiederci se la sindrome non sia altro che l'emersione delle motivazioni profonde al lavoro sociale, inizialmente mascherate da un'idealizzazione e un'identificazione meramente reattive.

In tal caso il *Burn-out* potrebbe addirittura segnare l'avvio di un processo di crisi che può sfociare nella presa di coscienza di un'incompatibilità fra bisogni sadici e valori oblativi, cioè fra il sé operatore e la sua professione; oppure nel superamento di bisogni infantili per un nuovo approccio professionale, fondato su un adulto scambio genitale con l'utente.

Si tratta solo di ipotesi estratte da dati, non certo significativi sul piano statistico, che il volume presenta. Ma ipotesi che, poiché coinvolgono 2/3 milioni di operatori e metà della popolazione come utente, meriterebbero più attenzione.

Capitolo 1

UNO STRUMENTO DI RILEVAZIONE DEL *BURN-OUT*

Guido Contessa

Costruire uno strumento di rilevazione è sempre difficile, tanto più quando sono interessate variabili oggettive e soggettive, e quando non si è certi di quali siano le variabili necessarie.

Nel caso del *Burn-out* avevamo insieme problemi di indagine qualitativa e problemi di esplorazione casuale, dal momento che le ipotesi eziologiche in letteratura erano molto variegata. La sindrome è correlata, infatti, a variabili oggettive (come l'età o il luogo di lavoro), a variabili soggettive (come atteggiamenti, valori, motivazioni), a variabili organizzative (come procedure, modalità di lavoro, ruoli).

La scelta che abbiamo fatto è stata quella di uno strumento molto analitico e aperto in direzioni diverse: non sapendo di preciso cosa cercare, abbiamo sviluppato uno strumento che evidenziasse soprattutto ipotesi più focalizzate. Naturalmente ogni domanda ha una funzione precisa e una chiave di lettura basata su un particolare modello teorico.

Le domande preliminari sono informativo-descrittive e hanno la funzione di raccogliere dati oggettivi, utili per correlazioni nella fase di trattamento.

Le domande 1-2-3-4 concernono l'auto-percezione dell'intervistato circa le proprie modalità di lavoro. Apparentemente esse sono domande descrittive, ma in realtà si affidano alla percezione dell'intervistato, che può essere alterata da influenze di carattere emotivo. L'assunto del questionario è però che le percezioni di sé, possono non essere fondate sulla realtà, ma sono sempre "vere" e influenzano lo stato psico-fisico di chi le possiede.

La domanda 6 è stata tratta dalla tavola 1.1 del libro di C. Cherniss (1983), che riassume i sintomi del *Burn-out* descritti da diversi autori.

Le domande 7-8 riguardano le motivazioni "attuali" e le motivazioni ricordate circa l'inizio del lavoro come operatore sociale.

Le domande 9-10 riguardano le aspettative all'inizio del lavoro e le opinioni rispetto al lavoro attuale.

La domanda 11 riguarda gli stadi dell'eventuale *Burn-out*, che colpisce l'intervistato.

Tutte e tre le domande sono ispirate al lavoro di J. Edelwich e A. Brodsky (1980).

Le domande 12 e 13 sono state elaborate dagli schemi proposti dai tre autori menzionati.

Il questionario che pubblichiamo, e cerchiamo di presentare, in queste pagine può essere usato da chiunque, purché invii all'ARIPS una comunicazione preventiva e una copia dell'elaborato finale.

QUESTIONARIO SUL BURN-OUT

SESSO..... ETÀ..... STATO CIVILE..... (con n. ... figli)

TITOLO DI STUDIO (se laurea specificare quale).....

SPECIALIZZAZIONE (specificare).....

TIPO DI ORGANIZZAZIONE

IN CUI LAVORA ATTUALMENTE.....

PROVINCIA DEL LUOGO DI LAVORO

SERVIZIO PRESSO IL QUALE

PRESTA LA SUA OPERA.....

QUALIFICA ATTUALE

TIPO DI CONTRATTO DI LAVORO (ruolo, incarico,
consulenza, volontariato, tirocinio ecc.)

DA QUANTO TEMPO LAVORA NEL POSTO ATTUALE.....

DA QUANTO TEMPO SVOLGE

LA PROFESSIONE/ATTIVITÀ ATTUALE

PRIMA DI QUESTA ATTIVITÀ NE SVOLGEVA UN'ALTRA?.....

QUALE?

PER QUANTO TEMPO HA SVOLTO L'ATTIVITÀ PRECEDENTE.....

ATTUALMENTE SVOLGE ALTRE ATTIVITÀ CONTINUATIVE?

(professione, consulenze saltuarie, perizie ecc.)

CON QUALI PERSONE HA PIÙ SPESSO "RELAZIONI"?

a- bambini.....b- adolescenti..... c- giovani..... d- adulti.....

e- anziani..... f- lavoratori..... g- genitori..... h- coppie.....

i- malati..... l- handicappati..... m- devianti.....

n- alcolisti o tossicodipendenti..... o- altri (specificare).....

Dati descrittivi

L'utilità di questi dati è evidente.

Il sesso potrebbe essere una variabile correlata al *Burn-out* se pensiamo che l'assenza di prospettive di carriera è una delle possibili stimolatrici della sindrome. In tale caso dovremmo trovare che gli operatori di sesso maschile sono i più colpibili, perché per loro la motivazione di carriera è socialmente più indotta.

L'età pure dovrebbe essere correlata, se fossero vere le ipotesi di insorgenza del *Burn-out* dopo qualche anno di immersione nel lavoro e di delusioni delle aspettative miracolistiche.

Lo stato civile di coniuge e la convivenza con i figli da una parte potrebbe aumentare il carico psicologico, favorendo l'emersione prematura del *Burn-out*; d'altra parte potrebbe configurarsi come un'utile compensazione affettiva e, dunque, un ammortizzatore rispetto alla sindrome.

Il titolo di studio e la specializzazione assumono rilevanza nelle ipotesi di molti autori, secondo i quali una bassa scolarizzazione (per esempio, gli inservienti) garantirebbe un più grosso standard di idealizzazione iniziale e, quindi, una minore frustrazione conseguente; mentre alta scolarizzazione e professionalità (per esempio, i medici) offrirebbero maggiori difese razionali di fronte a fenomeni che favoriscono il *Burn-out*. Secondo Edelwich, sono i soggetti detentori di titoli intermedi quelli più a rischio.

Il tipo di organizzazione e di servizio prestato ha grande rilevanza. È intuitivo, infatti, che i servizi più esposti a situazioni di grave malessere possono produrre maggiori casi di *Burn-out* fra gli operatori. Anche se resta il dubbio che il tipo di servizio abbia minore importanza rispetto all'effettiva mansione dell'operatore e alla sua personale esposizione verso l'utente. L'ipotesi è che le situazioni a maggiore rischio siano quelle nelle quali si combinano una forte esposizione con un'utenza molto disagiata: pertanto gli operatori di comunità o istituzioni totali per handicappati gravi, malati terminali, tossicodipendenti, anziani cronici. È possibile (anche se la nostra ricerca non consente una risposta) che insegnanti di scuola media, sia pure esposti quotidianamente a situazioni non troppo patologiche, siano più a rischio di operatori di Nuclei Operativi per Tossicodipendenti, che agiscono su un'utenza molto difficile, ma per periodi molto contenuti.

Il tipo di contratto di lavoro sembra interessante per l'ipotesi che una situazione precaria non voluta sia più a rischio di una voluta (per esempio, volontario o tirocinante) o di una stabile (operatore di ruolo).

Importante sembra anche la durata del ruolo professionale e la continuità del lavoro nello stesso posto, così come la presenza di attività parallele. L'operatore che fa da più tempo lo stesso lavoro può avere sviluppato anticorpi utili alla difesa dal *Burn-out*; dall'altro lato, la permanenza nello stesso posto da più anni può essere elemento a rischio, per la ripetitività del lavoro e dei problemi a esso collegati. Infine, la presenza di attività parallele è indicata da molti autori come un'ipotesi di prevenzione dal *Burn-out*.

L'ultima domanda riguarda l'utenza e può confermare o smentire le ipotesi che la sindrome colpisca più facilmente gli operatori esposti con utenze più disagiate e meno suscettibili di cambiamenti e gli operatori addetti a mono-utenze.

DOMANDE 1-2-3-4

1- Consideri il lavoro che svolge durante una settimana tipo. Per ciascuna delle attività sotto elencate indichi in percentuale il tempo che vi dedica. Se trova attività che Le sono estranee indichi 0; controlli, al termine, che la somma delle percentuali dia 100.

- a) insegnamento.....%
- b) terapia.....%
- c) direzione.....%
- d) attività educative.....%
- e) burocrazia.....%
- f) programmazione.....%
- g) colloqui.....%
- h) contatti-visite.....%
- i) riunioni.....%
- j) diagnosi.....%
- k) aggiornamento letture.....%
- l) verifiche-valutazioni.....%

TOT. 100%

2- Questa domanda richiede una risposta come la precedente: indichi una percentuale approssimativa per ciascuna voce:

- a) il mio lavoro lo svolgo "da solo" al.....%
- b) in coppia con altri colleghi lavoro al.....%
- c) al lavoro d'équipe dedico un tempo pari al.....%

TOT. 100%

3- Anche questa domanda è come la precedente: indichi una percentuale approssimativa, controllando che il totale dia 100:

a) il tempo che dedico al lavoro "a tavolino" per programmi, verifiche, relazioni, correzioni, letture ecc. è pari al..... %

b) il tempo che dedico al telefono per contatti esterni e interni è pari al..... %

c) il tempo che dedico a riunioni-incontri con colleghi, superiori (centrali o periferici) o subalterni è pari al..... %

d) ai miei "utenti" diretti dedico all'incirca un tempo pari al %

e) per riunioni e contatti con la comunità esterna (famiglie, politici, amministratori, tecnici di altre organizzazioni ecc.)..... %

TOT. 100%

4- In questi ultimi sei mesi ha subito particolari traumi personali o familiari? (lutto, malattia grave, inddente, separazione dal partner, sfratto ecc.).....Sì NO

La domanda 1 chiede la quantificazione del tempo dedicato alle diverse mansioni dell'operatore. Le ipotesi sottostanti ci dicono che sono più a rischio gli operatori che dedicano la maggior parte del tempo alla terapia (per via dell'esposizione a utenti maggiormente in difficoltà) e gli operatori che dedicano il loro tempo a una sola delle attività indicate. Trattandosi di auto-dichiarazioni, può darsi che non corrispondano alla realtà, ma esse hanno tuttavia grande valore per la spiegazione dei motivi di insorgenza della sindrome. Il fatto che l'intervistato consideri terapia anche le attività che potrebbero essere considerate meri colloqui, indica una tendenza a percepire il lavoro nei suoi aspetti più gravi.

La domanda 2 indica la modalità del lavoro, nelle ipotesi che il lavoro individuale sia il più esposto al *Burn-out*; il lavoro in équipe sia il meno esposto, a patto che funzioni molto bene (il che è raro); il lavoro in coppia sia quello che offre maggiore prevenzione.

La domanda 3 ricerca le attività quotidiane svolte dall'operatore. Le ipotesi sottostanti sono che: 1) la varietà delle azioni quotidiane sia una prevenzione dal *Burn-out*; 2) l'eccessiva spesa di tempo in riunioni organizzative, o comunitarie, favorisca la sindrome; 3) l'assenza di lavoro "a tavolino" sia anch'essa una possibile causa.

La domanda 4 serve a determinare l'incidenza di vicende personali sulla presenza di gradi del *Burn-out*. Indipendentemente dal realismo

della risposta, un assenso renderebbe l'intervistato poco attendibile nelle risposte seguenti.

DOMANDA 5

5- Cerchi ora di fare un bilancio generale della Sua attività lavorativa. Prenda in esame i vantaggi e gli svantaggi, sia economici, che normativi, che psicologici, poi scelga una delle seguenti proposizioni: scelga quella che più condivide:

- a) tutto sommato sono soddisfatto di quello che faccio, del posto in cui sono e dei risultati che ottengo; sono contento di questo lavoro e di questo posto; non cambierei per nessuna ragione, anche se ho spesso problemi e difficoltà da superare
- b) non tutto mi piace del mio lavoro; ci sono cose che preferirei non fare e persone che preferirei non vedere; ho parecchi problemi, ma ho anche soddisfazioni; ci sono delle cose positive nel mio lavoro, accetterei di cambiare solo per un lavoro simile
- c) qui dove sono ho pochi vantaggi non sono nemmeno sicuro che il mio lavoro mi piaccia ancora: è faticoso e non riconosciuto, forse se mi offrissero di cambiare.....
- d) ho sbagliato tutto, non vedo l'ora di andarmene, ho fatto una pazzia a fare questo lavoro e in questo posto, sto cercando una soluzione e presto la troverò

Tale domanda si propone di ottenere una soluzione complessiva circa il lavoro dell'intervistato. Anche questa domanda richiede una valutazione soggettiva, ma testimonia bene il suo stato d'animo generale. Trattandosi di un'impressione sintetica su una scala a soli quattro livelli, l'attendibilità delle risposte è molto bassa, ma può diventare significativa se le risposte sono coerenti con quelle successive.

DOMANDA 6

6- Pensando agli ultimi sei mesi, cerchi di indicare con quale frequenza le è capitato di sentire o provare o fare le cose indicate di seguito. Indichi con una x le voci di sentimenti o fatti che le sono capitati spesso e ripetutamente:

- a) la mattina, andare al lavoro è un grosso sforzo per me;
- b) il lavoro che faccio, in fondo, è del tutto inutile;
- c) quando penso al lavoro sento rabbia e risentimento;
- d) il lavoro mi serve solo per sopravvivere economicamente;
- e) non riesco a trovare niente di positivo nel lavoro che faccio;
- f) la mia vita vera è al di fuori del lavoro; lì mi basta riuscire a farmi i fatti miei;

- g) durante la giornata di lavoro mi sento stanchissimo/a;
- h) ogni giorno non vedo l'ora che arrivi il momento di andare a casa;
- i) dopo una giornata di lavoro mi sento distrutto/a;
- j) in verità, coloro con cui ho rapporti sul lavoro non mi piacciono molto;
- k) appena posso cerco di evitare i "contatti" con gli utenti;
- l) penso che i miei utenti non siano tanto "belli";
- m) faccio molta fatica ad "ascoltare" veramente ciò che vogliono dirmi gli utenti;
- n) mi sembra di essere sempre allo stesso punto, di non fare progressi;
- o) in fondo, se i miei utenti non traggono vantaggi dal mio aiuto è colpa loro;
- p) ciò che conta, alla fine, sono soprattutto le formalità (procedure, regolamenti, schede ecc.);
- q) mi addormento con difficoltà e dormo poco e male;
- r) con i colleghi cerco di evitare ogni discussione;
- s) sul lavoro, la cosa che mi importa di più è "star bene", stare in pace, farmi i fatti miei;
- t) penso che ci vorrebbero più misure di controllo sul comportamento dei miei utenti (più disciplina, più punizioni, più psicofarmaci ecc.);
- u) soffro spesso di influenze, allergie, mal di testa, disturbi intestinali;
- v) faccio fatica a cambiare opinioni e non sopporto l'idea di dover cambiare qualcosa nel mio lavoro;
- w) sono molti, sul lavoro, quelli che ce l'hanno con me o non mi stimano;
- x) prendo pillole di ogni genere;
- y) appena posso mi assento dal lavoro adducendo motivi familiari, o di salute, o altro;
- z) in famiglia sono irritabile e litigioso/a; oppure ho problemi con il partner.

Tale domanda è stata costruita su una scala presentata dal Cherniss e rappresenta una sintesi dei comportamenti o dei vissuti di *Burn-out*. Alcuni *items* sono di tipo descrittivo (a, g, h, i, m, s, t, z, j, k, w) mentre altri sono di tipo valutativo. Trattandosi di un elenco, è probabile che vi si trovino ripetizioni e *items* così strettamente correlati fra loro da essere dei doppioni. Tuttavia l'elencazione può essere utile per offrire all'intervistato tutta la casistica possibile.

DOMANDE 7-8

7- Di seguito elenchiamo alcune delle motivazioni che in genere spingono le persone a scegliere il lavoro che fanno. Le chiediamo di pensare in che misura ciascuna di queste ha influenzato la Sua

scelta, quando ha iniziato l'attuale occupazione (1 = niente o molto poco; 2 = poco; 3 = abbastanza; 4 = molto):

- a) fare qualcosa di utile per gli altri..... 1 2 3 4
- b) fare qualcosa di significativo sul piano civico/politico 1 2 3 4
- c) fare qualcosa di culturalmente avanzato..... 1 2 3 4
- d) avere un posto sicuro e retribuito sufficientemente..... 1 2 3 4
- e) per caso o perché non avevo altra scelta..... 1 2 3 4
- f) per avere una posizione sociale di prestigio..... 1 2 3 4
- g) per evitare lavori manuali o ripetitivi..... 1 2 3 4
- h) per la soddisfazione che si prova nel plasmare utenti che hanno bisogno di me 1 2 3 4
- i) perché questo lavoro mi consentiva anche di "lavorare" su di me..... 1 2 3 4
- j) per seguire l'esempio di una persona che stimavo..... 1 2 3 4
- k) per frequentare un ambiente e dei colleghi stimolanti..... 1 2 3 4

8- Ora pensi ai motivi che La trattengono nell'attuale occupazione, cioè La invitano a non cambiare. Indichi per ciascuno dei motivi sotto elencati, il grado di influenza che hanno sulla scelta di permanere in questa occupazione (1 = nessuna o pochissima influenza; 2 = scarsa influenza; 3 = abbastanza; 4 = molta influenza).

Resto qui perché:

- a) il mio lavoro è utile agli altri 1 2 3 4
- b) il mio lavoro ha un valore civico/politico..... 1 2 3 4
- c) il mio lavoro è culturalmente avanzato..... 1 2 3 4
- d) ho un posto sicuro e guadagno sufficiente..... 1 2 3 4
- e) non saprei cosa fare d'altro o dove andare..... 1 2 3 4
- f) godo di stima e prestigio sociale..... 1 2 3 4
- g) il mio lavoro non è manuale ed è poco monotono..... 1 2 3 4
- h) mi sembra di riuscire a "plasmare" i miei utenti..... 1 2 3 4
- i) questo lavoro mi consente di "crescere" ogni giorno..... 1 2 3 4
- j) le persone che stimo di più fanno questo lavoro..... 1 2 3 4
- k) ambiente di lavoro e colleghi sono stimolanti..... 1 2 3 4

Queste domande fanno riferimento alle motivazioni per il lavoro sociale, agli inizi e al momento della compilazione. I trattamenti possibili per questa domanda sono diversi.

In primo luogo, può essere rilevante la discrepanza fra momento iniziale e attuale della professione. Il limite è dato dal fatto che la domanda 7 richiede risposte "a memoria", per cui non è impossibile che gli intervistati rispondano sotto l'influenza della loro situazione attuale. Sarebbe utile poter raccogliere questi dati in tempi reali con una ricerca pluriennale. Un'altra possibilità di trattamento riguarda le risposte interne a ciascun operatore, per valutare la natura del suo

quadro motivazionale. Il tasso di idealismo eccessivo si desume dalla compresenza delle sole motivazioni oblativo (*a, b, c*), così come il grado di *Burn-out* può essere confermato dalla presenza attuale delle sole motivazioni di sicurezza (*d, e*).

DOMANDE 9-10

9- Di seguito troverà alcune frasi che esprimono opinioni diffuse, specie fra i giovani operatori. Scelga quelle che condivideva prima di iniziare l'attuale occupazione:

- a) sono certo/a che potrò fare molto per aiutare i miei futuri utenti;
- b) una volta che avrò iniziato il mio lavoro molti miei problemi spariranno;
- c) chiunque (quindi anch'io) può fare questo lavoro purché.....;
- d) sono certo/a che ogni giorno vedrò piccoli progressi nei miei utenti;
- e) agli utenti basterà vedere che mi impegno per loro, per impegnarsi a loro volta;
- f) so bene cosa devo fare e come impostare i rapporti con gli utenti;
- g) gli utenti mi saranno grati se vedranno quanto mi impegno per loro;
- h) sto per iniziare un lavoro significativo e per nulla routinario;
- i) sono certo/a che questo lavoro mi farà fare cose concrete e precise;
- j) i colleghi, l'istituzione, i dirigenti saranno miei alleati;
- k) si tratta di un lavoro di ricerca, studio e approfondimenti.

10- Dopo questi mesi, o anni, di lavoro, indichi fra le seguenti affermazioni quelle con cui si trova d'accordo ora (è sufficiente un accordo di massima):

- a) mi sembra di servire poco o nulla agli utenti;
- b) con il lavoro, non solo i miei problemi non sono spariti, ma sono aumentati;
- c) questo lavoro non è per tutti e nemmeno io sono sicuro di essere adatto;
- d) i progressi degli utenti o non si vedono o si hanno in tempi lunghissimi;
- e) per lo più gli utenti non sono disposti a utilizzare il mio aiuto;
- f) sono sempre gli utenti a definire il mio ruolo e i miei confini;
- g) per gli utenti sono solo un lavoratore pagato per stare al loro servizio;
- h) la parte di routine e monotonia nel mio lavoro è preponderante;
- i) il lavoro mi sembra confuso e astratto, nessuno sa darmi indicazioni precise;
- j) i colleghi, l'istituzione, i dirigenti se ne fregano di me;
- k) ricerca, studio e approfondimento sono quasi impossibili, dove lavoro io.

Queste domande sono state desunte dal lavoro di Edelwich e Brodsky, che elencano le aspettative che favoriscono il *Burn-out*. Anche qui esiste il limite delle risposte “a memoria” e, anche qui, è offerta la doppia possibilità di analisi: della discrepanza (prima e dopo) e della concentrazione. Quest’ultima possibilità è certo sintomo di *Burnout*, se accettassimo la tesi degli autori citati che vedono in queste aspettative delle “negazioni” di problemi reali.

DOMANDA 11

11- Indichi fra le seguenti frasi quelle che negli ultimi sei mesi si è detto/a più spesso (segna solo quelle che Le capita di ripetersi più volte):

- a) che cosa sto facendo? chi me lo fa fare?
- b) sto sacrificando troppo il mio “privato”;
- c) in fondo, per le “tre lire” che mi danno!
- d) certi miei utenti, certi colleghi, certi dirigenti guadagnano come me, o più di me, senza “sbattersi” tanto;
- e) quale carriera mi aspetta? posso andare avanti in questo posto per vent’anni?
- f) forse mi conviene guardarmi in giro o riprendere a studiare: non si sa mai!
- g) non riesco a essere utile ai miei utenti;
- h) nel mio territorio è impossibile fare un buon lavoro;
- i) l’istituzione non offre alcun valido appoggio, anzi!
- j) tutta l’organizzazione in cui lavoro non risponde alle reali esigenze degli utenti;
- k) superiori, dirigenti e politici non hanno alcun apprezzamento per il mio lavoro;
- l) gli utenti non hanno quasi alcun apprezzamento per ciò che faccio;
- m) schede, relazioni, rapporti scritti mi soffocano;
- n) sono impreparato per il lavoro che faccio, e si vede;
- o) a causa del mio sesso, ho più problemi degli altri nel mio lavoro;
- p) non so mai cosa devo fare io e cosa devono fare gli altri (colleghi, amministratori, dirigenti, consulenti ecc.);
- q) nella comunità il mio prestigio è quasi zero;
- r) i rapporti con i colleghi sono inesistenti o negativi;
- s) verso il lavoro provo spesso noia o nausea;
- t) l’importante è evitare problemi sul lavoro;
- u) i casi difficili, le riunioni, gli straordinari se li facciano gli altri;
- v) meno impegno possibile, sia mentale che temporale;
- w) ora mi defilo, mi do per troppo occupato;
- x) devo cercare di farmi dare un incarico di tutto riposo;
- y) quanto mi manca per la pensione minima?

Mentre la domanda 6 ricercava il grado di *Burn-out*, questa tende a indagare a quale fase del *Burn-out* si colloca il soggetto. Le fasi sono quelle descritte da Edelwich e Brosky nel testo citato.

Gli *items a, b, c, d, e, f* riguardano la “stagnazione”, cioè la prima fase seguente all’entusiasmo idealistico e al primo duro impatto con la realtà lavorativa. Gli *items g, h, i, l, m, n, o, p, q, r, s, t* esprimono appieno la fase della “frustrazione”, cioè la fase centrale di tutto il processo. Le risposte a questi *items* indicano il punto di biforcazione verso il cambiamento (e questo aspetto andrebbe meglio studiato da consulenti, formatori e sindacalisti), oppure verso reazioni auto o etero distruttive; oppure, verso la fase matura della sindrome: quella appunto indicata dagli *items* dalla *u* in poi, definita di “apatia”. Mentre la fase di frustrazione è ancora aggredibile, quella di apatia tende alla cronicità e favorisce la strutturazione di “corazze” difensive sempre meno superabili.

DOMANDA 12

12- Indichi fra le voci seguenti quelle che Le sembrano più importanti per migliorare la Sua situazione lavorativa. Scelga le cinque voci che dovrebbero cambiare prima e più radicalmente:

- a) alcuni tratti del mio carattere;
- b) le mie competenze professionali;
- c) molti colleghi di lavoro;
- d) il dirigente (o più di uno);
- e) la mentalità degli utenti;
- f) la cultura del territorio;
- g) i gestori politici della mia organizzazione;
- h) la normativa vigente;
- i) i mezzi che ho a disposizione per lavorare;
- j) la mia retribuzione;
- k) il mio contratto di lavoro;
- l) il mio titolo di studio;
- m) il mio orario di lavoro;
- n) il mio luogo di lavoro;
- o) l’attuale organizzazione del lavoro in cui sono inserito;
- p) altro (specificare).

Qui si indagano gli elementi percepiti come “nodi casuali” del *Burn-out*, suddivisi su tre vettori: personale (*items a, b, n*), interfacciale (*c, d, e, f, g*) e strutturale (restanti).

Qui le risposte possono essere interpretate relativamente alla loro concentrazione/distribuzione. Se, infatti, è realistica la speranza che cambino variabili appartenenti ai tre vettori, la concentrazione sul vettore personale indica una posizione depressiva; sul vettore

interfacciale, esprime una posizione persecutoria; sul vettore strutturale, esprime un'istanza abdicatoria.

DOMANDA 18

13- Di seguito troverà alcune attività o progetti utili a superare situazioni di crisi lavorativa. Indichi per ciascuna voce se ha fatto l'azione indicata (SÌ), se non l'ha fatta (NO), se la farà nel prossimo futuro (LO FARÒ). Indichi LO FARÒ se si tratta di una cosa decisa per un tempo ravvicinato, non se è solo un auspicio:

a) ho partecipato a iniziative di formazione, o aggiornamento, promosse dalla mia organizzazione

SI NO LO FARÒ

b) ho partecipato a iniziative di formazione, o aggiornamento, di mia iniziativa e fuori dalla mia organizzazione

SI NO LO FARÒ

c) ho partecipato a iniziative di supervisione o ho fatto uso di un consulente (servizi forniti dalla mia organizzazione)

SI NO LO FARÒ

d) ho partecipato a iniziative di supervisione o ho fatto uso di un consulente (di mia iniziativa e al di fuori della mia organizzazione)

SI NO LO FARÒ

e) ho discusso i miei problemi di lavoro in riunioni formali con i colleghi (équipe, consiglio, ecc.)

SI NO LO FARÒ

f) ho discusso i miei problemi di lavoro in incontri formali con il dirigente, o coordinatore, della mia organizzazione

SI NO LO FARÒ

g) mi sono rivolto a un collega professionalmente specializzato per la consulenza in situazioni di crisi lavorativa

SI NO LO FARÒ

h) mi sono rivolto a un consulente esterno all'organizzazione (psicologo, sacerdote, medico ecc.)

SI NO LO FARÒ

i) ho chiesto di cambiare "posto" di lavoro, o mansione, pur all'interno della mia attuale organizzazione

SI NO LO FARÒ

j) ho chiesto una riduzione del tempo di lavoro

SI NO LO FARÒ

k) ho chiesto un'aspettativa o un congedo provvisorio

SI NO LO FARÒ

l) ho partecipato a concorsi o ho fatto domande di assunzione in posti diversi dall'attuale

SI NO LO FARÒ

m) ho iniziato le pratiche per una pensione anticipata

SI NO LO FARÒ

n) mi sono iscritto a una scuola di specializzazione, o a un corso di riqualificazione, nella prospettiva di cambiare lavoro

SI NO LO FARÒ

o) mi sono informato in giro circa le possibilità di trovare un'altra occupazione

SI NO LO FARÒ

p) ho iniziato un'altra attività da gestire in parallelo con la prima

SI NO LO FARÒ

Questa domanda indaga sulle principali possibilità di prevenzione e terapia del *Burn-out* indicate da tutta la letteratura: formazione e supervisione o consulenza (sia a titolo personale che offerte dall'organizzazione di appartenenza); sostegno da équipe, colleghi o superiori; mutamenti di mansioni, di posto o di setbre; ricerca di un secondo lavoro. È qui molto interessante ottenere dati sulle potenzialità terapeutiche, o di semplice aiuto, espresse da organizzazioni istituzionalmente preposte alla terapia e all'aiuto.

Capitolo 2

UN TERMOMETRO PER IL *BURN-OUT*

Ignazio Drudi, Maria Vittoria Sardella

Esiste la sindrome del *Burn-out* in Italia? Non aspettatevi di saperlo dalle note che seguono, perché la nostra ricerca non è stata pensata con ambizioni di esaustività. Troverete però delle notizie riguardanti un buon numero (110) di operatori del campo sociosanitario ed educativo, che si sono prestati, e di questo li ringraziamo, a rispondere al questionario ARIPS descritto da Guido Contessa nel capitolo 1.

Abbiamo preferito dare al nostro lavoro un taglio più qualitativo che quantitativo.

Abbiamo seguito la strada dello “studio dei casi” cercando, da una parte, di indagare sugli aspetti che la letteratura americana in particolare definisce come sintomi del *Burn-out* e verificare se l’assunto teorico è estendibile anche al nostro paese; dall’altra, per tentare di mettere a punto una sorta di “misuratore” della sindrome che possa servire da auto-diagnosi.

I dati che descriveremo, e su cui costruiremo delle interpretazioni, non hanno perciò pretesa di significatività razionale, ma si riferiscono solo a quel gruppo di operatori che hanno risposto. D’altronde, non bisogna dimenticare che questa iniziativa è completamente auto-finanziata e la limitazione del campione intervistato è da imputare all’inevitabile ristrettezza delle risorse finanziarie. Ci pare, in ogni caso, che i risultati conseguiti, e l’enorme patrimonio di informazioni che siamo riusciti a ottenere pur con mezzi così scarsi, sia un sintomo chiaro dell’urgenza del problema e della necessità di analisi più approfondite ed estese. L’auspicio che da questo contributo possa scaturire un’iniziativa di ricerca di più ampio respiro non è, dunque, un augurio formale o la speranza di acquisire qualche finanziamento; piuttosto la preoccupazione di chi è venuto in contatto con la punta di un iceberg che fa sospettare una parte “sommersa” che occorre portare alla luce del sole con urgenza.

2.1- Provate a misurarvi la “febbre”

Prima di passare all’analisi puntuale dei dati dei questionari e degli strumenti utilizzati, vi invitiamo a misurare la vostra temperatura di *Burn-out*.

Pensando agli ultimi sei mesi, cercate di indicare se vi è capitato di sentire o fare le cose indicate di seguito. Segnate con una x le voci che indicano sentimenti, o fatti, che vi sono capitati più spesso e con più intensità:

- la mattina, andare al lavoro è un grosso sforzo per me;
- il lavoro che faccio, in fondo, è del tutto inutile;
- quando penso al lavoro sento rabbia e risentimento;
- il lavoro mi serve solo per sopravvivere economicamente;
- non riesco a trovare niente di positivo nel lavoro che faccio;
- la mia vita vera è al di fuori del lavoro; lì mi basta riuscire a fare i fatti miei;
- durante la giornata di lavoro mi sento stanchissimo/a;
- ogni giorno non vedo l’ora che arrivi il momento di andarea casa;
- dopo una giornata di lavoro mi sento distrutto/a;
- in verità, coloro con cui ho rapporti sul lavoro non mi piacciono molto;
- appena posso, cerco di evitare i “contatti” con gli utenti;
- penso che i miei utenti non siano tanto “belli”;
- faccio molta fatica ad “ascoltare” veramente ciò che vogliono dirmi gli utenti;
- mi sembra di essere sempre allo stesso punto, di non fare progressi;
- in fondo se i miei utenti non traggono vantaggi dal mio aiuto, è colpa loro;
- ciò che conta, alla fine, sono soprattutto le formalità (procedure, regolamenti, schede ecc.);
- mi addormento con difficoltà e dormo poco e male;
- con i colleghi cerco di evitare ogni discussione;
- sul lavoro, la cosa che mi importa di più è “star bene”, stare in pace, farmi i fatti miei;
- penso che ci vorrebbero più misure di controllo sul comportamento dei miei utenti (più disciplina, più punizioni, più psicofarmaci ecc.);
- soffro spesso di influenze, allergie, mal di testa, disturbi intestinali;
- faccio fatica a cambiare opinione e non sopporto l’idea di dover cambiare qualcosa nel mio lavoro;
- sono molti, sul lavoro, quelli che ce l’hanno con me o non mi stimano;
- prendo pillole di ogni genere;
- appena posso mi assento dal lavoro adducendo motivi familiari, o di salute, o altro;

- in famiglia sono irritabile e litigioso/a; oppure, ho problemi col partner;
- che cosa sto facendo? chi me lo fa fare?
- sto sacrificando troppo il mio "privato";
- in fondo, per le "tre lire" che mi danno!
- certi miei utenti, certi colleghi, certi dirigenti guadagnano come, o più di me, senza "sbattersi" tanto;
- quale carriera mi aspetta? posso andare avanti in questo posto per vent'anni?
- forse mi conviene guardarmi in giro o riprendere a studiare: non si sa mai!
- non riesco a essere utile ai miei utenti;
- nel mio territorio è impossibile fare un buon lavoro;
- l'istituzione non offre alcun valido appoggio, anzi!
- tutta l'organizzazione in cui lavoro non risponde alle reali esigenze degli utenti;
- superiori, dirigenti e politici non hanno alcun apprezzamento per il mio lavoro;
- gli utenti non hanno quasi alcun apprezzamento per ciò che faccio;
- schede, relazioni, rapporti scritti mi soffocano;
- sono impreparato per il lavoro che faccio, e si vede;
- a causa del mio sesso, ho più problemi degli altri nel mio lavoro;
- non so mai cosa devo fare io e cosa devono fare gli altri (colleghi, amministratori, dirigenti, consulenti ecc.);
- nel territorio il mio prestigio è zero;
- i rapporti con i colleghi sono inesistenti o negativi;
- verso il lavoro provo spesso noia o nausea;
- l'importante è evitare i problemi sul lavoro;
- i casi difficili, le riunioni, gli straordinari se li facciamo gli altri!
- meno impegno possibile, sia mentale che temporale;
- ora mi defilo, mi do per occupatissimo;
- devo cercare di farmi dare un incarico di tutto riposo;
- quanto mi manca per la pensione minima (o per la fine del servizio civile)?

Ora contate le crocette, dividete il loro numero per 4 e aggiungete 36. Il risultato di questa operazione è la vostra "febbre". È alta o bassa? Siete sani o malati? Per scoprirlo non vi rimane che leggere il resto del capitolo (le domande a cui si riferiscono i dati commentati sono quelle esposte nel capitolo precedente).

2.2- Le risposte

Chi sono state le nostre cavie? Sono prevalentemente donne (73%), con un'età media di 32 anni, coniugate (58%), senza figli (56%), con alta scolarità (il 67% ha un titolo di studio che va dalla scuola superiore alla laurea), dipendenti di organizzazioni pubbliche (ASL, scuola, Ente Locale), con situazione lavorativa stabile: la stragrande maggioranza (80%) ha un contratto di ruolo, svolge la professione attuale da circa 8 anni e da circa 6 nello stesso posto, presta servizio prevalentemente (74%) in Lombardia; le qualifiche più rappresentate sono: operatore socio-assistenziale (27%), assistente sociale (23%), insegnante e infermiere (15%), ma in misura minore sono presenti anche medici, psicologi, logopedisti ecc.; la quasi totalità (84%) non svolge altre attività collaterali, lavorano soprattutto da sole (per il 50% del tempo), poco tempo in équipe (solo il 14% del tempo) e dedicano buona parte del tempo agli utenti (il 53% del tempo) facendo terapia, colloqui e visite. Per terminare questa breve carrellata descrittiva aggiungiamo che si dichiarano sufficientemente soddisfatte del lavoro che fanno (infatti l'84% sostiene che non cambierebbe affatto lavoro o lo farebbe solo per un lavoro simile) e che il 24% ha subito un trauma negli ultimi mesi.

Questa fotografia si presenta come "un bel gruppo di famiglia": posto di lavoro stabile, buon grado di soddisfazione del lavoro e poca voglia di cercarne un altro. Quindi, in modo superficiale e affrettato, si potrebbe concludere che siamo incappati in un gruppo di operatori non ancora colpiti dalla terribile sindrome; ma proseguiamo nell'analisi e vedremo che non è proprio così.

2.3- Le motivazioni

I nostri operatori sono stati spinti nella scelta del lavoro essenzialmente da motivi di carattere ideologico, sociale e di auto-aiuto (rispettivamente 2.95, 2.19, 2.20 punteggio medio su una scala di 4 punti). Questi risultati non ci meravigliano.

Anche se scarseggiano le ricerche condotte nel nostro paese sulle motivazioni al lavoro, si può dare per acquisito che chi sceglie una professione di carattere assistenziale/terapeutico è spinto, o meglio – soprattutto nel decennio scorso – era spinto, da istanze di tipo ideologico (per esempio, migliorare le condizioni della società); ma anche, almeno inizialmente, da problemi di ordine personale (per esempio, capire meglio le proprie reazioni, auto-realizzarsi, anche se inconsapevolmente, attraverso la sofferenza altrui). Ci stupisce, invece, maggiormente il dato relativo alla motivazione per la

sicurezza del posto di lavoro (2.32), ma probabilmente anche questo è legato all'età di coloro che hanno risposto. All'epoca in cui queste persone hanno deciso di lavorare nel sociale (ricordo che l'età media è superiore ai 30 anni al momento della distribuzione del questionario) era ancora possibile pensare di "sistemarsi" in un ente pubblico con assunzione immediata e con quelle garanzie che, una volta, erano ritenute indispensabili.

2.4- Come misurare il Burn-out

Il nostro "termometro" è costituito, in particolare, da due domande: quella relativa ai sentimenti provati, o alle azioni fatte, negli ultimi sei mesi (domanda 6) e quella relativa alle frasi ricorrenti sempre nello stesso periodo (domanda 11). Entrambe si possono rapportare a una scala di misurazione che va da un minimo di 0 a un massimo di 26: cioè, in teoria, se tutti stessero "benissimo" non ci dovrebbero essere risposte a queste domande; al contrario, se tutti si trovassero al massimo grado di *Burn-out* dovrebbero scegliere le 26 voci. In concreto, la nostra scala va da 0 a 13, perché gli operatori che costituiscono il nostro campo di osservazione hanno effettuato un'escursione, rispetto a queste domande, che va per entrambe da 0 a 13 (con una media di 2.8 punti per la 6 e di 3.5 punti per la 11). Inoltre ci sono 7 persone (6.4%) che non hanno risposto a entrambe le domande: quindi, in teoria, o non ancora colpite dalla sindrome o già "uscite". Ancora, 18 persone (16,4%) sostengono di non aver provato i sentimenti espressi nelle domande 6 e 9 (8,2%) e di non essersi posti i quesiti della 11.

Questi dati ci fanno ipotizzare che i nostri "termometri" accoppiati non misurano esattamente lo stesso fenomeno, ma aspetti diversi di esso. In particolare, la domanda 6 sembrerebbe rappresentare una sorta di avvisaglia per il malessere, l'emersione di un sintomo non ancora razionalizzato; mentre la domanda 11, una presa di consapevolezza già mediata dalla razionalità. Se questa ipotesi fosse esatta, dovremmo concludere che i nostri operatori sono passati dall'avvisaglia alla razionalizzazione del sintomo. Ma, per non trarre conclusioni affrettate, abbiamo preferito approfondire l'indagine andando a guardare, da una parte, chi sono gli operatori che risultano stare bene e, dall'altra, in quale fase (rispetto alla concettualizzazione di Edelwich e Brodsky) si collocano prevalentemente quelli in "cortocircuito" e di che grado sono le loro "ustioni" (rispetto alla media del gruppo).

Considerazioni più approfondite sulla capacità dei nostri "termometri" verranno svolte più avanti e arriveranno alla costruzione di un semplice test diagnostico in grado di misurare la "febbre" di *Burn-out*

di ciascuno (lo stesso termometro già sperimentato all'inizio del capitolo).

2.5- Gli asintomatici

I 7 asintomatici sono donne, di età superiore ai 30 anni, coniugate, senza figli, per buona parte insegnanti, che lavorano da sole, prevalentemente a tavolino con gli utenti, non hanno avuto traumi nei sei mesi precedenti la distribuzione del questionario, fanno un bilancio decisamente positivo della loro attività lavorativa, dichiarano un livello di motivazione sia iniziale che attuale medio/basso, auspicano pochi cambiamenti, soprattutto a carattere organizzativo e la maggioranza ha in corso pochi progetti per superare le situazioni di crisi (che, peraltro, sembra non toccarle). Basta, quindi, avere le caratteristiche di questo nostro gruppo per non essere bruciati o per non esserlo più? Sulle caratteristiche sociologiche non ci pronunciamo, mentre ci paiono interessanti due elementi: l'appartenenza alla scuola e il basso livello di motivazioni dichiarato. La scuola non produce Burn-out, oppure gli insegnanti sono più impermeabili degli altri operatori? Il lavoro educativo dà, di certo, risultati più tangibili e gratificazioni maggiori rispetto a quello sociosanitario; il materiale umano a disposizione è tendenzialmente "sano", per cui l'operatore scolastico dovrebbe incontrare difficoltà superabili e, comunque, alla fine dell'anno vedere i frutti del proprio lavoro (rappresentati, banalmente, dalle promozioni alla classe successiva). È vero anche, però, che nelle scuole italiane spesso vige un patto tacito di non belligeranza, per cui l'operato degli insegnanti è spesso insindacabile; quindi se nessuno mette in crisi le scelte operative, si può continuare a comportarsi nello stesso modo per anni senza accusare alcun sintomo di malessere. Interessante, invece, ci appare il dato relativo alle motivazioni, con la cautela imposta dallo scarsissimo numero, vediamo confermata l'ipotesi che a bassa motivazione corrisponde basso *Burn-out*.

2.6- I cortocircuitati e gli stadi del Burn-out

Ribadendo che tutte le considerazioni sono svolte relativamente al gruppo che abbiamo analizzato e che, quindi, i nostri parametri sono le medie riportate alle domande 6 e 11 assunte al ruolo di "termometro di sindrome", riportiamo alcune notizie sulle principali variabili socio-organizzative-motivazionali correlate col tasso di *Burn-out*.

I più gravi sono quegli operatori, questa volta il sesso non è discriminante, che hanno un'età compresa tra i 30 e i 40 anni,

prevalentemente nubili, o celibi, o con due figli; il grado di istruzione in prevalenza non supera la scuola dell'obbligo, ma si registra un leggero addensamento nuovamente tra i laureati, ritroviamo questi valori anche nelle qualifiche (operatori socio-assistenziali, da una parte, e medici e psicologi, dall'altra).

Spieghiamo questi risultati partendo dall'età: i quarantenni di adesso appartengono alla "generazione del 1968" che, al di là dei colori partitici, è stata comunque una generazione fortemente idealista per cui si può ipotizzare, e la nostra ipotesi è confortata dal dato relativo alle motivazioni iniziali, che abbiano attraversato la fase di "entusiasmo idealistico" che, come sostiene la letteratura, è l'anticamera del *Burn-out*.

La correlazione stato civile–*Burn-out*–numero di figli ci ha colto di sorpresa ma, mentre alla prima abbiamo dato il significato, banale ma forse verosimile, che un "single" investe maggiormente sul lavoro di quanto non faccia una persona con famiglia (ma in realtà non abbiamo informazioni ulteriori rispetto a quelle dello stato civile) e, quindi, come per le considerazioni svolte per l'età, a maggiore energia corrisponde maggior delusione; il legame alta sindrome-due figli ci ha sollevato solo delle domande.

È possibile che la nascita del secondo figlio mandi in crisi? Il carico di lavoro domestico cresce in progressione geometrica tale da procurare uno stress anche lavorativo? Oppure è puramente casuale? A questo enigma crediamo che potranno dare soluzione solamente le persone con due figli che avranno sperimentato il nostro "termometro" e avranno voglia di interrogarsi sulle loro relazioni private.

Rispetto al tempo di lavoro, i più colpiti risultano quelli che lavorano da oltre 9 anni sempre nello stesso posto, ma il dato cambia rispetto al tempo della professione: i valori massimi si concentrano sui 2 anni. È intuibile che lavorare sempre nello stesso luogo, soprattutto se non è gratificante e non consente modificazioni di carriera, porti a un disinvestimento, come accade per ogni azione ripetitiva. La concentrazione sui 2 anni di professione, a costo di essere monotoni e ripetitivi, la spieghiamo con il primo impatto con la realtà di quegli operatori che hanno attraversato la fase di entusiasmo idealistico.

Che caratteristiche ha il lavoro generatore di sindrome? Decisamente "uccide più la burocrazia che la spada" (la media di chi svolge mansioni in prevalenza burocratiche supera di quasi 2 punti la media generale) e gli incarichi di tipo terapeutico vengono come buoni secondi (qui il terapeutico è inteso in senso lato, dalle terapie farmacologiche all'assistenza fisica agli anziani). Anche chi passa molto tempo al telefono pare non stare troppo bene e, infine, la modalità di lavoro in coppia non sembra salutare.

Tralasciando le considerazioni sulla burocrazia e l'uso del mezzo telefonico, che ci sembrano fin troppo ovvie, spendiamo qualche parola a proposito del lavoro in coppia.

Questa è una modalità assai diffusa tra gli operatori e ci ricorda molto i carabinieri, o meglio le barzellette su di loro, con tutto il rispetto per la Benemerita. In realtà, sono poche le situazioni in cui è veramente necessaria una coppia di operatori (per esempio, rapporti con famiglie numerose, necessità di giocare un ruolo paterno/materno, necessità di un osservatore) però questa pratica è largamente seguita senza una precisa scelta tecnica.

Il *Burn-out* legato in particolare a questa modalità ci conferma l'impressione che la coppia è utilizzata più come "coperta di Linus", o per dirla in termini meno fumettistici, come elemento di rassicurazione, che non per reale necessità. Un dato ci conforta e vogliamo segnalarlo visto che "facciamo il tifo" per il lavoro di équipe: chi lavora prevalentemente in questo modo (solo il 7% purtroppo!) sta decisamente meglio degli altri (ben 3 punti sotto la media).

Per terminare il breve quadro, sottolineiamo che, come era prevedibile, è più sofferente chi dà una valutazione negativa del proprio lavoro e chi ha subito di recente dei traumi.

Particolare attenzione meritano i risultati ottenuti alla domanda relativa alle attività per superare la crisi (domanda 13): emerge chiaramente che l'"attivismo" (cioè la partecipazione ad attività di consulenza, formazione ecc.) è direttamente correlato all'assenza, o alla poca presenza, di *Burn-out*. Questo risultato ci sembra particolarmente importante non tanto, e non solo, perché suffraga una nostra vecchia tesi: cioè che l'operatore sociale, per la delicatezza del lavoro che svolge, ha bisogno più di altri di occasioni di confronto, di aggiornamento, di crescita professionale; ma, soprattutto, perché può offrire utili piste per quegli operatori che sentono "odore di bruciato".

2.7- Le relazioni fra le risposte

Il passo successivo che abbiamo compiuto nella disanima dei nostri dati è consistito, da una parte, nel cercare di individuare delle fasi, delle caratteristiche che potessero specificare il tipo di *Burn-out* e, dall'altra, di costruire un termometro "applicabile" e definire degli stadi di sviluppo della sindrome. Per fare ciò ci siamo serviti di due tecniche di elaborazione statistica multivariata che servono per creare raggruppamenti *a posteriori* (cioè su dati esistenti): l'analisi delle corrispondenze e l'analisi di *cluster*. È ovvio che non entreremo nei dettagli tecnici delle metodologie impiegate, né riporteremo tutti i dati ottenuti: la descrizione analitica delle tecniche si ritrova in molti testi

di statistica multivariata e i dati, e relative elaborazioni, sono a disposizione presso l'ARIPS. In estrema sintesi, l'analisi delle corrispondenze consiste, avendo a disposizione un insieme di domande che abbiano come risposta sì/no, nel raggruppare quelle che hanno la maggior corrispondenza nelle risposte; si cercano, cioè, dei gruppi di domande a cui l'intervistato ha risposto allo stesso modo. Questa tecnica è stata applicata alle domande 6, 11, 12 e 13 allo scopo di definire atteggiamenti "tipo". Poiché il raggruppamento è costruito sui dati effettivamente registrati, questa tecnica si presta a verifiche di schemi concettuali costruiti *a priori*; in particolare, per quanto riguarda la domanda 11, confronteremo i raggruppamenti ottenuti con le fasi della sindrome di Edelwich e Brodsky.

Dalla domanda 6 emergono, con chiarezza, 4 gruppi a cui attribuiremo denominazioni di "comodo" che non hanno, ovviamente, nessuna pretesa diagnostica:

- 1- I *difesi*, dichiarano di avere difficoltà a cambiare opinione, auspicano maggiori controlli sugli utenti e delegano la responsabilità di non miglioramento su questi ultimi. Inoltre, si sentono perseguitati e, appena possono, si assentano dal lavoro. Sembra di trovarsi di fronte a un gruppo di persone che si sente talmente frustrato che, per sopravvivere nel posto di lavoro, ha necessità di "esportare" la colpa.
- 2- Gli *stanchi*, concentrano le loro scelte sugli *items* relativi, appunto, alla stanchezza: già dalla mattina avvertono fatica nell'andare al lavoro; questo sforzo aumenta durante il giorno, tanto che alla fine della giornata lavorativa si sentono "distrutti". Nel privato l'irritazione continua, tanto da dichiararsi litigiosi in famiglia e dormono poco e male. Provano a difendersi da questi sintomi evitando le discussioni con i colleghi e cercando di "farsi i fatti propri". Fanno forse già parte della grossa schiera di pazienti affetti da "esaurimento nervoso"?
- 3- Gli *scissi*, così denominati perché si cullano nell'illusione che la loro "vera" vita è al di fuori dal lavoro; d'altronde lavorano solo per sopravvivere e il sentimento massimo che provano nei confronti della propria attività è la rabbia. Questa categoria non ci ha creato meraviglia e lo diciamo con vero rammarico. Infatti, almeno a livello di atteggiamento, il lavorare solo per "il 27" è un ritornello piuttosto diffuso ma, una volta tanto, la normalità non è sinonimo di "salute". Se, inoltre, si pensa che nessuno di questi operatori ha scelto di fare il proprio lavoro «per caso», questi sentimenti risultano ancora più preoccupanti.
- 4- I *nauseati* sono affetti da disturbi psicosomatici, si sono disamorati nei confronti degli utenti e del lavoro e vivono continuamente verso l'ora del rientro in famiglia. Dato questo insieme di sintomi sono da considerare popolazione "ad altissimo rischio"?

Anche se non possiamo effettuare corrispondenze puntali, ci pare che i raggruppamenti ottenuti ripercorrano in buona parte lo schema teorico della Maslach. Ricordiamo, infatti, brevemente che l'autrice parla di stress lavorativo (non sono forse i nostri nauseati?), di esaurimento (gli stanchi) e di conclusione difensiva (i difesi e gli scissi).

Passiamo a esaminare i risultati della domanda 11 che, come ormai dovrebbe essere chiaro, è la "punta di diamante" della misurazione del *Burn-out*. Anche dal trattamento di questa domanda emergono 4 gruppi che sembrano caratterizzarsi in relazione all'individuazione del nemico o alle strategie di sopravvivenza.

- 1- I *delusi cosmici* che sembrano dare la colpa al mondo: "Gli utenti non mi apprezzano"; "In questo posto è impossibile lavorare"; "I rapporti con i colleghi sono negativi"; "le 'carte' mi soffocano" sono le frasi che ripetono con maggior frequenza. Questo insieme di interrogativi fanno scaturire una conclusione: mi impegnerò in tutti i sensi il meno possibile e, comunque, cercherò di evitare i problemi.
- 2- I *delusi istituzionali* concentrano risposte del tipo: "L'istituzione non offre appoggi, non risponde ai bisogni degli utenti; inoltre, nessuno dei superiori apprezza il lavoro che viene fatto". Queste considerazioni portano a una domanda oziosa: "Insomma, chi ce lo fa fare?"
- 3- I *rassegnati* si interrogano costantemente sul proprio futuro e, soprattutto, sulla loro tenuta nella situazione attuale che gli fa già provare nausea. Se riusciranno a darsi una risposta alla domanda, cioè tramuteranno l'elucubrazione mentale in azione, probabilmente cambieranno lavoro o posto, altrimenti cercheranno di trovare un incarico di tutto riposo.
- 4- Gli *autolesionisti furbi*, così definiti perché si ritengono impreparati, considerano il proprio prestigio nullo e... preferiscono che siano gli altri colleghi a gestire i casi più difficili, ad assumersi, in genere, maggiori carichi lavorativi. In questo modo restano, ovviamente, impreparati e vedono cadere inevitabilmente il prestigio.

Dal raffronto tra le nostre elaborazioni e lo schema teorico proposto da Edelwich e Brodsky e ripreso in Italia da Contessa è emerso quanto segue.

Dalla disaggregazione della domanda 11 nelle tre fasi (stagnazione, frustrazione e apatia) si nota che a una prima fase di *Burn-out* corrisponde la stagnazione; mano a mano che sale il livello di sindrome ci si sposta verso la frustrazione e, nella fase di massimo cortocircuito, compare anche l'apatia. Ci conforta, e crediamo dovrebbe confortare anche i nostri operatori, il fatto che solo 6 persone (5,5%) si trovano nello stadio di frustrazione definito dagli

autori citati il “nocciolo del *Burn-out*”. Quindi perfetta rispondenza tra modello teorico e risultati dell’applicazione. I quattro gruppi descritti in precedenza sono composti da variabili identificative delle tre fasi “canoniche” di *Burn-out*, d’altra parte ciò non deve sorprendere, la schematizzazione proposta è una semplificazione massima e le fasi non si presentano una sola alla volta. In realtà più di una è compresente nella stessa persona nello stesso momento. L’analisi *posteriori* dei dati coglie questa situazione di “movimento” e la evidenzia con molta chiarezza.

Quali sono gli elementi su cui agire per migliorare la situazione lavorativa? La disaggregazione *a posteriori* della domanda 12 ha evidenziato la concentrazione degli elementi in 3 gruppi: cambiamenti strutturali, organizzativi/gestionali e personali/professionali.

Abbiamo correlato questa suddivisione, che ci è parsa particolarmente coerente, con il grado di *Burn-out* ed è emerso che chi presenta ustioni di “secondo-terzo grado” auspica cambiamenti organizzativi, mentre chi sceglie cambiamenti legati al sé ha un alto livello di sindrome sotto la media. Forse il mettersi in discussione e, nello stesso tempo, il sentirsi direttamente responsabili delle azioni che si compiono agisce come elemento preventivo?

Vediamo, in chiusura, gli effetti prodotti dall’applicazione dell’analisi delle corrispondenze alla domanda 13 (attività per superare la crisi). Anche per questa domanda si sono strutturati dei gruppi.

- 1- Gli *iperattivi* hanno preso parte a una serie di iniziative, sia proposte dall’organizzazione sia su propria iniziativa, dalla formazione alla supervisione, alla discussione dei problemi in équipe o con il dirigente; quindi persone motivate e attente ai problemi e alle soluzioni. Però, aggregato a questo gruppo c’è anche chi ha fatto le pratiche per la pensione anticipata. Questa particolarità ci fa formulare ipotesi meno rosee: hanno fatto tutto quello che gli veniva proposto senza scegliere e, quindi, senza mettere a frutto i vari stimoli e contributi ricevuti? Oppure le hanno tentate tutte e, non avendo visto risultati “concreti”, si sono demotivati tanto da voler andare in pensione prima del tempo? Qualunque sia l’ipotesi esatta, e anche contro i nostri interessi professionali di formatori, ci sentiamo di affermare che le attività di aggiornamento vanno scelte e centellate, perché la formazione senza fine, come anche le terapie interminabili, non solo non producono i risultati sperati, ma il più delle volte, risulta dannosa.
- 2- I *fuggiaschi* hanno fatto unicamente attività rivolte a cambiare lavoro (non sappiamo, ovviamente, se per motivi di stabilità strutturale o di investimento emotivo), però cercano di affiancare altre attività e hanno chiesto una riduzione del tempo di lavoro.

2.8- Le relazioni fra i soggetti

In questo paragrafo spingeremo fino in fondo l'analogia medico-patologica già utilizzata in precedenza e analizzeremo l'insieme degli operatori che hanno risposto al questionario trattandolo come una popolazione sottoposta a uno *screening* medico. Gli obiettivi di questa filosofia di trattamento dei dati, come già ricordato in precedenza, possono essere sintetizzati in:

- a) costruzione di un "termometro" generale di *Burn-out*;
- b) analisi della sintomatologia della sindrome di *Burn-out*;
- c) individuazione dello stato di salute/malattia degli operatori.

Si tratta, in altri termini, di osservare con quale intensità si presenta il fenomeno di "bruciatura" (la febbre), di analizzare l'andamento delle variabili a esso collegate (i sintomi) per costruire una prima ipotesi di test diagnostico, da un lato, e di individuazione delle caratteristiche della popolazione "a rischio", dall'altro. È evidente che la dotazione di informazioni a nostra disposizione non è quantitativamente adeguata allo scopo che abbiamo enunciato, troppo limitato è il numero delle situazioni individuali analizzate e squilibrata è la composizione del campione. Ci pare utile, tuttavia, tentare comunque l'operazione di generalizzazione, pur con tutti i rischi che comporta, confortati da due considerazioni: da un lato le tipologie, le "fasi" di *Burnout* evidenziate dai questionari sono molto articolate e coprono una larga fascia di situazioni; dall'altro non è questa la sede per "scrupoli" metodologico-statistici.

L'obiettivo di questo lavoro è sì trarre alcune, prime, indicazioni sul livello di *Burnout* degli operatori sociali italiani, ma anche quello di inventare, sperimentare e valutare gli strumenti per misurare questo livello e, quindi, per diagnosticare lo stato di avanzamento della "malattia". Inoltre non bisogna credere che vengano sempre effettuati studi più "accurati" prima di mettere in commercio *set* diagnostico-clinici nel campo medico!

Le vicende sui primi test di rilevamento del virus HIV sono a questo proposito, un esempio eloquente.

In sintesi, alla carenza quantitativa si contrappone un'amplificazione della parte "qualitativa" dell'informazione e si è messo in secondo piano il problema di "coerenza scientifico-formale" per mirare al risultato di "sostanza" di offrire uno strumento operativo.

2.9- La metodologia

La metodologia di trattamento di dati deve incaricarsi di supplire alla carenza quantitativa, distillando dai "numeri" la maggior quota possibile di informazione qualitativa "pregiata".

Vi sono due pericoli contrapposti, ugualmente comuni e insidiosi, che occorre evitare: da un lato, la tentazione di considerare ogni caso singolo come rappresentativo di “qualcosa” (visto che ne ho pochi, ognuno rappresenta una categoria); dall’altro, di dipingere di bigio tutti i gatti nella stessa notte buia (il mio campione è così limitato che non rappresenta altro che se stesso). Si tratta di sfuggire dall’esaltazione del caso singolo, così come dalla pura e semplice osservazione dei valori collettivi del campione.

Siamo, cioè, di fronte al problema di raggruppare insieme i casi “simili” in modo da non amplificare troppo le “eccentricità”, gli errori di misura e le particolarità prive di significato.

E, al tempo stesso, di non perdere, in questa operazione, le differenze fra i gruppi da formare, perché è qui che si annida la vera informazione utile. Se questo è il problema, allora è naturale il ricorso a una tecnica statistica nata proprio su tali premesse.

La *cluster analysis*, infatti, ha proprio l’obiettivo di ripartire un collettivo di individui in un certo numero di sottogruppi, così che ciascun sottogruppo sia il più possibile omogeneo al suo interno e, allo stesso tempo, i sottogruppi siano il più possibile diversi tra loro.

Abbiamo utilizzato questa tecnica di raggruppamento, applicandola ai dati del nostro questionario e, come vedremo, ciò ci ha permesso di ottenere risposte agli obiettivi che ci eravamo posti.

2.9.1- Il termometro

Abbiamo costruito 7 sottogruppi omogenei secondo le variabili di misurazione del *Burn-out* (domanda 6 e domanda 11) e li abbiamo ordinati a seconda del livello riscontrato, in media, in ogni gruppo. I risultati sono riportati nella tabella 1.

	N° Componenti	Punteggio Domanda 6	Punteggio Domanda 11
Gruppo 1	6	0,5	1,3
Gruppo 2	9	1,2	1,0
Gruppo 3	19	1,2	2,8
Gruppo 4	47	2,6	2,5
Gruppo 5	19	3,7	5,9
Gruppo 6	7	6,7	6,6
Gruppo 7	3	9,0	11,7
Totale quest.	110	2,8	3,5

Tabella 1

Come si può osservare immediatamente vi è una differenza di “sensibilità” fra i due termometri. Ai diversi livelli di *Burn-out*, l’aspetto razionale (domanda 11) e quello emozionale (domanda 6) si

alternano nella capacità di cogliere il disagio: a una fase emozionale acuta segue sempre una fase razionale acuta successiva (e viceversa). Questa diversità nei modi di “sentire”, e di “analizzare”, è presente a ogni livello della sindrome e la seconda fase si presenta sistematicamente come un “mitigatore” della sindrome, cioè si conferma come “analgesico” efficace. Questa regolarità di comportamento suggerisce di utilizzare in modo congiunto le due domande per misurare la temperatura.

La nuova scala è esposta nella tabella 2.

	N° Componenti Domanda 6 + 11	Punteggio
Gruppo 1	6	1,8
Gruppo 2	9	2,2
Gruppo 3	19	4,0
Gruppo 4	47	5,1
Gruppo 5	19	9,6
Gruppo 6	7	13,3
Gruppo 7	3	20,7
Totale quest.	110	6,3

Tabella 2

La graduazione appare più articolata e omogenea, in complesso più ricca di “sfumature”. Poiché sino a questo punto abbiamo spesso parlato di termometri e temperature, riportiamo i risultati del *Burn-out* a una scala simile a quella presente nei termometri che usualmente utilizziamo.

Facciamo corrispondere il livello minimo di *Burn-out* (punteggio = 0) con la temperatura di 36 gradi centigradi e il livello massimo da noi riscontrato (punteggio = 20) con 41 gradi centigradi. In questo modo ogni punto registrato alle domande 6 e 11 equivale a 0,25 gradi di febbre, cosicché la formula di trasformazione per il punteggio del livello di febbre è

$$f = \frac{P}{4} + 36$$

Si prende il punteggio ottenuto (somma domanda 6 + domanda 11), lo si divide per 4 e si aggiunge 36. Il risultato è la febbre che ciascuno ha. Come è facile vedere, per esempio, a un punteggio 0 corrisponde una temperatura di 36 gradi, a 4 punti 37 gradi, a 8 punti 38 gradi ecc. Notiamo, incidentalmente, che se una persona risponde “sì” a tutte le domande del gruppo 6 e 11, ottiene un punteggio di 26, che tradotto in febbre diventa 42,5 gradi. Temperatura certo non comune, né augurabile, ma possibile, così come, si spera, sia rara, ma possibile, una bruciatura così totale.

I nostri gruppi presentano le temperature “corporee” della tabella 3.

	Temperature	N° Componenti
Gruppo 1	36,5	6
Gruppo 2	36,6	9
Gruppo 3	37,0	19
Gruppo 4	37,3	47
Gruppo 5	38,4	19
Gruppo 6	39,3	7
Gruppo 7	41,2	3
Totale	37,6	110

Tabella 3

Questa “innocua” trasformazione di scala, che in sé non altera l'informazione di partenza, ci trasporta in un mondo un po' più familiare che ci facilita la diagnosi. Notiamo, innanzitutto, che la febbre complessiva presenta un valore alterato, certo non è una febbre da cavallo, tuttavia è noiosa e non può essere trascurata, tanto più perché risulta dalla media di stati patologici molto differenti. Si individuano, infatti, tre fasce di comportamento: in primo luogo, più di un quarto (26%) degli intervistati presenta una temperatura superiore ai 38 gradi, con punte di febbre altissima; per converso, appena il 14% è sicuramente senza febbre; mentre il grosso dei soggetti (60%) è sul crinale fra normalità e malattia (attorno ai 37 gradi) con una certa tendenza all'incremento.

Lo stato di salute complessivo non appare molto rassicurante: per una parte consistente di soggetti si può parlare di stato patologico in corso e, per la maggioranza, di una febriciattola che richiede una diagnosi attenta.

2.9.2- Gli stadi della sindrome

Il collegamento fra livelli di “febbre” e stadio della malattia è immediato, vedremo come la descrizione dei 7 sottogruppi identificati si presta altrettanto bene a definire gli stati di avanzamento della patologia del *Burn-out*.

È abbastanza naturale una prima tripartizione dei gruppi:

- Popolazione “sana”;
- Popolazione “a rischio”;
- Popolazione “malata”;

Descriveremo analiticamente le caratteristiche di ciascuna popolazione e vedremo che, anche all'interno di ciascuna popolazione, sono presenti ulteriori specificazioni che meglio precisano le caratteristiche della sindrome. Presentiamo subito lo

schema complessivo degli stati patologici, rimandando i perché di talune denominazioni alla descrizione di ciascun sottogruppo che condurremo subito dopo.

POPOLAZIONE SANA:	{ Gli immuni I cicatrizzati
POPOLAZIONE A RISCHIO:	{ I convalescenti L'incubazione
POPOLAZIONE MALATA:	{ Primo stadio La fase acuta La fase terminale

2.10- I sani

2.10.1- Gli "immuni"

Sono circa l'8% della popolazione, la loro denominazione deriva dalla totale assenza di segni di bruciature precedenti; infatti, si tratta di un gruppo fortemente motivato sin dall'inizio della carriera e con motivazioni in crescita, più alte oggi che il primo giorno.

L'associazione alta motivazione iniziale-maggior probabilità di *Burn-out* non vale per questo gruppo che non presenta alcun segno di stanchezza o estraniamento.

Alcune caratteristiche ci sembrano particolarmente interessanti, perché potrebbero disegnare l'identikit del non *Burn-outizzato*.

Il nostro operatore "soddisfatto" è meno giovane della media (35 anni contro 31) e ha un'esperienza di lavoro consistente, da 9 anni svolge la sua professione attuale; ha però cambiato lavoro, infatti si trova al suo posto da 5 anni; lavora molto in équipe, ma anche da solo; il suo lavoro si svolge prevalentemente a tavolino e in riunione con i colleghi; ha una totale stabilità nel contratto di lavoro e non ha subito traumi personali negli ultimi 6 mesi. Vi è una grande prevalenza di donne con titolo di studio superiore o con laurea. Vi fanno parte operatori dei servizi più diversi e con disparate qualifiche.

Sembra di poter dire che si tratta di persone che evidenziano un rapporto equilibrato con il loro lavoro, a cui tengono moltissimo e da cui traggono consistenti soddisfazioni.

L'unico neo emerge dalla considerazione dello scarso peso di questi «fortunati» che, lo ripetiamo, costituiscono meno di 1/10 del totale.

2.10.2- I cicatrizzati

Questo gruppo raduna appena il 3% degli operatori e presenta, in assoluto, la “febbre” più bassa (36,5°). Il nome attribuito è da ricercare nella presenza di consistenti esiti di bruciature precedenti. Presentano, infatti, un livello di motivazione al lavoro prossimo allo 0 e uno spirito critico pronunciato nei confronti della loro attività. L'impressione è di una considerevole “estraneità” nei confronti dell'ambiente in cui si trovano a operare.

Si tratta del gruppo più “anziano” che tuttavia lavora nel posto attuale da poco più di 2 anni: ha cioè cambiato lavoro da poco tempo. La concomitanza di queste situazioni ha tutte le caratteristiche di una reazione di difesa, che prende la forma disinvestimento-fuga, ancora più rafforzata dal recente cambio di posto.

Se questa considerazione è esatta, possiamo concludere che dal *Burn-out* si guarisce ma se ne portano i segni per molto tempo.

Fanno parte del gruppo molte donne coniugate, o separate, che lavorano in prevalenza da sole a tavolino: la loro occupazione principale è costituita da azioni di terapia e insegnamento. Anche in questo caso non appaiono significative distinzioni di servizio o qualifica.

2.11- I soggetti a rischio

2.11.1- I convalescenti

Si tratta di operatori in piena fase di disinvestimento rispetto al loro lavoro; con motivazione molto bassa, anche se non (ancora?) a livello 0; molto critici verso la loro attività, sintomo di un distacco rabbioso che non è ancora apatia, in fase di razionalizzazione del sintomo e delle sue cause.

Si tratta ancora di un gruppo “anziano” (circa 33 anni) che raduna operatori con le più diverse provenienze e qualifiche e, come tutte le situazioni di confine, è di difficile decifrazione. Con ogni probabilità presenta due facce opposte: vi si trovano operatori “bruciati” in convalescenza, ciò spiegherebbe l'abbassamento delle motivazioni, e operatori in fase iniziale di bruciatura, e ciò spiegherebbe il perdurante attaccamento all'attività svolta che si traduce in un'impressione di «rabbia» più che di delusione.

2.11.2- L'incubazione

È il gruppo più consistente, assorbe ben il 45% degli operatori, provenienti da tutti i servizi e con tutte le qualifiche. Ha quel che si dice una febbriattola non ancora preoccupante, ma tale da farne un gruppo a rischio. Da essi nasceranno i *Burn-outizzati* di domani.

È un gruppo giovane attorno ai 30 anni e ancora fortemente motivato, benché cominci ad affiorare una certa stagnazione (45% degli operatori) nella dinamica delle motivazioni (prima-dopo) in concomitanza con qualche dubbio sul proprio lavoro.

Il campanello d'allarme, oltre che dal livello di febbre, è costituito proprio dall'andamento delle motivazioni. Abbiamo visto negli "immuni" che il livello delle motivazioni prima-dopo è fortemente crescente; vedremo, nelle fasi acute, tale livello tende a ridursi: qui siamo in fase di stagnazione, affiorano i primi dubbi e i primi sintomi, è forse il momento più favorevole per intervenire e curare.

2.12- I malati

2.12.1- Primo stadio

Con questo gruppo entriamo decisamente nella patologia della sindrome, la febbre è consistente (38,4°) e ha già, in parte, manifestato i suoi effetti. Si osserva già un debole calo di motivazione e le alte motivazioni iniziali lasciano il posto a non poche critiche verso il lavoro, il bilancio complessivo della propria attività si fa negativo e i sintomi di *Burn-out* si moltiplicano.

Si tratta del gruppo più giovane, attorno ai 29 anni, fortemente impegnato nel lavoro individuale con gli utenti, che pare fonte di considerevole insoddisfazione. Qualche sintomo positivo tuttavia permane, le motivazioni, pur in calo, sono tuttora alte; la giovane età, e l'attaccamento al lavoro che l'atteggiamento critico implica, sembrano lasciare ancora spazio all'intervento.

2.12.2- La fase acuta

Gli operatori interessati alla fase acuta della malattia sono (per fortuna) appena il 6% del totale, tuttavia per molti aspetti, costituiscono un caso emblematico, disegnano l'immagine del *Burn-outizzato* "tipo". L'aspetto più rilevante è costituito dall'altissimo livello di motivazione iniziale (il più alto in assoluto), livello che risulta già ridimensionato dall'effetto prolungato della sindrome.

Ritroviamo qui tutti i fattori di rischio che abbiamo già individuato in precedenza: l'alta motivazione iniziale, il prevalere di attività di terapia e di adempimenti burocratici svolta in coppia, l'enorme presenza di traumi personali, il basso livello di istruzione e il lavoro svolto in grandissima maggioranza a diretto contatto con gli utenti. Anche la provenienza del gruppo è caratteristica: si tratta, per la quasi totalità, di assistenti di anziani. Se è abbastanza agevole ricostruire l'eziologia della sindrome a questo stadio, non è altrettanto facile delineare qualche indicazione terapeutica, né questo è lo scopo che ci prefiggiamo in questa parte del libro. In questo caso la diagnosi suggerisce solo l'urgenza dell'intervento, ma non è in grado di precisarne la direzione.

2.12.3- La fase terminale

Gruppo sparuto (appena il 3%), ma significativo per la gravità dei sintomi che presenta: febbre altissima, drastica riduzione delle motivazioni, opinioni fortemente negative sul proprio lavoro. Qui, quelli che abbiamo chiamato fattori di rischio sono amplificati enormemente: questi operatori fanno quasi esclusivamente terapia, per il 60% del tempo lavorano in coppia e a diretto contatto con l'utente, tutti hanno un titolo di studio di scuola media inferiore e si occupano di anziani. La situazione di questo piccolo insieme di operatori è tale da lasciare pochi spiragli al di fuori di un'azione di riconversione–cambiamento radicale.

Bibliografia

- Cherniss, C. *La sindrome del Burn-out*. Centro Scientifico Torinese, Torino 1983.
- Contessa, G. "L'operatore sociale cortocircuitato: la 'Burningout syndrome' in Italia", in *Animazione Sociale*, 42-43, novembre 1981 - febbraio 1982.
- Fabbris, L. *Analisi esplorativa dei dati multidimensionali*. CLUEP, Padova 1983.
- Palmonari, A., Zani, B. *Psicologia sociale di comunità*. Il Mulino, Bologna 1980.

Capitolo 3

LA SINDROME DEL *BURN-OUT* NEI SERVIZI PSICHIATRICI

Laura Consolini

Questo contributo tenta di analizzare la particolare dinamica di espressione del fenomeno del *Burn-out* negli operatori dei servizi psichiatrici. Le ipotesi che sottendono questo lavoro, sintesi di una tesi di laurea in Psicologia presso l'Università di Padova, sono che le stesse caratteristiche dinamiche di coloro che scelgono come professione l'aiutare gli altri (tanto più se l'altro è una persona psicotica), la difficoltà stessa della finalità professionale – miglioramento o guarigione di gravi forme psicopatologiche –, il tipo di relazione d'aiuto che si instaura con tale utente e il particolare clima che le dinamiche di gruppo possono determinare nell'équipe... possono proporsi come fattori specifici di *Burn-out* in coloro che lavorano nei servizi psichiatrici.

Lo studio che presentiamo ha trovato espressione, da un lato, in un lavoro di analisi teorica condotto attraverso contributi psicoanalitici e socio-analitici e, dall'altro, in una rilevazione empirica che potesse supportare, almeno indicativamente (data la diversità dei livelli di analisi), le ipotesi che si è cercato di formulare sullo stato di disagio lavorativo degli operatori psichiatrici.

Per la rilevazione empirica si è somministrato il questionario sul *Burn-out* elaborato dall'ARIPS a un campione di operatori di tre servizi di un'Unità operativa psichiatrica dell'area milanese: due Centri psicosociali e un Servizio psichiatrico di diagnosi e cura. L'aggregazione dei tre servizi è motivata dal fatto che hanno in comune, come responsabile apicale, lo stesso primario: ciò fa ipotizzare un certo grado di omogeneità, nel senso di una linea di gestione abbastanza simile, anche se mediata dalla specificità della dimensione diversa dei tre servizi e dei diversi bacini di utenza dei due CPS (in questi sono presenti rispettivamente 10 e 19 operatori; mentre, nel SPDC 22).

Allo scopo di confrontare i risultati ottenuti nei tre servizi ora descritti e, soprattutto, per verificare la generalizzabilità dei dati emersi, si è

provveduto alla somministrazione del questionario a un piccolo campione di operatori di un'unità diversa, con caratteristiche strutturali differenti; un centro di riabilitazione e socializzazione per psicotici cronici, a carattere sovrazonale, con 9 operatori.

Dato che l'oggetto di indagine, il *Burn-out* nei servizi psichiatrici, si presenta per certi aspetti più specifico, si è proceduto all'aggiunta, rispetto allo strumento ARIPS, di 4 *items* che consentissero di evidenziare, al di là dell'aspetto motivazionale – ampiamente trattato nella versione originale –, i problemi connessi alla particolarità della relazione con pazienti psicotici, alla pratica del lavoro d'équipe e alla specificità della finalità professionale (vedi Appendice).

Il primo campione di operatori, rappresentato dai tre servizi indicati all'inizio (che d'ora in poi chiameremo "campione A"), ha consentito la raccolta di 22 questionari compilati, il 43% della popolazione dei servizi; mentre nel secondo campione ("campione B") si sono ottenuti 8 questionari, corrispondenti all'89% della popolazione del servizio. Questo lavoro non ha la pretesa di fornire dati sufficienti per una generalizzazione dei risultati rispetto all'universo dei servizi psichiatrici; suo obiettivo è, invece, quello di tentare di analizzare le dinamiche di espressione del *Burn-out* in ambito psichiatrico e di cercare di delineare alcune ipotesi esplicative del fenomeno soprattutto sul piano teorico.

C. Cherniss ha descritto il *Burn-out* nei termini di un "processo transazionale" determinato da un'interazione negativa con l'ambiente, vissuto in termini di squilibrio tra risorse e richieste. Nei due campioni esaminati emerge chiaramente l'esistenza di questa carenza, per esempio, laddove gli operatori vorrebbero cambiare prima e più radicalmente i mezzi a disposizione per lavorare (*item* 12: 50% e 25%), l'attuale organizzazione (23%), le competenze professionali (14% e 25%), o anche la normativa vigente (18% e 37,5%).

3.1- Caratteristiche peculiari degli operatori delle helping professions

Nei campioni cui è stato somministrato il questionario, gli operatori si lamentano del carico eccessivo di lavoro (*item* A/4: 59% e 50%), per i ritmi imposti (59% e 25%), ma è anche vero che in essi, in modo ugualmente incidente, si evidenzia la frustrazione delle motivazioni e delle aspettative in base alle quali avevano iniziato il loro lavoro.

Dai dati emersi sembrerebbe infatti che, per gli operatori psichiatrici, la loro attività non rappresenti un lavoro come un altro. Inanzitutto, come afferma Giberti (1982), chi sceglie una delle *helping professions* non lo fa per "occasione, calcolo, tradizione o prestigio"; infatti, all'*item* 7 le motivazioni meno valorizzate concernono l'aver una

posizione sociale di prestigio, una scelta casuale o dettata dall'esempio di qualcuno. Al contrario, come attestano l'86% e il 100% della motivazione inerente il far qualcosa di utile agli altri, negli operatori psichiatrici che sono stati oggetto della ricerca, si può ritrovare l'espressione di quel "trasporto vocazionale" (Giberti) che appare come il prodotto finale, o combinatorio, di diversi fattori dinamici interni.

3.1.2- Ipotesi esplicative

Un fattore dinamico interno potrebbe ricollegarsi all'aspetto riparativo della vocazione terapeutica, come elaborazione della sofferenza sperimentata, e del desiderio di alleviarla, che si ha per esempio in chi si sia precocemente confrontato con figure parentali disturbate e, difesosi dapprima attraverso l'identificazione, si sia, in seguito o in modo alternato, posto in un ruolo d'aiuto (Ferenczi¹).

Per tali dati, seppure puramente indicativi secondo l'ampia letteratura esistente, una così eclatante dimensione vocazionale sarebbe il "risultato operante in un insieme di compromessi e adattamenti tra bisogni istintivi inaccettabili, combattuti e rimossi, e meccanismi di difesa di vario tipo e livello"; le esperienze professionali risultanti sarebbero da collegare, oltre che a specifiche richieste dell'utente (oblatività, autoritarismo magico, rassicurazione, ...), anche a certe caratteristiche dinamiche. (Giberti, 1983; Conforto, 1983).

Sul piano dinamico, come ha evidenziato Menninger (1957), la scelta di operare in campo psichiatrico può essere ricondotta, per esempio, in alcuni casi a una proiezione di problemi personali simili, non nel senso di una patologia, ma come senso di solitudine, di reiezione, di scarso amore, probabilmente come vissuti repressi con forza e ormai lontani dall'immagine attuale dell'operatore.

Proprio in virtù di queste considerazioni si può ritenere, tornando all'ambito della sindrome del *Burn-out*, che frustrazioni e tensioni nel lavoro avranno maggiore incidenza in operatori in cui l'istanza riparativa, il bisogno di gratificazioni narcisistiche, i meccanismi di difesa sottendono in modo più determinante l'attività professionale.

A sostegno di queste ipotesi possiamo portare i contributi di studiosi come Schmidbauer (1981), il quale, riferendosi al concetto di "aiuto come difesa", ha ritenuto di individuare dietro l'apparenza di equilibrio degli operatori una fragilità emotiva che l'ha portato a formulare il concetto di "sindrome sociale" o "sindrome del terapeuta", caratterizzata da depressione, negazione della malattia, malattie psicosomatiche e comparsa di comportamenti sadici o masochistici.

¹ S. Ferenczi, citato da G. Carloni, "Vocazione terapeutica e sofferenza psichica", in *Rivista di psicoanalisi*, XXIV, n.3, 1978.

Attraverso il questionario non interessava rilevare e analizzare l'aspetto delle caratteristiche degli operatori delle *helping professions*, così come abbiamo cercato di fare sul piano teorico; un dato, però, ci può far supporre la rilevanza di questa dimensione intrapsichica negli operatori psichiatrici: l'alto tasso di risposte che sottolineano come il lavoro consenta loro di crescere ogni giorno (*item 8*: 72,5% e 75%).

Attraverso il prodigarsi per gli altri, gli operatori "metterebbero in campo" quegli elementi dinamici per i quali l'essere di aiuto agli altri diverrebbe, oltre che una meta, un bisogno.

3.2- La finalità professionale degli operatori psichiatrici e il Burn-out

Un altro aspetto che abbiamo potuto analizzare riguarda quella dimensione che alcuni contributi di studiosi psicosociali definiscono come "richiesta di competenza"², ripresa in questa sede nei termini di maggiore, o minore, rispondenza alla propria finalità professionale.

Gli operatori socio-sanitari, in generale, si confrontano con delle aspettative che riguardano la loro efficienza professionale ("richiesta di competenza"): ogni situazione che contrasti gli sforzi degli operatori per assolvere questa funzione induce una minaccia all'autostima personale e un'intensa risposta allo stress. È stato evidenziato come la mancanza di *feedback* dai pazienti, la difficoltà ad attribuirsi la "paternità" dei risultati, o l'impossibilità di controllo su quelle forze che contrastano, in modo sistematico, gli sforzi degli operatori contribuiscano decisamente a limitare la sensazione di efficacia³. Si è ripreso questo tema con un'attenzione particolare alla specificità del lavoro nei servizi psichiatrici.

Tra le nostre ipotesi c'è, infatti, l'idea che il confrontarsi quotidianamente con una finalità professionale così impegnativa (la guarigione o – almeno – il miglioramento di persone affette da gravi forme di psicopatologia), spesso disattesa e frustrata, non può non avere nel tempo effetti negativi in termini di demotivazione, di disaffezione al lavoro e, più in specifico, di *Burn-out*. Questa funzione terapeutica, secondo Zapparoli (1985), si esprimerebbe concretamente nell'aiutare il paziente a non rassegnarsi alle distorsioni più invalidanti del concetto di sé e del mondo degli oggetti, secondo un'ottica di recupero delle proprie potenzialità– nel senso di

² T. Kramer, citato in G. Cherniss, *La sindrome del Burn-out*, Centro Scientifico Torinese, Torino 1983

³ Palmonari, A. *Psicologia sociale di comunità*. Il Mulino, Bologna 1980

un utilizzo delle proprie energie psichiche verso il proprio progetto esistenziale –, piuttosto che di una mera remissione dei sintomi.

Se queste sono le mete, è pur vero, come evidenza De Martis (1978), che è spesso un compito impossibile “testimoniare la realtà presso chi la rifiuta, favorire momenti di avvicinamento a un mondo terrificante, in netta opposizione a qualsiasi reazione spontanea che sarebbe quella dell’evitamento e della fuga”, tanto che “la prescrizione operativa risulta così in radicale contrasto con un atteggiamento sano”, da apparire perfino “crucele”.

C’è però anche chi, come Enriquez (1980), ribalta i termini del discorso parlando addirittura di “ossessione della guarigione” ed evidenziando una sorta di sopravvalutazione della meta guarigione, che condurrebbe alla trasformazione della società in società di ammalati e assistiti e alla costituzione di un corpo sempre più consistente di operatori sociali “investiti della missione di salvare o tenere in piedi l’ordine sociale o esercitanti un potere illusorio”. Il tono polemico di questa presa di posizione sul problema della guarigione sembrerebbe tradire un atteggiamento difensivo nei confronti di una meta tanto importante – anche a livello di ferita narcisistica che la sua negazione può comportare – e tanto disattesa: una sorta di meccanismo di difesa contro la frustrazione dello scopo implicito della propria finalità professionale.

È stato proprio per mettere a fuoco questa dimensione specifica dei servizi psichiatrici che si è predisposto l’item A/3, i cui risultati evidenziano una diversa modalità di approccio al problema da parte degli operatori dei due campioni.

Mentre nel campione B la tendenza prevalente (87,5%) è di considerare già un successo notevole i risultati ottenuti e di ritenere irrealistico parlare di guarigione (62,5%); nel campione A, invece, il 73% degli operatori è del parere che parlare di guarigione è giusto (“in quanto esprime la tensione verso un fine che, anche se difficilmente realizzabile, è sempre lo scopo del nostro lavoro”). Non manca, nel campione A, la medesima considerazione dei risultati ottenuti come un successo (68%), ma notevole è la percentuale di risposta alla voce più sopra citata, soprattutto se confrontata con la percentuale dell’altro campione (37,5%).

3.2.1- Ipotesi esplicative

Una possibile ipotesi esplicativa di questi dati può essere riferita alle diverse caratteristiche dell’utenza dei servizi corrispondenti ai due campioni. Nel caso del campione A, l’utenza rappresenta un’ampia gamma di forme cliniche di diversa gravità, da manifestazioni psicopatologiche episodiche fino a forme croniche o acute, che richiedono eventuali trattamenti sanitari obbligatori. Il campione B ha,

invece, un'utenza dichiarata di psicotici cronici, per lo più schizofrenici, che vivono in tale stato da parecchi anni.

Rifacendoci ai contributi teorici di C. Cherniss, l'atteggiamento del campione B sembrerebbe più adattivo, in quanto riesce a mantenere (da quanto appare dal 100% di operatori che ritengono gli psicotici persone capaci di esprimere, a modo loro, gratitudine) un rapporto abbastanza gratificante con gli utenti e, al tempo stesso, si espone in modo minore al *Burn-out* esprimendo delle aspettative più realistiche e meno facilmente soggette a una successiva frustrazione.

La spiegazione è forse nelle caratteristiche dello stesso servizio: nel caso del campione B il ridimensionamento, in senso più realistico, delle aspettative di miglioramento/guarigione è dato dalla stessa struttura istituzionale. Chi va a lavorare in quel centro, come in altri del genere, sa già che ciò che potrà fare per gli utenti, seppure prezioso, riguarderà un ambito preciso di intervento: ben difficilmente un miglioramento notevolissimo o la guarigione.

Invece, per gli operatori del campione A, la più ampia variabilità delle caratteristiche dell'utenza non presuppone *a priori* un abbassamento delle aspettative. Questo, semmai, insorge in seguito. Quindi, l'operatore, dopo anni di lavoro, vede il frutto dei suoi sforzi inferiore alle aspettative che nutriva quando ha iniziato l'attività. Ecco perché il campione A (che rivela tra l'altro una più ampia gamma di indici di *Burn-out*, con valori percentuali più elevati) si presta con più facilità a essere "vittima" del *Burn-out*: in una struttura organizzativa di quel tipo, l'operatore tenderà con più facilità ad auto-attribuirsi la responsabilità del parziale conseguimento della propria finalità professionale, diversamente dall'operatore del campione B, che invece troverà più facile valorizzare il conseguimento di obiettivi più limitati e realistici.

3.3- Il lavoro con utenti psicotici e il Burn-out

Esisterebbe una specifica dimensione problematica nel lavoro psichiatrico che sarebbe riflessa nel questionario da quei dati che evidenziano l'esistenza di una bipolarità di atteggiamenti nei confronti degli utenti psicotici.

Da un lato, infatti, il 91% e il 79% dei due campioni (*tem A/1*) ritiene che lavorare con gli psicotici sia un'esperienza che arricchisce sul piano umano; il 68% e il 100% li considera persone che, a modo loro, sanno esprimere gratitudine; e il 50% (in entrambi) riesce, infine, a essere molto soddisfatto dei rapporti con i pazienti. Anche il coinvolgimento emotivo è notevole: l'86% e l'87,5% è colpito dalla sofferenza che è nei pazienti e nelle loro famiglie; e ciò si accorda con quella importante matrice vocazionale che abbiamo già

evidenziato in entrambi i campioni di operatori psichiatrici. Dall'altro lato risulta, invece, evidente come il rapporto con gli utenti non sia sempre idilliaco: nel 27% degli operatori (*item 6*), come già ricordavamo, vi sono problemi di "ascolto" nei confronti degli utenti, nel 23% vissuti negativi e desiderio di maggior controllo e nel 18% tendenza a evitarli.

Inoltre, per il 95% e l'87,5% (*item A/1*) lavorare con gli psicotici è spesso molto duro, il 45% e il 12,5% si chiede come mai ha scelto un lavoro del genere e il 36% e il 13,5% trova il lavoro così scoraggiante che a volte prova rabbia per i pazienti.

Quest'ultimo dato, che ci richiama le analisi di Winnicott a proposito della commistione di attaccamento e odio nel rapporto con gli psicotici, rappresenta un'ammissione molto coraggiosa da parte degli operatori, in quanto, per una persona che ha fatto dell'aiutare gli altri la sua professione, è più difficile riconoscere in sé l'esistenza di sentimenti aggressivi verso pazienti.

3.3.1- Ipotesi esplicative

Il presupposto da cui si è partiti, rifacendoci ad alcuni contributi teorici, (De Martis, 1978; Winnicott, 1969), è che la dimensione controtransferale assuma particolare importanza anche al di fuori dello specifico setting analitico: in situazioni di, più o meno, intense interazioni con gli psicotici, il solo fatto di entrare in relazione con persone così disturbate, o il confrontarsi con una simile dimensione di eclatante diversità, induce tutta una serie di particolari reazioni che hanno una matrice comune ai particolari sentimenti controtransferali che l'analista può provare.

Il rapporto con l'utente psicotico mette in campo i problemi legati a un controtransfert prevalentemente negativo (Neumann e Benedetti, 1972), corrispondente al desiderio di "eliminazione del paziente psichico non più in grado di collaborazione egoide con noi". Infatti, la comunicazione con lo psicotico chiamerebbe in causa nell'altro le vicende del suo stesso processo di maturazione, nel corso del quale l'identificazione ha rappresentato una funzione e una modalità generale e comune (De Martis e Petrella, 1972), ma anche un "sentimento di colpa" nei confronti dell'utente psicotico in funzione del nostro essere regrediti, nella relazione con il paziente, sotto la pressione di, e come difesa contro, sentimenti ambivalenti di impotenza che il lavoro con lui tende a suscitare, facendo ricorso a una relazione simbiotica difensiva in cui la visione di noi stessi e del mondo è una visione onnipotente (Searles, 1978).

A tale proposito, Winnicott è lo studioso che ha dedicato speciale attenzione all'odio nel controtransfert degli operatori, in relazione al pesante carico affettivo che il paziente psicotico può costituire, in

riferimento, per esempio, alla manifestazione di ambivalenza affettiva rappresentata da una commistione di attaccamento e di odio, di richiesta di assoluta dipendenza e di espressioni di radicale estraneità, caratteristica di questi pazienti.

L'atmosfera che si viene a creare è caratterizzata molto spesso dal fatto che l'operatore non riconosce e non è cosciente dell'odio che si produce nel rapporto con l'utente: in quel momento l'individualità e i bisogni vengono negati, come viene negata la propria reazione emotiva, con il risultato di inibire completamente le personali capacità conoscitive e creative.

Più in generale, si può rinvenire, nei sentimenti che il paziente psicotico può suscitare, l'espressione di processi difensivi complessi che, secondo Petrella, si possono esprimere attraverso "la destituzione di significato", la "scotomizzazione" e l'"azione" che mira a espellere dal campo dell'esperienza e dalla possibilità di conoscenza intere porzioni di realtà, attraverso "tentativi di soluzione immaginaria subito tradotti in comportamenti, discorsi, decisioni e proposte di nuove regole".

Secondo Borgogno (1981), inoltre, gli operatori, per l'insorgere di intense angosce (talora di natura schizo-paranoide, talora di natura depressiva), hanno difficoltà a dare significato al loro operato, avendone annullato la peculiarità emotiva e affettiva: il dolore che accompagna l'esame di realtà della situazione di lavoro, l'ansia che lo stato di discrezionalità genera, l'incapacità di tollerare un clima di incomprendimento condurrebbero in questi casi a una reazione psicotica e a una modalità di tipo fusionale, che si coagulerebbe in risposte difensive quali "stupidità", "smontaggio della mente", "regressione psichica come difesa dall'angoscia".

3.4- Incidenza delle dinamiche di gruppo e Burn-out

Un'altra dimensione che abbiamo ipotizzato come possibile fattore incidente sul *Burn-out* degli operatori psichiatrici è, infine, quella relativa alle dinamiche di gruppo e alla loro espressione osservabile nella riunione d'équipe. Il presupposto è, infatti, che, se fosse vero che quest'ultimo è uno degli strumenti privilegiati nei servizi psichiatrici (dove si tenta il più possibile di attuare interventi articolati tra i contributi delle diverse figure professionali, cercando un punto d'incontro e di integrazione complementare tra i diversi ruoli), è probabile anche che, accanto a questa finalità molto valorizzata dagli stessi operatori, si esprima una dimensione-problematica rappresentata, all'interno della riunione d'équipe, dalle dinamiche di

gruppo, che a volte non sono di aiuto per gli operatori, o per la realizzazione delle mete istituzionali.

Sul piano empirico è stato possibile cogliere alcuni elementi di questa dimensione, soprattutto in relazione agli aspetti più osservabili: cioè i rapporti tra i colleghi, il significato e il clima della riunione d'équipe, il peso della componente discrezionale nel lavoro degli operatori psichiatrici. Rispetto a quest'ultima, è soprattutto il confronto tra l'*item* 9 e il 10 che ci fa intuire come gli operatori, da aspettative di compiti concreti e precisi (36% e 12,5%), giungano dopo mesi, o anni, di lavoro a considerarlo come confuso, astratto: un'attività rispetto alla quale nessuno sa fornire indicazioni precise (14%).

È stato E. Jaques (1972) ad analizzare le implicazioni delle situazioni lavorative in cui predomina l'esercizio della discrezionalità (o responsabilità di scelta), evidenziando le ripercussioni che può determinare sul soggetto che ne è protagonista: rimobilitazione di vissuti abbandonici secondo una doppia tonalità persecutoria e depressiva e il conseguente innescarsi di difese, proporzionali all'intensità dell'ansia che è insorta.

Riguardo alle riunioni d'équipe, i dati che emergono dal questionario suggeriscono, come si può desumere dall'analisi dell'*item* A/2, una duplicità d'interpretazione.

Da un lato, infatti, gli operatori hanno dimostrato di saper valorizzare quelle dimensioni che fanno di tale evento non solo il luogo in cui ci si scambia informazioni (73% e 62,5%), ma anche un'occasione di sostegno e di scambio (73% e 62,5%), un luogo ove si ricordano i diversi ruoli professionali (59% e 37,5%), uno spazio di arricchimento culturale (50% e 63,5%), un luogo di crescita professionale (54% e 50%) e il fulcro dei servizi psichiatrici (45% e 50%).

La sottolineatura di questi aspetti, peraltro culturalmente e ideologicamente rappresentativi di un modo di intendere l'intervento sulla malattia mentale (pluralistico e interdisciplinare, riguardo all'integrazione dei diversi ruoli professionali; aperto nei confronti del territorio, in relazione all'idea che è nel proprio contesto esistenziale che vanno rinvenute le cause e le possibili modalità di intervento, piuttosto che in situazioni di segregazione e isolamento rispetto al resto della comunità), non esclude però che vi siano delle dimensioni problematiche a livello di riunione d'équipe e di dinamiche di gruppo.

Infatti, il 23% degli operatori di un campione dichiara di avere rapporti poco gratificanti con i colleghi e il 18% esprime la tendenza a rifuggire le situazioni conflittuali (*item* 6 – campione A); se poi all'inizio della loro attività ritenevano che i colleghi, l'istituzione e i dirigenti sarebbero stati degli alleati (*item* 9 – 32% e 12,5%), dopo mesi, o anni, di lavoro sono costretti ad ammettere che, invece, si disinteressano di loro (*item* 10 – 23%). L'istituzione non offre alcun appoggio (*item* 11 – 18% e 12,5%); superiori, dirigenti e politici non

mostrano alcun apprezzamento per il loro lavoro (*item* 11 – 18%); i rapporti con i colleghi sono negativi (*item* 11 – 14%), al punto che, tra gli elementi che cambierebbero prima e più radicalmente, il 32% e il 25% degli operatori ha indicato “molti colleghi” e il 14% “il dirigente” (*item* 12).

L'équipe, d'altra parte, è anche il luogo in cui il 23% e il 25% degli operatori non si sente mai libero di esprimere ciò che pensa e sente veramente, dove alcuni decidono e altri ascoltano (14% e 37,5%), uno dei momenti più pesanti della settimana (14% e 25%) e l'occasione di espressione di corporativismi professionali (B: 12,5%) (*item* A/2).

3.4.1- Ipotesi esplicative

Utilizzando una chiave di lettura socio-analitica, si può vedere come tutte le istituzioni, anche quelle che, per la loro finalità, dovrebbero essere immuni da irrazionalità e più attente al conseguimento delle proprie mete, si prestano a essere “usate” dagli individui che ne fanno parte come meccanismi difensivi contro le ansie di base (Pagliarani, 1972, nella presentazione dell'opera di Jaques).

C'è poi il concetto di “ansia secondaria”, che Menziest (1973) postula come conseguenza degli inconvenienti prodotti dall'eccesso di difese, nei termini di un senso di crisi incombente che si rivela nella bassa discrezionalità e nel sotto-impiego delle capacità individuali, nella mancanza di soddisfazioni personali e di ogni altro compenso psicologico, nella spersonalizzazione del ruolo, nella ricerca di gratificazioni al di fuori della situazione lavorativa, nell'isolamento dei membri del gruppo di lavoro, nel diffondersi di un senso di colpevolezza per la propria minore capacità di aiuto e di un senso di rabbia per il non essere, a propria volta aiutati. La coincidenza di questi concetti, formulati in chiave socio-analitica, come quelli espressi in chiave psicosociale dagli studiosi della *Burn-out syndrome*, è davvero notevole e si propone, a nostro avviso, come una sorta di reciproca validazione di questi contributi che, a livelli diversi di analisi, si sono occupati di studiare le particolari reazioni psicologiche che si accompagnano a stati di disagio lavorativo.

Il dibattito che ha percorso la psichiatria in questi ultimi decenni ha portato all'elaborazione di un orientamento che ha determinato una maggiore enfattizzazione della riunione d'équipe come momento in grado di valorizzare, nell'ottica di un minore verticismo gerarchico, le caratteristiche personali, le potenzialità, gli strumenti tecnici, le conoscenze acquisite, in altri termini la specificità dei diversi contributi che le diverse figure professionali possono fornire in un intervento integrato.

Secondo Napolitani (1963), gli scopi istituzionali di un'équipe sarebbero sintetizzabili in tre aspetti: pluridimensionalità di diagnosi e

trattamento, apprendimento delle dinamiche e delle tecniche di gruppo e strutturazione di una difesa psicologica adeguata, vista la funzione difensiva contro le ansie di base, che rivestono tutti i sistemi sociali.

Se queste sono le caratteristiche ottimali di un'équipe, esiste però una dimensione problematica rappresentata da alcuni nuclei conflittuali ("focolai patogeni") che possono presentarsi in ogni membro o nell'équipe nel suo insieme (quali: "autoritarismo", "gregarismo", "rifugio nella categoria" e "burocratismo"), che nel rapporto con i malati si esprimerebbero o con un comportamento punitivo o, al contrario, abnormemente oblativo o, anche, assenteistico.

C'è poi anche chi, come Battistini (1974), parla della necessità per l'istituzione terapeutica di superare la posizione d'oggetto di tipo schizo-paranoide, approdando a un rapporto non manipolativo con il paziente nella sua "interezza", mediante la costituzione di un'équipe che sappia evitare la "frammentazione della totalità dell'esperienza del campo relazionale", giungendo cioè all'elaborazione di quella che la Klein definisce come "posizione depressiva". Il non conseguimento di questa meta comporterebbe il rimanere imprigionati in meccanismi difensivi quali scissione, negazione, idealizzazione, identificazione proiettiva, che creano disagio all'operatore e inibiscono il buon funzionamento dell'équipe.

Riguardo, infine, all'aspetto del potere nell'équipe, si può dire che, ove vi sia una rigida divisione dei ruoli, una settorializzazione dell'attività secondo capacità tecniche istituzionalizzate, ove ogni forma di socializzazione delle conoscenze sia negata, il potere saldamente concentrato ai vertici dell'équipe e la comunicazione unidirezionale, secondo Battistini, si assisterebbe a una sempre maggiore deresponsabilizzazione e a un disinvestimento operativo che riduce la creatività e l'autonomia degli operatori. Queste considerazioni, insieme alle altre più sopra espresse, evidenziano come le dinamiche di gruppo rivestano un ruolo importante nella maggiore, o minore, soddisfazione che gli operatori possono trarre dal proprio lavoro e come questa dimensione sociale, oltre che strumento privilegiato per la costituzione di un'équipe veramente terapeutica, possa porsi talora come fattore di disagio e, quindi, di *Burn-out*.

3.5. Conclusioni

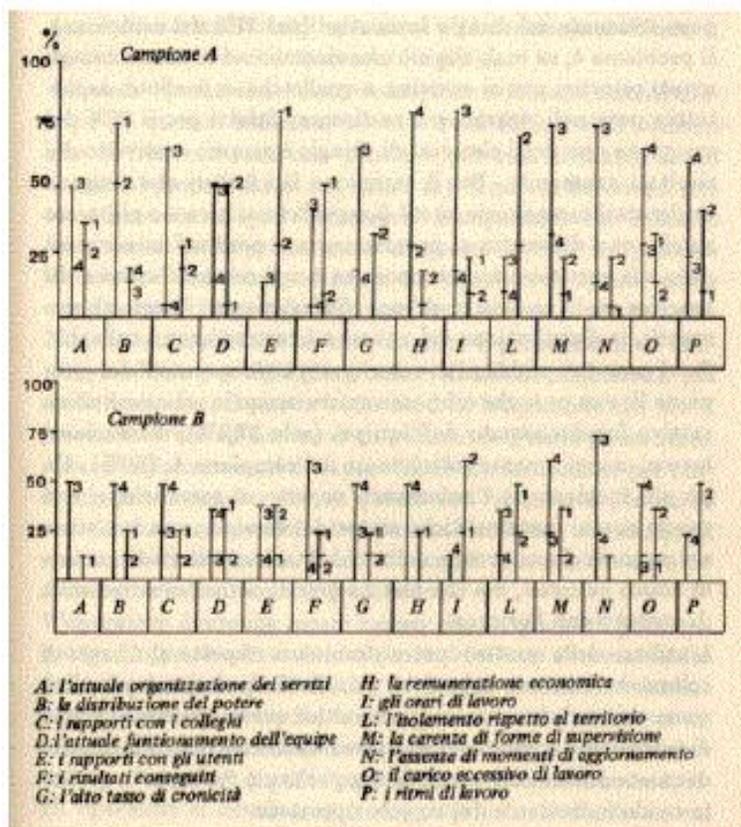
Il quadro generale dei dati emersi dalla somministrazione del questionario ci ha permesso di rilevare, nel campione di operatori psichiatrici presi in esame, la presenza di specifici indici di *Burn-out* a

livello dei rapporti con gli utenti (problemi di ascolto, vissuti negativi, desiderio di maggior controllo, tendenza a evitarli, difficoltà di rapporto con i colleghi e fuga dai conflitti e problemi a livello personale, stanchezza, spossatezza, rigidità, attenzione ai propri bisogni, insonnia, disturbi psicosomatici), con conseguente disinvestimento emotivo. Riportiamo qui di seguito le risposte degli operatori alla richiesta di tracciare una sorta di bilancio conclusivo sull'incidenza di alcuni fattori sul disagio lavorativo.

In questa sorta di bilancio conclusivo, per il campione A, i fattori più incidenti sul disagio lavorativo sembrano essere rappresentati dalla carenza di supervisione e dall'assenza di momenti di aggiornamento (proprio quelle dimensioni più valorizzate dagli studiosi di *Burn-out* quali strumenti per prevenire o contrastare tale sindrome), ma anche dall'insoddisfazione per la remunerazione economica e gli orari di lavoro.

La seconda configurazione di fattori incidenti è inerente ai rapporti con i colleghi, l'alto tasso di cronicità degli utenti, l'eccessivo carico di lavoro e i ritmi imposti dalla propria attività.

Stima dell'incidenza di alcuni fattori sul disagio lavorativo:
 1=niente/molto poco; 2=poco; 3=abbastanza; 4=molto



Seguono poi altri due fattori che erano oggetto, da parte nostra, di particolare attenzione: il funzionamento dell'équipe e l'organizzazione dei servizi; il rapporto con gli utenti, invece, è tra gli elementi che gli operatori qualificano per niente o poco incidente sul disagio lavorativo (nel 77% del campione). Il problema è, se mai, che ciò che riescono a ottenere con gli utenti psicotici non si avvicina a quello che, a livello di aspettative personali, vorrebbero realizzare: infatti, per il 36% del campione uno degli elementi di disagio è proprio costituito dai risultati conseguiti.

Per il campione B i fattori che vengono evidenziati come incidenti sul disagio lavorativo sono piuttosto simili: una differenza si può riscontrare però nel minor peso dato alla remunerazione economica e agli orari di lavoro e nel maggior ruolo assegnato all'insoddisfazione per i risultati conseguiti, la distribuzione del potere e i rapporti con i colleghi.

Se vi sono dei problemi di relazione tra gli operatori del campione B, non pare che ciò possa essere messo in relazione a un cattivo funzionamento dell'équipe (solo 37,5%); dimensione, invece, maggiormente sottolineata dal campione A (50%). Un po' più incidente è l'isolamento rispetto al territorio, che si spiega con le caratteristiche stesse del servizio: una struttura sovrazionale che si occupa della riabilitazione/risocializzazione di utenti psicotici, ma che non ha grandi occasioni o necessità di contatti con l'esterno.

L'utilizzo delle quattro ipotesi formulate rispetto al disagio di coloro che lavorano nei servizi psichiatrici può essere proposto come chiave di lettura del *Burn-out* di questi operatori, prima di tutto come stimolo per una presa di coscienza dell'incidenza di queste dimensioni, attualmente per lo più "sofferte" e gestite in modo individuale dal singolo operatore.

Come abbiamo già accennato, una dimensione di disagio lavorativo concerne quelle caratteristiche peculiari degli operatori delle *helping professions* in termini di bisogni, istanze e meccanismi di difesa che informano l'aspetto motivazionale al lavoro, specialmente in ambito psichiatrico, e che predispongono il soggetto a sperimentare in modo più rilevante lo squilibrio tra le richieste (in questo caso anche interne) e le risorse disponibili: la conseguenza è, secondo l'analisi di Cherniss, l'esaurimento dell'operatore e la conclusione difensiva, distacco emotivo, ritiro, cinismo, rigidità.

Gli stessi operatori del nostro campione sembrano esserne consapevoli quando indicano, nel 41% e nel 50%, tra gli elementi che dovrebbero cambiare, prima e più radicalmente, alcuni tratti del proprio carattere (*item 12*): a questa formula si può ricondurre tutto quel retroterra intrapsichico cui abbiamo fatto cenno nella prima parte di questo lavoro. La gestione di questa dimensione, nel senso dell'adozione di misure atte a contrastare il *Burn-out* degli operatori,

è forse la più delicata. Non si tratta, a nostro avviso, di porre il problema di un training analitico per tutti gli operatori di servizi psichiatrici: più realisticamente, il punto è che sarebbe auspicabile che chi si trovi a lavorare all'interno di una relazione d'aiuto possa utilizzare specifici momenti di supervisione, o formazione, per confrontarsi continuamente con questo suo retroterra, in modo che ciò che corrisponderebbe, in una situazione ottimale, a una sorta di "serbatoio libidico" non si trasformi in un ulteriore fattore di stress e di frustrazione.

L'operatore dovrebbe essere messo, cioè, in grado di poter separare l'oggettiva frustrazione per un risultato non conseguito dalla frustrazione di istanze a livello più profondo, veicolate in modo non cosciente nel lavoro: questo non soltanto per un criterio di maggiore efficienza lavorativa, ma soprattutto per evitare che, spesso, grandi capitali di potenzialità umana degli operatori si brucino appunto proprio nel contesto in cui dovrebbero invece crescere ed esprimersi. Parallelamente, rispetto alla seconda dimensione di disagio lavorativo legata al minore/maggiore conseguimento della propria finalità professionale, si è visto, attraverso l'analisi comparativa dei due campioni, come incida in maniera rilevante l'essere inseriti o meno in una struttura che garantisca una definizione degli obiettivi in termini realistici, nel senso di un ridimensionamento delle aspettative degli operatori.

Il rischio è che l'operatore sperimenti in modo sempre più conflittuale una crisi di competenza (come senso di inadeguatezza personale e professionale) e vada incontro a quella dinamica circolare di "impotenza appresa" proprio in relazione al fatto che il soggetto si confronta con delle aspettative che sono inadeguate al grado di problemi degli utenti del suo servizio. La cronicizzazione di questo senso di impotenza porta, poi, per esempio, a essere veramente inadeguati rispetto a situazioni alle quali lo stesso operatore (non bruciato) avrebbe saputo rispondere efficacemente.

Dovrebbe essere la stessa struttura a dare all'operatore i confini entro cui stagliare la propria professionalità, attraverso una chiara definizione degli obiettivi, a momenti di verifica dell'adeguatezza delle risorse impiegate rispetto la complessità dei casi o, anche, offrendo all'operatore con un carico di lavoro frustrante fonti alternative di gratificazione professionale, nuovi programmi, mobilità interna.

Tutto questo per evitare che l'impatto con la pesante realtà esistenziale degli utenti psicotici, e la conseguente difficoltà a conseguire quei risultati che una comune o poco ammessa "vena salvifica" vorrebbe ottenere, porti nell'operatore, come unico risultato, l'idea di essere personalmente inadeguato (vedi risposte all'item 10: ben il 50% per il campione A). Legata a questa dimensione è quella

inerente il particolare rapporto con gli utenti psicotici che caratterizza il lavoro in ambito psichiatrico.

Abbiamo già accennato alla bipolarità di atteggiamenti che emerge nei campioni di operatori esaminati rispetto al rapporto con gli utenti e alle possibili ipotesi esplicative di questa tendenza.

Per ciò che riguarda il problema di una prevenzione del *Burn-out* a questo livello, una possibile risposta può essere rinvenuta in iniziative di supervisione degli operatori (in atto in alcuni servizi dell'area milanese) che mirano non solo a supportare la gestione di casistiche particolarmente impegnative, ma anche a porsi come contesto in cui elaborare quelle reazioni controtransferali che abbiamo analizzato più sopra. Questa funzione, in una situazione ottimale, potrebbe essere svolta all'interno dell'équipe degli operatori psichiatrici, a livello di gruppo, con l'ausilio del responsabile del servizio. I dati che emergono dalla rilevazione empirica evidenziano, però, come la dimensione di lavoro in équipe, e di conseguenza le dinamiche di gruppo che si sviluppano, siano essi stessi specifici fattori di *Burn-out*. L'ambito di intervento, a questo livello, si sposta quindi sul versante delle problematiche connesse ai ruoli professionali e la loro eventuale ambiguità, alla struttura di potere e alle caratteristiche della leadership esercitata dai responsabili del servizio, o dai responsabili apicali. Senza una consapevolezza della natura di questa cornice istituzionale anche ottime iniziative rischiano di assumere l'aspetto di una mistificazione: problematizzare questa dimensione ha il significato di spostare l'analisi dall'ambito di un disagio individuale, o al massimo relazionale, a quello più ampio di un disagio di politica di gestione dei servizi, di risorse a disposizione, di struttura di potere e di scelte organizzative.

Appendice al questionario

A/1– Pensando ora al rapporto con i pazienti del vostro servizio le capita più spesso di pensare:

- a) spesso lavorare con gli psicotici è molto duro;
- b) sono persone che, a modo loro, sanno esprimere gratitudine;
- c) spesso mi domando perché mi dia tanto da fare per avere tanta ingratitudine;
- d) per me è un lavoro come un altro e il tipo di patologia non mi suscita alcuna reazione particolare;
- e) a contatto con i pazienti mi capita di pensare a quanta sofferenza c'è in loro e nelle loro famiglie;
- f) a volte il lavoro è così scoraggiante che mi trovo a provare rabbia verso i pazienti;
- g) lavorare con gli psicotici può essere talvolta un'esperienza che arricchisce sul piano umano;
- h) mi capita a volte di chiedermi per quale strano motivo ho scelto un lavoro come questo;
- i) sono molto soddisfatto del rapporto che riesco a instaurare con i miei pazienti;
- j) ci deve pur essere qualcuno che si occupi di questi problemi.

A/2– Cerchi ora di riflettere sulla pratica di lavoro in équipe così come le appare dalla sua esperienza (segna con un x le risposte che più si avvicinano al suo modo di considerarla):

- a) la riunione d'équipe è un prezioso momento di arricchimento culturale;
- b) è un momento di scambio e sostegno reciproco;
- c) è solo il luogo nel quale alcuni decidono e altri ascoltano;
- d) è l'unica concreta occasione di incontro degli operatori;
- e) è il luogo in cui si scambiano informazioni;
- f) è il punto di raccordo dei diversi ruoli professionali;
- g) è un "contenitore di aria fritta";
- h) è il fulcro dell'attività dei servizi psichiatrici territoriali;
- i) è uno dei momenti più pesanti della settimana;
- j) è una "camera di decompressione delle tensioni lavorative";
- k) è solo l'occasione di espressione dei corporativismi professionali;
- l) è un luogo di crescita professionale;

m) è una riunione in cui non mi sento mai libero di esprimere ciò che penso e sento veramente.

A/3 – È difficile che nei servizi psichiatrici si parli o si possa parlare di guarigione, ma rispetto a questo problema lei si sente di poter dire (indicare con una x le affermazioni che meglio rispondono al proprio modo di considerare il problema):

- a) parlare di guarigione è irrealistico, parliamo di miglioramento semmai;
- b) parlare di guarigione è giusto perché esprime la tensione verso un fine che, anche se difficilmente realizzabile, è pur sempre lo scopo del nostro lavoro;
- c) per me è solo un problema di assistenza;
- d) guarire da cosa? per quale normalità?
- e) non mi sono mai posto il problema, il nostro è un lavoro come un altro: l'importante è farlo con la dovuta professionalità;
- f) è un problema di risorse a nostra disposizione, non si possono fare miracoli;
- g) per me i risultati che otteniamo con alcuni pazienti sono già da considerarsi un successo notevole;
- h) sono sempre più scoraggiato: quando ho incominciato a lavorare in strutture come questa pensavo che si potessero ottenere maggiori risultati;
- i) il problema è tutto nell'attuale organizzazione dell'assistenza psichiatrica: guarigione o non guarigione, quel che è certo è che viene fatto tutto il possibile;
- j) a volte mi viene da pensare che tutti gli sforzi che facciamo siano inutili e ciò non aumenta certo il mio entusiasmo per questo lavoro già poco remunerato;
- k) ho smesso di farmi delle illusioni, ho ridimensionato le mie aspettative e, ora, sono soddisfatto dei risultati che ottengo;
- l) non mi sono arreso all'idea che la cronicità sia un dato di fatto irreversibile e il miglioramento/la guarigione rimane lo scopo del mio lavoro.

A/4– Tentando di fare, in ultimo, un bilancio dei fattori che contribuiscono a determinare lo stress e il disagio lavorativo, valuti in che misura i fattori sottoindicati incidono sul livello di tensione, o di insoddisfazione, che l'operatore può sperimentare nello svolgimento della propria attività

(1 = niente o molto poco, 2 = poco, 3 = abbastanza, 4 = molto):

- a) l'attuale organizzazione dei servizi.....1 2 3 4
- b) la distribuzione del potere1 2 3 4
- c) i rapporti con i colleghi.....1 2 3 4

d) l'attuale funzionamento dell'équipe.....	1	2	3	4
e) i rapporti con gli utenti.....	1	2	3	4
f) i risultati conseguiti	1	2	3	4
g) l'alto tasso di cronicità.....	1	2	3	4
h) la remunerazione economica	1	2	3	4
i) gli orari di lavoro	1	2	3	4
j) l'isolamento rispetto al territorio	1	2	3	4
k) la carenza di forme di supervisione.....	1	2	3	4
l) l'assenza di momenti di aggiornamento.....	1	2	3	4
m) il "carico" eccessivo di lavoro.....	1	2	3	4
n) i ritmi imposti dal lavoro stesso.....	1	2	3	4
o) altro.....	1	2	3	4

Bibliografia

- Battistini, A. "L'elaborazione di una posizione depressiva istituzionale come momento costitutivo dell'istituzione terapeutica", in *Psicoterapia e scienze umane*, 3, 1974.
- Borgogno, F. "Alcuni disturbi di pensiero nella relazione psicologica di aiuto: stupidità, smontaggio della mente, regressione psichica come difesa dall'angoscia", in A. Rossati, *Verso una nuova identità dello psicologo*, F. Angeli, Milano 1981.
- Conforto, C. *Aspetti psicoanalitici ed esperienze di gruppo*. Il Pensiero Scientifico, Roma 1983.
- De Martis, D. "La struttura psicotica. Implicazioni istituzionali con particolare riferimento a problemi di controtransfert", in *Rivista di psicoanalisi*, XJCIV, I, 1978.
- De Martis, D. e Petrella, F. *Sintomo psichiatrico e psicoanalisi*, Lampugnani e Nigri, Milano 1972.
- Enriquez, E. "Ulisse, Edipo e la Sfinge. Il formatore tra Scilla e Cariddi", in *Formazione e percezione psicoanalitica*, Feltrinelli, Milano 1980.
- Giberti, F. *L'identità dello psichiatra*. Il Pensiero Scientifico, Roma 1982.
- Giberti, F. *La formazione del medico e dello psichiatra*. Il Pensiero Scientifico, Roma 1983.
- Jaques, E. "Tesi sul lavoro e la creatività", in *Psicoterapia e scienze umane*, 3/4, 1972.
- Menninger, K. "Psychological Factor in the Choice of Medicine as a Profession", in *Bull Menninger Clinic*, 21,51-58, 1957.
- Menzies, I.P. "I sistemi sociali come difesa dall'ansia", in *Psicoterapia e scienze umane*, gennaio/giugno, 1973.
- Napolitani, D. "L'équipe di assistenza psichiatrica", in *Minerva Medico-Psicologica*, ottobre/dicembre 1963.
- Neumann, B. e Benedetti, G. "Controtransfert nella psicoterapia delle psicosi", in *Psicoterapia e scienze umane*, I-2, 1972.

- Pagliarani, L. "La cogestione dell'ansia", in *Minerva psichiatrica e psicologica*, aprile/giugno 1972.
- Schmidbauer, W. "Quei malati dei nostri terapeuti", in *Psicologia Contemporanea*, 44, 1981.
- Searles, H.F. "I sentimenti di colpa dello psicanalista", in *Psicoterapia e scienze umane*, 6, 1978.
- Winnicott, W. "La haine dans le controtransfert", in *De pédiatrie à la psychanalyse*, Pajot, Paris 1969.
- Zapparoli, G.C. *La psichiatria oggi*. Ed. Stimmgraf, Verona 1985.

Capitolo 4

IL *BURN-OUT* NEI SERVIZI GERIATRICI

Luigi Ghidori

4.1- Premessa

Nel dibattito attuale relativo ai problemi sollevati dalla crescita della popolazione anziana, elemento non sufficientemente indagato sembra essere quello riguardante le caratteristiche del personale degli istituti geriatrici e le condizioni di lavoro in cui opera.

Nel richiamare l'attenzione su questo aspetto, si può notare come la discussione sulla deistituzionalizzazione, se ha investito con consistenti risultati il settore dell'assistenza ai minori e quello della psichiatria, sembra aver sfiorato quasi senza conseguenze le istituzioni volte al ricovero degli anziani. Il personale che lavora in queste istituzioni è in aumento, nonostante l'avvio di servizi alternativi al ricovero. Inoltre, lasciando da parte ogni considerazione rispetto all'adeguatezza quantitativa e qualitativa del rapporto personale-utenti, preme qui sottolineare il silenzio persistente che, spesso, copre i problemi di ogni tipo riguardanti questo pur consistente numero di operatori.

Se è vero, infatti, che il disadattamento dell'operatore sociale è un fenomeno assai diffuso, è parimenti vero che esso non è mai stato affrontato con sistematicità dagli studiosi delle diverse discipline. In particolare, per quanto riguarda gli istituti geriatrici, va subito detto che trattasi senz'altro di uno dei luoghi dove lo stress lavorativo è più manifesto.

Assistere il paziente anziano, cronico, è spesso scomodo e noioso, soprattutto se il personale non appare sufficientemente preparato e motivato per questo lavoro. Non va dimenticato che si tratta, per lo più, di pazienti che bisogna lavare, cambiare, imboccare, alzare dal letto, far camminare, medicare e magari anche rincorrere quando cercano di andarsene. Per queste persone non sono sufficienti le cure mediche, non basta l'assistenza generica, occorrono interventi specialistici, ma soprattutto rapporto umano, comunicazione.

partecipazione. È chiaro pertanto che se queste qualità del lavoro vengono meno, se all'entusiasmo e alla disponibilità si sostituisce l'inerzia e la sfiducia, se all'attenzione verso l'anziano si sostituisce l'indifferenza, viene meno la funzione primaria del lavoro stesso con gravi conseguenze di compromissione della propria identità professionale, perdita del senso delle proprie capacità, riduzione del livello di autostima e il rapido esaurirsi dell'operatore stesso, oltre che di inefficacia del servizio.

4.2- Metodologia

L'istituto in cui è stata svolta la ricerca è, tradizionalmente, utilizzato come ricettore di una popolazione in condizioni di disagio sociale e sanitario (anziani cronici, malati terminali ecc.). Gli operatori che lavorano a diretto contatto con l'utente sono, in questo istituto, 124. La ricerca è stata condotta nella primavera del 1986 attraverso il questionario ARIPS.

Nel complesso, le persone interessate sono state 46, pari al 37,09% del totale, appartenenti alle diverse fasce di qualifica: operatori socio-assistenziali, infermieri professionali e non, fisioterapisti, assistenti sociali, medici. Il campione è stato scelto casualmente ma è assai significativo, oltre che rappresentativo in senso statistico.

Le variabili considerate riguardano sia le caratteristiche dell'operatore che quelle dell'istituzione.

Obiettivi della ricerca sono sostanzialmente due:

- a) conoscere il livello, la qualità, l'eziologia degli stati di disagio lavorativo;
- b) vedere come questi sono percepiti dagli operatori sociali.

4.3- Principali risultati della ricerca

L'analisi delle frequenze, condotta sulla base dei risultati, delinea abbastanza chiaramente i dubbi, la sfiducia, l'incertezza in cui si dibattono questi operatori dove lo stato d'animo prevalente è quello dell'insoddisfazione, con indicazioni di volontà di impegno e di cambiamento non facilmente realizzabili, ma pur sempre presenti.

Scorrendo i risultati dell'indagine vediamo intanto alcuni dati salienti. Innanzi tutto il fatto che in questi istituti è largamente prevalente la presenza femminile, che riguarda il 65,22% degli operatori. Dato ovvio, tenuto conto della maggiore disponibilità di manodopera femminile, soprattutto per lavori poco ambiti come questo. Per quanto riguarda la scolarità si nota come la maggioranza degli operatori sia in possesso della scuola dell'obbligo (66,22%), con una significativa

presenza (8,70%) di coloro con la sola scuola elementare. Il 15,22% è in possesso del titolo di scuola media superiore, e solo il 6,52% è in possesso di laurea. Il rimanente degli operatori presenta titoli professionali o para-universitari. È, inoltre, indicativo che il 74% di queste persone non ha alcuna specializzazione, e soltanto il 2,17% ha una specializzazione strettamente connessa al lavoro svolto (geriatria). L'età media è di 35 anni e mezzo.

I dati relativi al tipo di contratto e alla qualifica ci mostrano come una larga maggioranza degli operatori sia inquadrata nella qualifica generica di operatore socio-assistenziale, il tipo di contratto di ruolo riguarda l'82,61% degli operatori, mentre il 17,39% ha un contratto a incarico o supplente.

Come si può osservare abbiamo un buon margine di precarietà. Facendo riferimento alle precedenti attività lavorative, si evince come per la maggior parte degli operatori (26,09%) questa costituisca la prima attività e solo una piccola parte proviene da settori simili all'attuale, esattamente il 17,39%.

Passiamo ora ad analizzare le variabili specifiche riguardanti le condizioni lavorative.

Alla prima domanda relativa al bilancio dell'attività lavorativa si nota un 8,76% di non risposta; il 30,43% si dice soddisfatto; il 36,96% afferma che non tutto piace nell'attuale situazione, mentre il 23,91% riscontra molti più svantaggi che vantaggi.

I sentimenti prevalenti negli ultimi sei mesi, disaggregati per classi di risposte, mostrano una sostanziale prevalenza di valutazioni negative, soprattutto in riferimento alla pesantezza del lavoro: "Lavorare è uno sforzo"; "Durante il giorno di lavoro sono stanchissimo"; "Dopo un giorno di lavoro sono distrutto". Più defilate risultano invece risposte come: "Contano solo le formalità"; "Lavoro per sopravvivere economicamente".

Il 15,22% dice di dormire poco e male e il 17,39% di soffrire di disturbi psicosomatici.

Le valutazioni che hanno minor incidenza, infine, sono desunte dalle seguenti risposte: "Il mio lavoro è inutile"; "Evito i contatti con gli utenti"; "Sul lavoro non mi stimano".

Come si può vedere un atteggiamento più che di negazione, di sottolineatura di carenze strutturali e operative. Tornerò, tuttavia, più avanti su queste considerazioni.

Se ora scopriamo i risultati delle risposte a due delle domande più rivelatrici del questionario, cioè le opinioni prevalenti prima dell'attuale esperienza lavorativa e dopo, possiamo constatare come il problema delle risorse carenti si sommi a quello delle aspirazioni ideali, per giungere alla formulazione di un giudizio critico. Analizzando sempre i risultati per classi di risposte, si può osservare come, prima di iniziare l'attuale lavoro, le opinioni più ricorrenti

facevano riferimento all'aspetto altruistico del lavoro, alla possibilità di risolvere problemi personali e alla possibilità di svolgere un lavoro significativo e concreto. Le opinioni prevalenti dopo l'esperienza lavorativa, invece, sottolineano l'incompetenza verso questo tipo di lavoro e il dover stare al servizio degli utenti.

Uguale discrepanza la si può riscontrare anche nelle risposte relative alle frasi più ricorrenti.

In questo caso, il dato significativo è la negativa percezione dell'istituzione che risulta non rispondente alle aspirazioni degli operatori. Il dato è riscontrabile nelle seguenti risposte più ricorrenti: "L'istituzione non appoggia"; "L'organizzazione non risponde ai bisogni"; "I superiori non apprezzano". Mentre le frasi meno ricorrenti, per contrapposizione, sono: "Non sono utile agli utenti"; "Sono impreparato"; "Non so cosa devo fare"; "Il mio prestigio è zero".

Lo stesso dato di critica istituzionale, risulta dalle risposte alla domanda su cosa cambiare per migliorare. Qui le risposte più frequenti sono quelle che indicano nel sistema, e nell'organizzazione del lavoro, le cause minaccianti per l'individuo, con particolare riferimento alle figure dei dirigenti e dei gestori politici, oltre che ai mezzi a disposizione e all'orario di lavoro.

Per porre rimedio a questo stato di cose, le iniziative intraprese riguardano l'aver discusso i problemi di lavoro con i colleghi e con i dirigenti dell'organizzazione, oppure trovare un'altra occupazione. Mentre fra le iniziative che hanno avuto meno consenso troviamo l'aver partecipato a programmi di supervisione o fatto uso di consulenti interni all'organizzazione e, in subordine, chiedere una riduzione del tempo di lavoro.

Veniamo ora all'analisi di uno dei punti chiave del questionario. Vale a dire le motivazioni che hanno spinto le persone a iniziare questa attività e le motivazioni che le trattengono nell'attuale occupazione, che le inducono pertanto a non cambiare.

Poiché in questo caso non abbiamo percentuali, ma solo medie di punteggi alle singole domande, presento per maggior chiarezza una valutazione comparata fra le medie, per capire, fra il prima e il dopo, quali motivazioni hanno avuto un incremento oppure una diminuzione. Il confronto ci permette cioè di valutare lo scarto tra i motivi iniziali (ideali) e i motivi attuali (esperienziali), per vedere se vi è differenza fra il livello presunto e il livello effettivo.

Ebbene da una comparazione tra le motivazioni risulta quanto segue: la motivazione altruistica ("Fare qualcosa di utile per gli altri") molto alta all'inizio, pur rimanendo molto presente, subisce un decremento dopo l'esperienza lavorativa. Lo stesso vale per i motivi che attribuiscono significato sul piano civico e politico, e significato culturalmente avanzato al lavoro.

La motivazione che attribuisce al caso la scelta del lavoro decresce dopo l'esperienza lavorativa, seppure con scarto minimo. Infine, abbiamo una diminuzione nella soddisfazione che si prova nel plasmare gli utenti. Molto alta e costante rimane la motivazione della sicurezza del lavoro. Un incremento, seppur contenuto, registrano invece le seguenti motivazioni: "Avere una posizione sociale di prestigio"; "Evitare lavori manuali e ripetitivi"; "Lavoro che consente di lavorare anche su di sé"; "Seguire l'esempio di una persona stimata"; "Frequentare un ambiente e colleghi stimolanti".

Concludo l'esposizione dei dati riportando le medie percentuali, molto indicative a mio avviso, sul tempo dedicato a ciascuna attività, da cui risulta che il tempo maggiore è dedicato alla terapia (con questo termine si intendono tutte le attività svolte in aiuto e a sostegno dell'utente), a cui il singolo operatore dedica il 60,41% del tempo totale; ai colloqui è dedicato il 10,65% dell'attività e il 12,57% alle visite. Il resto del tempo si divide tra le altre attività con percentuali minime per quanto riguarda i programmi educativi, la programmazione, la diagnosi, le verifiche.

Il lavoro, infine, è svolto, in prevalenza, con altri colleghi per il 55,33% del tempo totale, da solo nel 35,50%, mentre al lavoro d'équipe è dedicato un tempo pari al 9,17%. Questo spaccato esperienziale del nostro operatore ci offre molti spunti di riflessione.

In particolare, sulla base delle risposte al questionario, mi sembra di poter riassumere in quattro punti fondamentali il manifestarsi del disagio lavorativo, vale a dire:

- a) le caratteristiche proprie dell'operatore
- b) il rapporto con l'utente
- c) il rapporto con i superiori
- d) lo scarto tra il livello del desiderio e quello dell'effettivo.

4.4- Le caratteristiche proprie dell'operatore

Il primo dato saliente dei risultati è che questa tipologia di operatori è costituita da un gruppo sociale eterogeneo, con un riferimento occupazionale non definito, prestazioni non tecniche, svalutazione della capacità professionale e del ruolo sociale.

La giovane età è dovuta per lo più al notevole *turn-over* presente in questi istituti, oltre al fatto che i più se ne vanno non appena hanno raggiunto il minimo dell'età pensionabile.

L'anzianità media di servizio è di 6,8 anni. Questo dato è molto interessante: infatti, se da un raffronto fra l'età dell'operatore e l'entità del *Burn-out* non vi è una correlazione significativa, l'opposto dicasi per l'anzianità di servizio, che sembra strettamente correlata con il disagio. In particolare, questo aumenta fino al 4°-5° anno di

anzianità, si mantiene alto fino all'11°, per poi decrescere progressivamente.

Altro dato indicativo è la presenza di contratti di lavoro a tempo determinato, spesso rinnovati all'ultimo momento sulla base di criteri non espliciti, che sono fonte di notevole insicurezza e discriminazione.

Le posizioni lavorative più gravose sono occupate per lo più da donne che, sotto la minaccia della disoccupazione, aspirano a una collocazione lavorativa qualsiasi essa sia, purché ne derivi una garanzia economica ("Lavoro per sopravvivere").

Sono per lo più persone provenienti da settori diversi o alla prima occupazione, che intraprendono un'attività che in qualche modo apre possibilità di emancipazione ("Fare un lavoro utile e stimolante").

La preparazione professionale è scarsa o nulla, se non per quelle figure per cui è richiesta una preparazione specifica (medici, infermieri ecc.), che sono comunque una minoranza.

A questa indeterminatezza teorico-professionale fa riscontro il ricorso a certezze ideologiche e a principi indiscussi, di cui tutti sono portatori, adottati in funzione di schieramenti e appartenenze politiche, sociali e religiose. Ciò fa sì che i progetti ideali vengano sostenuti e si tenti di realizzarli come verità ("Aiutare gli utenti", 52%; "Fare un lavoro significativo", 30%), come fatti di per sé positivi, mobilitando senz'altro, almeno nelle fasi iniziali, energie e aspettative non prive di conflitti, ma che portano anche inevitabilmente a frustranti sconfitte e deludenti insuccessi ("Il lavoro non è per me", 35%; "Non faccio progressi", 39%). Partendo da queste premesse è comprensibile la poca soddisfazione del lavoro e la voglia di cambiare. Questa insoddisfazione, gli operatori, la pagano anche in termini personali attraverso gravi somatizzazioni.

Le esigenze di qualificazione e aggiornamento, non sono sempre sostenute da una solida motivazione. Infatti, se da un lato è alta la percentuale di coloro che chiedono di riqualificarsi (50%), dall'altro lato sono molto pochi quelli che partecipano ad attività formative (10%).

Non basta che le persone esprimano un consenso formale o abbiano una certa curiosità. È indispensabile verificare l'esistenza in ciascuno di almeno un'iniziale area di energie disponibili, cosa presente ma in modo molto contraddittorio in questi operatori poco disposti a mettere in causa le proprie convinzioni e il proprio portato ideale, oltre che farsi carico di processi di cambiamento e di evoluzione.

Molti di loro, infatti, esprimono la loro identificazione nella professione, non per il ruolo nell'ambito istituzionale o perché tale identità è legata alle metodologie usate, bensì per l'appartenenza a un'istituzione che garantisce il posto di lavoro (questo vale per gli

operatori di ruolo), anche se poi non risponde affatto alle aspirazioni di fondo.

La precarietà dell'identità è presente anche per la molteplicità e diversità dei compiti da svolgere, per le difficoltà di collocarsi in rapporto con qualcuno ("Devo stare al servizio dell'utente"; "Il lavoro non fa per me"), oltre che per la richiesta di migliorare le proprie competenze e perché le richieste istituzionali sono svariate e indefinibili.

Abbiamo, anche, risposte di difficile interpretazione ("Non fare progressi"; "Non sentirsi oggetto di interesse"), che sono un chiaro indice della difficoltà a definirsi. Difficoltà, peraltro, derivata dalla facilità a scivolare nella routine istituzionale, con tutti i possibili coinvolgimenti, e conseguenze negative, che tale processo può avere sulla tranquillità ed efficienza degli operatori, nonché le misure che questi ultimi mettono in atto per mantenere la distanza fra sé e l'istituzione. Goffman (1968), nella sua acuta analisi sugli effetti travolgenti delle istituzioni totali, non solo sugli internati ma anche sugli operatori, ci ricorda come "la garanzia più certa a tal fine è data dal limitarsi da parte degli operatori, alla semplice prestazione di pratiche, di servizi, di lavoro di routine richiesto dal rispettivo ruolo". Ruolo, tuttavia, che è possibile assumere solo partendo da esigenze di aggiustamento e di modificazione degli strumenti operativi impiegati.

A tal fine diviene cruciale la formazione degli operatori, intesa sia come competenza tecnica specifica, sia come cultura di base e capacità progettuale.

4.5- Il rapporto con l'utente

Il richiamo a Goffman mi permette l'introduzione del secondo punto da esaminare, vale a dire i rapporti fra operatore e utente. I servizi sociali e sanitari decentrati, non sono, per gli obiettivi politici che li orientano e per i valori sociali cui si ispirano, istituzioni totali.

Sono istituzioni orientate a garantire beni essenziali all'individuo e alla collettività. Anche in essi, tuttavia, il lavoro degli operatori riguarda principalmente le persone, con tutti i rischi di implicazioni emotive, positive o negative, che questo fatto comporta.

Si tratta di vedere se questi "rischi" di implicazione personale possono essere liberatori o distruttivi per gli operatori.

Entra di nuovo in gioco il ruolo, e più esattamente la stretta interdipendenza che esiste tra libera interpretazione di questo e il potere che si ha nell'istituzione, nonché, a parità di potere, il tipo di istituzione in cui il ruolo viene giocato. Partendo da quest'ultimo dato è inevitabile che questo sia un punto di crisi del nostro operatore.

Tale istituzione fa riferimento a un tipo di utenza che in qualche modo si contrappone a quella tradizionale destinataria di servizi sociali. È un'area, questa dell'anziano istituzionalizzato, che si dibatte in una situazione sociale estremamente disagiata ed emarginata, dove spesso è impossibile ogni forma di "intersoggettività". Qui sono evidenziati elevati momenti di conflittualità. Compaiono tensioni riguardanti il difficile rapporto che si instaura fra operatori e utenti. Rapporto valutato positivamente quando percepito come aspirazione, obiettivo programmatico di base ("Il mio lavoro è utile agli utenti", 52%; "Non evito i contatti con gli utenti", 22%). Valutato, invece, negativamente quando tradotto sul piano operativo degli interventi diretti all'utente ("Il lavoro non è per me", 35%; "Devo stare al servizio degli utenti", 50%; "Gli utenti non progrediscono", 39%). Più in specifico, tale tensione si concretizza là dove il lavoro dell'operatore oltre che in rapporto all'utente si definisce in rapporto all'istituzione responsabile del servizio.

Seppure dall'analisi delle risposte non traspare una perdita di interesse per la gente su cui si lavora (dopo tutto il lavoro è considerato ancora utile, orientato in senso altruistico, dove l'utente è ancora posto al centro dell'attenzione), tuttavia le richieste di lavoro eccessivo innescano la tendenza a trattare i pazienti in modo distaccato e routinario.

È proprio da questa impossibilità a entrare in relazione con gli utenti come si vorrebbe che molti operatori vivono le maggiori tensioni e frustrazioni. Gli utenti, del resto, sono poco propensi a farsi carico dei problemi degli operatori e, quindi, anche poco disponibili ad azioni di sostegno e di solidarietà.

Vi è un conflitto psicologico negli operatori che, da una parte, si identificano con l'utente ("Sono utile ai miei utenti") e hanno perciò la tendenza ad apprezzarlo e ad amarlo, mentre, dall'altra parte, hanno desiderio di sbarazzarsi dell'influenza che questi esercitano su di loro, specialmente nella misura in cui questa influenza è interna ("Devo stare al servizio dell'utente"), crea cioè un conflitto interiore.

Traspare in questi casi la convinzione che per lavorare con l'anziano occorre essere disponibili umanamente, calarsi nella sua realtà; quasi a volere in questo modo compensare l'esclusione di cui è fatto oggetto.

Come ci ricorda Palmonari (1980), nello sforzo di impostare un rapporto via via diverso con l'utente, l'operatore può costruire progressivamente un atteggiamento come di chi aspetta la "riconoscenza" degli utenti con cui ha rapporti più intensi. D'altra parte, le stesse caratteristiche del rapporto che l'utente instaura con i servizi fanno sì che le reazioni e i commenti negativi siano più frequenti di quelli positivi; è più facile, infatti, che vengano espresse lamentele e critiche per le prestazioni ricevute di cui non si è rimasti

soddisfatti, che non feedback positivi per i risultati ottenuti. La ragione principale di questo atteggiamento è che il lavoro degli operatori viene dato per scontato (sono pagati per questo), per cui non si coglie l'evidenza di alcun riscontro se non quando le cose vanno diversamente da quanto ci si aspetta.

Quanto più l'operatore si aspetta un feedback positivo per rassicurarsi sul lavoro del proprio operato, tanto più è elevato il rischio che si determini per lui una profonda frustrazione.

Le richieste degli utenti sono comprensibili per le aspettative indotte dai modelli culturali e dalle informazioni possedute da esso, così come dalle risposte avute in precedenza.

È, quindi, il confronto sulle cose concrete che può permettere di evitare sterili e astratte posizioni preconcepite piene di ideologia. Ma è proprio su questo piano che l'operatore trova le maggiori difficoltà nell'attuare il suo operato a causa di quelle carenze strutturali su cui insistono gli intervistati.

Quando l'operatore si sente impotente ad aiutare un paziente a causa delle interferenze negative presenti a livello istituzionale, ecco che si sentirà meno ferito se la sua relazione con l'utente diventa meccanica e distanziata. Questa relazione di distacco serve senz'altro come meccanismo di difesa nel limitare lo stress lavorativo. L'essere disponibili, presenti alle richieste di aiuto, attenti, richiede un considerevole dispendio di energie psicologiche, soprattutto quando l'utente ha molti problemi e manifesta forti resistenze a essere aiutato (è il caso di molti anziani cronici). Lo stress esercitato da questa situazione facilita il "distacco psicologico", il quale a sua volta aiuta la conservazione di energie atte ad affrontare la situazione, anche quando il rapporto utente-operatore non è la maggiore fonte di stress. Tuttavia, l'incidenza delle risposte su questo aspetto particolare è tale che si può affermare che i rapporti interpersonali, e le implicazioni affettive con l'utente, pesano notevolmente sulle capacità dell'operatore nel tollerare il disagio derivante dalla frustrazione.

4.6- I rapporti con i superiori

Un dato che caratterizza la situazione dell'istituto in esame è costituito dallo scarso grado di integrazione tra gli operatori e le figure direttive responsabili dell'organizzazione. La definizione dell'attività quotidiana, e la gestione degli interventi, raramente corrisponde alle attese degli operatori ("L'istituzione non appoggia", 54%; "L'organizzazione non risponde ai bisogni", 70%). Inoltre, viene fatto notare come amministratori e direzione non siano in grado di indicare linee operative precise, tanto che questa scarsa chiarezza va a discapito del lavoro. I cambiamenti per un miglioramento vengono

indicati in: “Il dirigente”, 61%; “I gestori politici”, 61%; oltre che, più in generale, nei mezzi a disposizione, nell’orario e nell’organizzazione del lavoro.

Accanto ai momenti conflittuali riguardanti i problemi organizzativi e di gestione del servizio, compaiono tensioni inerenti il controllo che l’istituzione esercita sul lavoro degli operatori (“Nessuno si interessa a me”, 29%). Questa inerzia genera impressioni di burocratizzazione dell’ente (“Contano solo le formalità”, 13%), penalizzando enormemente l’ottimismo e il coinvolgimento personale. Mancato coinvolgimento dovuto anche al poco tempo dedicato ai colloqui, alla programmazione, al lavoro in équipe.

Soffermiamoci un attimo su questo aspetto perché mi sembra di particolare importanza per i nostri scopi. Gli studi di sociologia dell’organizzazione hanno dimostrato come in una struttura burocratica l’obiettivo primario, che viene imposto a chi vi appartiene, è quello di eseguire le direttive provenienti dai livelli gerarchici superiori, seguendo le procedure appropriate, senza preoccupazioni di verifica circa le conseguenze fra queste e le procedure, da un lato, e gli obiettivi principali da raggiungere, dall’altro lato. Tale enfasi per i rapporti gerarchici e per le procedure è alla base dell’aumento numerico del personale. Questo, a sua volta, man mano che si allontana dagli scopi sociali più rilevanti, diviene sempre più centrato sulle procedure, con tutte le conseguenze che ciò comporta.

Se ora noi inserissimo questo presupposto all’interno di un contesto assistenziale in cui è fortemente limitata la possibilità di assunzioni e con un patrimonio di professionalità di base estremamente ridotto, si può capire il perché del forte senso di disagio del personale.

In questa prospettiva l’operatore, chiamato per scelta propria o per attribuzioni sociali a compiti immani, scinde l’ideologia dalla prassi, in modo che l’una possa rimanere come appiglio a cui identificarsi (“Fare un lavoro utile per gli altri”; “Un lavoro socialmente avanzato”) e l’altra rimanere, comunque, luogo di esplicitazione del sé, di sicurezza, di appartenenza (“Avere una posizione sociale di prestigio”; “La sicurezza del lavoro”; “Frequentare un ambiente stimolante”).

Questi meccanismi di divisione dell’ideologia dalla prassi, tendono a riprodursi per inerzia.

Uno strumento per superare questa impasse è, senz’altro, il lavoro di gruppo. Gruppo non inteso in termini sommativi, bensì dinamici.

Già Lewin (1940) aveva riconosciuto che il gruppo è qualcosa di più, anzi qualcosa di diverso dalla somma dei suoi membri e ne sottolineava la grande funzione formativa. Nel gruppo, ognuno si arricchisce con l’apporto degli altri. L’équipe può rappresentare il momento di sintesi tra le culture e le esperienze dei diversi membri, permettendo il superamento della divisione istituzionalizzata del

lavoro e veicolando la ristrutturazione dell'identità dell'équipe a seconda delle esperienze. Ciò comporta anche la messa in discussione dei concetti di autorità e di potere, l'attribuzione della leadership, lo stabilirsi di un codice e di canali di comunicazione. Tutti elementi ritenuti molto importanti nel manifestarsi del disagio dell'operatore. Gran parte degli intervistati, infatti, indica, fra le frasi più ricorrenti, il mancato appoggio e apprezzamento dei superiori, proprio per sottolineare come l'organizzazione non aiuti con nessun tipo di rinforzo l'operato del soggetto. I dirigenti e i gestori politici sono chiamati in causa sulla richiesta del cambiamento, indicando in questo modo un conflitto nei rapporti con i superiori, che ha inevitabili conseguenze sul piano dei rapporti con colleghi e utenti.

C'è sempre un'interdipendenza e una complementarità che lega l'insieme dei rapporti sociali tra superiori e subordinati e fra questi ultimi e gli utenti.

Ferme restando queste considerazioni è bene porsi alcune domande: che rapporto esiste tra programmazione generale ed esperienze territoriali? Come queste ultime stanno dialetticamente alle prime proponendo nuovi elementi per un'ulteriore elaborazione? Con quali criteri si valuta il funzionamento di un'istituzione, l'efficacia di un servizio? E l'operatore, al di là dei privilegi storici di alcune figure professionali, che contrattualità politica e culturale riesce a esprimere?

Questi interrogativi ci introducono direttamente all'analisi del quarto punto.

4.7- Lo scarto tra il livello del desiderato e quello dell'effettivo sul piano organizzativo

È questo l'ultimo punto da me indicato quale agente di Burnout.

Vale a dire la discrepanza esistente fra ciò che è il lavoro così come viene dichiarato sulla carta, o comunque in forma ufficiale, e il lavoro come effettivamente è alla verifica dell'esame di realtà.

Tale distinzione mi viene suggerita dalla politica dei servizi socio sanitari portata avanti negli ultimi anni. Politica orientata, da una parte, allo sviluppo dell'impegno anti-istituzionale e, dall'altra parte, al lavoro sul territorio in un'ottica di superamento dei meccanismi di istituzionalizzazione.

Un progetto quindi di "primato del territorio", che coinvolge nella prassi operatori sociali e politici.

A preparare tale situazione hanno concorso, oltre che l'aumentata attenzione verso tutte le condizioni di disagio (ivi compreso il disadattamento dell'anziano istituzionalizzato) e di bisogno

socialmente determinato, anche le ricerche che hanno posto in primo piano l'impegno per la prevenzione.

Per l'operatore il dato più significativo della nuova impostazione è rappresentato da un ampliamento della sfera di intervento tradizionalmente a lui riconosciuta con nuovi compiti di prevenzione e di programmazione, che determinano di fatto la sua presenza anche in situazioni diverse da quella classica di "rapporto con l'utente", di solito una persona in stato di bisogno.

In realtà le cose sono andate un po' diversamente. Questo per ciò che riguarda i servizi in generale, ma soprattutto per i settori dell'assistenza agli anziani.

In questo ambito, infatti, vuoi per i ritardi generali di attuazione dei servizi, vuoi perché solo recentemente la vecchiaia è diventata un grosso problema politico, sta di fatto che si è venuta a creare una scissione tra l'operatività concreta di questi operatori e le scelte di base, ideologiche e politiche.

Nel settore dell'assistenza si continua a credere che possa esistere separazione tra cultura e organizzazione, tra teoria e prassi. Nell'opinione corrente del politico e dell'amministratore, l'operatore è considerato subalterno e il suo operato inservibile in termini di informazione. I risultati conoscitivi del lavoro vengono così sottovalutati e sottoutilizzati. Chi programma non ha più un ritorno sistematico della sua ipotesi, ma si limita spesso a ripianificare sui suoi progetti. Contemporaneamente, l'operatore si convince della precarietà del suo ruolo e tende ad adeguarsi, o a dare un senso alla propria identità professionale, ripiegando su dimensioni più piccole.

Le motivazioni iniziali più pregnanti (quali l'altruismo, il significato civico e politico del lavoro, quello culturale), via via scemano con il tempo, mentre aumentano quelle che possiamo chiamare individuali: lavorare su di sé, per spirito di emulazione. Lo scarto tra ciò che dovrebbe essere e ciò che è comporta, in sostanza, un elevato senso di insoddisfazione ("Questo lavoro non fa per me", 35%; "Non tutto mi piace in ciò che faccio", 37%).

In presenza delle consegne ricevute dalle leggi e dalla classe politica di provvedere a tutti i bisogni degli utenti, in presenza di scarse risorse umane e materiali, l'operatore sociale, messo in una situazione di impotenza, ripiega su di sé come risposta a una situazione insostenibile. Una situazione in cui il senso di responsabilità e le aspettative vengono frustrate dal forte dubbio sulle possibilità di realizzarle.

A questo punto il sostegno individuale non può essere dato dal sistema su cui si fonda l'istituzione (sistema burocratico non appagante). Al soggetto non rimane che cercare una fonte di sicurezza attraverso il ritiro psicologico, o accordarsi al gruppo nel

quale si riconosce, mediante meccanismi di emulazione e di identificazione con i colleghi.

La considerazione di questi elementi è fondamentale nella formazione degli operatori sociali, affinché essi possano, in qualche misura, affrontare le contraddizioni derivanti dal fatto di operare in una realtà che si definisce superata, con schemi e modelli precostituiti e ripetitivi di quella stessa realtà che si progetta di modificare.

La non coincidenza tra ciò che si afferma come opzione politica e teorica e ciò che si fa genera un processo difensivo che si esprime nel disimpegno e nel distacco psicologico.

In questo modo le difficoltà, i conflitti trovano risposte plausibili e congruenti. Non li si affronta, ma li si domina neutralizzandoli e distanziandoli. La spaccatura tra pensiero e azione, tra teoria e prassi, è in sostanza un problema molto sentito, che non ha solo risvolti operativi, organizzativi e sociali, ma che gioca in modo consistente nell'identità totale dell'individuo e tocca, in modo particolare, questo tipo di operatori, in gran parte donne.

4.8- Conclusioni

Nelle riflessioni ho cercato di individuare alcune delle cause di *Burn-out* negli operatori geriatrici. In conclusione di questo lavoro vorrei tracciare una breve sintesi sulla diffusione e sull'entità della sindrome, servendomi, per questo compito, del raffronto incrociato delle risposte alle domande più indicative. I dati che vado riportando vanno presi come puramente indicativi del grado di *Burn-out* degli operatori dell'istituto preso in esame, non certo generalizzabili ad altre realtà istituzionali. Ebbene, da questo raffronto risulta che la percentuale di diffusione della sindrome nei nostri operatori è di circa (la cautela è d'obbligo) il 65%, seppure a diversi livelli.

Assumendo la definizione di *Burn-out* quale processo transazionale diviso in più fasi o stadi, possiamo dire che, fra questi, il 39% si colloca nella prima fase, quella della stagnazione, in cui il sentimento prevalente è quello dell'incertezza, di un lavoro senza sbocchi professionali, dove all'entusiasmo iniziale si sostituisce un graduale disinvestimento.

Il 21% circa lo possiamo collocare nella fase intermedia, vale a dire lo stadio della frustrazione, dove è il rapporto in genere (con l'utente, con i colleghi, con i superiori) a essere messo in gioco. È questa una fase molto delicata, che si accompagna a disturbi psicosomatici e ad atteggiamenti ambivalenti di aggressività e di ritiro psicologico.

Infine, abbiamo una minoranza di operatori (556 circa) che si colloca all'ultimo stadio, lo stadio dell'apatia, dove il disimpegno emozionale raggiunge l'apice: prova noia e nausea verso il lavoro.

L'atteggiamento è quello della rassegnazione, dell'abbandono e, per l'operatore, giunge la "morte professionale".

L'entità del disagio è riconducibile sia alle caratteristiche del soggetto, che a quelle del servizio in cui è svolto il lavoro. Per quanto riguarda gli interventi, riprendendo la schematizzazione precedente, questi possono essere indicati in quattro punti:

- a) formare l'operatore allo spirito critico, operativo e politico, mirante, il primo, a evidenziare la qualità, i contenuti e il senso del lavoro; e, il secondo, al superamento dell'ideologia onnicomprensiva e la rinuncia alle ispirate certezze sulla sua positività. Far presente che il lavoro è, tuttora, necessità e che non si deve essere fideisti verso le sue priorità redentrici in campo sociale e psicologico. Tutto questo dovrebbe essere perseguibile attraverso l'utilizzo in massimo grado delle attuali strutture, uomini e attrezzature, e avendo come obiettivo una formazione completa, comprendente esperienze lavorative e pratiche, che preparino al cambiamento, alla flessibilità e alla mobilità.
- b) A livello di utenza bisogna fare in modo di deistituzionalizzare il bisogno e canalizzare la domanda. Nella dinamica che caratterizza il processo di domanda e risposta al bisogno interagiscono tre soggetti (operatore-utente-istituzione), ciascuno portatore di motivazioni diverse. Ebbene, spesso, è proprio la variabile utente la fonte di maggior conflittualità nell'interazione ed è su questa variabile che si potrebbe intervenire, per esempio, nel momento dell'accettazione, tenendo conto del vissuto dell'anziano e del suo modo di percepire l'istituzione.
- c) A dirigenti e gestori politici bisognerebbe ricordare che i processi di trasformazione, i più alti livelli di istruzione, producono attese crescenti di professionalità non soddisfatta. Questo fa in modo che la governabilità del personale sia sempre più difficile, soprattutto in una situazione di rapporti gerarchici autoritari, perché i lavoratori sono sempre più desiderosi di maggiori opportunità, di maggiore voce in capitolo. Sarebbe necessario, pertanto, liberalizzare l'esecuzione del lavoro, renderlo indiviso, con ampie rotazioni e favorire il lavoro d'équipe.
- d) Bisognerebbe, infine, definire il compito degli operatori non solo in riferimento alle capacità professionali, ma anche in collegamento con l'azione specifica dei servizi sociali, onde ridurre lo scarto tra il desiderio e la realtà storica contingente. Avvicinare, cioè, l'aspirazione alla concretezza delle cose da fare, al fine di eliminare quel supporto utopico, e quella

dimensione ideale, che alla verifica della realtà è spesso la causa prima di innesco della sindrome.

Bibliografia

- AA.VV. *Sull'organizzazione dei servizi sociali*. A cura di G.Robb. Vita e Pensiero, Milano 1980.
- AA.VV. *Professionalità sociale e innovazione*. Cappelli Ed., Bologna 1985.
- Bassanini, M.C., Lubbok, A. *Formazione e aggiornamento del personale socio-sanitario*. Nis, Roma 1981.
- Bertolotti, A.M., Forti, D., Varchetta, G. *L'approccio socioanalitico allo sviluppo delle organizzazioni*. F. Angeli, Milano 1982.
- Cherniss, C. *La sindrome del Burn-out*. Centro Scientifico Torinese, Torino 1983.
- Contessa, G. "L'operatore sociale in cortocircuito: la 'Burningout syndrome' in Italia", in *Animazione sociale*, 42-42, novembre 1981-febbraio 1982.
- Goffman, E., *Asylums, Garden City Anchor*. Trad. it. Asylums, Einaudi Torino, 1968.
- Lewin, K. *The Background of Conflict in Marriage*. A cura di M. Jung. New York, vol. IV. Trad. it. *Il background del conflitto nel matrimonio*. F. Angeli, Milano 1972.
- Palmonari, A., Zani, B. *Psicologia sociale di comunità*. Il Mulino, Bologna 1980.
- Spezlale Bagliacca, R. *Formazione e percezione psicoanalitica*. Feltrinelli, Milano 1980.

Capitolo 5

LA SINDROME DEL *BURN-OUT* TRA GLI OPERATORI DEI SERVIZI PER LE TOSSICODIPENDENZE

Marco Danesi, Fabio Mariani

5.1- Scopo della ricerca

Il lavoro, di cui anticipiamo alcuni risultati parziali, si inserisce in un più ampio Progetto Finalizzato condotto dal CNR, in alcune aree pilota, per mettere a punto un sistema di sorveglianza epidemiologica che ha come scopo:

- la determinazione dell'incidenza e della prevalenza del fenomeno tossicodipendenza;
- le caratteristiche degli assuntori in contatto con le istituzioni;
- il monitoraggio del fenomeno in modo continuo nel tempo;
- la valutazione, in termini di efficacia ed efficienza, dell'operatività dei presidi sanitari.

In relazione a quest'ultimo punto è stata avviata una ricerca specifica volta a far luce su eventuali aspetti disfunzionali dei servizi che potrebbero condizionare negativamente le risposte e gli interventi nei confronti dell'utenza.

Prima, però, di illustrare le indicazioni emerse dall'indagine sono necessarie alcune considerazioni di tipo preliminare.

5.2- Quadro teorico di riferimento

Tra le opinioni più diffuse, un servizio spesso significa un "luogo" dove portare richieste o bisogni, oppure un'"organizzazione" più o meno in grado di dare risposte, o ancora, una "struttura" burocratizzata governata da regole e tempi.

Ognuna di queste rappresentazioni – ma ve ne sono molte altre dello stesso tipo – tende a dare un'immagine astratta e vuota di quello che è, in fondo, un insieme di persone la cui vita emotiva viene

continuamente messa in gioco dalla vasta rete di rapporti che intercorrono con gli utenti e tra gli stessi operatori.

La ricerca psicologica che si occupa della problematica delle così dette *helping professions* ha individuato una forma tipica di disagio che, con grande frequenza, affligge molti degli operatori dell'area socio-sanitaria.

Con un'efficace metafora l'insieme di questi disturbi viene definita *Burn-out Syndrome*: vale a dire una sorta di difesa patologica nei confronti dello stress e della frustrazione, i cui effetti negativi comportano una serie di "sintomi", tra cui perdita di interesse per il lavoro, stati depressivi, indifferenza verso gli utenti, facile irritabilità, apatia, affezioni psicosomatiche ecc⁴. Insomma, l'operatore, come una pila scarica, sente di aver speso tutte le energie disponibili senza aver ottenuto, in cambio, risultati apprezzabili, né sufficienti gratificazioni.

Il *Burn-out* viene descritto nei termini di un processo costituito da più fasi ognuna delle quali presenta caratteristiche specifiche⁵.

Nella prima predominano entusiasmo e idealismo, vi è la tendenza a sottovalutare le difficoltà, ad affrontare i problemi in modo semplicistico e a nutrire aspettative esageratamente ottimistiche rispetto agli obiettivi del proprio intervento. Ma l'impatto ripetuto con i risultati, spesso fallimentari, finisce con l'infrangere questa previsione illusoria provocando intense frustrazioni. Ciò può favorire l'insorgenza di una seconda fase in cui si patiscono stress, ansietà diffusa, irritabilità, scoraggiamento, sensazione di esaurimento.

L'operatore, allora, vive se stesso come incapace di ottenere il successo terapeutico, forse troppo desiderato e, al contempo, troppo necessario per mantenere vivo l'interesse al lavoro.

La risposta a quella che è stata definita "l'impotenza acquisita" può essere, pertanto, una modalità difensiva di tipo passivo che caratterizza la terza fase del *Burn-out* dove predominano apatia, demotivazione, atteggiamento cinico, rigidità, uso di modelli stereotipati o procedure standardizzate con ogni tipo di utente⁶.

⁴ Si deve a C. Maslach l'originaria elaborazione di questa nozione, nonché la scala di valutazione (*Human Services Survey*) usata in questa ricerca. Si veda Maslach, C., Jackson, S.E. *Maslach Burn-out Inventory*, Consulting Psychologist Press, Palo Alto 1981

⁵ Ricordiamo due dei principali contributi che propongono una simile impostazione: Edelwich, J.E., Brodsky, A., *Burn-out. Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. Human Science Press, New York, 1980; Cherniss, C. *Staff Burn-out. Job Stress in the Human Service*. Sage Publications Inc., Beverly Hills, 1980; trad. it. *La sindrome del Burn-out. Lo stress lavorativo degli operatori dei servizi socio-sanitari*, Centro Scientifico Torinese, Torino 1983.

⁶ È utile riportare una puntualizzazione di Edelwich e Brodsky: "Il termine *Burn-out* qualche volta è usato per significare l'intero ciclo del processo di delusione. Ma è anche usato per significare l'esito finale nelle espressioni *Burn-out*

La descrizione schematica di questo fenomeno non deve però indurre a sottovalutarne l'aspetto eziologico, la cui complessità rimanda a fattori di ordine individuale (tratti del carattere, attitudini, vita affettiva, ...); relazionale (rapporti con il paziente, i colleghi, i superiori, gli amministratori, ...); socio-culturale (organizzazione del lavoro, clima politico, caratteristiche del territorio, ...).

La ricerca delle cause comporta quindi l'analisi di più variabili che appartengano a livelli logici diversi, ma che tuttavia sono in rapporto di interazione.

In altre parole, una spiegazione esauriente richiederebbe un'analisi di tipo multifattoriale capace di esplorare le varie "realità" presenti in un servizio socio-sanitario. Probabilmente il *Burn-out* deve considerarsi come un effetto della sovra-determinazione di più concause o, meglio, l'esito di un processo che investe tutta una serie di elementi di differente natura ma strettamente legati fra loro⁷.

5.3- Obiettivi e metodi

Sulla scorta di queste riflessioni si è costruita un'ipotesi di lavoro che prevede alcuni obiettivi:

- 1- verificare la presenza o meno del *Burn-out* tra gli operatori dei Servizi tossicodipendenze;
- 2- individuare delle correlazioni statisticamente significative, o quanto meno delle linee di tendenza, tra i valori del *Burn-out* e le diverse variabili che caratterizzano i servizi, gli operatori, i loro rapporti d'équipe, l'organizzazione del lavoro ecc.;
- 3- identificare le eventuali misure correttive e riparative;
- 4- formulare indicazioni di tipo preventivo.

Si è proceduto, in una prima fase, alla somministrazione di un questionario su un campione di 72 soggetti che lavorano in 11 servizi, impegnati, come unità operative, nel Progetto Finalizzato del CNR.

Syndrome o soggetto *Burned-out*. Per un uso appropriato del termine in questa seconda accezione occorre tenere presente una distinzione fondamentale. La frustrazione non è il *Burnout*. Il *Burn-out* significa apatia" (Edelwich, J., Brodsky, A. "Training Guidelines", in Stewart Paine W. (Ed.), *Job Stress and Burn-out. Research, Theory and Intervention Perspectives*. Sage Publications Inc., Beverly Hills 1982, p.135).

⁷ Come fa notare M. Shinn la descrizione del fenomeno del *Burn-out* può portare a diverse definizioni, sia in base agli strumenti di indagine usati, sia per le direzioni seguite. Shinn M. "Metodological Issues. Evaluating and Using Information", in Stewart Paine, W. *op.cit.*, pp. 61-62.

I dati che forniamo si riferiscono a questa ricognizione preliminare, che ci ha consentito di provare e correggere il test, nonché di ricavare alcune indicazioni orientative.

Nella seconda fase, la ricerca verrà estesa a tutti gli operatori che lavorano nei 322 servizi nazionali, o quantomeno a un campione molto più vasto.

Dal punto di vista statistico ci si avvale di metodi multivariati, come il modello della regressione multipla.

5.4- Lo strumento

Il questionario utilizzato in questo studio pilota si compone di due parti.

a) La prima è la versione italiana del *Maslach Burn-out Inventory* (MBI), messo a punto da C. Maslach e S.E. Jackson, che misura il grado di *Burn-out* secondo tre aspetti, o sottoscale:

- 1- La EE (*Emotional Exhaustion*) valuta le sensazioni di stress, di affaticamento, di svuotamento, di esaurimento esperite nel proprio contesto lavorativo (9 items).
- 2- La DP (*Depersonalization*) misura il grado di "spersonalizzazione", ovvero la tendenza ad assumere, verso gli utenti, un atteggiamento di cinismo, estraneità, disinteresse: un eccessivo distacco emotivo che fa vivere i pazienti come oggetti (5 items).
- 3- La PA (*Personal Accomplishment*) considera i sentimenti di conferma, di appagamento e gratificazione relativi al proprio lavoro (8 items).

Ogni sottoscala (o aspetto) ha inoltre due dimensioni: la frequenza e l'intensità. Il *Burn-out* viene quindi concettualizzato come una variabile continua con valore basso, medio, alto. Un alto grado di *Burn-out* si ottiene con alti punteggi nelle sottoscale EE e DP, ma con bassi punteggi nella sottoscala PA, e viceversa.

	OGGETTIVO	SOGGETTIVO
INDIVIDUALE	15 VARIABILI <ul style="list-style-type: none"> - dati anagrafici - titolo studio, qualifica - caratteristiche attività lavorativa - anni di lavoro svolto - formazione - aggiornamento 	22 VARIABILI <ul style="list-style-type: none"> - aspettative - autovalutazione, competenza e conoscenze - obiettivi interventi - autonomia decisionale - carico di lavoro - gratificazione - grado di influenza sui risultati terapeutici
COLLETTIVO	10 VARIABILI <ul style="list-style-type: none"> - caratteristiche del servizio - territorio - organizzazione del lavoro - rapporto numerico operatori-utenti - strategie terapeutiche - rapporto con gli amministratori 	5 VARIABILI <ul style="list-style-type: none"> - rapporti coi colleghi - percezione del rapporto col gruppo - problema della leadership - aspetti della comunicazione

Tabella 1. Variabili esplorate dalla seconda sezione del questionario

b) La seconda sezione del questionario è formata da 52 variabili che esplorano le caratteristiche del soggetto e del servizio in cui si svolge il lavoro.

In una tabella a doppia entrata (*Tabella 1*) le variabili possono essere raggruppate in quattro aree delimitate dalle discriminanti individuale/collettivo e soggettivo/oggettivo.

Per esempio, il numero di anni di lavoro svolto è un dato oggettivo che riguarda il singolo; mentre una valutazione soggettiva è data dall'influenza del proprio intervento sui risultati terapeutici; infine, concerne l'aspetto collettivo, ma oggettivo, il rapporto numerico operatori/utenti ecc.

5.5- Analisi dei dati

Nella *Tabella 2*. vengono raffrontati i valori medi delle tre sottoscale (EE, DP, PA) relativi al campione italiano con quelli del campione USA – riportato nel manuale del MBI – costituito da oltre 2000

soggetti che lavorano nei servizi sociali, o svolgono una cosiddetta *helping profession*.

I dati mostrano alcune differenze significative, che sostanzialmente indicano, nel campione italiano, valori più bassi di EE (15,2 contro 24,1; 18,2 contro 31,7) e di DP (4,4 contro 9,4, 5,3 contro 11,7). Il significato di tale differenza può essere ricondotto alla diversità del campione: quello italiano è molto più omogeneo, essendo composto esclusivamente da operatori di servizi tossicodipendenze (tra l'altro coinvolti nel Progetto Finalizzato); quello americano è, invece, molto più eterogeneo in quanto, oltre a medici, psicologi, infermieri e assistenti sociali, include insegnanti, impiegati di uffici di polizia e di sicurezza sociale, procuratori ecc.

Non si può, tuttavia, escludere l'ipotesi che influiscano altri fattori di ordine socioculturale che diversificano la nostra realtà da quella statunitense.

		EMOTIONAL EXHAUSTION			
		EE Frequency		EE Intensity	
		m	sd	m	sd
ITALIA (72)		15,2	12,5	18,2	13,2
USA (ca. 2000)		24,1	14,8	31,7	13,8
		DEPERSONALISATION			
		DP Frequency		DP Intensity	
		m	sd	m	sd
ITALIA (72)		4,4	4,4	5,3	5,0
USA (ca. 2000)		9,4	6,3	11,7	8,1
		PA Frequency		PA Intensity	
		m	sd	m	sd
ITALIA (72)		36,2	10,1	37,2	6,9
USA (ca. 2000)		36,0	10,7	39,7	7,7

Tabella 2 . Confronto dei dati relativi ai diversi campioni

Relativamente alla distribuzione, in ogni sottoscala non vi sono differenze significative tra i due campioni. Si può, quindi, supporre che l'MBI funzioni sul campione italiano conservando le proprie capacità discriminanti. I dati della Tabella 3. (Sesso) indicano che tra i soggetti maschili e quelli femminili non vi sono differenze significative nella sottoscala della "spersonalizzazione" (DP).

Mentre un certo scarto si nota nella sottoscala della “gratificazione” (PA) con valori più bassi per le femmine. Più evidente lo scarto nella sottoscala dell’“esaurimento” (EE): +6 punti nella Frequenza, +8 nell’Intensità.

	SESSO			
	MASCHI 43,2%		FEMMINE 56,7%	
	m	sd	m	sd
DP Freq.	5,2	4,7	5,6	4,8
DP Int.	5,9	4,6	6,6	5,2
	m	sd	m	sd
EE Freq.	15,4	10,5	21,5	14,0
EE Int.	17,3	9,5	15,1	14,2
	m	sd	m	sd
PA Freq.	38,1	7,3	30,5	12,1
PA Int.	38,8	6,7	33,5	13,6

Tabella 3. Dati relativi alla variabile sesso

Per quanto riguarda la variabile Età (Tabella 4.), pur non essendo tutte le differenze tra i valori statisticamente significative, è interessante notare una tendenza molto netta nel decremento del grado di *Burn-out* col crescere dell’età.

Particolare risalto ha la variazione dei valori medi di EE che passano da 23,5 (Freq.), 26,7 (Int.) per i soggetti di 30 anni, o meno, a 9,3 (Freq.) e 11,4 (Int.) per la classe di età 41-50 anni.

Si può supporre, dunque, che il fattore età moderi gli effetti negativi dello stress.

Se poi combiniamo con la variabile Età quella degli Anni di lavoro svolto nel servizio, scomposta a sua volta in due classi (≤ 4 anni e ≥ 5 anni), è possibile trarre ulteriori considerazioni.

	Depersonalization				Emotional exhaustion				Personal accomplishment			
	Freq.		Int.		Freq.		Int.		Freq.		Int.	
	m	sd	m	sd	m	sd	m	sd	m	sd	m	sd
Età ≤ 30	7,2	5,5	7,8	5,6	23,5	10,6	26,7	12,1	32,3	10,4	35,4	11,4
Anni ≤4 di lavoro	7,1	5,7	7,4	5,6	23,4	11,8	26,2	12,3	33,2	10,4	36,2	11,2
≥5	10,0	4,8	14,0	8,2	24,0	12,5	34,0	15,2	18,0	9,6	22,0	10,4
Età 31 – 40	4,4	4,0	5,6	4,7	18,3	14,5	21,1	12,8	33,1	11,2	34,4	11,0
Anni ≤4 di lavoro	6,5	4,0	7,6	4,8	22,9	14,7	23,8	13,2	33,5	8,0	35,2	8,0
≥5	1,9	2,2	3,2	3,4	12,6	12,8	17,7	12,2	30,1	14,1	33,4	14,3
Età 41 – 50	4,0	3,2	4,5	3,9	9,3	7,0	11,4	9,1	39,3	10,1	40,5	12,6
Anni ≤4 di lavoro	5,0	3,7	6,0	3,9	11,7	2,9	14,5	5,4	35,0	11,9	34,2	10,0
≥5	2,6	3,1	2,6	3,7	6,0	10,4	7,3	12,7	45,0	2,6	49,0	1,0

Tabella 4. Incrocio tra variabile Età e variabile Anni di lavoro svolto al servizio

Nei soggetti più giovani gli anni di lavoro fanno crescere il grado di *Burn-out* (si confrontino i valori per “anni di lavoro” ≤4 e ≥5 nel riquadro “età” ≤30).

Al contrario, nei soggetti più anziani si ha una totale inversione del trend (si confrontino i valori, in modo analogo, nei due riquadri).

Complessivamente si hanno scarti significativi in ogni sottoscala:

DP Freq.:	10	1,9	2,6	DP Int.:	14	3,2	2,6
EE Freq.:	24	12,7	6	EE Int.:	34	17,7	7,3
PA Freq.:	18	30,1	45	PA Int.:	22	33,4	49

In altri termini si può pensare che, durante i primi anni di lavoro, il *Burn-out* non sia correlabile con l’età; viceversa, con il passare del tempo, può darsi che le risorse personali aumentino nei soggetti anziani e, con esse, anche la capacità di tollerare la frustrazione adottando meccanismi difensivi più adeguati.

Non si può, tuttavia, escludere l’ipotesi che gli operatori più anziani siano, in qualche modo, i più “adatti”, dopo una sorta di processo selettivo verificatosi all’interno dei servizi.

Purtroppo non ci è stato possibile verificare il dato sulla “mortalità” lavorativa, ovvero sul grado di abbandono da parte degli operatori (trasferimenti, dimissioni ecc.).

Da una prima analisi della variabile Qualifica (Tabella 5) non sembrano emergere rilievi degni di interesse, sebbene i valori più

bassi siano stati ottenuti da psicologi e assistenti sociali, mentre i più alti da medici e sociologi.

	Depersonalization				Emotional exhaustion				Personal accomplishment			
	Freq.		Int.		Freq.		Int.		Freq.		Int.	
	m	sd	m	sd	m	sd	m	sd	m	sd	m	sd
Medico	9,5	5,4	9,9	4,9	23,4	14,0	24,1	12,8	33,6	6,2	36,2	8,2
Sociologo	8,5	2,1	12,5	2,1	24,5	0,7	35,5	2,1	19,0	1,4	24,5	3,5
Psicologo	5,1	5,4	5,9	5,9	13,5	12,6	16,9	11,9	37,1	6,1	42,2	7,0
Assistente Sociale	3,2	3,7	4,4	4,7	19,9	12,3	26,9	13,9	25,7	15,4	28,2	16,5
Infermiere	6,1	2,8	6,6	3,2	18,3	13,1	17,9	10,9	39,7	6,2	38,5	7,2
Altro	0,5	0,5	1,0	1,1	17,7	17,3	18,5	16,5	38,0	6,9	38,2	11,3

Tabella 5. Dati relativi alla variabile Qualifica

Infine, nella Tabella 6. vengono considerate alcune caratteristiche relative al Gruppo di lavoro: in particolare come esso viene percepito, quale posizione il soggetto pensa di occupare al suo interno, come viene vissuta l'eventuale leadership.

È abbastanza evidente, dai dati, che il gruppo vissuto come "dispersivo" e "conflittuale" produce più alto *Burn-out* del gruppo "laborioso" ed "efficiente".

Così come una posizione di "leader", se pur gratificante (PA Freq. 40 – PA Int. 42), è molto costosa in termini di affaticamento (EE Freq. 41 – EE Int. 40; DP Freq. 15 – DP Int. 17) rispetto a una posizione "secondaria", questa risulta gratificante in minor misura (PA Freq. 23,3 – PA Int. 23,6) ma certamente meno stressante (EE Freq. 23,3 – EE Int. 27,3; DP Freq. 1,3 – DP Int. 1,6).

Grande importanza assume anche la caratteristica della leadership del gruppo: mentre quella "autoritaria" produce molta frustrazione (PA Freq. 9 – PA Int. 12,7) e alto esaurimento (EE Freq. 32,5 – EE Int. 42,5), quella "legittima" correla valori di *Burn-out* pressoché nulli.

Il gruppo di lavoro	DP Freq.		DP Int.		EE Freq.		EE Int.		PA Freq.		PA Int.	
	m	sd	m	sd	m	sd	m	sd	m	sd	m	sd
Definizione												
Efficiente	4,8	4	5,5	4	10,5	8	12,7	9	39,0	5	42,5	4
Conflittuale	8,8	5	9,7	5	23,8	11	25,8	11	30,9	9	36,3	10
Dispersivo	5,2	5	6,5	5	28,5	12	29,8	9	28,8	6	32,3	5
Laborioso	2,0	1	3,0	2	9,6	7	13,6	7	40,0	6	39,0	11
Nessuna risposta	2,3	3	3,5	5	18,8	17	24,6	20	26,8	21	24,5	20
Posizione												
Prestigio	6,5	5	6,5	6	19,8	11	21,0	8	31,6	15	30,2	14
Subordinazione	6,0	5	7,5	9	21,0	4	28,0	8	31,0	18	35,5	19
Responsabile	5,1	5	6,1	4	19,4	14	23,9	14	34,1	6	38,1	7
Secondaria	1,3	4	1,6	3	23,8	15	27,3	20	23,3	19	23,6	21
Leader	15,0	2	17,0	3	41,0	16	40,0	12	40,0	11	42,0	13
Leadership												
Carismatico	0,5	1	1,5	2	11,0	9	12,5	7	40,0	4	42,0	6
Autoritario	5,0	7	7,0	9	32,5	12	42,5	12	9,0	12	12,7	15
Legittima	2,0	1	1,0	1	4,0	3	4,0	8	31,0	14	32,8	13
Democratico	6,7	2	7,6	3	21,2	12	22,1	10	40,6	5	26,0	3
Nessuna risposta	5,5	5	6,2	5	18,2	13	20,2	13	33,0	9	34,6	10

Tabella 6. Dati relativi alla variabile Gruppo di lavoro

5.6- Conclusioni provvisorie

Ricapitoliamo brevemente. Intanto viene confermata la possibilità di utilizzo dell'MBI anche nel nostro contesto, in quanto lo strumento, pur fornendo valori medi differenti nei due campioni, ha consentito di ottenere confronti relativi, all'interno del campione italiano, talora con significatività statistica. La modalità di testare su una popolazione altrettanto numerosa – sono circa 2500 gli operatori dei Servizi tossicodipendenze – fornirà più esaurienti confronti.

L'esiguità del campione non ha, inoltre, eliminato molti effetti di disturbo nell'analisi di altre variabili, i cui valori non sono stati riportati. D'altronde, tali risultati, in questa fase iniziale dell'indagine, non erano attesi. Né sono state compiute elaborazioni per gruppi di più variabili. Già alcune indicazioni ci paiono degne di attenzione come, per esempio, l'influenza dei fattori temporali (Età/Anni di lavoro) sul grado di *Burn-out*.

Altri interessanti suggerimenti provengono dalle correlazioni che riguardano il Gruppo di lavoro: i rapporti interpersonali nel contesto

lavorativo, e soprattutto le implicazioni affettive, sembrano incidere notevolmente sulle capacità di tollerare e affrontare il disagio derivante dalla frustrazione.

I dati, dunque, pur nel loro mero valore orientativo, indicano già alcune direzioni di analisi da percorrere con maggior accuratezza.

Bibliografia

- Cherniss, C. *Staff Burn-out. Job Stress in the Human Service*. Sage Publications Inc., Beverly Hills 1980. Trad. it. *La sindrome del Burn-out*. Centro Scientifico Torinese, Torino 1983.
- Contessa, G. "L'operatore sociale cortocircuitato: la burnout syndrome in Italia", in *Animazione Sociale*, 42-43, novembre 1981-febbraio 1982.
- Danesi, M. "La sindrome del *Burn-out* nell'operatore per le tossicodipendenze", in Lopez, M., Leone, A. (a cura di). *Le tossicodipendenze*. Pacini Editore, Pisa 1984.
- Edelwich, J.E., Brodsky, A. *Burn-out Stages of Disillusionement in the Helping Professions*. Human Science Press, New York 1980.
- Maslach, C., Jackson, S.E. *Maslach Burn-out Inventory*, in Consulting Psychologists Press Inc., Palo Alto 1981.
- Stewart Paine, W. (Ed.). *Job Stress. and Burn-out. Research, Theory Intervention Perspective*. Sage Publications Inc., Beverly Hills 1982.

Capitolo 6

IL *BURN-OUT* DEGLI OPERATORI SOCIALI PENITENZIARI

Ignazio Drudi, Maria Vittoria Sardella

Nell'ambito dell'organizzazione del Convegno *Carcere e ruolo degli operatori sociali. Mutamenti normativi, nuove emarginazioni, nuove forme di controllo penale*, promosso da un gruppo di operatori sociali del Ministero di Grazia e Giustizia, è stato chiesto all'ARIPS di collaborare per l'approfondimento del tema relativo alla sindrome del *Burn-out* negli operatori sociali penitenziari. La collaborazione si è strutturata come segue:

- è stato messo a disposizione degli organizzatori il questionario sul *Burn-out*, lievemente modificato e integrato per adattarlo alla specificità del contesto carcerario (si tratta dello stesso strumento ideato nel 1985 e in seguito sottoposto a procedura di validazione statistica);
- il questionario è stato distribuito in varie realtà penitenziarie agli "operatori dell'aiuto" (educatori, assistenti sociali, medici, psicologi ecc.). Ciò è stato possibile grazie all'impegno degli operatori del comitato organizzatore;
- i risultati sono stati presentati nel corso del Convegno che si è tenuto a Milano il 16 maggio 1992.

Per rendere agevole la categorizzazione degli operatori che riempiono lo strumento è stato calcolato un punteggio di disagio lavorativo che, dopo un opportuno cambiamento di scala, può essere equiparato alla temperatura corporea che è stata chiamata "febbre".

La febbre individuale consente di raggruppare i soggetti a seconda della loro temperatura di *Burn-Out*, in particolare:

Soggetti sani	da 36 a 36,9 gradi
Soggetti a rischio	da 37,0 a 37,9 gradi
Soggetti malati	38,0 gradi e oltre

È interessante, fin da ora, anticipare un risultato rilevante dell'analisi condotta: in base alla tripartizione descritta, per cui gli operatori

penitenziari che hanno compilato il questionario si collocano nel seguente modo:

sani	20,1%
a rischio	33,3%
malati	46,5%

TOTALE 100%

6.1- Gli operatori

Hanno aderito all'iniziativa 145 operatori penitenziari, le notizie che seguono si riferiscono, però, a 144; spiegheremo in seguito il perché. La maggioranza relativa è composta da donne.

Non giovanissimi (più della metà ha oltre 35 anni), sono prevalentemente coniugati e con alto titolo di studio (laurea + titolo para-universitario = 75,9%). Sono rappresentate tutte le qualifiche, con una preponderanza di educatori (37,5%) e di assistenti sociali (22,9%). La stragrande maggioranza ha un contratto di lavoro stabile. Una buona percentuale lavora presso una casa circondariale; gli altri operatori provengono anche dai centri di servizio sociale, da ospedali psichiatrici giudiziari e da case di reclusione. Le Regioni che hanno dato maggior adesione sono state, nell'ordine, la Toscana, la Campania e la Lombardia.

Le motivazioni di carattere ideale sono ai primi posti al momento della scelta del lavoro: in una scala di importanza, dove 0 indica nessuna e 100 la massima importanza, gli operatori collocano tra 60 e 70 "Fare qualcosa di utile per gli altri" e "Fare qualcosa di significativo sul piano civile/politico". Analizzando le motivazioni attuali a continuare questo lavoro e, soprattutto, le differenze con le motivazioni iniziali si nota una grossa delusione: calano decisamente i motivi politici e culturali e aumentano, invece, quelli più "inaspettati" (lavoro civile, 20 punti; lavoro utile, 15; culturalmente avanzato, 12; di contro, stima e prestigio sociale, +9; persone che stimo fanno questo lavoro, +7).

Meno di un terzo è soddisfatto del lavoro che fa e non cambierebbe, la metà cambierebbe lavoro se ne trovasse uno simile, tutti gli altri fanno un bilancio negativo della loro esperienza lavorativa.

Questo il quadro generale di chi ha risposto. Un quadro interessante, nel quale compaiono operatori non alle prime armi, qualificati, "nobilmente" motivati in partenza, un po' stanchi e delusi e, certamente, sofferenti di *Burn-out*.

Ci sono alcuni elementi che differenziano questo gruppo da altri che abbiamo esaminato. Il primo è questo: vi è una preponderanza, più che proporzionale, rispetto alle classi di età della popolazione italiana di persone che hanno tra i 30 e i 40 anni, più di quanto ci si potrebbe

aspettare se la scelta di fare questo lavoro fosse stata casuale. Queste sono generazioni nelle quali l'“utopia” ha trovato terreno più fertile che non in altre, anche per la storia che le ha caratterizzate. Ciò può, in modo indiretto, farci identificare questo insieme di persone come portatrici di uno dei fattori scatenanti la sindrome del *Burn-out*, che è quello di una forte idealizzazione, almeno iniziale, in termini di motivazione al lavoro. Questo è sicuramente un fattore di rischio ed è presente in coloro che hanno risposto. Un'altra caratteristica è che vi è una “forte” presenza di persone separate o divorziate. Questo è un altro fattore di rischio: i *single* sono più colpiti da fenomeni di questo tipo e, tra essi, chi ha avuto una separazione è ancora più a rischio.

La composizione in termini di Regioni di lavoro di questo collettivo non è equilibrata. Il campione, però, è evidentemente non significativo, non si tratta di un'estrazione casuale e la rappresentatività non va al di là di queste 144 persone. Siamo sicuramente in presenza di un rischio di autoselezione, probabilmente a questa iniziativa hanno risposto coloro che avvertivano il problema in maniera più pressante. Questo va detto, ma non sminuisce l'importanza dei risultati.

Va, inoltre, sottolineato che, soprattutto sulle variabili anagrafiche, si registrano delle non risposte. Alcune persone che hanno riempito buona parte del questionario non hanno risposto ad alcune domande specifiche.

I tassi più alti di non risposta (5-6%, abbastanza alti trattandosi di un'adesione volontaria) sono concentrati su tutte quelle domande che, in qualche modo, possono suggerire un'identificazione: sesso, età, mansione, luogo di lavoro e provincia di lavoro. Abbiamo avuto una percentuale di evasione molto superiore a quella che riscontriamo di solito e non pensiamo che sia una dimenticanza. Ipotizziamo che alcuni operatori abbiano ommesso volontariamente le notizie su sesso, età e qualifica per paura di essere individuati e, quindi, riconosciuti. Probabilmente il luogo di lavoro è percepito come “controllante” non solo dai detenuti e questa paura è un'altra concausa della sindrome.

A proposito della qualifica professionale, hanno compilato il questionario anche operatori non strettamente “dell'aiuto”. In particolare, personale di segreteria, alcuni direttori e un agente di custodia. Abbiamo deciso di trattare, comunque, le informazioni fornite da questi operatori, perché ci sembrava un segnale interessante che si fossero collocati tra le *help professions* e, per motivi di esiguità di numero e quindi di segretezza, abbiamo collocato tutti nella dizione “personale amministrativo”.

Abbiamo dovuto, invece, eliminare il questionario dell'agente di custodia, perché era uno solo e, quindi, non solo riconoscibilissimo,

ma anche rappresentativo solo di se stesso. Questo è il motivo per cui il collettivo di riferimento è 144.

Infine, ad alcune Regioni il questionario non è stato nemmeno proposto, perché non c'era nessun operatore proveniente da quelle Regioni nel gruppo promotore dell'iniziativa.

Dal confronto con dati nazionali registrati con il nostro strumento emerge che gli operatori penitenziari sono quelli con temperatura più alta, insieme a chi lavora in strutture protette per anziani (entrambi 38°), seguiti a breve distanza da chi è occupato in comunità terapeutica (37,8°).

Completamente "senza febbre" sono invece gli insegnanti e gli operatori di servizi specialistici.

Questo stato di malessere/benessere conferma che una delle maggiori cause di bruciatura è costituita sia dal contatto con situazioni devianti e di emarginazione sia dalla permanenza in istituzioni "totali".

Si tratta di operatori che lavorano in settori che richiedono un forte impegno personale e un alto investimento emotivo e che, quindi, sono maggiormente esposti al *Burn-out*.

6.2- Il Burn-out in carcere

6.2.1- Le variabili socio-demografiche

Incrociando le variabili socio-demografiche con le temperature di *Burn-out* scopriamo che i più ammalati sono coloro che non indicano il sesso (febbre = 38,3°) e le donne (38,2°); in ogni caso, gli uomini non godono ottima salute (37,7°). La classe di età più colpita è quella che va dai 31 ai 35 anni (misura 38,2°), mentre i più anziani sono a rischio o, probabilmente, già cicatrizzati. La famiglia, anche in questo caso – meno di altre situazioni, però –, fa da cuscinetto ammortizzante: i *single* (sia non sposati che separati) registrano una temperatura superiore, pur se di poco, a quella dei coniugati. Anche il titolo di studio, come già visto da altre applicazioni dello stesso strumento, fa da ammortizzatore: chi ha un titolo di studio "basso" ha una febbre molto alta (media inferiore, 39,4°) e viceversa (laurea, 37,9°). Di solito, chi ha un titolo di studio elevato ha anche una qualifica elevata e questo consente un'elaborazione più raffinata del problema. Nel nostro caso, però, il titolo di studio funziona come difesa fino a un certo punto.

Quello che emerge è che chi ha un basso titolo di studio sta malissimo e chi ha un titolo di studio più alto sta meno male, non bene.

6.2.2- Le variabili lavorative

Passando ad analizzare le variabili lavorative, la situazione di disagio maggiore si osserva tra gli educatori, siano essi educatori *tout-court* (38,6°), o educatori coordinatori (38,4°), e tra gli assistenti sociali che non hanno funzione di coordinamento (38,3°). Dalla parte opposta ci sono medici, insegnanti, assistenti sociali con funzioni di coordinamento (rispettivamente 36,9°, 37,3°, 37,4°).

Quella di medico e insegnante sono professioni che hanno uno status sociale molto più definito e che sicuramente si coniugano anche con attività esterne. Inoltre, questi operatori hanno un rapporto di lavoro di tipo consulenziale che, quindi, consente di centrare i propri interessi sull'esterno. Anche gli assistenti sociali coordinatori lavorano più all'esterno dell'istituzione carceraria, questo potrebbe spiegare il grado minore di febbre.

La stabilità del posto di lavoro, che nei primi studi sul *Burn-out* era considerato uno degli elementi di benessere e che poteva agire positivamente sulla prevenzione del disturbo, ha assunto, negli ultimi tre anni, valenza negativa. Ciò emerge anche dai nostri operatori: chi è di ruolo ha una temperatura superiore ai 38°, mentre chi ha un incarico non si è ancora ammalato. Si può ipotizzare, a questo proposito, che siano cambiati i valori legati al lavoro.

Non basta più avere un "posto sicuro" per essere soddisfatti del proprio lavoro; anzi il non potere, per contratto, fare alcuna attività parallela facilita la diminuzione di creatività e di scambi intellettuali. Queste considerazioni sono confortate anche dal fatto che chi svolge una seconda attività lavorativa ha solo pochi decimi, cioè è un soggetto "a rischio" ma la seconda attività serve a non farlo ammalare completamente.

A proposito del luogo di lavoro si nota che, ancora una volta, sono i "distratti" a registrare il grado di febbre più alta. Chi non indica il luogo di lavoro misura, infatti, una temperatura di poco inferiore a 39°. Del tutto inaspettatamente, invece, chi lavora in ospedale psichiatrico giudiziario ha 37,5° di febbre. È la Lombardia (cioè gli operatori di San Vittore) la Regione più sofferente (oltre 38,5°), mentre il Piemonte non presenta stati febbrili (36,7°), l'Emilia Romagna e la Campania presentano solo qualche decimo (rispettivamente 37,3° e 37,5°).

Questi risultati suscitano sorpresa e, di conseguenza, maggiori interrogativi. In una delle Regioni e, quindi, delle carceri che gode di peggior fama (Poggioreale, in Campania) si registrano temperature veramente lievi e lo stesso accade negli OPG (istituzioni due volte totali). Questo è un tipico dato a cui dare interpretazione dall'"interno". È solo un problema di stereotipo e pregiudizio, ma il

realtà queste istituzioni non sono così “infernali” come vengono dipinte? Il carcere è duro, ma le relazioni tra gli operatori sono qualitativamente soddisfacenti? Gli operatori sono partiti aspettandosi il peggio, quindi quasi vaccinati? O, ancora, questi operatori sono ormai cicatrizzati e, come tali, sono “guariti” ma portano i segni dell’ustione?

La temperatura disaggregata per anni di lavoro nel posto e nel ruolo attuale non presenta variazioni. Questi dati sono piuttosto eccentrici, stanno a indicare che la sindrome, nel contesto penitenziario, non ha evoluzione. Di solito si registra una fase crescente (inizio carriera), un apice (dopo 5-6 anni di lavoro) e una fase decrescente. Pare, invece, che il solo fatto di “essere entrati” in carcere abbia fatto salire la febbre ai nostri operatori.

6.2.3- Motivazioni e bilancio attività lavorativa

La caduta delle motivazioni spiega ulteriormente lo stato di malessere. Sono i “malati” quelli che hanno perso maggiormente la speranza di fare un lavoro a valenza politica/sociale e utile agli altri, e sono sempre loro quelli che rimangono nel posto di lavoro perché non sanno dove andare (e che non hanno scelto questo lavoro per caso). I “sani”, invece, non si aspettavano di intraprendere una carriera che li aiutasse a crescere personalmente e temevano un lavoro monotono. D'altronde, come ci si poteva aspettare, i “sani” sono soddisfatti e non cambierebbero lavoro; mentre chi pensa di aver sbagliato tutto è quasi in fase terminale (oltre 39°).

Posti di fronte al quesito “Quali sono gli aspetti che dovrebbero cambiare più in fretta per migliorare le condizioni di lavoro?”, gli operatori in questione rispondono che sono prevalentemente di tipo strutturale (52,4%), al secondo posto (33%) quelli a carattere “interfacciale” (colleghi, utenti, territorio) e all’ultimo posto (14,6%) quelli più strettamente personali (carattere, competenze professionali).

Mettendo in relazione questi aspetti aggregati con la febbre da *Burn-out* non si notano differenze di rilievo (la temperatura oscilla da 38°, per gli strutturali, a 38,2°, per i personali). Analizzando, invece, gli aspetti disaggregati, notiamo che la punta minima è toccata da chi vorrebbe un contratto diverso, mentre la massima da chi vorrebbe un dirigente diverso o da chi ha indicato un numero tale di aspetti da fare ritenere nulla la risposta.

6.2.4- Azioni per prevenire/curare il Burn-out

I “malati” sono decisamente in fuga. Oltre il 30% ha chiesto l’aspettativa, o ha avviato le pratiche per la pensione anticipata, e

circa la metà sta cercando un altro lavoro. Chi cerca di andare in pensione ha una temperatura veramente elevata (oltre 39°). D'altronde anche il non muoversi non risolve la situazione: chi non ha ancora intrapreso nessun tipo di iniziativa ha, comunque, quasi 38°. La formazione da sola non basta a risolvere problemi organizzativi, aiuta a stare "un po' meglio" personalmente. Se il *Burn-out* fosse un disturbo psicologico individuale potrebbe essere sufficiente una psicoterapia per curarlo. Dal momento che, e siamo sempre più convinti, è una malattia professionale, la soluzione può venire solo dalla combinazione tra cambiamenti organizzativi e aggiustamenti personali.

6.3- Conclusioni

Qual è la reazione normale di fronte al perdurare di uno stato di disagio ai livelli che abbiamo fin qui visto per lunghi periodi di tempo? Le reazioni possibili sono fondamentalmente due: o gli operatori si "cicatizzano", cioè diventano "malati cronici", imparano a convivere con un livello di disagio che, per il fatto di essere accettato, si abbassa e si scavano una sorta di bozzolo, una nicchia ecologica di sopravvivenza. Questa soluzione ha, evidentemente, effetti devastanti circa la capacità di continuare a lavorare e circa l'investimento emotivo, e quindi gli effetti sono deleteri non solo per il singolo operatore ma anche per gli utenti e, così, per l'intera collettività.

Oppure, altra forma di reazione, soprattutto adottata da chi non si rassegna, è quella del "darsi da fare", del cercare soluzioni per risolvere il problema. Qualunque sia la reazione, però, una cosa è certa: quando andiamo a misurare la febbre troviamo la gente che "è rimasta" nel posto di lavoro.

I "reduci" delle altre situazioni da noi analizzate avevano trovato, dopo la fase acuta, una sorta di *modus vivendi*. Nel caso degli operatori penitenziari non è così. Chi è rimasto continua a stare male, non presenta sintomi evidenti di cicatrizzazione o rassegnazione. È un risultato importante, perché quando un organismo ha la febbre, sta male.

È anche vero, però, che un organismo che ha la febbre sta sviluppando degli anticorpi, sta cioè tentando di mobilitare le proprie energie per uscire da uno stato di disagio. A volte, per guarire, sono sufficienti gli anticorpi prodotti; altre volte c'è bisogno di un aiuto esterno. In questo caso sarebbe necessaria una terza via, che in fisiologia pare non esistere: i tanti, o pochi, anticorpi che esistono nell'organismo "operatori penitenziari" dovrebbero mettersi d'accordo su una strategia comune.

Bibliografia

Edelwich, J., Brodsky, A. *Burn-out: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. Human Sciences Press, New York 1980.

Drudi, I., Sardella, M.V. "La misura e le determinanti del Burnout", in *GO&C, Gruppi Organizzazioni Comunità*, Città Studi, Milano, n. 1, gennaio-giugno 1993, pp. 52-62.

Capitolo 7

LA PREVENZIONE DEL *BURN-OUT*

Guido Contessa

7.1- Premessa

La sindrome del *Burn-out* è stata identificata come esplicita malattia professionale degli operatori dell'aiuto da C. Maslach nel 1975.

In questi venti anni molti ricercatori hanno dato della sindrome diversi significati che, tuttavia, possono essere sintetizzati come segue.

La *Burn-out syndrome* è un insieme di sintomi che testimoniano l'evenienza di una patologia comportamentale a carico di tutte le professioni ad elevata implicazione relazionale. Essa si distingue dallo stress, che eventualmente può essere concausa del *Burn-out*, così come si distingue dalle diverse forme di nevrosi, in quanto disturbo non della personalità ma del ruolo lavorativo.

Allo stadio conclamato si manifesta attraverso tre categorie di sintomi a volte sequenziali, a volte combinati fra loro:

- 1- comportamenti che testimoniano un forte disinvestimento dal lavoro;
- 2- eventi auto-distruttivi (disturbi di carattere psicosomatico o del comportamento, diminuzione delle difese immunitarie, aumento della propensione agli incidenti, ecc.);
- 3- comportamenti etero-distruttivi diretti all'utente (indifferenza, violenza, crudeltà, spersonalizzazione ecc.).

La sindrome si presenta in significativa correlazione con l'esposizione a utenti di maggior disagio, ruoli di basso prestigio e scarsa formazione professionale. Le cause principali sono essenzialmente riconducibili a tre variabili principali, spesso intrecciate fra loro:

- 1- eccessiva idealizzazione della professione d'aiuto precedente all'entrata nel lavoro;
- 2- mansione frustrante o inadeguata alle aspettative;
- 3- organizzazione del lavoro disfunzionale o patologica.

Queste concause evidenziano due nodi principali nelle professioni dell'aiuto, il cui superamento avrebbe la funzione di prevenire e curare il *Burn-out*, oltre che dare qualità ai servizi d'aiuto.

La prima è quella del reclutamento, della formazione, della selezione degli operatori.

La seconda riguarda l'organizzazione del lavoro nei sistemi d'aiuto.

7.2- I lavoratori dell'aiuto

Ancora oggi il lavoro dell'aiuto sconta il peccato di un'ideologia assistenziale, per la quale il lavoro sociale non è altro che una forma, indebitamente retribuita, di beneficenza. Medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri, educatori, insegnanti sono ancora immersi nella mistica del missionariato. I servizi sanitari, sociali e culturali sono considerati una prova della munificenza statale. L'utente non è un cliente, ma un postulante cui viene fatta l'elemosina di una prestazione d'aiuto. Le conseguenze di tale ideologia, solo da poco in via di estinzione ma ancora molto diffusa a livello emotivo, toccano gli utenti, gli operatori e le organizzazioni.

Gli utenti non hanno diritti, non hanno potere: più che coinvolti vengono asserviti alle necessità del professionista dell'aiuto.

Gli operatori sono animati da un forte spirito oblativo e salvifico e si sentono collocati automaticamente dalla parte del bene (salute, sapienza, potenza, bontà).

Le organizzazioni si considerano utili per il solo fatto di esistere e non hanno alcuna spinta al risultato, che si identifica con l'aiuto prestato.

In sintesi, il lavoro d'aiuto non è stato finora considerato un lavoro, ma piuttosto una vocazione, una missione, un dovere, un atto di solidarietà, una strada per la santità.

7.2.1- Motivazioni ed aspettative

La scelta di un lavoro risponde sempre a una motivazione psicologica e si fonda su aspettative ragionate. Queste ultime sono legate all'immagine sociale di una professione, alle informazioni realistiche che la riguardano, all'appetibilità sul mercato del lavoro, ai livelli di remunerazione, alle possibilità di carriera.

Le professioni d'aiuto, almeno negli ultimi trent'anni, hanno accumulato in tutte queste voci un pesante passivo immagine sociale sfocata o dequalificata, quando non addirittura negativa; progressivo rifiuto del mercato del lavoro; basse remunerazioni; quasi nessuna possibilità di carriera. Perché, dunque, le professioni d'aiuto vedono un costante aumento degli aspiranti? La domanda può trovare una

risposta non nelle aspettative, quanto nelle motivazioni psicologiche, cioè nei bisogni profondi che attraversano coloro che desiderano diventare professionisti dell'aiuto.

La prima motivazione riguarda il fatto che chi sceglie questa professione ha un forte bisogno di aiutare. Aver bisogno di aiutare significa innanzitutto mettersi al di qua della soglia del bisogno di essere aiutati. Essere preposti alla cura dei malati significa postulare la propria salute come inattaccabile. Dedicarsi alla psicoterapia implica una certificazione permanente di salute mentale. Assistere un soggetto in stato di bisogno offusca la consapevolezza del proprio bisogno. Aiutare, in certo modo, significa salvarsi dal male esterno.

La seconda motivazione è legata alla prima. Porsi in un ruolo di bonificatore, benefattore, salvatore, non solo esorcizza la paura del male esterno, ma garantisce una buona immagine di sé, cioè esorcizza dal male esterno. Non può che meritare il paradiso chi dedica la vita agli altri, non può che essere buono chi lavora per l'aiuto: chi lotta contro il male, e per di più il male degli altri, è un "cavaliere bianco".

La terza motivazione riguarda il potere. Chi ha bisogno d'aiuto è sempre in stato d'inferiorità, posseduto dal male e da esso depotenziato: come un bambino cattivo o malato. Il professionista dell'aiuto si pone come grande madre accogliente e grande padre onnipotente. Esso può fare da contenitore di ogni male del paziente, controllarlo con il suo potere ed espugnarlo.

Da queste tre riflessioni emerge un immaginario dell'aspirante professionista che si fonda su tre pilastri: la salute, la bontà e il potere. Naturalmente queste motivazioni sono legittime, come tante altre, e possono essere utili nella professione, ove siano consapevoli e controllate. Il fatto è che spesso non lo sono affatto.

La non consapevolezza e l'assenza di controllo di questi bisogni profondi si trasformano facilmente in una serie di vissuti molto dannosi per l'operatore e per l'utente. L'incontro con il bisogno, il disagio, il dolore e la morte attacca l'immagine del potente salvatore e produce depressione e sentimenti di impotenza.

L'impossibilità di aiutare facilita l'insorgere del dubbio circa la propria bontà fino a trasmettersi nel vissuto di malvagità.

Infine, la scoperta dell'impotenza fa vivere come diabolico e persecutorio il potere maligno di cui il paziente è portatore. Questo groviglio di possibili vissuti, che colgono l'operatore che è partito da un'enorme idealizzazione della professione, lo porta alla frustrazione prima e al *Burn-out* poi.

7.2.2- Azione preventiva rispetto a motivazioni e aspettative

Su questo tema entrano in gioco i meccanismi di reclutamento, formazione di base e selezione degli operatori d'aiuto. Finora è bastato l'elemento volontaristico. Molti sono coloro che iniziano a diventare operatori d'aiuto a partire da esperienze giovanili di volontariato o di obiezione di coscienza. In quale scuola professionale, o università, viene fatta una selezione psicologica per l'ammissione? E in base a quale giustificazione non ne viene fatta alcuna? In nome di un egualitarismo formale e di un permissivismo falsamente democratico chiunque è ammesso a scuole per operatori dell'aiuto, con il risultato di carriere infelici, servizi dannosi e utenti danneggiati. Una volta che un allievo è ammesso a una scuola per una professione dell'aiuto, ci dovremmo almeno aspettare che il curriculum preveda una formazione delle *skills* psicologiche minime (un po' di consapevolezza e di autocontrollo) e invece nulla, neppure nelle Facoltà di Psicologia, che preparano gli allievi a sviluppare consapevolezza e autocontrollo, quando non cura e guarigione, nei futuri utenti ma non negli psicologi. Lo stesso dicasi per i medici, anche psichiatri. Ancora, i meccanismi di selezione per una qualsiasi mansione tecnica industriale prevedono colloqui e test attitudinali, mentre l'ammissione a un servizio dell'aiuto si basa, quando non su cooptazioni amicali, su concorsi di tipo amministrativo o teorico cognitivo.

La prevenzione del *Burn-out* richiede una revisione completa dei sistemi di reclutamento, formazione di base e ammissione in servizio. Essi devono basarsi sull'analisi delle motivazioni e puntare sulla promozione dei livelli di consapevolezza e controllo del mondo esterno. Una volta inserito nell'organizzazione d'aiuto, l'operatore dovrebbe essere aiutato in modo permanente con un'apposita supervisione relativa ai suoi vissuti professionali.

7.3- L'organizzazione del lavoro d'aiuto

Il lavoro d'aiuto ha, per sua natura, la necessità della libertà. Anche un lavoratore dipendente deve avere lo statuto del professionista: con il diritto alla ricerca e alla formazione permanente, al segreto professionale, alla discrezionalità dei mezzi impiegati.

In genere, purtroppo, questo statuto è riconosciuto, e non sempre, solo ai lavoratori laureati, mentre i diplomati sono più spesso coartati nei loro diritti professionali.

Ciò detto, è pur vero che, spesso, le mansioni affidate al lavoratore dell'aiuto contengono elementi fortemente dequalificati, molto stressanti, sovente lontani dalle aspettative. Basti pensare al carico burocratico-amministrativo che grava sui medici, o alla condizione mista di operatore dell'aiuto e della repressione cui sono costretti infermieri ed educatori a contatto con pazienti psichiatrici, ex tossicodipendenti, carcerati; o ancora alle situazioni di pazienti con gravi handicap, non autosufficienti o terminali, dove la terapia consiste solo nel prendersi cura senza alcuna speranza di risultati.

Orbene, in questi casi la prevenzione del *Burn-out* dovrebbe vedere il lavoro organizzato con tempi non stressanti, magari con periodi part time o mansioni a rotazione, per periodi non lunghissimi; con la suddivisione del carico di lavoro meno gradevole su diversi operatori.

Un altro problema relativo al lavoro è quello che riguarda retribuzione e carriera. Il lavoro sociale non è gratificante per il primo aspetto, né per il secondo. Può sembrare paradossale, ma retribuzione e carriera, prestigio e potere sono inversamente proporzionali alla vicinanza con i soggetti bisognosi d'aiuto, con la sola eccezione dei medici chirurghi. Il medico di guardia guadagna meno del primario che guadagna meno dell'accademico. L'educatore di un servizio territoriale che vede ogni giorno l'utente, guadagna meno dell'assistente sociale che lo vede una volta al mese, che guadagna meno del capo-servizio che lo vede una volta l'anno. L'unica possibilità di carriera, nel settore dell'aiuto, consiste nell'allontanarsi dall'aiuto stesso. La continuativa vicinanza all'utente va, inoltre, di pari passo, per i ruoli di frontiera, con la diminuzione delle opportunità di ricerca e formazione permanente.

Una seria prevenzione del *Burn-out* dovrebbe compensare con maggiori retribuzioni gli operatori *front-line*, offrendo loro maggior potere e maggiore libertà. Non essendo, questo, possibile per motivi economici, occorre allora trovare sistemi compensatori come la formazione e la supervisione permanenti, l'istituzione dell'anno sabbatico, il coinvolgimento attivo in attività di ricerca e di confronto professionale e scientifico, la possibilità di carriere orizzontali (spostamenti premio, sia pure temporanei, in servizi più gratificanti), l'uso di strumenti di incentivazione legati alla qualità delle prestazioni.

7.4- L'organizzazione dei sistemi d'aiuto

La terza causa possibile dell'insorgenza del *Burn-out* è il modo stesso con il quale sono organizzati i sistemi nei quali i lavoratori dell'aiuto devono operare. Malgrado gli *helpers* siano professionali, i sistemi di aiuto che li contengono sono modellati sui principi organizzativi delle

tradizionali organizzazioni burocratiche e tayloristiche. I principi dei livelli gerarchici e della divisione del lavoro, della prevalenza delle procedure e della impersonalità delle prestazioni, ormai messi in discussione persino nelle più tradizionali imprese produttrici di beni materiali, producono paradossi se applicati nei sistemi di aiuto.

Il lavoro dell'aiuto si fonda, infatti, sulla discrezionalità, la personalizzazione del rapporto, l'integrazione delle competenze, il predominio del risultato. La contraddizione fra questi caratteri peculiari delle professioni d'aiuto e il modo con cui sono organizzati i sistemi "contenitore" (servizi socio-sanitari, scuole, case di riposo, ospedali ecc.) è palese.

Su questa base generale si innesta un elemento specifico che facilita ulteriormente il *Burn-out*: la difficoltà di verificare e valutare i risultati. In una impresa *profit*, sia materiale che immateriale, il risultato è il profitto. In un sistema d'aiuto il risultato è il benessere. Mentre il primo è facilmente quantificabile, il secondo non lo è affatto. Chi lavora in una impresa *profit* dispone di parametri di conferma o disconferma della propria prestazione abbastanza chiari e di facile applicazione. Chi lavora in un sistema d'aiuto lavora al buio, in un regime di risultati invisibili e di responsabilità distribuite.

La carenza di confronto individuale con i risultati delle proprie azioni produce, da una parte, uno stato d'incertezza continua e, dall'altra, facilita la produzione di allucinazioni.

7.4.1- La funzione della gerarchia

I sistemi d'aiuto richiedono un diverso modo di interpretare il ruolo gerarchico. Questo, nelle imprese materiali tradizionali a impianto burocratico e tayloristico, si esprime essenzialmente su due interventi: il comando e il controllo dell'esecuzione.

Nei sistemi d'aiuto il comando è possibile solo riguardo a fattori marginali (orario di lavoro, assegnazione di utenze, mansioni transitorie), mentre è impossibile sul contenuto del lavoro: il *professional* dell'aiuto opera con discrezionalità e non può essere comandato a fare o non fare un intervento. L'origine di questo diritto alla discrezionalità risiede nel fatto che l'operatore d'aiuto è, in certo modo, "comandato" dai bisogni dell'utente.

Anche il controllo dell'esecuzione non è uno strumento utile e possibile per l'autorità operante nei sistemi d'aiuto. Da una parte perché l'operatore d'aiuto non è controllabile a vista, dall'altra perché l'esecuzione del comando è discrezionale.

L'autorità nei sistemi d'aiuto deve essere esercitata attraverso interventi specifici: il contenimento dell'ansia; il supporto, la consulenza, la stimolazione della qualità; la distribuzione di incentivi immateriali; la creazione di strumenti di controllo dei risultati.

Un'azione preventiva del *Burn-out* da parte del ruolo di autorità si esprime mediante l'uso articolato e combinato di questi interventi.

7.4.2- La funzione dell'équipe

Il lavoro dell'aiuto si svolge necessariamente in équipe. Il principio della discrezionalità esclude il comando e richiede il consenso nella gestione ordinaria del sistema d'aiuto. L'équipe è lo strumento della gestione autoritaria consensuale di un sistema d'aiuto.

D'altro canto un utente richiede la cooperazione di competenze diverse che apportino differenti informazioni, molteplici punti di vista interpretativi del bisogno e strategie di intervento combinate. L'équipe è un "operatore plurale" dell'aiuto, che si articola via via nelle azioni sequenziali o parallele dei singoli *professionals*.

Infine, l'équipe fornisce all'operatore uno spazio di appartenenza e confronto, di supporto emotivo e di controllo: essa è un contenitore delle dimensioni affettivo-razionali che sono implicate nel lavoro dell'aiuto.

Naturalmente le tre funzioni indicate per l'équipe dell'aiuto (produzione del consenso, operatore plurale e contenitore) hanno una valenza positiva per l'efficienza e possono prevenire il *Burn-out*, a condizione che l'équipe funzioni.

Laddove il gruppo di lavoro è attraversato da processi disfunzionali o da dinamiche patologiche, invece della prevenzione, esso offre una accelerazione dell'emergenza del *Burn-out*. Rovesciando il concetto, possiamo dire che l'équipe svolge un ruolo preventivo del *Burn-out* a patto che riesca a costruire un consenso, funzionare come un operatore plurale e agire come contenitore emotivo-razionale.

7.4.3- La funzione del clima

I sistemi di aiuto producono benessere per i clienti attraverso il benessere degli operatori d'aiuto. O meglio, producono benessere solo se sanno prevenire il malessere o il *Burnout* degli operatori. Salute, benessere, disagio sono concetti di tipo essenzialmente soggettivo. Un individuo sente di star bene o male, e il suo è soprattutto uno stato d'animo. Anche i sistemi hanno uno stato d'animo che la psicologia chiama "clima".

Il clima di un'organizzazione d'aiuto è, al tempo stesso, causa ed effetto degli stati d'animo degli individui che ne fanno parte e delle loro relazioni. Un clima depressivo, o conflittuale o disgregato, è, contemporaneamente, spia e causa di una situazione generale che può facilmente esistere in un *Burn-out* diffuso. Il controllo e l'azione nel miglioramento del clima organizzativo è, dunque, una delle possibili leve di prevenzione. In termini operativi è essenziale la

periodica rilevazione del clima dell'organizzazione complessiva e l'intervento per la sua tenuta a livelli soddisfacenti.

7.4.4- Il Burn-out del sistema

Esiste, infine, l'ipotesi di un'insorgenza del *Burn-out* a livello dell'intero sistema di aiuto. Una simile eventualità è certamente foriera di molteplici casi individuali. Questo fenomeno si può riscontrare in quelle organizzazioni d'aiuto che nascono sulla spinta di una forte idealizzazione, poi entrano in una routine frustrante e mettono in atto un'organizzazione disfunzionale o patologica.

È frequente il presentarsi di questa eventualità nelle comunità per tossicodipendenti, nei servizi per handicappati gravi, per anziani dementi o per malati terminali di AIDS, nei centri di accoglienza per nomadi o extra-comunitari. In questi casi assistiamo a fenomeni collettivi di disinvestimento emotivo, di depressione o di sadismo, molti dei quali arrivano alla ribalta dei quotidiani. La prevenzione di questo *Burn-out* istituzionale è possibile solo attraverso il monitoraggio periodico delle principali funzioni organizzative: clima, appartenenza e soddisfazione degli operatori, risultati, percezione dei clienti. In sostanza, come afferma M. Jahoda, l'organizzazione si garantisce la salute solo attraverso una permanente ricerca su se stessa.

Bibliografia

- Contessa, G. "L'operatore sociale in cortocircuito: la burnout syndrome in Italia", in *Animazione Sociale*, n.42-43, novembre '81-febbraio '82.
- Contessa, G. *Prigioni, monasteri, fabbriche*. Clup, Milano 1988.
- Cherniss, C. *La sindrome del burn-out*. Centro Scientifico Torinese, Torino 1983.
- Paine, W.S. (a cura di). *Job Stress and Burn-Out. Research, Theory, Intervention Perspective*, Sage Publishing, Beverly Hills 1982.
- Edelwich, J.E. Brodsky, A. *Burn-Out. Stage of Disillusionnement in the Helping Professions*. Human Sciences Press, New York 1980.
- Rossati, A. "Burn-out: l'esaurimento da stress degli operatori dei servizi sanitari", in *Psicologia Italiana Notizie*, n. 2-3, 1985.
- Danesi, M. "La sindrome del burn-out nell'operatore per le tossicodipendenze", in Lopez, M., Leone, A. (a cura di). *Le tossicodipendenze*. Pacini Editore, Pisa 1984.
- Jahoda, M. *Current Concepts of Positive Mental Health*. Basic Books, New York 1985.
- Santinello, M. *La sindrome del burn-out*. ERIP, Pordenone 1990.
- Maslach, C. *La sindrome del burn-out*. Cittadella, Assisi 1992.
- Spaltro, E. *Qualità*. Patron, Bologna 1994.