

*Università degli studi di Modena e Reggio Emilia*  
*Facoltà di Scienze della Comunicazione*

**Corso di Laurea in**  
**Scienze della Comunicazione**

**A.A. 2014-2015**

**Burn-out:**  
**crocevia tra disagio intrapsichico e malattia professionale**  
**con particolare riguardo agli operatori odontoiatrici**

Relatore: **Chiar.mo Prof. Michele Mariani**

Laureanda: **Elena Iardella**

## INDICE

<b>INTRODUZIONE</b>	Pag.	3
<b>1 CAPITOLO I:</b>		
1.1 Definizione di Burn-out e notizie storiche		4
1.2 Le cause		6
1.3 Sintomi e terapia		13
1.4 Incidenza ed aspetti epidemiologici		16
<b>2 CAPITOLO II:</b>		
2.1 La valutazione		18
2.2 Strategie di prevenzione e supporto		22
2.3 Principali contributi		
2.3.1 Teorie internazionali		26
2.3.2 Gli studi italiani		35
2.4 Regolamentazione giuridica		
2.4.1 La regolamentazione giuridica in Italia		36
2.4.2 La regolamentazione giuridica in UE		37
<b>3 CAPITOLO III:</b>		
3.1 Prima del Burn-out: lo stress		38
3.2 Il Coping		39
3.3 Differenze tra Burn-out e stress		40
<b>4 CAPITOLO IV:</b>		
4.1 Le caratteristiche tipiche dell'Odontoiatria		43
4.2 Le caratteristiche recenti dell'Odontoiatria		45
<b>CONCLUSIONI</b>		49
<b>BIBLIOGRAFIA</b>		52

## INTRODUZIONE

Questo elaborato, si propone di offrire un contributo all'analisi del Burn-out: sindrome da stress lavorativo che spesso viene equiparata ad una comune forma di stress. Nel corso del mio lavoro sono partita analizzando il problema alla luce dei suoi maggiori aspetti, ma poi ho preso in considerazione il mio ambiente di lavoro: lo studio odontoiatrico, cogliendo, dopo molti anni in esso, un terreno fertile idoneo allo sviluppo di tale malattia professionale.

Oggi, anche se per molti questo rappresenta una novità, per un medico dentista che possiede un proprio studio, ciò rappresenta il fatto che egli deve essere sempre all'altezza di ogni situazione, sia sul piano medico che economico aziendale. Questo significa che il medico deve applicarsi con un impegno superiore alla media e sarà proprio questo carico di lavoro a condurlo non di rado, a fenomeni di stress che se non affrontati, possono danneggiare il proprio stato fisico.

In particolare nel primo capitolo ho raccolto notizie storiche sull'argomento, cause, sintomi. Nel secondo capitolo in particolare ho esposto l'argomento approcciandomi ai modelli di Maslach e Cherniss tenendo conto anche della relativa regolamentazione giuridica esistente in Italia e nella UE. Poiché il Burn-out viene spesso confuso con lo stress né ho delineato le differenze nel terzo capitolo ed anche il passaggio dallo stress al Burn-out. Nel quarto ed ultimo capitolo ho preso in considerazione il mio ambiente lavorativo partendo dalle caratteristiche tipiche e da quelle invece più recenti arrivando alla conclusione che il 20% degli operatori è insoddisfatto della propria vita lavorativa. Le peculiari caratteristiche della professione rendono l'odontoiatra una possibile vittima di tale processo stressogeno. Se non si riconoscono tempestivamente i segni premonitori, la Sindrome da Burn-out può trascinare l'individuo in una condizione che peggiora la qualità della sua vita sia professionale che privata. Tutto questo affinché non degenerino in forme patologiche.

## CAPITOLO I

### 1.1: DEFINIZIONE DI BURN-OUT E NOTIZIE STORICHE

Il Burn-out è un processo stressogeno legato alle professioni di aiuto (helping professions). Queste sono le professioni che si occupano di aiutare il prossimo nella sfera sociale, psicologica, etc. Si parla quindi di infermieri, medici, psicologi, insegnanti, assistenti sociali. Queste professioni sono interessate da due problematiche motivo di stress: le loro e quelle delle persone con cui interagiscono. La conseguenza sarà che queste persone, se non opportunamente trattate, inizieranno a sviluppare un lento processo di "logoramento" o "decadenza" psicofisica dovuto alla mancanza di energie ed all'incapacità a scaricare lo stress accumulato. Letteralmente Burn-out significa proprio "bruciare fuori", dunque è qualcosa di interiore che esplode all'esterno per manifestarsi. Il Burn-out racchiude in sé il "non farcela più, l'insoddisfazione quotidiana, ma anche l'irritazione quotidiana, la delusione, lo svuotamento tipiche appunto di chi è delegato ad aiutare gli altri e tutto questo trova un ambiente idoneo in cui annidarsi, proprio nel campo della sanità, tant'è che l'argomento sta riscontrando un notevole interesse da parte della letteratura psicologica e psichiatrica. Tutte le professioni socio-assistenziali comportano un coinvolgimento emotivo: il rapporto tra colui che opera e l'utente si concentra sui problemi di quest'ultimo ed è perciò spesso gravata da sensazioni di ansia, imbarazzo, disperazione. Partendo dal presupposto che la soluzione dei problemi legati ad un utente non è semplice, la situazione diventa ancora più ambigua e frustrante e lo stress cronico può logorare emotivamente l'operatore e condurlo al Burn-out. In conclusione il Burn-out è quindi l'esito patologico di un processo stressogeno che colpisce le helping professions qualora queste non rispondano in maniera adeguata ai carichi eccessivi di stress che il loro lavoro li porta ad assumere. La concezione del lavoro e la sua collocazione all'interno della vita di una persona e delle sue abitudini quotidiane risentono del pensiero sociale sul lavoro, che si è trasformato radicalmente dal passato ad oggi. Il lavoro infatti è stato per secoli ritenuto un'attività ignobile, da assegnare principalmente a schiavi e prigionieri, mentre solo le attività di coordinamento e supervisione, venivano esercitate dai rappresentanti delle classi sociali più elevate. Nel 1700 il lavoro cominciò a diventare un'attività sempre più diffusa tra i rappresentanti di tutte le classi sociali e gradualmente si avviò un cambiamento nell'immaginario sociale rappresentando il lavoro come un'attività dignitosa ed orientata al raggiungimento di un obiettivo, che può essere la realizzazione di un bene o la creazione di un servizio. "Nelle società odierne il lavoro ha assunto nuovi significati rispetto a quelli che aveva in passato: esso, infatti, non è più solo uno strumento per acquisire

risorse materiali, ma è anche un elemento che consente la realizzazione dell'individuo, attraverso l'espressione dei suoi bisogni e delle sue potenzialità. Mentre, infatti, la società capitalistico-industriale enfatizzava certi valori, quali l'efficienza, la produttività, la standardizzazione dei prodotti, la riduzione dei costi, etc, la società post-industriale sottolinea invece l'importanza di dimensioni quali la creatività, la qualità della vita, la soggettività, l'emotività, il benessere individuale e del gruppo di lavoro. Quindi, viene superata l'ottica esclusivamente strumentale con cui si guardava al lavoro per porre in primo piano il benessere e la felicità dell'individuo". Il termine Burn-out è però apparso per la prima volta nel 1930, nel mondo dello sport, per indicare l'incapacità di un atleta, dopo alcuni successi, di ottenere ulteriori risultati e/o mantenere quelli acquisiti<sup>6</sup>. Solo nel 1974 Herbert Freudenberger utilizza il termine di Burn-out descrivendo l'esaurimento fisico ed emotivo sperimentato dagli operatori di una istituzione psichiatrica<sup>7</sup>. Da una prima descrizione dei segni e sintomi specifici che ritiene compaiano dopo il primo anno di lavoro, osservando che vi è maggior incidenza negli operatori più motivati; noia e routine vengono definite importanti per la sua insorgenza. Freudenberger usa quindi il termine Burn-out per indicare una sindrome caratterizzata da sintomi psico-fisici e di atteggiamenti verso il lavoro, e le sue componenti costituirebbero la fase finale di un processo difensivo-reattivo verso condizioni di lavoro vissute come insoddisfacenti. Infatti Freudenberger, mettendo in guardia contro i danni che possono derivare alla conoscenza del Burn-out dal fatto di rinchiudersi nel proprio guscio scientifico, affermò viceversa che *«se percepiamo il Burn-out come il riflesso di un'ampia area di condizioni sociali ed una risposta ad esse, dobbiamo incoraggiare sociologi, biologi, economisti, psichiatri, politologi, ingegneri industriali e uomini d'affari ad assisterci nella nostra ricerca»*<sup>2</sup>. Il termine Burn-out ben presto ha cominciato ad imporsi e svariati sono stati i modelli teorici elaborati nel corso degli anni successivi (Cherniss, Maslach, Pines e Aronson, in Italia Del Rio e Contessa, Sirigatti e Stefanile, ecc.). Nel 1975 infatti la psichiatra americana Cristina Maslach riprese il termine per definire la sindrome i cui sintomi evidenziano una patologia comportamentale a carico di tutte le professioni ad elevata implicazione relazionale. Per correttezza di informazione vero è che la prima pubblicazione in cui si parla di sindrome di Burn-out è un articolo del 1974 di Herbert J. Freudenberger ma sembra però che nel 1973 Christina Maslach abbia parlato di sindrome da Burn-out durante un convegno della American Psychological Association tenutosi a Montreal [Rossati-Magro, 1999, 163]. A partire dai primi anni in cui il fenomeno è stato studiato, esso è stato riscontrato anche in tutti quei mestieri legati al quotidiano dei problemi delle persone in

difficoltà ( poliziotti, carabinieri, avvocati, vigili del fuoco...), tutte situazioni che producono un coinvolgimento emotivo (Wikipedia).

## 1.2: LE CAUSE

Nel mettere in evidenza le cause del Burn-out, quindi, occorre distinguere fattori individuali (componente soggettiva e componente oggettiva dello stress) e fattori socio-culturali:

CAUSE DEL BURN-OUT	Fattori individuali	Stress professionale	Cause soggettive
	Fattori sociali, culturali, storici		

Tabella 1: Cause del Burn-out

### CAUSE SOGGETTIVE

La componente soggettiva dello stress è quella che determina quali stimoli verranno percepiti come stressanti e l'intensità della reazione individuale a tali stimoli. Fanno parte di questa componente le caratteristiche della personalità, le aspettative professionali, lo stress non professionale [cfr. Bonino 1988, cap.11].

#### a) Caratteristiche della personalità

- Insufficiente maturazione emotiva
- Incapacità di reggere relazioni sociali coinvolgenti
- Tendenza all'eccessivo coinvolgimento nelle problematiche altrui
- Intolleranza della frustrazione
- Insufficiente superamento della “posizione depressiva” (con il significato dato a questa espressione da Melanie Klein), cioè insufficiente capacità di elaborare la spinta a “riparare” laddove la “riparazione” è inconsciamente assunta come propria *responsabilità* [Rossati-Magro 1999,53]
- Incapacità di gestire il tempo in modo efficace e produttivo, con conseguente continua insoddisfazione per come lo si è utilizzato (indipendentemente dagli esiti raggiunti)

Inoltre, ci sono delle caratteristiche comportamentali e dei tratti personali predisposti, che si possono riassumere in:

- Tendenza ad identificarsi con il paziente
- Abnegazione al lavoro
- Lavoro quale sostituto della vita sociale
- Concetto di sé come indispensabile
- Elevatissime aspirazioni professionali
- Tendenza ad attribuire a “se stessi” il merito o il demerito degli accadimenti
- Stile di vita iperattivo e competitivo
- Scarsa capacità di adattamento
- Personalità autoritaria

b) **Aspettative professionali**

- **Motivazioni inadeguate:** desiderio inconsapevole di esercitare potere decisionale sugli altri; bisogno inconscio di approfondire la conoscenza di sé; identificazione con professionisti di successo; fantasia del salvatore
- **Convinzioni inadeguate:** “la formazione garantisce la competenza” e/o “la competenza garantisce la riuscita”
- **Mistica professionale:** rappresentazioni idealizzate della professione (ritenuta intrinsecamente stimolante e gratificante) e dell’utenza (ritenuta sempre riconoscente e collaborativa)
- **Narcisismo patologico:** rappresentazioni idealizzate del “sé professionale” (possono portare al cosiddetto “delirio di onnipotenza”)

c) **Stress non professionale**

Lo stress non professionale a cui si è sottoposti rappresenta un costituente importante della componente soggettiva dello stress professionale; è noto, infatti, che tanto più un soggetto è stressato fuori dal lavoro, tanto più intensa sarà la sua reazione agli stimoli stressanti in ambito lavorativo. T.Holmes e R.Rahe, nel 1967, hanno associato ai più comuni eventi lieti e spiacevoli della vita un valore numerico, che rappresenta il potenziale di stress di tali eventi.

I primi eventi della scala di Holmes-Rahe in ordine decrescente sono:

- morte del coniuge (il più stressante in assoluto)
- divorzio
- separazione

- incarcerazione
- morte di un familiare
- malattia grave (propria)
- matrimonio

<b>SCALA DEGLI EVENTI STRESSANTI:</b>		
• Morte del coniuge		100
• Divorzio		73
• Separazione coniugale		65
• Morte di un parente stretto	63	
• Incidente o malattia		53
• Matrimonio		50
• Licenziamento		47
• Riconciliazione coniugale		45
• Pensionamento		45
• Gravidanza		40
• Difficoltà sessuali		39
• Cambiamento nel lavoro		39
• Cambiamento economico		38
• Morte di un amico intimo		37
• Cambiamento responsabilità lavorative		29

Tabella 2: Scala degli eventi stressanti

Questi eventi, benché non direttamente legati alla sfera lavorativa sono così stressanti da amplificare lo stress professionale.

#### CAUSE OGGETTIVE

La componente oggettiva dello stress professionale è stata studiata da D.Cooper, che ha individuato varie classi in cui possono essere suddivise le forme di stress (stressors): intrinseche al lavoro, relative al ruolo nell'organizzazione, relative allo sviluppo della carriera, relazionali, relative all'equipe [Rossati-Magro, 1999,33-5].

Il modello di Cooper con qualche modifica, può essere utilizzato per suddividere le fonti di stress tipiche delle professioni sociali [cfr. Bernstein-Halaszyn 1989]:

##### 1) Intrinseche al servizio

- Relative al lavoro:
  - Scarsa retribuzione contrattuale

- Straordinari e ore lavorative extra poco retribuiti o addirittura non pagati
- Condizioni ambientali sfavorevoli: scarsa ventilazione, rumore, illuminazione scarsa o abbagliante, umidità, troppo caldo o troppo freddo
- Poche risorse materiali: carenze strutturali e/o di strumentazione
- Orari stressanti
- Relative all'utenza:
  - Stessi utenti troppo a lungo
  - Utenti cronico e/o incurabili
  - Poche informazioni sugli utenti (diagnosi, anamnesi, etc)
  - Sovraccarico qualitativo di lavoro (richieste troppo difficili)
  - Sovraccarico quantitativo di lavoro (eccesso di richieste)
  - Troppa routine

## 2) Relative al ruolo nell'organizzazione

- Sovraccarico di ruolo: responsabilità superiori al potere decisionale
- Ambiguità di ruolo: compiti specifici non chiari
- Incongruenza di ruolo: il ruolo non è quello desiderato
- Conflitto di ruolo: richieste contraddittorie da parte di uno o più superiori

## 3) Relative alla carriera

- Competizione tra colleghi per ottenere promozioni
- Delusione per le retrocessioni subite
- “Ansia da prestazione” per le promozioni ricevute
- Misteriosità per il modo in cui qualcuno fa carriera e qualcuno no [cfr. Pollo, pagine web]

## 4) Relazionali

- Relazioni con i colleghi:

- Conflitti tra colleghi: i conflitti possono nascere tra colleghi con o senza la stessa qualifica e con o senza lo stesso mansionario; possono riguardare qualsiasi questione lavorativa o personale
  - Comunicazione insufficiente tra colleghi
  - Poche gratificazioni
  - Incapacità di differenziare le mansioni: nell'equipe molto competitive ognuno vuol fare tutto ciò che fanno gli altri per timore di essere professionalmente danneggiato dalla differenziazione; avviene così che alcune funzioni rimangono scoperte, altre moltiplicate con chiara riduzione dell'efficienza [cfr. Pollo, pagine web]
  - Relazioni sentimentali-sessuali: se i colleghi scoprono la relazione possono avere reazioni sgradevoli, eventualmente amplificate se la relazione è omosessuale (volere essere tenuti al corrente dei dettagli, essere gelosi, condannare moralmente la relazione o al contrario incoraggiarla in modo forzato); se la relazione finisce, continuare a lavorare insieme può essere molto stressante;
  - Mobbing, ovvero "persecuzione psicologica negli ambienti di lavoro": consiste in azioni di sabotaggio professionale o personale da parte di colleghi coalizzati
- Relazioni con il Direttore:
    - Feed-back poco efficace: il feed-back non è proattivo (il Direttore dice ciò che non va fatto e non dice ciò che andrebbe fatto); non è relativo ad una situazione specifica; mette in campo i sentimenti del Direttore; si estende a condizioni che non dipendono dall'operatore; arriva troppo tardi o troppo presto; non include verifica di chiarezza (Il Direttore dà per scontato che l'interlocutore abbia capito).
    - Poche gratificazioni: il lavoro ben fatto non viene riconosciuto o apprezzato
    - Conflitti di valore tra Direttore ed operatori
    - Bossing ovvero "persecuzione psicologica negli ambienti di lavoro" da parte del Direttore o da parte di altri superiori.

## 5) Relativi all'equipe

- “Spirito d'equipe” scarso o assente
- Insufficiente disponibilità alla negoziazione

Un modello alternativo a quello di Cooper è stato recentemente elaborato da Cristina Maslach (insieme a M.P.Leiter), tale modello ordina le cause oggettive del Burn-out in 6 classi rispettivamente relative a:

- carico di lavoro
- autonomia decisionale
- gratificazione
- senso di appartenenza
- equità
- valori

Nella loro opera, Maslach e Leiter sostengono che il Burn-out è dovuto principalmente ai fattori oggettivi dello stress professionale: le cause soggettive sono quindi secondarie nel determinare l'insorgenza della sindrome [cfr. Maslach-Leiter 1987].

## CAUSE SOCIO-CULTURALI

La velocità e la facilità con cui lo stress professionale porta alla sindrome del burn-out dipendono da numerosi fattori sociali e culturali. Alcuni di questi fattori sono stati messi in evidenza da C. Cherniss nella sua importante opera del 1983 sul Burn-out [cfr. Cherniss, 1983, Rossati-Magro 1989, 52-5]:

- 1) Diminuzione del sostegno informale: contemporaneamente all'aumento del disagio si verifica una diminuzione o una scomparsa totale delle istituzioni informali di sostegno sociale: per esempio, è scomparso il poliziotto di quartiere che rappresentava una guida morale oltre che un tutore della legge (soprattutto negli Stati Uniti); anche la parrocchia non possiede la stessa influenza morale e psicologica di un tempo. Così, tutto il sostegno sociale e psicologico dei soggetti disagiati è a carico delle istituzioni formali: i centri di igiene mentale, i servizi per i tossicodipendenti, le comunità. Di conseguenza, lo stress degli operatori delle istituzioni formali tende ad aumentare.
- 2) Scarsa fiducia da parte degli utenti: gli utenti non hanno più fiducia nei servizi sociali e nei loro addetti. Sono costretti a ricorrervi spesso, ma si rivolgono ai servizi con astio ed aggressività anche grazie alla cattiva pubblicità dei media (il concetto di malasanità) con

conseguente aggressività nei confronti degli operatori. Anche questo favorisce il passaggio da stress a Burn-out.

- 3) Svalutazione del lavoro di aiuto da parte di modelli sociali di successo personale e guadagno economico: è la svalutazione sociale del lavoro in se stesso, a favore del successo personale e del guadagno economico, con conseguente svalutazione di tutte le professioni sociali (professioni notoriamente poco pagate, nell'ambito delle quali il successo personale è molto relativo) ma in particolare della professione degli insegnanti, verso i quali l'atteggiamento della società è mutato nel tempo ed oggi è diventato opprimente e aggressivo (P.Ranjard parla di "*insegnanti perseguitati*" dalla società, e P.Fiorentini di "*professori disintegrati*" da "amarezza, rabbia e frustrazioni" [Rossati-Magro 1999, 90-1]).
- 4) Incremento della domanda: aumento dell'affluenza di pazienti a fronte della disponibilità dei soliti mezzi. La disgregazione del tessuto sociale comporta un grave aumento delle varie forme di disagio psico-sociale e quindi un aumento della domanda ai servizi sociali. Gli operatori sociali si trovano a fronteggiare un maggiore numero di utenti con maggiori problemi, spesso senza un proporzionale aumento delle risorse a loro disposizione. Questa situazione aumenta lo stress degli operatori e può portare al Burn-out.

Nello studio delle possibili cause del Burn-out è fondamentale includere l'analisi del contesto organizzativo nel quale l'individuo opera. La struttura di tale contesto sociale plasma il modo in cui le persone interagiscono tra loro ed il modo in cui eseguono il lavoro stesso. Se poi l'ambiente lavorativo non riconosce l'aspetto umano del lavoro, il rischio del Burn-out si alza, portando con sé un alto prezzo da pagare. Inoltre la trasformazione del mondo del lavoro e sto parlando sia di globalizzazione che di innovazione tecnologica ha portato dei cambiamenti nella natura del lavoro. Il contesto organizzativo è continuamente modellato da forze sociali, culturali, economiche potenzialmente rischiose. Di conseguenza, le organizzazioni sono messe a dura prova, forzate ad aumentare la produttività, a riprogettare le gestioni e a resistere allo sfruttamento opportunistico di altre persone. Le tensioni derivanti, quindi, da grandi cambiamenti sociali finiscono spesso col danneggiare le persone, i lavoratori, i quali, interiorizzano tali mutamenti e li trasformano in stress fisico e psicologico. Così, la tensione scende come una cascata partendo da un contesto politico ed economico, passando attraverso le politiche regionali, l'organizzazione locale e, infine si riserva sui singoli individui. La realtà è che nonostante sia l'individuo a fare esperienza di Burn-out, è la discrepanza tra persona e lavoro a costituirne la causa principale. Queste discrepanze sono da

considerarsi come i più importanti antecedenti del Burn-out e sono sperimentabili in sei ambiti della vita organizzativa: carico di lavoro, autonomia decisionale, gratificazione, senso di appartenenza, equità, valori.

### 1.3: SINTOMI E TERAPIE

Il contatto costante con le persone e con le loro esigenze, l'essere a disposizione delle molteplici richieste e necessità sono alcune delle caratteristiche comuni a tutte quelle attività che hanno come obiettivo professionale il benessere delle persone e la risoluzione dei loro problemi. La sindrome del Burn-out ha maggiore probabilità di svilupparsi in situazioni di forte divario tra la natura del lavoro e la natura della persona che svolge quel lavoro. Molti contesti lavorativi richiedono una forte dedizione ed un notevole impegno, sia in termini economici che psicologici e, in certi casi i valori personali sono messi in primo piano a scapito di quelli lavorativi. Le richieste quotidiane rivendicate dal lavoro, dalla famiglia e da tutto il resto consumano l'energia e l'entusiasmo del lavoratore. Quando poi successo, conquista ed obiettivi (spesso troppo ambiziosi) sono difficili da conseguire, molte persone perdono la dedizione data a quel lavoro e cercano di tenersi a distanza pur di non farsi coinvolgere e, spesso, diventano cinici.

Il Burn-out ha manifestazioni specifiche:

- deterioramento progressivo dell'impegno nei confronti del lavoro: un lavoro inizialmente importante, ricco di prospettive ed affascinante diventa sgradevole, insoddisfacente e demotivante
- deterioramento delle emozioni: sentimenti positivi come per esempio l'entusiasmo, motivazione e piacere svaniscono per essere sostituiti dalla rabbia, dall'ansia, dalla depressione
- problemi di adattamento tra la persona ed il lavoro: i singoli individui percepiscono questo squilibrio come una crisi personale mentre in realtà è il posto di lavoro a presentare problemi

In sintesi le dimensioni tipiche del Burn-out sono:

- Esaurimento: è la prima reazione allo stress prodotto da eccessive richieste di lavoro o da cambiamenti significativi. Quando una persona sente di avere oltrepassato il limite massimo, sia a livello emozionale che fisico, si sente prosciugata, incapace di rilassarsi e di recuperare, manca energia per affrontare nuovi progetti, nuove persone, nuove sfide.

- Cinismo: quando una persona assume un atteggiamento freddo e distaccato nei confronti del lavoro e delle persone che incontra sul lavoro, diminuisce sino a ridurre al minimo o ad azzerare il proprio coinvolgimento emotivo nel lavoro e può abbandonare persino i propri ideali-valori. Tali reazioni rappresentano il tentativo di proteggere se stessi dall'esaurimento e dalla delusione, si pensa di essere più al sicuro adottando un atteggiamento di indifferenza, specialmente quando il futuro è incerto oppure si preferisce ritenere che le cose non funzioneranno più come prima, piuttosto che vedere svanire in seguito le proprie speranze. Un atteggiamento così negativo può compromettere seriamente il benessere di una persona, il suo equilibrio psico-fisico e la sua capacità di lavorare.
- Inefficienza: quando in una persona cresce la sensazione di inadeguatezza, qualsiasi nuovo progetto viene vissuto come opprimente. Si ha l'impressione che il mondo trami contro ogni tentativo di fare progressi e, quel poco che si riesce a realizzare, appare insignificante, si perde la fiducia nelle proprie capacità ed in se stessi.

La sindrome è caratterizzata da manifestazioni quali nervosismo, irrequietezza, apatia, indifferenza, cinismo, ostilità delle persone, sia tra di loro sia verso terzi; si distingue dallo stress (concausa del Burn-out), così come si distingue dalla nevrosi in quanto non disturbo della personalità ma del ruolo lavorativo. Dal punto di vista clinico i sintomi del Burn-out sono molteplici, richiamano i disturbi dello spettro ansioso-depressivo e sottolineano la particolare tendenza alla somatizzazione ed allo sviluppo di disturbi comportamentali. Il soggetto colpito manifesta:

- Sintomi aspecifici: stanchezza, esaurimento, apatia, nervosismo, irrequietezza ed insonnia
- Sintomi somatici: insorgenza di patologie varie (ulcera, cefalee, disturbi cardiovascolari, difficoltà sessuali, inappetenza, nausea, vertigini, etc.)
- Sintomi psicologici: rabbia, risentimento, irritabilità, alta resistenza ad andare al lavoro ogni giorno, negativismo, indifferenza, depressione, bassa stima di sé, senso di colpa, sensazione di fallimento, sospetto e paranoia, rigidità di pensiero e resistenza al cambiamento, isolamento, sensazione di immobilismo, difficoltà nelle relazioni con gli utenti, cinismo, atteggiamento colpevolizzante nei confronti degli utenti e critico nei confronti dei colleghi.

Tale situazione di disagio molto spesso porta il soggetto ad abuso di alcool, di psicofarmaci o fumo. Da un punto di vista psico-patologico la sindrome del Burn-out si differenzia dalla

sindrome da disadattamento (sociale o lavorativo o familiare o relazionale) che si verifica all'interno del mondo emozionale della persona ed è spesso scatenata da una vicenda esterna. Per evitare che la sindrome del Burn-out deteriori sia la vita lavorativa che quella privata della persona, bisogna intervenire con efficacia.

In sintesi il Burn-out si esplica in tre fasi:

- All'inizio si manifesta con segni fisiologici e psichici quali irritabilità costante, sensazione di continua ansietà, ipertensione, disturbi del sonno ed altri problemi fisici
- A questi sintomi le persone colpite reagiscono rallentando le loro attività, evitando i rapporti interpersonali e mostrando ad esempio la tendenza ad un consumo eccessivo di nicotina, caffeina, alcool o farmaci.
- Nelle terza fase si osserva uno stato di esaurimento totale con disturbi psichici e fisici cronici: tristezza, depressione, problemi gastrointestinali, forti cefalee o emicranie.

Nel Burn-out ci spiega Willem Lammers, il cervello umano passa dalla modalità "competenza" alla modalità "sopravvivenza". Così, ad un modo di pensare preciso e ponderato si sostituiscono reazioni precipitose e imprecise. In particolare gli odontoiatri sovraffaticati e stressati rispondono ad esempio con reazioni nervose ed esagerate agli errori del personale, ai reclami o all'insorgenza di complicanze mediche durante un trattamento. Il problema della modalità "sopravvivenza" consiste nel fatto che non è così facile passare nuovamente alla modalità "competenza". Le persone colpite hanno bisogno di riposo, sicurezza ed assistenza.

L'approccio terapeutico alla sindrome da Burn-out è vario e dipende dal momento dell'intervento. Quando si ha la possibilità di intercettare i segnali iniziali, ancor prima che diventino disturbi strutturati, può essere utile un atteggiamento di attesa e di ridefinizione di alcune abitudini professionali, con strategie centrate sulla persona o sull'ambiente. Per esempio:

- Tecniche di rilassamento
- Corretta alimentazione ed attività fisica
- Cambiamento delle abitudini lavorative
- Identificazione dei propri valori e della propria identità
- Interventi di counseling
- Apprendimento di tecniche di problem-solving

In una fase, invece di disturbi conclamati, solitamente la sintomatologia assume i connotati delle sindromi ansioso-depressive e pertanto possono essere prese in considerazione, sotto il

controllo di specialisti, terapie farmacologiche a base di benzodiazepine o antidepressivi. In abbinamento a tali terapie può essere utile ricorrere ad interventi di psicoterapia, anch'essi di pertinenza strettamente specialistica.

#### 1.4: INCIDENZA ED ASPETTI EPIDEMIOLOGICI

“Sono diverse le indagini condotte per valutare l’incidenza del Burn-out nell’ambito delle professioni sanitarie, soprattutto su medici particolarmente esposti al coinvolgimento emotivo come oncologi, psicoterapeuti ed infettivologi. Tutti questi studi hanno riscontrato la presenza di fenomeni di Burn-out con un’incidenza percentuale variabile. Anche nel campo dell’Odontoiatria sono stati compiuti studi tra gli operatori che hanno confermato la presenza di questo fenomeno anche se con prevalenze diverse da paese a paese. In Italia, una ricerca ad alta partecipazione di professionisti è stata condotta somministrando circa 4500 questionari ad un gruppo eterogeneo di sanitari tra i quali erano presenti anche odontoiatri. L’indagine riguarda il grado di soddisfazione nell’esercizio della propria professione:

- Il 3,3% per niente soddisfatto
- Il 13,8% completamente soddisfatto
- Il 19% poco soddisfatto
- Il 63,9% abbastanza soddisfatto

Emerge pertanto che quasi un quarto di professionisti che opera nel campo della sanità non è soddisfatto della propria realtà professionale. Tale dato non significa naturalmente che siano tutti soggetti a rischio di Burn-out, ma deve porre una particolare attenzione sulle condizioni predisponenti in riferimento allo sviluppo di questa forma patologica”<sup>8</sup>.

Tra gli aspetti epidemiologici della sindrome del Burn-out descritti nella letteratura, non sembra esistere un accordo unanime tra i diversi autori, sebbene si riscontra un determinato livello di coincidenza per alcune variabili:

- Età
- Sesso
- Stato civile
- Turnazione lavorativa
- Anzianità professionale
- Sovraccarico lavorativo

Età: pare esista un periodo di sensibilizzazione, in quanto durante i primi anni della carriera professionale, il soggetto sarebbe maggiormente vulnerabile

Sesso: le donne rispetto agli uomini, sono più vulnerabili. Questo per diversi motivi, in primis il doppio carico di lavoro ( professionale e familiare).

Stato civile: gioca un ruolo importante in quanto la Sindrome del Burn-out sembra maggiormente presente nelle persone che non hanno un compagno stabile. L'esistenza di figli fa sì che queste persone siano più resistenti alla sindrome.

Turnazione lavorativa: la turnazione e l'orario lavorativo posso causare l'insorgenza della Sindrome del Burn-out.

Anzianità professionale: alcuni studi hanno intravisto una relazione positiva tra la sindrome e l'anzianità professionale, altri hanno intravisto invece una relazione inversa, individuando nei soggetti con più anni di lavoro un minore livello di associazione con la Sindrome del Burn-out.

Sovraccarico lavorativo: esiste una relazione certa tra Burn-out out e sovraccarico lavorativo, in quanto questo fattore produrrebbe una diminuzione delle prestazioni offerte, tuttavia non sembra esistere invece una chiara relazione tra il numero di ore di contatto con i pazienti e l'apparizione del Burn-out. Anche il salario è stato invocato come un altro fattore che innescherebbe l'insorgere del Burn-out in questi professionisti.

### ***EPIDEMIOLOGIA del BURNOUT***

- Età: sembrano più colpiti gli operatori all'inizio della propria attività e quindi i più giovani
- Sesso: più soggette le donne verosimilmente per il doppio carico lavorativo (professionale e familiare)
- Stato civile: più soggetti i single e tra i coniugati chi non ha figli
- Turnazione: incide in maniera rilevante soprattutto se non vengono rispettati i dovuti riposi
- Ruolo lavorativo: i più predisposti sono gli infermieri rispetto ai medici causa del maggior dispendio di energie psicofisiche e della pressione a cui vengono sottoposti dai superiori
- Anzianità professionale: interpretazione non univoca; secondo alcuni i più esposti sono gli operatori con più anzianità di servizio; l'opposto secondo altri
- Sovraccarico lavorativo: ha una relazione diretta con l'insorgenza del burnout

*Tabella 3: Epidemiologia del Burn-out*

## CAPITOLO II

### 2.1:VALUTAZIONE

La tempestività nell'individuare i segni premonitori di un disagio psicologico collegati all'attività di una helping-profession è fondamentale per non scivolare nella sindrome da Burn-out. Per questo sono stati proposti numerosi test di valutazione. Tra questi, è molto utilizzato l'MBI (Maslach Burn-out Inventory), che ha la caratteristica di individuare tre diverse aree di possibile disagio:

- L' Esaurimento emotivo (EE) (Emotional Exhaustion);
- La Depersonalizzazione (DP) (Depersonalization);
- La Realizzazione professionale (PA) (Personal Accomplishment)

L'esaurimento emotivo è la reazione più atipica del Burn-out e si manifesta con la sensazione di avere esaurito le proprie risorse psico-fisiche e con l'incapacità di recupero.

La depersonalizzazione indice una disumanizzazione che porta ad un distacco verso i problemi dei pazienti e tende a trasformare l'empatia, fondamentale nelle professioni di aiuto, in apatia. La ridotta, o mancata, realizzazione professionale può generare un crescente senso di inadeguatezza sulle proprie capacità: la perdita di fiducia in se stessi e la difficoltà a rialzare la testa sono conseguenze quasi inevitabili.

Il test è formato da un percorso di 22 item che misurano 3 dimensioni indipendenti della sindrome del Burn-out, ciascuna individuata da una specifica scala, permettendo non solo di individuare se esiste una condizione di Burn-out, ma soprattutto di identificare l'area precisa di sofferenza. Questo consente anche di mettere in atto interventi di recupero più mirati e selettivi. La frequenza con cui il soggetto sottoposto al test prova le sensazioni relative a ciascuna scala è saggiata usando una modalità di risposta a 6 punti, i cui estremi sono definiti da "mai" ed "ogni giorno".

Inoltre il MBI concepisce il Burn-out non come una variabile dicotomica che può essere soltanto presente o assente, ma piuttosto come una variabile continua che rispecchia i diversi livelli dei sentimenti in gioco.

Il questionario è stato elaborato in due versioni:

- La prima forma (Servizi Socio-Sanitari) è destinata al personale di servizi sanitari, sociali, di salute mentale, etc.
- La seconda forma (Servizi Socio-Educativi) è dedicata al personale insegnante, visto che questo è soggetto a forti pressioni da parte della società non solo per educare i giovani culturalmente e professionalmente con l'incoraggiamento dello sviluppo etico

e morale e andando incontro ai bisogni individuali di ciascun studente, ma anche per cercare di affrontare i problemi quali il rischio di tossico-dipendenza ed alcolismo.

<b>DOMANDE</b>	<b>Mai</b>	<b>Qualche volta all'anno</b>	<b>Una volta al mese</b>	<b>Qualche volta al mese</b>	<b>Una volta alla settimana</b>	<b>Qualche volta alla settimana</b>	<b>Ogni giorno</b>
<b>SEZIONE A</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Mi sento emotivamente sfinito dal mio lavoro							
Mi pare che lavorare tutto il giorno con la gente mi pesi							
Mi sento esaurito dal mio lavoro							
Sono frustrato dal mio lavoro							
Credo di lavorare troppo duramente							
Lavorare direttamente a contatto con la gente mi crea troppa tensione							
Sento di non farcela più							
<b>PUNTEGGIO TOTALE DELLA SEZIONE A</b>							

Tabella 4: Sezione A – Test MBI

<b>DOMANDE</b>	<b>Mai</b>	<b>Qualche volta all'anno</b>	<b>Una volta al mese</b>	<b>Qualche volta al mese</b>	<b>Una volta alla settimana</b>	<b>Qualche volta alla settimana</b>	<b>Ogni giorno</b>
<b>SEZIONE B</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Mi pare di trattare alcuni pazienti come se fossero degli oggetti							
Mi sento stanco quando mi alzo la mattina e devo affrontare un'altra giornata di lavoro							
Ho l'impressione che i pazienti diano la colpa a me per i loro problemi							
Mi sento sfinito alla fine della giornata							
Non mi importa veramente di ciò che succede ad alcuni pazienti							
Da quando ho cominciato a lavorare qui sono diventato più insensibile con la gente							
Ho paura che questo lavoro mi possa indurire emotivamente							
<b>PUNTEGGIO TOTALE DELLA SEZIONE B</b>							

Tabella 5: Sezione B – Test MBI

<b>DOMANDE</b>	<b>Mai</b>	<b>Qualche volta all'anno</b>	<b>Una volta al mese</b>	<b>Qualche volta al mese</b>	<b>Una volta alla settimana</b>	<b>Qualche volta alla settimana</b>	<b>Ogni giorno</b>
<b>SEZIONE C</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Ho realizzato molte cose di valore nel mio lavoro							
Mi sento pieno di energie							
Posso capire facilmente come la pensano i miei pazienti							
Affronto efficacemente i problemi dei pazienti							
Nel mio lavoro affronto i problemi emotivi con calma							
Credo di influenzare positivamente la vita di altre persone attraverso il mio lavoro							
Mi sento rallegrato dopo aver lavorato con i pazienti							
<b>PUNTEGGIO TOTALE DELLA SEZIONE C</b>							

Tabella 6: Sezione C – Test MBI

Interpretazione dei risultati:

Sezione A: Burn-out

- 17 punti o meno: basso rischio
- tra 18 punti e 29 punti: rischio moderato
- uguale o maggiore di 30 punti: alto rischio

Sezione B: Depersonalizzazione

- 5 punti o meno: basso rischio
- tra 6 punti e 11 punti: rischio moderato
- uguale o maggiore di 12: alto rischio

Sezione C: Ridotta realizzazione personale

- 33 punti o meno: basso rischio
- tra 34 punti e 39 punti: rischio moderato
- uguale o maggiore di 40: alto rischio

Un alto punteggio nelle prime due sezioni ed un punteggio basso nell'ultima sezione possono indicare Burn-out.

Un altro metodo di valutazione del rischio Burn-out utilizzato è il test breve di B. Potter:

### TEST BREVE SUL BURN OUT DI B. POTTER

Leggi una frase alla volta e scrivi subito il punteggio.

Alla fine, somma i punteggi di ogni frase.

**Istruzioni: 1= raramente; 2=qualche volta; 3=non saprei; 4=spesso; 5=continuamente**

1. mi sento stanco anche dopo una buona dormita \_\_\_\_
2. sono insoddisfatto del mio lavoro \_\_\_\_
3. mi intristisco senza ragioni apparenti \_\_\_\_
4. sono smemorato \_\_\_\_
5. sono irritabile e brusco \_\_\_\_
6. evito gli altri sul lavoro e nel privato \_\_\_\_
7. dormo con fatica (per preoccupazioni di lavoro) \_\_\_\_
8. mi ammalo più del solito \_\_\_\_
9. il mio atteggiamento verso il lavoro è: "chi se ne frega"? \_\_\_\_
10. entro in conflitto con gli altri \_\_\_\_
11. le mie performance lavorative sono sotto la norma \_\_\_\_
12. bevo o prendo farmaci per stare meglio \_\_\_\_
13. comunicare con gli altri è una fatica \_\_\_\_
14. non riesco a concentrarmi sul lavoro come una volta \_\_\_\_
15. il lavoro mi annoia \_\_\_\_
16. lavoro molto ma produco poco \_\_\_\_
17. mi sento frustrato sul lavoro \_\_\_\_
18. vado al lavoro contro voglia \_\_\_\_
19. le attività sociali mi sfiniscono \_\_\_\_
20. il sesso: non vale la pena \_\_\_\_
21. quando non lavoro guardo la tv \_\_\_\_
22. non mi aspetto molto dal lavoro \_\_\_\_
23. penso al lavoro, durante le ore libere \_\_\_\_
24. i miei sentimenti circa il lavoro interferiscono nella mia vita privata \_\_\_\_
25. il mio lavoro mi sembra inutile, senza scopo \_\_\_\_

**Punteggio Totale** (                    )

Tabella 7: test di Potter

\*\*\* motivazione: X

---- raggiungo gli obiettivi che mi prefiggo

---- acquisisco ed esercito potere

---- mi sento parte di un gruppo

### **Punteggio**

da 25 a 50 --- E' tutto OK

da 51 a 75 --- Meglio prendere qualche misura preventiva

da 76 a 100 ---Sei candidato al burnout

Tabella 8: valutazione del test di Potter

## 2.2: STRATEGIE DI PREVENZIONE

### LA PREVENZIONE PRIMARIA:

consiste nell'individuare gli operatori "a rischio" di Burn-out in ambito di selezione del personale. Una volta individuati tali operatori tra i candidati, i responsabili della selezione possono:

- a) escludere i candidati
- b) selezionare i candidati e costituire un progetto individuale di prevenzione per ciascun operatore a rischio.

### LA PREVENZIONE SECONDARIA

consiste in :

1. Tecniche specifiche di prevenzione (Mosher e Burti)
2. Compiti specifici del direttore ( Bernsein e Halaszyn).

Le tecniche specifiche di prevenzione secondaria secondo Mosher e Burti <sup>50</sup> sono:

- Esercizi didattici mirati: l'equipe segue degli esercizi didattici centrati su argomenti specifici nell'ambito dei quali lo specialista può trasmettere nuove conoscenze e tecniche finalizzate a ridurre lo stress professionale.

- Gruppo per la soluzione dei problemi (staff): lo staff si riunisce in gruppi ed affronta i problemi sorti tra gli operatori. Vengono considerati questi incontri come una forma di “terapia” dove si possono chiarire e confrontare.
- Discussione dei casi problematici con un consulente: periodicamente l’equipe si riunisce per discutere i casi più difficili e complessi. L’obiettivo è quello di far emergere un “consenso di gruppo”.
- Apprendimento di nuove tecniche: l’apprendimento di nuove tecniche educative può avvenire in occasione di esercizi didattici mirati durante una discussione o supervisione di un caso clinico. L’importante è che gli operatori mettano in atto le nuove tecniche scoperte.
- Supervisione: lo scopo è quello di monitorare le condizioni psichiche degli operatori.
- Feste: assicurano la coesione, la fiducia ed il rispetto reciproco all’interno dell’equipe.
- Amicizie: i rapporti di amicizia al di fuori del setting rappresentano un altro metodo di prevenzione del Burn-out.

Compiti specifici del Direttore secondo Bernestein e Halaszyn, 1989, 60-1:

- Essere accessibili
- Essere coerenti
- Chiarire gli obiettivi del servizio ed i poteri degli operatori.
- Rispettare tutti, anche gli operatori nelle decisioni.
- Coinvolgere il più possibile gli operatori nelle decisioni.
- Fornire un “feedback” completo ed efficace; tale feedback deve essere:
  - Proattivo (cioè deve mettere in risalto gli interventi che vanno continuati piuttosto che quelli da non ripetere)

- Limitarsi ad una situazione specifica;
- Tenere da parte i sentimenti del direttore.
- Riguardare solo i comportamenti o le condizioni che dipendono dall'interlocutore
- Arrivare al momento giusto
- Includere una verifica di chiarezza (il Direttore domanda all'interlocutore di parafrasare quanto ha sentito)
- Formare gli operatori con l'esempio
- Esprimersi in pubblico solo con parole di apprezzamento
- Criticare (costruttivamente) gli operatori solo in privato

Schema che riassume l'ottica della prevenzione <sup>52</sup>:

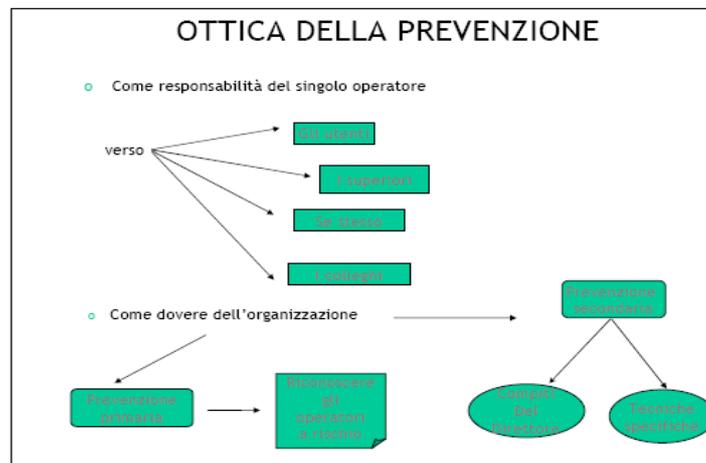


Tabella 9: Ottica della Prevenzione

### Interventi di gruppo:

- Gruppo come risorsa di sostegno, confronto, discussione a livello pratico-organizzativo ma anche emotivo-emozionale <sup>53</sup>.

- Gruppo, attraverso la discussione dei casi, sorregge ed orienta, funge da “contenitore” dei vissuti emotivi; la condivisione permette di smorzare l’intensità delle pressioni e delle ansie emotive, per portarle “fuori di sé”, raggiunge un certo distacco ed uno sguardo più obiettivo sulla situazione.

**Reale dimensione di equipe:**

- Rispetto dell’altro.
- Consapevolezza della soggettività e diversità dei vissuti emotivi.
- Non giudizio.
- Esserci come “ persona”, non solo come “ruolo”.
- Onestà di espressione delle “vere“ emozioni provate.

**Clima:**

Come variabile importante, caratterizzata da:

- Scambio reciproco.
- Sostegno.
- Assenza totale della dimensione giudicante.

Il gruppo favorisce lo scambio di contenuti diversi e la costruzione di un linguaggio comune

<sup>54</sup>. Ciò permette :

1. intervento omogeneo e non frammentario.
2. condivisione di scelte |  
|  
percezione di non essere soli

Ci sono delle linee guida di base elaborate da Shelton e coll. <sup>55</sup> che possiamo riassumere in:

- Che tutti i tipi di informazione siano considerate nel giusto valore.
- Che siano utilizzate adeguatamente le risorse di ciascun membro dello staff.
- Che le decisioni siano presi insieme.

- Che le situazioni di stress siano affrontate con il reciproco supporto di tutti i componenti.
- Necessità di una riunione periodica, almeno settimanale, a cui partecipa tutta l'equipe.

Poi esiste tutta una serie di interventi di prevenzione, a livello degli interventi di organizzazione dei gruppi <sup>56</sup> che sono:

1. Valida ed efficace supervisione del lavoro svolto.
2. Chiari e definiti incarichi di lavoro.
3. Chiari ed efficaci linee di leadership.
4. Lavoro in equipe multidisciplinare.
5. Riunioni ed incontri di discussione dello staff.
6. Rotazione del personale in reparti meno stressanti.
7. Rispetto del periodo di ferie e dei tempi di intervallo.
8. Promuovere ed incentivare gli operatori più efficaci e con maggiore esperienza.
9. Formazione continua del personale, sia a livello tecnico, ma anche a livello comunicativo, relazionale <sup>57</sup>
10. Favorire orari di lavoro regolari ed elastici ed ottimizzare il carico di lavoro per l'operatore.
11. Incoraggiamento della coesione di gruppo.

## 2.3: PRINCIPALI CONTRIBUTI

### 2.3.1 Teorie internazionali:

Esistono 2 modelli principali di interpretazione della sintomatologia del Burn-out: il modello di Maslach ed il modello di Cherniss; inoltre, abbiamo un modello basato sulla competenza/efficacia.

Maslach e Leiter (1997) hanno elaborato un nuovo modello interpretativo che si focalizza principalmente sul grado di adattamento/disadattamento tra persona e lavoro. Secondo questi autori la sindrome del Burn-out ha maggiori probabilità di svilupparsi quando è presente una forte discordanza tra la natura del lavoro e la natura delle persone che svolgono tale lavoro. Queste discrepanze sono da considerarsi come i più importanti antecedenti del Burn-out e sono sperimentabili in sei ambiti della vita organizzativa: carico di lavoro, autonomia decisionale, gratificazione, senso di appartenenza, equità, valori.

CARICO DI LAVORO
AUTONOMIA DECISIONALE
GRATIFICAZIONE
SENSO DI APPARTENENZA
EQUITA'
VALORI

Tabella 10: Cause oggettive del Burn-out secondo Maslach (1997)

Le sei aree di vita organizzativa nelle quali emergono queste discordanze rappresentano il contesto immediato nel quale gli individui si imbattono al lavoro, e all'interno di ciascuna area si trovano i punti di partenza del cammino che dal Burn-out porta all'impegno. Ogni area infatti, contiene i fattori di rischi che da una lato, possono causare i problemi relativi al Burn-out, dall'altro offrire le soluzioni per un buon adattamento ed un valido impegno.

## IL MODELLO DI MASLACH

Maslach, già in un contributo del 1976, parla di Burn-out come di una «*forma di stress interpersonale che comporta il distacco dall'utente*»<sup>20</sup> causato dalla continua tensione emotiva del contatto con persone che portano una richiesta di aiuto. Pur precisando che il Burn-out non colpisce soltanto i soggetti impegnati in specifiche professioni socio-sanitarie, ma tutti coloro che lavorano a stretto contatto con persone per lunghi periodi di tempo, ne sottolinea, tuttavia, la specificità per tutte le professioni d'aiuto<sup>21</sup>. La sua rielaborazione costituisce l'approccio che oggi sembra influenzare maggiormente i ricercatori. Successivamente la definizione viene trasformata operazionalmente e ricondotta ad un processo multifattoriale costituito da tre dimensioni tra loro relativamente indipendenti<sup>16</sup>:

### **1. L'esaurimento emotivo**

Cioè la sensazione di essere in continua tensione, emotivamente inariditi dal rapporto con gli altri. È dovuto alla percezione delle richieste come eccessive rispetto alle risorse disponibili. L'operatore si sente come svuotato delle risorse emotive e personali, e con l'impressione di non avere più nulla da offrire a livello psicologico. L'esaurimento emotivo è, quindi, la sensazione di aver oltrepassato i propri limiti sia fisici sia emotivi, sentendosi incapaci di rilassarsi e recuperare ed ormai privi dell'energia per affrontare nuovi progetti o persone. L'esaurimento emotivo è la caratteristica centrale del Burn-out e la manifestazione più ovvia di questa complessa sindrome.

Quest'aspetto riflette la dimensione di "stress" del Burn-out, coglie gli aspetti critici della relazione che le persone hanno con il proprio lavoro.

L'esaurimento non è semplicemente un vissuto, piuttosto spinge ad allontanarsi dal punto di vista emotivo e cognitivo dalla professione, presumibilmente un modo per far fronte al carico di lavoro <sup>22</sup>.

### **2. La depersonalizzazione**

Cioè la risposta negativa nei confronti delle persone che ricevono la prestazione professionale; costituisce un modo per porre una distanza tra sé ed i destinatari del servizio, ignorando attivamente le qualità che li rendono unici. Le richieste di queste persone sono maggiormente gestibili quando queste ultime vengono considerate oggetti impersonali. In questa condizione l'operatore cerca di evitare il coinvolgimento emotivo con un atteggiamento burocratico e distaccato, e con comportamenti di rifiuto o palese indifferenza verso l'utente. Questi atteggiamenti negativi di distacco, cinismo, freddezza ed ostilità costituiscono il tentativo di proteggere se stessi dall'esaurimento e dalla delusione, riducendo al minimo il proprio coinvolgimento nel lavoro. Una frequente conseguenza della depersonalizzazione è la percezione del senso di colpa da parte dell'operatore.

### **3. La ridotta realizzazione personale**

Cioè la sensazione che nel lavoro a contatto con gli altri la propria competenza e il proprio desiderio di successo stiano venendo meno. L'operatore si percepisce come inadeguato e incompetente sul lavoro e perde la fiducia nelle proprie capacità di realizzare qualcosa di valido. La motivazione al successo cala drasticamente, l'autostima diminuisce e possono emergere sintomi di depressione. In questa condizione è possibile che il soggetto si rivolga alla psicoterapia oppure decida di cambiare lavoro. Questo aspetto ha una relazione complessa

con gli altri due: sembra sia una funzione di entrambi, oppure una combinazione dei due. Una situazione lavorativa caratterizzata da richieste croniche ed opprimenti che contribuiscono all'esaurimento e al "cinismo" è probabile possa erodere il senso di efficacia dell'individuo. Ancora, esaurimento e depersonalizzazione interferiscono con l'efficacia: è difficile raggiungere un senso di realizzazione quando ci si sente esauriti o si aiuta persone verso le quali si prova indifferenza. Comunque, in altri contesti lavorativi, l'inefficacia sembra svilupparsi parallelamente con gli altri due aspetti del Burn-out, piuttosto che in maniera sequenziale<sup>23</sup>. La mancanza di efficacia sembra derivare più chiaramente da una mancanza di risorse, mentre l'esaurimento ed il cinismo emergono dalla presenza di sovraccarico lavorativo e conflitto sociale.

Le tre dimensioni sono valutabili con il "Maslach Burnout Inventory"<sup>24</sup>, un questionario di 22 item sviluppato da Maslach e Jackson nel 1981. Il questionario era in principio rivolto all'uso per le professioni di aiuto, ma in risposta all'interesse per il Burn-out da parte degli insegnanti, fu in seguito prodotta una versione per le professioni educative.

Negli anni Novanta il concetto di Burn-out fu esteso ad occupazioni al di là delle professioni d'aiuto ed educative (ad es. tecnologia del computer, militare, manageriale).

Raffrontando il modello con gli studi precedenti sull'argomento, Maslach e collaboratori rilevano che la depersonalizzazione appare come la dimensione distintiva del Burn-out, ma anche la meno analizzata nelle ricerche sullo stress.

Nei vari studi sullo stress sono stati invece più ampiamente considerati gli aspetti dell'esaurimento emotivo e della realizzazione personale, analizzata soprattutto nei termini di autostima e self-efficacy<sup>25</sup>. Questo porta a concludere che ciò che rende il Burn-out una sindrome specifica, e distinta dallo stress, non sono tanto le sue cause e le reazioni di tensione o insoddisfazione, quanto i sintomi legati ai rapporti interpersonali che si creano nelle relazioni d'aiuto, come il distacco dagli utenti o l'indifferenza. Secondo il modello di Maslach vanno di conseguenza considerate di primaria importanza le caratteristiche di questa relazione dal punto di vista sia quantitativo, come la frequenza, la durata, il numero degli utenti, sia qualitativo, come l'intimità e la distanza interpersonale, senza infine dimenticare le caratteristiche degli utenti (età, classe sociale e tipo di problematica). Maslach descrive così le caratteristiche dei soggetti più vulnerabili al Burn-out: deboli, remissivi, con serie difficoltà a tracciare i confini tra sé e gli utenti, incapaci di esercitare un controllo sulla situazione, rassegnati passivamente alle richieste del lavoro senza tentare di ridimensionarle.

I vari *stressor* della situazione lavorativa, come il sovraccarico o l'ambiguità di ruolo, possono interagire con queste caratteristiche personali portando allo sviluppo del Burn-out.

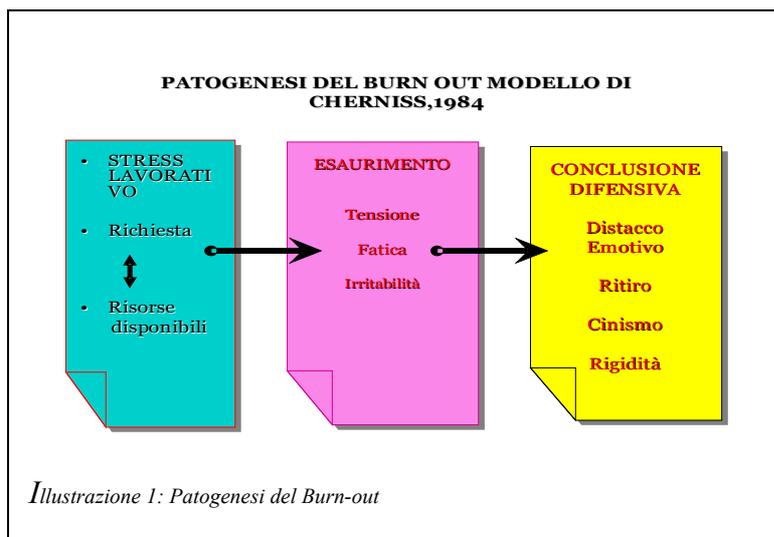
Più recentemente Folgheraiter <sup>26</sup> introduce un quarto elemento descritto come *perdita della capacità del controllo*, vale a dire smarrimento di quel senso critico che consente di attribuire all'esperienza lavorativa la giusta dimensione. La professione finisce per assumere un'importanza smisurata nell'ambito della vita di relazione e l'individuo non riesce a “staccare” mentalmente tendendo a lasciarsi andare anche a reazioni emotive, impulsive e violente.

Un altro modello recentemente elaborato<sup>28</sup> ordina le cause oggettive del Burn-out in sei classi, rispettivamente relative a: carico di lavoro, autonomia decisionale, gratificazioni, senso di appartenenza, equità, valori.

Nel medesimo lavoro l'autrice perviene alla conclusione che il Burn-out è dovuto principalmente ai fattori oggettivi dello stress professionale, relegando a secondo piano le cause soggettive.

### IL MODELLO DI CHERNISS

Cherniss definisce il Burn-out come una strategia di adattamento che ha ripercussioni negative sia per la persona sia per l'organizzazione; si tratta di una modalità errata di adattamento allo stress lavorativo, messa in atto da operatori che non dispongono delle risorse appropriate per fronteggiarlo; è una sorta di “ritirata psicologica” dal lavoro, in risposta ad un eccessivo stress od insoddisfazione, per cui ciò che un tempo era sentito come “vocazione” diventa soltanto un lavoro <sup>29</sup>.



Non si vive più per il lavoro, ma si lavora unicamente per vivere: vi è, quindi, una perdita di entusiasmo, interesse e senso di responsabilità per la propria professione <sup>30</sup>. Questa incapacità

a fronteggiare lo stress è determinata sia da elementi personali, sia da variabili riguardanti il lavoro in sé e la sua organizzazione.

Le possibili manifestazioni del Burn-out secondo Cherniss possono essere divise in quattro gruppi:

#### **1. Sintomi Fisici:**

Fatica e senso di stanchezza, frequenti mal di testa e disturbi gastrointestinali, raffreddori e influenze, cambiamenti delle abitudini alimentari, insonnia e uso di farmaci.

#### **2. Sintomi Psicologici**

Quali senso di colpa, negativismo, sensazioni di fallimento ed immobilismo, alterazioni dell'umore, irritabilità, scarsa fiducia in sé, scarse empatia e capacità d'ascolto.

#### **3. Reazioni Comportamentali**

Come alta resistenza ad andare al lavoro, assenteismo e ritardi, tendenza ad evitare o rimandare i contatti con gli utenti, ricorso a procedure standardizzate.

#### **4. Cambiamenti di atteggiamento con gli utenti**

Verso cui si dimostra chiusura difensiva ai contatti, cinismo, perdita di disponibilità all'ascolto, distacco emotivo, indifferenza, colpevolizzazione; utilizzo di misure del controllo del comportamento come l'uso di tranquillanti; atteggiamenti sospettosi o paranoidei. Anche con i colleghi si sviluppano atteggiamenti di evitamento dei contatti e di risentimento.

Questi sintomi si configurano, secondo la definizione di Cherniss <sup>31</sup>, come la «risposta data ad una situazione di lavoro sentita come intollerabile». Secondo questo autore il Burn-out è la reazione ad uno stato di tensione ed insoddisfazione che inizia a svilupparsi quando il soggetto crede che lo stress che sta provando non possa essere sgravato con una soluzione attiva dei problemi che deve fronteggiare. Il risultato di questa convinzione è il tentativo di fuggire psicologicamente dalla situazione e di allontanare ulteriori tensioni e disagi attraverso atteggiamenti di distacco e comportamenti di evitamento.

Quindi i segni e sintomi del Burn-out lavorativo possono dividersi in 3 gruppi <sup>32</sup>:

1. sintomi cognitivo- emotivi <sup>33</sup>
2. sintomi comportamentali
3. sintomi fisici.

\*I sintomi cognitivo-emotivi sono evidenti nello schema seguenti <sup>33</sup>:

<b>SINTOMI COGNITIVO-EMOTIVI</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Svuotamento emotivo con sentimenti di apatia e di esaurimento delle risorse emozionali sul lavoro e fuori</li><li>• Perdita di entusiasmo, di interesse e di senso di responsabilità nello svolgimento del proprio lavoro</li><li>• Rigidità intellettuale, resistenza ai cambiamenti e utilizzo di un modello lavorativo rigido e standardizzato come difesa emotiva</li><li>• Sensi di colpa e disistima</li><li>• Sentimenti di impotenza e fallimento</li><li>• Scoraggiamento e indifferenza</li><li>• Depressione e ansia</li><li>• Preoccupazione per la propria salute</li></ul>
<p><u>Nei confronti dei pz:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Creazione di un modello stereotipato di paziente</li><li>• Distacco emotivo</li><li>• Malevolenza e cinismo</li><li>• Incapacità di concentrarsi e di ascoltare le richieste e i problemi</li></ul>
<p><u>Nei confronti dei colleghi:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Negativismo, atteggiamento critico</li><li>• Rabbia e risentimento</li><li>• Sospetto e paranoia</li></ul>

Tabella 11: Sintomi cognitivo-emotivi secondo Cherniss

\*I sintomi comportamentali si possono riassumere come nello schema seguente:

<p style="text-align: center;"><b>SINTOMI COMPORTAMENTALI</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Atteggiamento ostile e sgarbato nei confronti degli utenti</li><li>• Atteggiamento colpevolizzante nei confronti degli stessi</li><li>• Evitamento delle relazioni, delle visite, delle telefonate</li><li>• Impazienza</li><li>• Impulsività</li><li>• Irritabilità e aggressività</li><li>• Scarse relazioni con i colleghi</li><li>• Riduzione del rendimento lavorativo</li><li>• Difficoltà a recarsi al lavoro ogni giorno</li><li>• Ridotta partecipazione ad eventi formativi e di programmazione lavorativa</li><li>• Necessità di guardare l'orologio di frequente durante il lavoro</li><li>• Alto assenteismo</li><li>• Vera e propria fuga dal lavoro</li><li>• Abuso di sostanze (alcool, tabacco,caffè,farmaci)</li><li>• Conflitti in famiglia e con il partner</li><li>• Isolamento e ritiro sociale</li><li>• Predisposizione agli incidenti</li></ul>
--

Tabella 12: Sintomi comportamentali secondo Cherniss

\*Infine, in sintomi fisici; sono riassunti nel seguente schema:

<p style="text-align: center;"><b>SINTOMI FISICI</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Senso di stanchezza e spossatezza per tutto il giorno</li><li>• Notevole stanchezza dopo il lavoro</li><li>• Tensione muscolare</li><li>• Malessere generale</li><li>• Disturbi del sonno</li><li>• Disturbi gastrointestinali</li><li>• Perdita o aumento di peso</li><li>• Cefalea ricorrente</li><li>• Frequenti raffreddori e sindromi influenzali</li><li>• Disfunzioni sessuali</li><li>• Aggravamento di malattie preesistenti: emicrania,cardiopatie, connettiviti, diabete, malattie dermatologiche, allergie, asma, patologie psichiatriche ecc.)</li></ul>
--

Tabella 13: Sintomi fisici secondo Cherniss

## **Modelli basati sulla competenza/efficacia**

Secondo il modello “competenza/efficacia” proposto da Harrison<sup>34</sup>, il Burn-out dipende fondamentalmente dalla percezione della propria capacità di intervenire sull’ambiente, in situazioni che richiedano aiuto, e dai risultati positivi del proprio operato sugli utenti. Se l’individuo ritiene di non poter agire in modo efficace, la sua motivazione diminuisce fino ad annullarsi e si rischia di incorrere nel Burn-out. Gli elementi che secondo Harrison influiscono sul senso di efficacia, e di conseguenza sul Burn-out, sono sia interni sia esterni. Per i fattori interni hanno particolare importanza le aspettative del soggetto, la sua percezione di competenza, di potere e di controllo; per gli elementi esterni sono fondamentali gli elementi relativi all’organizzazione, come l’adeguatezza delle risorse e la divisione dei ruoli, la presenza di feedback sui risultati ed i problemi degli utenti. Questi aspetti possono contribuire in senso positivo alla sensazione di competenza e quindi essere considerati “fattori d’aiuto” oppure opporsi a questa sensazione e rappresentare “barriere all’aiuto”. Il Burn-out sembra quindi dipendere sostanzialmente dalle aspettative del soggetto e dall’esperienza che sta attualmente sperimentando<sup>35</sup>.

Questo modello si rivela utile per spiegare il manifestarsi del Burn-out in quei soggetti che si pongono obiettivi ed aspettative particolarmente elevati, perché date queste premesse è più difficile sentirsi veramente efficaci nell’intervento. Secondo Harrison il senso di competenza si sviluppa solo se l’operatore riesce a collegare i risultati raggiunti con gli utenti alle proprie azioni di aiuto. Un’importanza particolare è quindi rivestita dalle abilità del soggetto ad individuare correttamente i bisogni dell’utente, ed a cogliere i feedback provenienti dal suo operato. Se i soggetti mantengono alta la percezione di competenza, ritenendo di avere provocato cambiamenti positivi negli utenti con la loro azione, vi sarà meno pericolo di Burn-out.

L’importanza del senso di efficacia è messa in evidenza anche da Heifetz e Bersani<sup>36</sup>. Secondo questi autori, tutti gli individui sono intrinsecamente dotati di una “motivazione all’efficacia”, che è evidente in coloro che scelgono una professione d’aiuto. Se questo senso di efficacia porta alla capacità dell’operatore di affrontare in modo adeguato i bisogni degli utenti, si ottengono due obiettivi fondamentali: quello di portare benessere agli utenti e quello di poter crescere personalmente e realizzarsi nel lavoro. Quando si verifica una rottura ad un punto qualunque di questo processo può verificarsi il Burn-out, i cui sintomi non dipendono tanto dalla natura di questa interruzione quanto dalle caratteristiche individuali del soggetto ed in particolare dalle sue abilità di coping. Per questo è necessaria la presenza di adeguati

feedback, affinché il soggetto possa riconoscere gli aspetti che lo ostacolano e abbia la capacità di modificarli. Il raggiungimento anche solo di mete parziali può portare un senso di soddisfazione lavorativa importante per la propria efficacia, quindi per prevenire l'insorgere del Burn-out.

### 2.3.2: GLI STUDI ITALIANI:

Anche autori italiani hanno dato un utile contributo su questo argomento. Il primo è G.Contessa che mette in relazione i disastri causati dal senso di onnipotenza e raccomanda all'operatore che voglia prevenire il Burn-out di rifiutare come irrazionale l'idea che sia necessario essere amato da ogni utente ed avere sempre il successo e la simpatia dei superiori. L'autore dice anche che questo operatore dovrà imparare a controllare il suo bisogno di sentirsi responsabili dell'esistenza e della felicità dei suoi assistiti e smettere di occuparsi di tutti i problemi di tutti, e se può, finire di pensare che chiunque sia in disaccordo con lui su certe sue idee, diventi, un suo nemico personale da combattere (Contessa G).

Un altro importante contributo è dato da A.Palmonari che scriveva su cause e rimedi del Burn-out italiano (siamo alla fine degli anni '70) che "sono in gioco limiti profondi della programmazione, scarsa esperienza, di molti dei politici responsabili ... frequenti confusioni tra progetti politicamente validi ed interventi professionalmente difficili da realizzare, sensazioni di isolamento e di impotenza". E suggeriva che "si può uscire da questo ginepraio con un intervento che chiarisca l'orizzonte cognitivo dei vari operatori (gli obiettivi sono questi: i dati prioritari da raggiungere sono questi; per gli altri si può aspettare, non rinviare all'infinito: quello che facciamo è però chiaramente ordinato allo scopo più generale); un orizzonte cognitivo che fornisca loro strumenti operativi aggiornati e li stimoli a definire punti di riferimento essenziali per valutare il proprio lavoro; che mostri la volontà reale di ascoltare le richieste che provengono dal basso; che assicuri la valorizzazione delle esperienze maturate e faciliti l'aggiornamento alle nuove prospettive". Detto in una parola, l'orizzonte cognitivo-affettivo di cui parla Palmonari è quanto in un linguaggio più consono si può chiamare identità e senso di appartenenza di servizio.

Anche Del Rio G. analizza questo fenomeno e lo definisce come lo stress emotivo cronico collegato al lavoro di chi si occupa in maniera diretta e continuativa di un'utenza fortemente disagiata. L'autore non tace sulle difficoltà di definizione univoca e sulla complessità del fenomeno che riconosce come cause fattori individuali, ma anche fattori ambientali. Anzi, le ricerche più aggiornate riconoscono in questo ultimi i fattori decisivi. L'autore rileva come in

questo campo poco si sia fatto di concreto per migliorare la situazione degli operatori e che sindacati ed associazioni tendano scarsamente a farsi carico di questo problema, particolarmente diffuso tra gli infermieri. Eppure, interventi efficaci dovrebbero essere attuati proprio nell'interesse dei cittadini. *“Se, - come scrive Del Rio -, il danno diretto del Burn-out sull'operatore risulta immediatamente evidente, è altrettanto chiaro che gravi sono le ripercussioni a livello della qualità delle prestazioni e dell'efficienza dei servizi”*

## 2.4: REGOLAMENTAZIONE GIURIDICA

### 2.4.1 La regolamentazione giuridica in Italia

In Italia esiste una specifica normativa, giuridicamente vincolante, sulla valutazione e sulla gestione dello stress nei luoghi di lavoro; tale disciplina è il frutto di una progressiva attività di regolamentazione da parte del legislatore italiano. Invero la Direttiva Quadro dell'Unione europea (89/391) è stata regolarmente trasposta nell'ordinamento italiano con il D.Lgs. n. 626/1994, successivamente più volte integrato e modificato. Anche l'Accordo Quadro Europeo sullo stress lavoro-correlato è stato trasposto in Italia con l'Accordo interconfederale dell'8 Giugno 2008, che ne ha confermato integralmente i contenuti. Oggi la materia è compiutamente disciplinata dall'art. 28 del D.Lgs. n. 81/2008 (cosiddetto Testo Unico della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro) che al comma 1 prevede espressamente che tutti i datori di lavoro sono tenuti a valutare, per tutti i lavoratori, anche il rischio da stress lavoro-correlato secondo le indicazioni contenute nell'Accordo quadro europeo. La metodologia per la valutazione e la gestione dello stress sul luogo di lavoro, per espressa indicazione di legge (art.28, D.Lgs. n. 81/2008), è stata poi dettagliatamente disciplinata dalla circolare contenente le indicazioni necessarie alla valutazione del rischio stress-lavoro correlato, emanata dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali il 18 Novembre 2010. Tali indicazioni sono vincolanti per tutti i datori di lavoro pubblici e privati, e costituiscono il livello minimo di tutela che gli stessi devono garantire a tutti i lavoratori nella valutazione e nella gestione dello stress lavoro-correlato. Misure ulteriori aggiuntive possono essere adottate dai datori di lavoro, ma questi ultimi sono sempre tenuti a rispettare i contenuti minimi delle suddette indicazioni ministeriali. Un importante contributo per la gestione operativa della materia sempre nell'ambito della cornice normativa sopra descritta, è stato altresì fornita dalla giurisprudenza di merito e di legittimità e dall'Inail.

#### 2.4.2 La regolamentazione giuridica in UE

La Direttiva quadro dell'Unione Europea (89/391) stabilisce un vincolo legale per i datori di lavoro, obbligandoli a proteggere i propri lavoratori, valutando e contrastando i rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori (oltre ai rischi specifici). Questo obbligo comprende i rischi psico-sociali sui luoghi di lavoro che possono causare o contribuire allo stress o ai problemi di salute mentale. La Direttiva comprende anche un obbligo generale per i lavoratori, i quali devono rispettare le misure di protezione stabilite dal proprio datore di lavoro. Alcune norme a livello nazionale potrebbero riguardare direttamente i rischi psico-sociali ed altre aree specifiche come le molestie, che possono altresì contribuire ad accrescere lo stress sul lavoro. Esiste inoltre un accordo quadro dell'Unione europea sulle molestie e sulla violenza sul lavoro sottoscritto dai sindacati e dai datori di lavoro, che presenta una posizione comune su come gestire le molestie.

## CAPITOLO III

### 3.1: PRIMA DEL BURN-OUT: LO STRESS

Il Burn-out, come si è detto, è una possibile conseguenza dello stress. Ma cos'è lo stress? Secondo la definizione più classica, dovuta ad Hans Selye, lo stress è “la risposta aspecifica dell'organismo ad una richiesta di prestazioni”. In base a questa definizione, poiché nella reazione dell'organismo vi è una componente oggettiva (lo stimolo) ed una componente soggettiva (l'interpretazione dello stimolo), si può dire che lo stress è una reazione individuale ad un insieme di stimoli oggettivi che viene soggettivamente riconosciuto come “richiesta di prestazioni”. Lo stress e il Burn-out sono spesso visti come la stessa cosa, ma non sono uguali. Il concetto di stress (termine di lingua inglese che significa ‘sforzo, tensione’) fu introdotto in medicina dal canadese Hans Selye per indicare il risultato di una situazione conflittuale tra uno stimolo esterno e la risposta dell'organismo. Questo dispone di meccanismi innati, che gli consentono di proteggersi dai fattori stressanti, i quali possono essere fisici (per esempio caldo o freddo eccessivi) oppure emozionali, come nel caso di un pericolo imminente. Ogni persona è in relazione con l'ambiente e deve adattarsi continuamente a innumerevoli richieste esterne e cambiamenti. Lo stress è vitale, in quanto è la risposta, del tutto personale, alle sollecitazioni provenienti dalle diverse situazioni della vita. Ogni situazione di stress che colpisce una persona fa scaturire due reazioni: una positiva (eustress) che è più facile da gestire ed una negativa (distress): in quest'ultimo caso la persona avverte la necessità di fare ricorso a doti superiori a quelle che ritiene di possedere causando squilibri endocrini ed esaurimento delle energie. Ne va da sé che la risposta allo stress va correlata alle capacità individuali di trovare dentro se stessi quelle risorse necessarie ad arginare la situazione di emergenza. Devo però anche precisare che non è da sottovalutare una elevata predisposizione individuale sia nell'elaborazione cognitiva ed emotiva delle situazioni, che nella conseguente modalità di risposta. La risposta allo stress si articola in tre fasi:

- fase di allarme: in questo caso l'organismo reagisce alle situazioni di emergenza (lutti, cambiamenti, traumi, aumento di responsabilità). Vi è una attivazione del sistema nervoso simpatico ed una ipersecrezione nel sangue di adrenalina e/o noradrenalina.
- fase di resistenza: questa fase si caratterizza dallo sforzo di resistere alla situazione che tende a non risolversi positivamente, creando uno squilibrio delle difese allertate precedentemente

- esaurimento funzionale: con il perdurare degli agenti stressanti vengono meno le difese dell'individuo e, si verifica la tendenza a sviluppare uno stato disfunzionale sia fisico che mentale

La risposta dell'organismo a tali stimoli esterni viene definita 'adattamento': un complesso meccanismo che interessa il sistema nervoso ed il sistema ghiandolare endocrino ed assume forme diverse a seconda della natura del fattore stressante e del carattere dell'individuo. Come avviene la risposta allo stress da parte dell'organismo ? L'ipotalamo, in risposta agli stimoli esterni stressanti, libera neuro ormoni che raggiungono l'ipofisi: da questa il segnale di allarme, sotto forma di ormone ACTH, raggiunge la corteccia surrenale, la quale risponde con la produzione di cortisolo, ormone coinvolto in molti meccanismi di controllo fondamentali per l'organismo. Dal punto di vista biologico, la paura quale reazione di adattamento ha lo scopo di meglio preparare l'individuo al pericolo: in simili casi, infatti, i surreni producono certe sostanze che consentono all'organismo di resistere meglio allo stress. Tramite una reazione neurologica, biochimica ed ormonale è messa a disposizione energia, per far fronte alla minaccia percepita, fino a quando tutte le riserve vengono esaurite. Si verificano così sia un aumento del rilascio di ormoni dello stress e di adrenalina e nor-adrenalina che di cortisolo, il più potente immunodepressivo del corpo umano. Recentemente, i risultati di una ricerca dell'University of Western Ontario in Canada, hanno riscontrato, per la prima volta, depositi di cortisolo nel fusto del capello, in casi di stress cronico e non curato, un indicatore di complicazioni legate allo stress (come il rischio di infarto). Le componenti psicologiche della paura possono tuttavia divenire predominanti al punto da rendere l'individuo assolutamente incapace di agire. Taluni medici definiscono queste malattie organiche, causate da stress emozionali, malattie psicosomatiche.

### 3.2: IL COPING

Il coping è una modalità cognitivo - comportamentale con la quale un individuo affronta lo stress e l'evento traumatico; più in generale indica la capacità di affrontare i problemi e le loro conseguenze sul piano emozionale <sup>45</sup>.

Rappresenta la modalità di adattamento propria di ciascun soggetto di fronte ad un evento negativo stressante; ciascun individuo presenta uno specifico e peculiare "stile di coping".

Le stile di coping si possono riassumere in diversi quadri:

- Spirito Combattivo: Atteggiamento di ottimismo e fiducia nelle proprie capacità di risolvere i problemi.

- Atteggiamento Fatalistico: Tendenza alla passività ed all'assenza di opposizione nei confronti delle difficoltà.
- Negazione – Evitamento: Tendenza a minimizzare l'entità e la gravità del problema; atteggiamento di relativa indifferenza.
- Preoccupazione Ansiosa: Reazione di allarme ansioso nei confronti dei problemi, elevati livelli di ansia con ripercussioni significative sulla qualità della vita.
- Disperazione: Sensazione di sconfitta, angosce di morte, vissuti depressivi.

### 3.3: DIFFERENZE TRA BURN-OUT E STRESS

A differenza dello stress il Burn-out indica una specifica situazione lavorativa che colpisce in particolare le persone impegnate in professioni di aiuto sociale. Il Burn-out, come sottolineano A.Rossati e G.Magro, è infatti un fenomeno più complesso dello stress perché determinato non solo dalle componenti soggettiva ed oggettiva dello stress individuale, ma anche da variabili storico-sociali e culturali che possono “accelerare” il passaggio dallo stress al Burn-out. Perciò, mentre lo stress è un fenomeno individuale, *il Burn-out è un fenomeno fondamentalmente psico-sociale* [Rossati – Magro 1999, 69]. Nel Burn-out individuiamo quattro fasi:

- Entusiasmo idealistico verso il lavoro: il lavoratore investe molte energie nel lavoro, motivato dall'ideale di aiutare gli altri, ottenere successo, essere utili. Inizialmente il lavoratore è molto attivo, talvolta esaltato per il lavoro arrivando a sacrificare la vita personale e familiare, gli interessi extra lavorativi.
- Stagnazione: l'operatore continua a lavorare ma si accorge che il lavoro non soddisfa del tutto i suoi bisogni ed i suoi ideali, si scontra con le difficoltà e gli inevitabili insuccessi professionali, reagendo in modo passivo o negativo. Si passa così da un super investimento iniziale ad un graduale senso di delusione.
- Frustrazione: la sindrome da Burn-out inizia ad aggravarsi in questa fase. Il pensiero del professionista è dominato da una sensazione di inutilità; può assumere atteggiamenti aggressivi o verso se stesso o verso gli altri, avere sintomi d'ansia e mettere in atto comportamenti di fuga dal lavoro come pause prolungate, assenze per malattia.
- Disimpegno: il graduale disimpegno emozionale e pratico porta ad uno stato di distacco apatico, fino a culminare nella morte della professione. La persona in questo

caso mostra disaffezione al proprio lavoro, delusione, indifferenza, cinismo, ma anche sensi di colpa, sensazione di fallimento, tendenza ad ingigantire gli eventi negativi.

## CAPITOLO IV

Per i dentisti che possiedono uno studio proprio, essere sempre all'altezza del livello professionale richiesto, sia sul piano tecnico specifico che economico-aziendale, significa applicarsi con un impegno superiore alla media. Questo elevato carico di lavoro può portare non di rado a fenomeni di stress che meritano di essere presi con grande serietà, in quanto uno stato prolungato di stress sfocia invariabilmente nel Burn-out ed ha conseguenze fatali sulla salute ed infine anche sull'attività. Chi si impegna in un'attività imprenditoriale assumendosi grandi responsabilità e contribuendo allo stesso tempo in prima persona alla creazione di valore aggiunto, come i dentisti autonomi, si sottopone ad un carico di lavoro decisamente superiore alla media. Un livello di sollecitazione che è possibile sopportare finché si continua a trovare soddisfazione nella professione e finché è possibile attingere a sufficienti forze fisiche e psichiche. Ma se la pressione viene percepita sempre più come stress allora deve essere interpretata come un campanello di allarme. Che spesso le cose non vadano esattamente in questo modo si deve al fatto che inizialmente i sintomi di uno stato prolungato di stress sono quasi impercettibili e possono facilmente passare inosservati. Ci si sente già stanchi fin dal mattino, si fatica a trovare la spinta per impegnarsi nel lavoro e non si ha alcuna voglia di stare in mezzo alla gente. Dominati da un forte orientamento alla prestazione, i dentisti tendono spesso ad ignorare questi sintomi di un imminente Burn-out. In questo modo possono forse mentire a se stessi per qualche tempo, ma alla lunga non si rendono certo un buon servizio, in quanto il Burn-out può farli precipitare in un abisso dal quale è poi difficile riemergere.

L'*Organizzazione Mondiale della Sanità* inserisce il Burn-out tra i “fattori influenzanti lo stato di salute ed il contatto con i servizi sanitari”, definendolo come uno stato di esaurimento vitale. L'Odontoiatria è un branca molto particolare nell'ambito della medicina, sia per le caratteristiche da sempre insite nella professione stessa che per quelle più recenti, determinate dai costanti cambiamenti in corso. L'Odontoiatra rientra tra i ‘*professionisti d'aiuto in ambito sanitario*’ ed è un possibile bersaglio di questa insidiosa forma di disagio psicologico, i cui segni premonitori devono essere intercettati tempestivamente, affinché non degenerino in forme patologiche.

L'Odontoiatria presenta alcune caratteristiche che, in condizioni di predisposizione individuale, possono favorire l'insorgenza della Sindrome da Burn-out. Tra queste, alcune sono insite da sempre nella professione stessa, almeno per come è interpretata in Italia. Altre,

invece, sono frutto dei recenti cambiamenti in corso e per motivi diversi, possono spiazzare sia professionisti di esperienza che giovani odontoiatri.

#### 4.1 CARATTERISTICHE TIPICHE

Vi sono aspetti che connotano da sempre l'esercizio della professione odontoiatrica, e, in particolari situazioni predisponenti possono rappresentare la premessa per l'insorgenza di fenomeni di disagio psicologico:

##### 4.1.1 Privatizzazioni

L'87,5% delle prestazioni odontoiatriche in Italia è erogato in regime di libera professione. Questo fa dell'odontoiatra anche un manager della propria azienda-studio. E' possibile però trovarsi a gestire, senza una specifica preparazione, impegni organizzativi che non corrispondono alle proprie attitudini. Tale disagio a lungo andare, può causare un pericoloso senso di inadeguatezza e insoddisfazione. In effetti oggi l'Odontoiatra deve essere un puro professionista o un dentista-manager ? "Il fatto sul quale meditare è che non esiste azienda (e uno studio dentistico di fatto è un'azienda) al mondo che non riveli l'essenza di chi la guida: basterà osservare con attenzione. Fortunatamente un'azienda, di qualunque tipo, è strutturata in modo semplice. Ci sono due figure essenziali senza le quali non esisterebbe. La prima è l'imprenditore che ne è il creatore, colui che ha sognato l'azienda, i suoi prodotti, le persone che ci lavorano e tutto il business. Se ne possiede le doti l'imprenditore ispira e guida i suoi uomini nel perseguire gli obiettivi che si è posto. La seconda figura fondamentale è il manager, cioè colui che la gestisce. Gestire lo studio dentistico significa fare in modo che essa raggiunga i traguardi che l'imprenditore ha progettato. Per ottenerli il manager si occupa di tutti gli aspetti relativi alla gestione: l'approvvigionamento delle materie prime, il rapporto con i fornitori, l'organizzazione della linea produttiva, il marketing, l'amministrazione e così via. In pratica un imprenditore, anche geniale, non va da nessuna parte se non ha con sé i manager giusti capaci di aiutarlo a condurre la barca dove lui ha stabilito. Così come non c'è azienda senza imprenditore, non c'è studio senza titolare. Come nel caso di un imprenditore il dentista sogna come desidera sia il suo studio, le terapie da erogare, e le persone che vorrebbe avere nell'equipe. Anche nello studio dentistico è necessario il management che in questo caso si occupa dei protocolli di diagnosi e trattamento, della scelta di strumenti e materiali, del rapporto con i fornitori, della presentazione dei piani di cura, degli investimenti, delle tariffe e così via" <sup>2</sup>.

#### 4.1.2 Isolamento

Il 71,9% degli studi odontoiatrici in Italia è mono professionale. Questo aspetto può condurre all'isolamento ed alla mancanza di scambio con i colleghi. L'assenza di confronto può portare ad avere scarsa flessibilità e a farsi carico da solo dei momenti difficili della vita professionale. Inoltre, essere l'unico responsabile delle scelte manageriali, nel caso in cui queste si rivelino sbagliate, può portare ad un senso di colpevolizzazione ed incapacità

#### 4.1.3 Economizzazione

L'Odontoiatria è considerata una specialità medica ad alta redditività ed i successi professionali sono inevitabilmente misurati anche sulla base di questo valore. Il doversi obbligatoriamente confrontare con situazioni di tipo economico può snaturare l'essenza della professione medica, portando a comportamenti che non trovano riscontro nella propria identità e nei propri valori personali. Inoltre, c'è il rischio di percepire inconsciamente di adeguarsi ad uno status considerato indice di successo professionale al quale però non corrispondono i valori profondi dell'individuo. Tali incongruenze, a lungo andare, possono essere causa di forti disagi psicologici.

#### 4.1.4 Gestione del Team

Solitamente l'Odontoiatra non lavora da solo, ma intorno a lui gravitano figure professionali, assistenti, segretarie, odontotecnici, che possono anche essere portatrici di conflitti sul posto di lavoro. La difficile gestione di tali situazioni, che si ripercuotono gravemente sulla qualità dell'attività, richiede competenze molto specifiche che il professionista può anche non possedere. L'esercitare in un ambiente carico di tensioni negative può provocare esaurimento emotivo e senso di frustrazione per non essere riusciti ad organizzare al meglio la dimensione del proprio studio. Nel team odontoiatrico, oltre alla "interdipendenza del destino" emerge l'"interdipendenza del compito", quando cioè esiste un obiettivo da raggiungere, un compito da assolvere, tale che i risultati di ciascun membro hanno implicazione per i risultati degli altri. Questa interdipendenza può essere positiva, quando dà luogo a sentimenti di cooperazione e coesione tra i colleghi favorendo una migliore prestazione del team; oppure negativa quando a prevalere è la competizione che conduce ad insicurezza, riduzione della coesione e peggioramento della prestazione

#### 4.1.5 Odontofobia

Nonostante i grandi progressi compiuti nel controllo del dolore, l'odontoiatra si confronta quotidianamente con stati di paura da parte di pazienti che, inevitabilmente, vengono assorbiti a livello emotivo. Può capitare che in alcune circostanze, come ad esempio una crisi personale o familiare, non si sia disposti a farsi carico di questo difficile compito e si inizi a sentire troppo gravoso il rapporto con il paziente (difficile). Tale indisponibilità viene colta dal paziente stesso e contribuisce ad instaurare un clima di tensione, predispone a rotture dell'alleanza terapeutica ed a fenomeni di distacco emotivo.

#### 4.2 CARATTERISTICHE RECENTI

La professione è in costante e veloce cambiamento ed i tempi richiedono all'odontoiatra una notevole dose di flessibilità e non è scontato che questa faccia parte delle risorse personali. Ma qual'è dunque l'immagine e la storia del dentista italiano ? A sentire alcune persone l'immagine del dentista italiano è scadente per un retaggio che si è costruita in passato e che solo lentamente si potrà modificare. Fino agli anni '60 e '70, durante i quali la proporzione tra dentisti e popolazione era di 1 dentista a 6.000 fino a 20.000 abitanti, una parte più ridotta della popolazione rispetto ad oggi aveva accesso alle cure dentali. Il dentista era il medico, specialista in odontoiatria o no, che aveva solo il problema di limitare l'affollamento dei pazienti nella sua sala d'attesa e non era in grado di soddisfare la domanda. Negli anni '90 la creazione di una nuova figura del dentista italiano attraverso il Corso di Laurea in Odontoiatria ha indotto giovani motivati e determinati a fare dell'odontoiatria la loro esclusiva professione incanalandosi in un percorso formativo rivoluzionando in un decennio tutte le concezioni precedenti. A questo punto le cose si sono rovesciate. Il rapporto dentista -popolazione pian piano è diventato esagerato nel senso opposto, il doppio di quanto auspicato in sede europea (ed assai più che in altri paesi comunitari) cioè 1 ogni 1000 abitanti contro 1 ogni 2000 abitanti (1 ogni 800 in alcune zone d'Italia). La sindrome della poltrona vuota ha cambiato molte speranze in delusione per coloro che pensavano di trovare l'eden in odontoiatria.

L'incapacità di adattarsi ad una realtà così mutevole può determinare sensazioni di inadeguatezza e reazioni di distacco dalla propria attività:

- 4.2.1 Burocratizzazione: in Italia, l'81% degli operatori in campo sanitario considera la burocrazia come principale causa di stress lavorativo. La burocrazia coinvolge ogni aspetto della professione odontoiatria: certificati, procedure medico-legali, convenzioni, autorizzazioni, controlli periodici e quant'altro tolgono spazio alla comunicazione con il paziente e sottraggono risorse da dedicare alla professione. Il carico di impegno che questi aspetti hanno sull'attività quotidiana può non essere stato completamente previsto al momento della scelta professionale e può diventare una cattiva sorpresa una volta iniziata l'attività autonoma.
- 4.2.2 Giuridificazione: dal 1994 al 2007 il numero di sinistri denunciati in area medica è cresciuto del 316% (fonte ANIA). Anche in campo odontoiatrico l'incremento dei contenziosi medico-legali sta producendo un atteggiamento difensivo che talvolta sottrae libertà all'azione terapeutica e produce un senso di frustrazione ed ingiustizia. In un sistema giudiziario come il nostro, ammalato di lentezza endemica, il professionista che subisce azioni legali rischia per anni di trascinarsi in una situazione di incertezza che può condizionare le scelte terapeutiche e lo stesso rapporto con i pazienti, visti con crescente diffidenza e quale possibile fonte di preoccupazione.
- 4.2.3 Anonimizzazione: la super-specializzazione ha coinvolto anche l'odontoiatria. E' frequente che in studi organizzati lo stesso paziente venga seguito da più professionisti a seconda delle cure praticate. Questo aspetto è certamente un vantaggio per la qualità delle terapie ma inevitabilmente sottrae esperienze al rapporto tra odontoiatra e paziente. Minori occasioni di incontro, umano e terapeutico, possono rallentare o impedire l'armonico sviluppo della relazione tra odontoiatra e paziente.
- 4.2.4 Tecnologizzazione: è impossibile pensare oggi ad uno studio che non utilizzi mezzi informatici. Ogni atto clinico, diagnostico ed organizzativo non può prescindere dall'utilizzo della tecnologia. Questo aspetto produce conseguenze soprattutto nelle fasce di età più avanzate. Alcuni professionisti possono trovare difficile adeguarsi a queste nuove esigenze sentendosi fuori tempo e non a propri agio nell'esercizio dell'attività.

- 4.2.5 Crisi economica: nel triennio 2004-2007 è cresciuta del 20% la percentuale dei neo-laureati in Odontoiatria che non lavorano. Oltre il 50% degli odontoiatri nel 2009 ha dichiarato redditi inferiori a quelli del 2008. Dal 2001 al 2008 la spesa media mensile destinata alle cure odontoiatriche, del totale delle famiglie italiane, è calata del 17,3%. I numeri parlano di un momento non roseo per la categoria e questa tendenza non accenna migliorare. Per gli odontoiatri di fascia di età medio-alta può risultare difficile adattarsi a redditi e tenori di vita mutati rispetto a quelli abituali, considerati acquisiti dopo molti anni di attività, e i giovani professionisti devono confrontarsi con una realtà diversa da quella immaginata. Al di là delle possibili cause – crisi economica, turismo odontoiatrico, concorrenza del ‘low-cost’ o altro – questo aspetto può produrre, con meccanismi diversi, fenomeni di demotivazione professionale.
- 4.2.6 Alfabetizzazione sanitaria ed e-Health: nel corso degli ultimi anni il rapporto odontoiatra-paziente ha subito numerosi ed importanti cambiamenti. Come in altre branche della medicina, si è passati da un rapporto di tipo paternalistico, nel quale il medico gestiva il potere decisionale, a uno più paritario di reciprocità, nel quale il paziente desidera partecipare attivamente alle scelte che lo riguardano. In particolare, è in costante aumento la tendenza da parte della popolazione ad informarsi sui temi della salute (alfabetizzazione sanitaria), soprattutto tramite internet (e-Health). Molto spesso, però, questa enorme quantità di informazioni viene elaborata con forme di distorsione o generalizzazione che obbligano l’odontoiatra a confrontarsi con una nuova situazione relazionale. L’autorevolezza va conquistata con doti di flessibilità e competenza comunicativa. E’ possibile che questo nuovo aspetto della professione rappresenti un peso ulteriore da gestire, soprattutto per categorie di professionisti di fasce di età medio-alta cresciuti nell’ambito di un rapporto di tipo paternalistico con il paziente.
- 4.2.7 Campagne di informazione sfavorevoli: gli odontoiatri sono periodicamente al centro di campagne di informazione che portano ad associare la loro figura a fenomeni di malcostume e a generalizzare alcuni comportamenti negativi e censurabili di pochi. L’abusivismo, l’evasione fiscale, le terapie inappropriate ed inutili ed i costi troppo elevati sono temi che ciclicamente vengono proposti dai mezzi di informazione in accostamento alla figura dell’odontoiatra e che provocano un giudizio critico da parte dell’opinione pubblica. Questo può turbare tutti quei professionisti che esercitano con

serietà e correttezza, facendo montare un senso di frustrazione e di non identificazione nella categoria.

“Un ulteriore fattore determinante per l'insorgenza di fenomeni di Burn-out è legato alla delusione rispetto agli ideali creatisi a riguardo della propri attività professionale. L'attesa di quella che sarà la propria vita lavorativa passa dalla creazione di forti aspettative che, se deluse, possono rappresentare terreno fertile per la demotivazione:

- Credere che il titolo professionale porti, di per sé, alla competenza ed al successo
- Credere che lo status professionale porti all'autonomia ed al controllo su proprio lavoro
- Attendarsi che il paziente sia collaborante e riconoscente
- Credere che il rapporto con i colleghi sia sempre basato sull'aiuto e sulla collaborazione
- Non prendere in considerazione gli aspetti di difficoltà e routine dell'attività”<sup>8</sup>

## CONCLUSIONI

Considerato il particolare momento della professione, anche alla luce di ciò che ho analizzato, sarebbe opportuno monitorare il livello di soddisfazione degli odontoiatri italiani, chiarendo la qualità del rapporto tra odontoiatri e pazienti, consci del fatto che tale professione è complessa e che oltre a richiedere conoscenze cliniche riesce a varcare anche altri aspetti (comunicazione, management, marketing), ma non solo quello. Infatti per svolgere attentamente la propria professione l'odontoiatra si trova a dover tenere conto anche di altri ulteriori elementi:

- Eccessiva competizione con i colleghi che porta a fenomeni come quelli dei *service* odontoiatrici in cui società di capitali speculativi e con il paravento delle istituzioni sono entrati nella sanità odontoiatrica pubblica e privata mettendo al primo posto il profitto.
- Competizione con l'infinità di possibili alternative di spesa a cui la famiglia è sottoposta
- Enorme aumento delle incombenze burocratiche, amministrative e legislative. Una frammentazione di autorità e competenze che obbliga il dentista italiano ad avere una segreteria ipertrofica e costosa.
- Competizione sleale da parte di coloro che le tasse non le pagano
- Necessità di offrire prevenzione come cardine della filosofia della assistenza odontoiatrica, nonostante la prevenzione non possa assorbire facilmente i costi dello studio
- Obbligo di organizzare bene le risorse disponibili (odontoiatri, igienisti, assistenti e tutto il team) che sono sbilanciate e dedicare sempre più ore all'aggiornamento.
- Necessità di standard etici e professionali elevati per ricever la fiducia del paziente cliente

Qual'è, quindi la condizione di vita del dentista italiano ? Ritengo sia una condizione di oggettiva difficoltà. Lo stereotipo della pubblicità non esiste se è un professionista che svolge la sua professione con passione, competenza, correttezza. Ce ne sono molti che esercitano così la professione, dosando le tariffe sui costi reali, distribuendo il reddito ricavato nei numerosi rivoli che, a monte, gli consentono di effettuare una prestazione ben fatta. Il più delle volte un dentista così è obbligato ad una quantità di lavoro assai rilevante in aggiunta a

quello che svolge alla poltrona che se sono eccessive portano ad inaridimento delle condizioni di vita in famiglia.

Chi vuole avere ragione del Burn-out deve innanzitutto affrontare il problema ed accettare che, a causa di un sovraccarico costante, ha perso il controllo della propria vita. Solo così sarà possibile andare a fondo delle cause ed apportare gradualmente i necessari cambiamenti. Obiettivo di questo percorso è riportare il cervello in modalità “competenza” e, questo significa che è necessario soprattutto eliminare le arre di tensione. Nello studio dentistico queste si esplicano nel sovraccarico di lavoro dell'intero team e, per quanto riguarda nello specifico i collaboratori, in una mancanza di controllo, di collaboratività, di senso del gruppo e di correttezza reciproca. Anche i conflitti di valori tra la direzione ed i collaboratori possono avere effetti devastanti sullo spirito di squadra e sulla produttività. Le vie di uscita dal Burn-out sono essenzialmente la life balance e la riduzione degli impegni:

- Life balance: a livello personale, la strada per superare o prevenire efficacemente il problema del Burn-out passa per la ricerca di un equilibrio tra vita professionale e vita privata. L'uomo è una creatura complessa e completa e, come tale, ha bisogno non solo di lavoro, ma anche di attività fisica, contatti sociali, esperienze culturali e meditazione. Solo chi sa ritagliarsi gli spazi necessari per soddisfare queste esigenze può contrastare efficacemente il Burn-out.
- Riduzione degli impegni: a livello professionale, invece, delegare le mansioni che non rientrano esattamente tra le proprie attività specifiche può servire a liberarsi di quello stato costante di stress che tende a prosciugare le energie. L'amministrazione dello studio e la gestione dei crediti sono esempi perfetti di attività che possono essere cedute in out-sourcing. Affidare ad altri questi compiti significa migliorare la propria qualità di vita e farsi gioco del rischio di Burn-out.

Si suggeriscono inoltre strategie preventive alcune delle quali certamente applicabili all'Odontoiatria:

- Preparare i futuri odontoiatri nel corso della formazione universitaria, agli aspetti organizzativi e burocratici della libera professione
- Coltivare la 'rete' di affetti familiari
- Confrontarsi periodicamente con i colleghi al di fuori dello studio

- Frequentare regolarmente corsi di aggiornamento professionale
- Apprendere specifiche capacità comunicative nel rapporto con il paziente
- Creare gruppi di lavoro affiatati e stimolanti
- Gestire in maniera efficace i conflitti nell'ambiente-studio
- Conoscere se stessi e scoprire i propri valori e l'identità individuale
- Sviluppare capacità di pianificare in maniera efficace i propri obiettivi professionali
- Svolgere regolare attività fisica o coltivare interessi extra-lavorativi
- Utilizzare personale specializzato per gestire le incombenze considerate troppo gravose (burocratiche ed organizzative)

E' comunque necessario, ricordare che alla base di tutte le strategie di prevenzione c'è la capacità di intercettare in tempo i primi segnali di allarme !

Le opportunità ci sono, basta saperle cogliere.

## BIBLIOGRAFIA

1. Balestro, G., *Guida alla gestione dello stress e dei rischi psicosociali*, Quaderni dello studio dentistico Balestro, Vicenza, 2015
2. Beer, J. E Beer, J. (1992). Burnout And Stress, Depression And Self-Esteem Of Teachers. *Psychological Reports*, 71, 1331-1336.
3. Beretta, D., “Il dentista di successo” – OSMM Engage Editore, 2014
4. Bernstein,G., Halaszyn,J.A., *Io, operatore sociale*, Erickson, Trento, 1999
5. Bonino, S., *Psicologia per la salute*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1988
6. Brenninkmeyer, V., Van Yperen, N. W. E Buunk, B. P. (2001). Burnout And Depression Are Not Identical Twins: Is Decline Of Superiority A Distinguishing Feature?. *Personality And Individual Differences*, 30, 873-880.
7. Brotheridge, C. M. E Grandey, A. A. (2002). Emotional Labor And Burnout: Comparing Two Perspectives Of “People Work”. *Journal Of Vocational Behavior*, 60, 17-39.
8. Cassetta, M., *La Sindrome da Burnout in Odontoiatria*, Il Dentista Moderno, Ottobre 2012, pp.132-138
9. Cherniss C., “*La sindrome del burn-out*”, Centro Scientifico Torinese, Torino, 1986
10. Cherniss, C., *Professional burn-out in Human Service Organization*, Praeger, New York, 1980
11. Cherniss, C., *Staff burn-out*, Sage, Beverly Hills, 1980
12. Cherniss, C., *The ideological community as an antidote to burn-out in the human service professions*, Pergamon Press, new York, 1983
13. Cherniss, C., *La sindrome del Burn-out. Lo stress lavorativo degli operatori dei servizi socio-sanitari*, CST, Torino, 1986
14. Contessa, G., *L'operatore sociale cortocircuitato: la “Burning-out Sindrome” in Italia*, Animazione sociale, Novembre 1981, pp. 29-40
15. Del Rio, G., *Stress e lavoro nei servizi. Sintomi, cause e rimedi del burn-out*, Nuova Italia Scientifica, Roma,1990
16. Farber (Eds.), *Stress And Burnout In Human Service Professions*. New York: Pergamon Press.
17. Burnout: se lo conosci lo eviti,  
[www.ipasvi.laspezia.net/images/ipafile/newsletter/news\\_002\\_burnout.pdf](http://www.ipasvi.laspezia.net/images/ipafile/newsletter/news_002_burnout.pdf)

18. Favaro S. – Laurea Liv. II (specialistica) – Scienze politiche
19. Freudenberger, H.J., *Staff burn-out, Journal of social issues*, 1974, pp 30, pp.159-165
20. Griffith, J., Steptoe, A., Cropley, M., *An Investigation Of Coping Strategies Associated With Job Stress In Teachers*, *British Journal Of Educational Psychology*, 1999, pp. 69, pp. 517- 531.
21. Harrison, R. V., *A Social Competence Model Of Burnout. In B.A.*, 1983
22. Hastings, R.P., Brown, T., *Behavioural knowledge, causal beliefs and self-efficacy as predictors of special educators*, *Journal of Intellectual disability research*, 2002, pp. 144-150
23. Heifetz, L.J., Bersani, H.A., *Disrupting the cybernetics of personal growth: toward a unified theory of burn-out in the human services. In B.A. Farber (Eds.), Stress and burn-out in Human services professions*, Pergamon Press, New York, 1983
24. Iacovides, A., Fountoulakis, K. N., Kaprinis, St. E Kaprinis, G., *The Relationship Between Job Stress, Burnout And Clinical Depression*, *Journal Of Affective Disorders*, 2003, pp. 75, pp. 209–221.
25. Iverson, R. D., Olekalns, M. E Erwin, P. J., *Affectivity, Organizational Stressors, And Absenteeism: A Causal Model Of Burnout And Its Consequences*, *Journal Of Vocational Behavior*, 1998, pp. 52, pp. 1–23.
26. Iwanicki, E. F. E Schwab, R. L., *A Cross-Validation Study Of The Maslach Burnout Inventory, Educational And Psychological Measurement*, 1981, pp. 41, pp. 1167-1174.
27. Jackson, S. E., Schwab, R. L. E Schluler, R. S. (1986). *Toward An Understanding Of The Burnout Phenomenon. Journal Of Applied Psychology*, 71, 4, 630-640.
28. Kobasa, S. C., *Stressful Life Events, Personalità And Health. An Inquiry To Hardiness*, *Journal Of Personality And Social Psychology*, 1979, pp. 37, pp. 1-11.
29. Lee, R. T. E Ashfort, B. E. (1990). *On The Meaning Of Maslach’s Three Dimensions Of Burnout. Journal Of Applied Psychology*, 75, 743-747.
30. Lee, R. T. E Ashfort, B. E. (1996). *A Meta-Analytic Examination Of The Correlates Of The Three Dimensions Of Job Burnout. Journal Of Applied Psychology*, 81, 123-133.
31. Leiter, M. P. (1988). *Burnout As A Function Of Communication Patterns. Group And Organization Studies*, 13, 111-128.
32. Leiter, M. P. (1993). *Burnout As A Developmental Process: Consideration Of Models. In W.B. Schaufeli, C. Maslach E Marek T. (Eds.), Professional Burnout: Recent Developments In Theory And Research. Washington, D.C.: Taylor & Francis.*

33. Mannucci, A. E Poggesi, P. (2000). *L'Educatore Di Professione E I Rischi Di Burnout*. Pisa: Edizioni Del Cerro.
34. Martin, C., Pedrabissi, L., Santinello, M. E Vidotto, G. (1998). Il Processo Di Burning-Out: Una Ricerca Longitudinale. *Giornale Italiano Di Psicologia*, 25 (4), 801-822.
35. Maslach, C. E Jackson, S. E. (1978). Lawyer Burnout. *Barister*, 8, 52-58.
36. Maslach, C. E Jackson, S. E. (1979). The Burnout Sindrome And Patient Care. In C. Garfield (Eds.), *Stress And Survival*. St.Louis: Mosby.
37. Maslach, C. E Jackson, S. E. (1985). The Role Of Sex And Familiy Variables In Burnout. *Sex Roles*, 12, 837-851.
38. Maslach, C. E Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual* (2<sup>nd</sup> Edn.). Palo Alto, Ca: Consulting Psychologists Press, Inc. [Tr. It. In S. Sirigatti, E C. Stefanile, *The Maslach Burnout Inventory: Adattamento e taratura per l'Italia*. Firenze: O.S., 1993].
39. Maslach, C. E Leiter, M. P. (1997). *The Truth About Burnout. How Organizations*
40. Maslach, C. E Leiter, M. P. (1997). *The Truth About Burnout. How Organizations Cause Personal Stress And What To Do About It*. Usa: Jossey-Boss Inc.
41. Maslach, C., Leiter, M. P., *Burnout e organizzazione*, Erickson, Trento 2000.
42. Maslach, C. (1978). The Client Role In Staff Burnout. *Journal Of Social Issues*, 34, 111-124.
43. Maslach, C., "La Sindrome Del Burnout. Il Prezzo Dell'Aiuto Agli Altri.", Cittadella, Assisi 1992
44. Maslach, C., *Maslach burn-out inventory*, Organizzazioni speciali, Firenze 1994
45. Maslach, C., Schaufeli, W. B. E Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review Of Psychology*, 52, 397-422.
46. Palmonari, A., "C'è una sindrome da improduttività ?", Scuola e Professione, 1978, anno VI, p.1, p.6-7
47. Pollo, M., Lavoro e burn-out. Riflessioni da un punto di vista antropologico-culturale, <http://www.geocities.com/HotSprings/2546/stress.htm>
48. Rossati, A., Magro, G., *Stress e Burnout*, Carocci Editore, Roma 1999
49. Sirigatti, S., *Manuale di Psicologia Generale*, UTET, Torino, 1995
50. Sirigatti, S., Stefanile, C., *Per una scala di misurazione del burn-out*, Bollettino di Psicologia Applicata, 1988, pp 187-188, pp29-32
51. Sirigatti, S., Stefanile, C., *Aspetti e problemi dell'adattamento italiano del M.B.I.*, Bollettino di Psicologia applicata, 1992, pp. 202-203, pp. 3-12

52. Sirigatti, S., Stefanile, C., *Correlati individuali ed ambientali del burn-out in infermieri professionali*, Bollettino di Psicologia applicata, 1993, pp. 187-188, pp. 15-24
53. Sirigatti, S., Stefanile, C., Menoni, E., *Per un adattamento del maslach Burn-out Inventory (MBI)*, Bollettino di psicologia applicata, 1988, pp.187-188, pp. 55-64
54. Sirigatti, S., Stefanile, C., Menoni, E., Nardone, G., Taddei, s., *Caratteristiche Metrologiche di una scala di misurazione del burn-out*, Bollettino di psicologia applicata, 1988, pp.170, pp. 51-58
55. Statt, D.A., *Breve dizionario di psicologia, a cura di Moderato P.*, Edizioni Kappa, Roma, 1998
56. Tennant, C., *Work-related stress and depressive disorders*, Journal of Psychosomatic Research, 2001, pp. 51, pp. 697-704
57. Thoresen, C.J., Kaplan, S.A., Barsky, A.P., Warren, C.R., De Chermont, K., *The affective underpinnings of job perceptions and attitudes: a meta-analytic review and integration*, Psychological Bulletin, 2003, pp. 129, pp.914-915
58. Tinti, T., *Cause e strategie di prevenzione della "sindrome di burn-out"*,