

Burnout e formazione psicologica degli operatori sanitari in oncologia

ANITA CARUSO, ANTONIA TRAMONTANA,
VALENTINA BIGAZZI

Istituto Nazionale Tumori Regina Elena, Roma

RIASSUNTO

L'oncologia rappresenta una delle aree della medicina maggiormente connotata a livello emotivo e quindi ad alto rischio di sviluppo del burnout degli operatori. La relazione operatore-paziente è particolarmente stressante: l'incontro con la persona malata, con la sua famiglia e con le tematiche strettamente connesse alla malattia, necessita di elevate competenze, sia tecniche che psicosociali, da parte dell'operatore sanitario.

In questo articolo si prendono in considerazione le difficoltà che gli operatori sanitari incontrano nel loro lavoro e nella relazione con il paziente oncologico e l'importanza della formazione come strumento utile per migliorare la qualità dell'assistenza e prevenire il burnout, incidendo così anche positivamente sulla qualità di vita dello stesso operatore sanitario.

Parole chiave: oncologia, burnout, formazione psicologica, operatori sanitari.

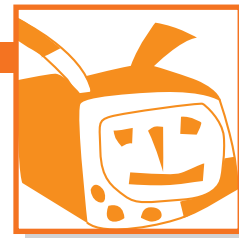
SUMMARY

Burnout and psychological training of health workers in oncology

Oncology represents one of the areas of medicine where the emotional burden can be particularly high and where as a consequence health workers are at a higher risk of burnout. The relationship between the health worker and the patient is especially stressful: the relationship with the sick individual, with their family and with the issues related to the disease requires high technical and psychosocial skills on the part of health workers.

In this article difficulties that health workers encounter during their work and in their relationship with the oncological patient as well as the importance of training as a useful tool to both improve the quality of health care and prevent burnout, with the consequent positive impact on the quality of life of health workers, are considered.

Key words: oncology, burnout, psychological training, health worker.



IL BURNOUT

Il burnout rappresenta una particolare sindrome indotta da stress lavorativo e occupazionale, che è stata identificata in molti contesti socio-sanitari^{1,2}.

Il burnout è considerato come la conseguenza di uno stress da lavoro cronico. Se per stress lavorativo intendiamo uno sbilanciamento tra le richieste del lavoro e la capacità dell'individuo di farvi fronte, la sindrome del burnout costituisce la fase ultima di un processo difensivo reattivo a condizioni di lavoro impegnative sul piano emozionale³.

Attualmente non esiste una definizione di burnout univocamente accettata. Tale termine fu coniato, per la prima volta in ambito sociosanitario, nel 1974 da Freudenberger in un articolo pubblicato sul *Journal of Social Issues* dal titolo *Staff burnout* in cui veniva descritto l'esaurimento fisico ed emotivo sperimentato dagli operatori di una istituzione psichiatrica⁴.

Secondo l'autore, il burnout degli operatori tendeva a comparire circa un anno dopo l'inizio del lavoro in un setting istituzionale e uno dei principali segni premonitori della sua comparsa sembrava essere rappresentato dalla perdita del carisma del leader dell'equipe.

Qualche anno più tardi Freudenberger definì il burnout come “uno stato di fatica o di frustrazione nato dalla devozione ad una causa, da uno stile di vita, da una relazione che ha mancato di produrre la ricompensa attesa”⁵.

Tale fenomeno era già stato riscontrato in passato. Agli inizi del secolo, per esempio, Kraepelin aveva già evidenziato i disagi legati alla professione dello psichiatra individuando come principali difficoltà l'eccessivo carico lavorativo, lo scarso piacere ricavato dal lavoro clinico e il finale esaurimento del medico.

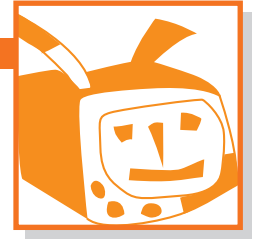
In seguito alla pubblicazione del lavoro di Freudenberger l'attenzione intorno al “fenomeno burnout” si fece crescente anche se il termine venne spesso usato in maniera impropria, a volte attribuendogli troppi significati.

La ricerca empirica consentì in seguito il superamento della vaghezza del concetto ed una maggiore conoscenza del fenomeno.

Nei primi anni Settanta Christina Maslach descrisse il burnout come “una sindrome caratterizzata da esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale” che colpisce coloro i quali sono impegnati nelle *helping professions*. Il burnout cominciò così a delinarsi come una risposta emotiva a uno stress cronico caratterizzato da tre componenti: “esaurimento emotivo”, “mancata realizzazione personale” (o, in alternativa “mancata realizzazione professionale”) e “depersonalizzazione” (o “spersonalizzazione”).

Secondo l'autrice, “l'esaurimento emotivo” è caratterizzato da “una sensazione di continua tensione e di inaridimento del rapporto con gli altri” ed è percepito sia dal soggetto che dagli osservatori esterni, colleghi ed utenti. Si tratta della risposta ad una situazione che induce eccessivo coinvolgimento emotivo per cui una persona si sente stanca, esaurita e svuotata di ogni energia, sia fisica che psichica, e incapace totalmente di far fronte alle difficoltà professionali.

La depersonalizzazione rappresenta la “risposta negativa nei confronti di chi riceve la prestazione professionale” ed è caratterizzata da atteggiamenti di ostilità e di distacco nei confronti degli utenti, la cui sofferenza viene vissuta



dall'operatore con freddezza, cinismo, indifferenza. La depersonalizzazione costituisce un tentativo di rispondere all'esaurimento emotivo ma, accrescendo la distanza tra l'operatore e l'ambiente in cui opera, apre le porte alla riduzione della realizzazione personale. Quest'ultima componente è descritta come "la sensazione, la consapevolezza della diminuzione della propria competenza e del desiderio di successo" che, pertanto, fa insorgere la rabbia, la frustrazione, il senso di fallimento e il desiderio di cambiare lavoro. La ridotta realizzazione personale si riferisce, infatti, ad un sentimento di fallimento professionale per la percezione della propria inadeguatezza al lavoro, sottesa dalla consapevolezza del disinteresse e dell'intolleranza verso la sofferenza degli altri. La conseguenza di tutto ciò è un senso di colpa per le modalità impersonali e disumanizzate che hanno ormai sostituito l'efficacia e la competenza nel trattare con i pazienti.

Alla situazione psicologica e relazionale sopra descritta si associano generalmente sintomi fisici sotto forma di vago malessere, astenia, cefalea, disturbi del sonno (insonnia o ipersonnia), algie diffuse, turbe dispeptiche⁶.

Gli effetti negativi del burnout si ripercuotono non solo sull'individuo ma anche sull'utenza, influenzando negativamente sulla qualità dell'assistenza e delle cure fornite⁷.

La definizione della Maslach del burnout ha assunto una posizione di rilievo poiché è stata operazionalizzata mediante la costruzione di uno specifico strumento, il Maslach Burnout Inventory (MBI), che è stato adattato anche in versione italiana sia per operatori socio-sanitari che per educatori e insegnanti⁸.

Edelwich e Brodsky⁹ hanno proposto un modello di sviluppo del burnout a quattro fasi. La prima fase è quella dell'entusiasmo idealistico, caratterizzata da un'idealizzazione delle aspettative e da una scarsa capacità di valutare la realtà da parte dell'operatore. La seconda fase è quella della stagnazione, durante la quale l'operatore continua a lavorare ma quello che fa non soddisfa pienamente i suoi bisogni e le sue aspettative. La terza fase è quella della frustrazione, in cui l'operatore inizia a credere di non essere adeguato né utile ai suoi pazienti con conseguente caduta dell'onnipotenza e crescita del senso di impotenza. I principali sintomi che rivelano la presenza di frustrazione nell'operatore sono: progressiva perdita della dimensione progettuale, crescenti difficoltà relazionali e sessuali, irritabilità, impazienza e pessimismo. La quarta fase è quella dell'apatia, in cui l'operatore non prova solo noia ma anche disgusto e nausea nei confronti del proprio lavoro. L'atteggiamento è rassegnato, le aspettative sono ridotte così come l'impegno sul lavoro. L'apatia diventa una sorta di consapevole "morte professionale".

Altri autori si sono in seguito dedicati allo studio dello sviluppo della sindrome del burnout, tra cui ricordiamo: Cherniss, Perlman e Hartman e Cournoyer¹⁰⁻¹².

Nel 1994 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha inserito il burnout nella Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10) nella categoria *Problems related to life-management difficulty* e lo ha definito come uno "state of vital exhaustion". L'assenza di criteri diagnostici sottolinea, ancora una volta, le difficoltà di definizione del fenomeno in maniera univoca ma anche l'interesse rivolto verso questo fenomeno.

L'oncologia rappresenta una delle aree della medicina ad elevato investimento psichico e, pertanto, ad alto rischio per lo sviluppo del burnout^{1,7,13,14}.

In letteratura, anche recente^{7,13,15}, è presente un numero elevato di studi che rilevano un'elevata incidenza di burnout tra gli operatori in ambito oncologico.

Whippen e Canellos¹⁶ in un lavoro del 1991 rilevarono la presenza del burnout in circa il 60% di un campione composto da 1000 oncologi, abbonati al *Journal of Clinical Oncology*, a cui era stato inviato un questionario inerente aspetti dell'attività clinica connessa allo stress lavorativo.

Più recentemente Grunfeld et al. (2000) hanno evidenziato su un campione di 1016 operatori dei maggiori servizi di oncologia medica dell'Ontario in Canada livelli di esaurimento emozionale significativamente più elevati nei medici rispetto agli altri operatori sanitari¹⁷. Nello specifico, la prevalenza risultava essere nei medici del 53% contro il 37% degli altri operatori sanitari e contro il 30% dello staff di supporto. Anche i sentimenti di depersonalizzazione sono risultati essere più elevati nei medici (22%) rispetto alle altre professioni sanitarie (4%) e al personale di supporto (5%). Per quanto riguarda, invece, i sentimenti di ridotta realizzazione personale risultavano essere più elevati nei medici (48%) e nelle altre professioni sanitarie (54%) rispetto al gruppo di supporto (31%). Circa un terzo, inoltre, di ciascun campione dichiarò anche di aver considerato la possibilità di un trasferimento ad un altro lavoro al di fuori dell'ambito oncologico.

Nel 2003 Allegra et al.¹⁸ rilevarono la presenza di segni di burnout in più del 60% del campione composto da 1740 oncologi della comunità medica degli Stati Uniti.

Più recentemente, una metaanalisi, condotta da Trufelli et al. (2008) su studi che valutano la presenza del burnout in oncologia, ha rilevato un'alta presenza in tutto il mondo della sindrome negli operatori oncologici, anche se con alcune differenze tra i diversi studi¹³.

Tuttavia esistono in letteratura alcuni studi¹⁹⁻²² che non rilevano un'incidenza maggiore di burnout nei reparti oncologici rispetto agli altri tipi di reparti sanitari.

Tali dati potrebbero essere spiegati ipotizzando che una possibile fonte della sindrome del burnout risieda nel lavorare nell'ambito sanitario piuttosto che nel tipo di attività specialistica sanitaria svolta e che, pertanto, sia lo stesso rapporto con un soggetto affetto da patologie, più o meno gravi, che innesca un meccanismo di difesa che consente un disimpegno emotivo-relazionale nei confronti dei pazienti.

L'insieme dei fattori che entrano in gioco nel favorire lo sviluppo del burnout è complesso e articolato. È possibile individuare dei fattori generali e specifici che concorrono nell'insorgenza del burnout.

Tra i fattori generali ricordiamo: aspettative nei confronti del lavoro (significato personale e sociale attribuito al proprio lavoro), caratteristiche di personalità individuali, fattori culturali (società individualistiche e meritocratiche orientate al bisogno di successo e competitività) ed istituzionali (carichi di lavoro eccessivi, instabilità delle piante organiche, modifiche continue degli obiettivi da raggiungere).

Accanto a queste variabili generali, in oncologia, è necessario prendere in

esame una serie di fattori specifici riguardanti in parte la malattia in sé, in parte gli interventi degli operatori oncologici e in parte le risposte del paziente^{23,24}.

Gli aspetti relativi allo specifico tipo di cancro e di trattamento sono sicuramente dei fattori importanti da tenere in considerazione.

I vecchi luoghi comuni relativi “all’inguaribilità” della malattia sono ancora fortemente presenti nell’immaginario collettivo e, quindi, anche in quello degli operatori sanitari nonostante questi siano stati messi in discussione dai progressi della ricerca e delle terapie.

Anche alcune caratteristiche della malattia neoplastica, come la sua estrema diffusione, l’imprevedibilità dell’insorgenza, del decorso e della risposta ai trattamenti, contribuiscono nel condizionare atteggiamenti e aspettative e accrescono il carico stressante nel personale curante.

La crescita e la diffusione del cancro si accompagnano, inoltre, ad alterazioni della personalità e ad un deterioramento fisico e diventa particolarmente penoso il confrontarsi con queste trasformazioni.

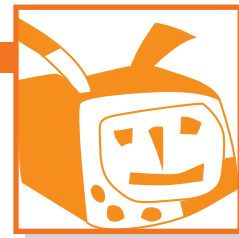
Per quanto riguarda le procedure diagnostiche invasive, i trattamenti chirurgici e le terapie, questi hanno spesso importanti effetti collaterali (nausea, vomito, alopecia, dolore acuto, sterilità, ecc.) che non lasciano indifferenti chi li somministra.

Un altro aspetto è rappresentato dalla posizione di marcata dipendenza nella quale si trova il paziente oncologico. L’entità di tale dipendenza varia in base a diversi fattori ma in ogni caso gli operatori sono sottoposti a una pressione costante sul piano delle richieste terapeutiche, soprattutto nelle fasi terminali della malattia. I pazienti hanno bisogno di un rapporto stretto sia con il medico che con il personale infermieristico. Il personale curante non può esimersi dalla richiesta di interazione che diventa incalzante nei momenti critici della malattia.

La malattia del paziente può, inoltre, rievocare nell’operatore esperienze personali suscitando coinvolgimenti emotivi e situazioni di lavoro stressanti. Gli operatori si trovano davanti ad un confronto costante con le emozioni che emergono nella relazione. Sentimenti di rabbia e di colpa possono facilmente insorgere in qualunque momento del decorso della malattia non solo in chi è ammalato ma anche negli operatori. In questi ultimi, la rabbia e il senso di colpa possono derivare da aspettative di guarigione deluse, dal rapporto con pazienti con disturbi psichici particolarmente gravi o da atteggiamenti aggressivi di pazienti sottoposti a protocolli sanitari particolarmente “pesanti”.

Da non dimenticare sono, tra i fattori stressanti, anche quelli correlati alle risposte psicologiche del paziente, costituite dalle numerose e multiformi reazioni di questo alla comunicazione della diagnosi, all’iter clinico della malattia e agli eventuali scarsi risultati ottenuti dalla terapia. In tutti questi casi, come nei precedenti, risulta fondamentale la presenza di una serie di competenze umane e relazionali nel personale curante, al fine di gestire tali momenti e consentire un efficace adattamento del paziente alla malattia.

Un altro fattore di stress che riguarda gli operatori è la scarsa preparazione alla presa in carico globale del paziente e/o dei suoi familiari: i corsi di laurea e di specializzazione in medicina sono maggiormente centrati sugli



aspetti medico-biologici e tecnici della cura mentre risultano insufficienti nella preparazione sulle dimensioni psicosociali delle malattie e sulla gestione delle dinamiche relazionali. Ripetuti studi hanno rilevato i marcati problemi dei medici, anche con una comprovata esperienza clinica, nel comunicare efficacemente con i pazienti²⁵⁻²⁷.

Infine, un'ultima categoria di fattori associati agli interventi del personale curante riguardano le difficoltà connesse al lavoro in équipe multidisciplinare. Conflitti e divisioni interne allo staff possono generarsi in quanto nella cura del paziente entrano in relazione diverse figure professionali ognuna con la propria storia personale e professionale.

Sulla base di quanto trattato risulta chiaro che per migliorare la qualità dell'assistenza, per proteggere il personale stesso dalla sofferenza psicologica secondaria al lavoro e ridurre il rischio di burnout, possono risultare d'importanza fondamentale percorsi formativi rivolti a rendere più efficace la relazione operatore-paziente. Gli interventi preventivi e terapeutici per il burnout, infatti, si intrecciano strettamente con gli interventi finalizzati alla formazione psicologica degli operatori oncologici.

PERCHÉ LA FORMAZIONE PSICOLOGICA DEGLI OPERATORI SANITARI

La medicina moderna, pur avendo conseguito molti successi, ha mostrato anche i suoi limiti: le malattie croniche, in continuo aumento, impongono un ineludibile passaggio da un atteggiamento terapeutico a un atteggiamento assistenziale; l'oggettività scientifica si confronta con la soggettività del paziente e con la relazione fra questi e il medico.

La medicina è, contemporaneamente, una scienza naturale e antropologica o spirituale, così come la malattia non è soltanto un fenomeno biologico, ma è sempre anche un fenomeno psichico, sociale e spirituale.

Il riconoscimento della soggettività del paziente e la consapevolezza di avere di fronte una persona e non una malattia introduce il concetto di "prenderci cura e accompagnare".

La nostra esistenza è una esistenza relazionale in cui biologia e genetica si interfacciano continuamente con i dinamismi psichici e socio-ambientali: curare non basta più, è necessario un approccio olistico al paziente che integri i suoi aspetti biologici e psicosociali.

L'esperienza del cancro porta con sé una profonda crisi: diagnosi e trattamenti determinano nella persona malata una condizione di grave stress psicofisico. Più di ogni altra malattia, quella oncologica sconvolge tanto l'equilibrio dell'individuo, quanto quello delle persone che gli stanno accanto. "Cancro" significa per il malato dolore, lutto, angoscia profonda per qualcosa che è parte del proprio corpo e che dall'interno lo distrugge; per la famiglia, l'esperienza emozionale e cognitiva intensa e lacerante di vivere la situazione di un proprio membro malato di una malattia che "corrode" la vita.

L'esperienza della malattia porta con sé angosce di frammentazione per la perdita dell'integrità fisica e/o mentale, reale o fantasmatica ed è per questo che si rende necessaria una relazione personalizzata tra operatore e persona

malata, che permetta al paziente di sviluppare e integrare le informazioni con i vissuti emozionali che ad esse si accompagnano.

Comunicare una diagnosi, accompagnare malato e familiari nell'evolversi della malattia oncologica, integrare le competenze dei vari membri dell'équipe, sono tutti "interventi" che richiedono l'acquisizione di conoscenze psicologiche e una capacità di gestire le relazioni su cui spesso il personale sanitario non è formato.

Di fronte al paziente oncologico molti operatori si fanno travolgere dal dolore e dalla rabbia, si sentono sopraffatti dall'angoscia e dalla disperazione, cedono ai meccanismi di identificazione, altri invece fuggono e realizzano un gelido distacco per proteggersi da emozioni troppo dolorose. Entrambe queste modalità relazionali sono disfunzionali: impediscono un contatto sano e non sono di aiuto né al paziente, né all'operatore²⁸.

L'operatore non sempre è consapevole del disagio di non avere adeguati strumenti nella relazione con il paziente, con la famiglia e con i colleghi e il suo disagio può influenzare negativamente la qualità dell'assistenza, facendo perdere al rapporto con il paziente quelle caratteristiche di incontro che sono indispensabili per trasformare un qualunque trattamento in un intervento terapeutico.

Lungo il percorso della sua professione, l'operatore si scontra con l'ansia da prestazione e, di conseguenza, con il senso d'impotenza e cerca di rispondere a questa ansia di certezze con un impegno teso ad aumentare le proprie conoscenze e competenze, immaginando così di trovare le "parole giuste"²⁹. L'operatore dovrebbe invece rinunciare a presentarsi come colui che sa come risolvere i problemi per provare a costruire una relazione in cui il sintomo possa rappresentare un ponte per accedere alle complessità della persona. Comunicare sul sintomo per giungere alla persona.

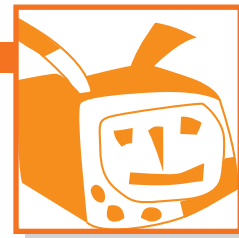
Stare nella relazione, essere presenti e in contatto con il paziente, diventa importante per l'operatore per creare ogni volta quello spazio di condivisione funzionale a garantire un accompagnamento autentico nel percorso di malattia.

A partire dalle modalità di comunicazione della diagnosi, per arrivare fino all'accompagnamento del paziente e dei familiari verso una guarigione o un'evoluzione negativa della patologia, una buona relazione operatore-paziente diventa un insostituibile strumento sia nel processo di adattamento alla malattia, sia nel miglioramento della qualità di vita del paziente. Una buona relazione con l'operatore, caratterizzata da abilità comunicative improntate su rispetto e comprensione empatica, può infatti alleviare il vissuto di malattia e sostenere la crisi.

L'empatia, la capacità di ascolto e di accettazione dell'altro, la sospensione del giudizio e la valorizzazione delle risorse sono strumenti preferenziali per cogliere i significati affettivi presenti nell'incontro con il paziente.

La relazione diventa relazione d'aiuto quando l'operatore è in grado di costruire un percorso di cura, con il paziente e la sua famiglia, che contempi gli aspetti fisici del malessere insieme a quelli emozionali e interpersonali.

Nella cultura del prendersi cura è di grande importanza sia il benessere del paziente, preso in carico come persona totale e non frammentata nelle malattie degli specifici organi, sia il benessere dell'operatore³⁰.



Tutti gli operatori, oltre ad una professionalità adeguata negli specifici ambiti di competenza, dovrebbero essere educati a una cultura della relazione d'aiuto, per potersi accostare consapevolmente al paziente e permettere il suo adattamento a una difficile situazione di crisi.

Inoltre, per i medici la peculiarità della notizie trasmesse (diagnosi di malattia, prognosi sfavorevole, insorgenza di metastasi, ecc.) favorisce la possibilità che la comunicazione venga mutilata dell'aspetto emotivo e che ciò interferisca sull'aspetto cognitivo della comunicazione, fino a una "distorsione" delle stesse informazioni. La comunicazione può diventare carente sia da un punto di vista emotivo che cognitivo e queste mancanze inevitabilmente si riflettono sul piano interattivo e sulla possibilità di creare quello "spazio" nell'incontro, indispensabile al paziente per instaurare una relazione di fiducia con il proprio medico.

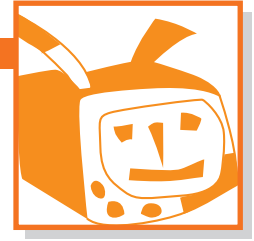
Molte sono le variabili che influenzano la comunicazione all'interno della relazione medico-paziente: l'età del paziente e lo stato di progressione della malattia sembrano, ad esempio, ricoprire un ruolo notevole nel condizionare l'atteggiamento del medico nella comunicare delle notizie. Da uno studio condotto da Caruso et al.³¹ è emerso come i medici tendano ad informare maggiormente le persone più giovani rispetto agli anziani; secondo gli autori questo fenomeno può essere attribuibile alla necessità di incrementare l'adesione ai trattamenti e ai controlli nelle persone aventi un'aspettativa di vita maggiore.

Altri lavori in letteratura³² evidenziano come le difficoltà di utilizzare un linguaggio chiaro e diretto con il paziente, risultano maggiori quando si devono affrontare tematiche relative alla progressione di malattia o alla morte. La letteratura evidenzia come una buona comunicazione influisca positivamente sulla compliance ai trattamenti, sul controllo del dolore e sul miglioramento del livello di benessere fisico e psicologico del paziente³³. Una comunicazione inadeguata, per contro, può rendere il paziente incerto rispetto alla propria diagnosi e alla propria prognosi, confuso circa i risultati degli esami strumentali e insicuro in relazione agli obiettivi delle terapie proposte o alla gestione della propria malattia³⁴.

Alcune ricerche si sono focalizzate in particolare sullo stress sperimentato dal paziente nel corso di una consulenza oncologica, dimostrando la stretta relazione tra l'utilizzo di tecniche comunicative efficaci e la riduzione del distress. Per quanto concerne gli aspetti informativi, è stato riscontrato che la carenza di informazioni e la trasmissione di informazioni parziali o ambigue generalmente accresce i livelli di ansia nel paziente³⁵; analogamente riguardo agli aspetti emotivi diversi studi sottolineano l'importanza di un adeguato impiego della rassicurazione da parte del medico nella gestione degli stati d'animo dolorosi del paziente^{36,37}.

Questi risultati suggeriscono che i medici ricoprono un ruolo fondamentale nell'adattamento del paziente alla malattia e che la possibilità di conoscere e di saper utilizzare tecniche di comunicazione efficaci può contribuire alla riduzione dei sintomi d'ansia e depressione riferibili alla patologia oncologica, per impedire così che essi si aggravino.

Comunicare con il paziente in maniera chiara, autentica ed empatica tenendo conto delle sue peculiarità rimane una competenza complessa, frutto di un



percorso di crescita personale orientato, in primo luogo, alla consapevolezza della propria emotività di fronte alla persona malata e, in seconda battuta, all'acquisizione di strumenti comunicativi che permettano al medico una gestione più adeguata dei momenti difficili³⁸.

L'operatore che assiste il paziente oncologico deve possedere la capacità di comunicare e di sostenere una relazione di aiuto; capacità che può essere acquisita attraverso una specifica formazione²⁸.

Si evidenzia quindi l'importanza di una formazione che tenga conto della relazione operatore sanitario-paziente, una relazione in cui la persona malata possa sentirsi ascoltata e accolta nella sua unicità, così da potersi fidare e affidare alle cure dell'operatore sanitario.

Diventa necessaria per il personale sanitario una formazione alla relazione e all'integrazione che non si limiti all'acquisizione di nozioni teoriche ma diventi capacità di rendere operative le conoscenze stesse per realizzare il passaggio dal sapere al saper fare, al saper essere.

LA FORMAZIONE PSICOLOGICA DEGLI OPERATORI SANITARI

La formazione psicologica degli operatori che lavorano in oncologia è principalmente una formazione alla relazione finalizzata all'acquisizione di informazioni e conoscenze teoriche e all'elaborazione dei vissuti emotivi legati all'attività assistenziale, per facilitare una maggiore consapevolezza di sé stessi e della propria emozionalità. L'aspetto principale di questo tipo di formazione è l'attenzione al proprio mondo interno, alla risonanza emotiva suscitata dalla relazione con l'altro: diventare consapevole delle proprie emozioni e dei propri bisogni facilita il riconoscimento dell'emozione e del bisogno dell'altro^{28,30,39,40}.

Per un siffatto percorso formativo, è indispensabile che l'operatore si metta in gioco in prima persona, che sia disposto a mettere in discussione il proprio comportamento e ad apprendere dall'esperienza.

Nella formazione alla relazione gli operatori dovranno rinunciare all'idea di apprendere tecniche o regole certe. L'operatore è il vero strumento nella relazione e il lavoro sulle proprie capacità relazionali e di ascolto gli permetterà di essere flessibile, consapevole, empatico e capace di adeguare le proprie competenze ai bisogni del paziente.

La formazione alla comunicazione e alla relazione degli operatori tende a evidenziare come l'altro non solo sia una persona, ma, in quanto persona, sia soggetto attivo nel proprio esistere anche nella situazione di malattia, con la possibilità di esprimersi sulla propria esistenza, sul proprio mondo di valori e sulla propria sofferenza³⁰.

L'incontro tra operatore e paziente sarà così l'occasione per "un'evoluzione personale reciproca"⁴¹.

Nella formazione alla relazione è di centrale interesse anche l'aspetto della formazione al lavoro in équipe integrata.

Il prendersi cura del paziente prevede l'intervento di varie figure professionali le cui diverse competenze devono integrarsi per assicurare al malato un buon livello di assistenza.

L'importanza del lavoro in équipe consiste nel farsi carico anche della soggettività della persona malata e del suo contesto socio-relazionale per meglio rispondere ai bisogni complessi che derivano dalla patologia oncologica.

L'équipe interagisce con il paziente e il suo nucleo familiare agendo come un sistema a rete che protegge e supporta. Questa sintonia nasce dalla condivisione e dal confronto tra gli operatori sulle conoscenze riguardanti la persona malata, la sua storia, il suo sistema di supporti sociali, i suoi bisogni attuali, le sue difese e le sue risorse.

Il fine ultimo del processo di integrazione è la costruzione di una rete di interventi che sia aderente a quella specifica situazione costituita dai bisogni di quella determinata persona malata di cancro in quel particolare momento della sua storia clinica⁴². Occorre una formazione specifica per integrare persone diverse con competenze e linguaggi differenti in un approccio comune. Tale formazione deve avere come obiettivo quello di far sviluppare negli operatori un modello operativo comune e condiviso di approccio al paziente, pur nel rispetto delle specifiche competenze e professionalità di ciascuno.

L'addestramento all'integrazione, utile anche per apprendere stili comunicativi differenti all'interno dell'équipe lavorativa si propone, inoltre, come possibilità di superamento di quel disagio emotivo tipico delle professioni d'aiuto, che se non viene elaborato in un contesto formativo o in uno spazio di riunione con i propri colleghi può sfociare nella sindrome del burnout e non consentire più relazioni sane con i pazienti e i loro familiari. L'elaborazione delle dinamiche emotive che ciascun operatore sperimenta con il paziente o con altri membri dell'équipe migliora la qualità di vita dell'operatore e migliora la qualità dell'assistenza al paziente.

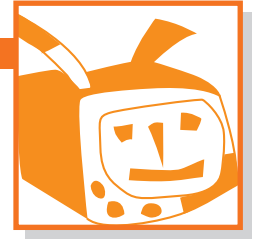
In quest'ottica fare formazione psicologica non significa solo aumentare il bagaglio di nozioni teoriche degli operatori sanitari ma anche apprendere abilità comunicative, relazionali e specifiche del lavoro in équipe per la propria attività lavorativa.

Altro aspetto di rilievo nella formazione alla relazione è la formazione dei medici alla comunicazione delle cattive notizie. I training formativi per medici si propongono di aumentare le abilità comunicative favorendo anche una maggiore consapevolezza delle loro stesse risposte emotive all'interno della relazione con il paziente. Si tratta di un approccio che unisce specifici contenuti teorici ad attività esperienziali ed esercitazioni che permettono al medico una sperimentazione diretta, all'interno di un contesto protetto, di quanto appreso.

In occasione del X Congresso Nazionale Psiche e soma contro il cancro, la Società Italiana di Psico-Oncologia (SIPO) ha dato delle indicazioni sul percorso formativo psicologico che dovrebbero effettuare gli operatori sanitari che lavorano in oncologia, presentando i contenuti teorici da acquisire e il percorso esperienziale da effettuare, quest'ultimo da modulare in relazione alle figure professionali a cui è rivolto l'evento formativo⁴³: nei training per medici, ad esempio, sia la parte teorica che il lavoro esperienziale riguarderanno la comunicazione di cattive notizie.

Tra le principali tematiche da approfondire si segnalano:

- problematiche psicologiche del paziente oncologico, della famiglia e degli operatori;



- comunicazione verbale e non verbale;
- comunicazione di cattive notizie;
- atteggiamenti e abilità della relazione d'aiuto;
- lavoro in équipe e competenza di ciascuna professionalità in relazione alle diverse patologie oncologiche e alle diverse fasi dell'iter diagnostico-terapeutico;
- emozioni proprie e del paziente;
- morte e morire;
- principi di base per la ricerca psicologica in ambito oncologico.

Il percorso di elaborazione dei vissuti emotivi legati all'attività assistenziale potrà avvalersi di un lavoro esperienziale con i seguenti obiettivi:

- prestare attenzione al proprio mondo interno, alle proprie emozioni e alla risonanza emotiva suscitata dalla relazione con l'altro;
- maggiore consapevolezza di se stessi, dei propri vissuti, delle proprie paure e angosce di morte;
- imparare ad essere empatici, ad entrare nel mondo personale dell'altro, sentirne le emozioni senza dimenticare la propria identità e mantenendo una sufficiente distanza emotiva;
- imparare ad ascoltare e accogliere la persona, a creare uno spazio personale all'interno del quale comunicare al paziente presenza e disponibilità a stare con lui;
- imparare a vedere la persona che si ha di fronte;
- favorire la capacità di riconoscere e gestire le risposte emotive dei pazienti e degli altri soggetti coinvolti nel processo di cura;
- favorire la disponibilità ad apprendere quotidianamente dall'esperienza;
- rinunciare all'idea di conoscere il "modo giusto" o "la risposta giusta" per accogliere all'interno di sé stesso uno spazio di incertezza necessario per accettare l'altro così come è nella sua diversità e unicità, senza giudicarlo;
- rinunciare alle "certezze terapeutiche" in quanto non esistono modalità standardizzate per stabilire una relazione d'aiuto;
- imparare ad utilizzare se stesso come strumento terapeutico;
- imparare a pensare in modo integrato;
- formare al lavoro in équipe (équipe come strumento per gestire l'ansia e il disagio emotivo).

Il lavoro esperienziale si avvarrà dell'utilizzo di tecniche formative tra le quali il lavoro a piccoli gruppi, la visione di film, il *role playing*, le tecniche derivate dallo psicodramma, l'analisi di casi clinici e i gruppi di tipo Balint.

CONCLUSIONI

Il burnout rappresenta un'importante sindrome occupazionale in ambito sanitario che può avere un forte impatto sull'operatore, sull'utenza e sulla qualità dell'assistenza. L'oncologia, per le caratteristiche che gli sono proprie, risulta essere una branca della medicina ad elevato rischio di burnout per gli operatori. Il bisogno di interventi finalizzati alla prevenzione e al trattamento del burnout è pertanto ormai pienamente riconosciuto. Tra questi interventi la formazione psicologica degli operatori sanitari svolge un

ruolo centrale: si tratta di un complesso processo di apprendimento che offre all'operatore la possibilità di avviare un percorso di crescita personale oltre che professionale. Gli interventi formativi rappresentano anche un'occasione per favorire nell'operatore un processo di consapevolezza rispetto alle proprie risorse interne e ai propri limiti. Dunque, la formazione psicologica permette agli operatori di acquisire competenze nell'aiutare se stessi e gli altri a riconoscere ed esprimere i propri vissuti, ovvero il proprio mondo interiore e relazionale, di poter realizzare un intervento che prenda in carico globalmente la persona malata e di facilitare il processo di integrazione con gli altri operatori.

Bibliografia

1. Bressi C, Manenti S, Porcellana M, et al. Haemato-oncology and burnout: an Italian survey. *Br J Cancer* 2008; 98: 1046-52.
2. Blust L. Health professional burnout. *J Palliat Med* 2009; 12: 640-1.
3. Bellani ML, Morasso G, Amadori D, et al. (eds). *Psiconcologia*. Milano: Masson, 2002.
4. Freudenberger HF. Staff burnout. *J Soc Issues* 1974; 30: 15-165.
5. Freudenberger HF, Richelson G. *Burnout: the high cost of high achievement*. Garden City, New York: Anchor Press, 1980.
6. Pearlman B, Hartman EA. Burnout: summary and future research. *Hum Relat* 1982; 35: 283-305.
7. Demirci S, Yildirim YK, Ozsaran Z, Uslu R, Yalman D, Aras AB. Evaluation of burnout syndrome in oncology employees. *Med Oncol* 2010; 27: 968-74.
8. Sirigatti S, Stefanile C (eds). *The Maslach Burnout Inventory: adattamento e taratura per l'Italia*. Firenze: Giunti Organizzazioni Speciali, 1993.
9. Edelwich J, Brodsky A. *Burnout, stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Science Press, 1980.
10. Cherniss C. *La sindrome del burnout*. Torino: Centro Scientifico Torinese, 1983.
11. Pearlman B, Hartman EA. Burnout: summary and future research. *Hum Relat* 1982; 33: 283-305.
12. Cournoyer B. Personal and professional distress among social caseworkers. *Soc Casework* 1988; 69: 259-64.
13. Trufelli DC, Bensi CG, Garcia JB, et al. Burnout in cancer professional: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer Care* 2008; 17: 524-31. Epub 2008.
14. Girgis A, Hansen V, Goldstein D. Are Australian oncology health professionals burning out? A view from the trenches. *Eur J Cancer* 2009; 45: 393-9.
15. Alacacioglu A, Yavuzsen T, Dirioz M, Oztop I, Yilmaz U. Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psycho-Oncology* 2009; 18: 543-8.
16. Whippen DA, Canellos GP. Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1000 oncologist. *J Clin Oncol* 1991; 9: 1916-20.
17. Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, et al. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ* 2000; 163: 166-9.
18. Allegra CJ, Hall R, Yothers G. Prevalence of burnout in the US oncology community: results of a 2003 survey. *J Oncol Pract* 2005; 1: 140-7.
19. Sherman AC, Edwards D, Simonton S, Mehta P. Caregiver stress and burnout in an oncology unit. *Palliat Support Care* Mar 2006; 4: 65-80.
20. Asai M, Morita T, Akechi T, et al. Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for patients: a cross sectional nationwide survey in Japan. *Psycho-Oncology* 2007; 16: 421-8.
21. Cam O. The burnout in nursing academicians in Turkey. *Int J Nurs Stud* 2001; 38: 201-7.
22. Bellia M, Farruggia E, Bellofiore G, et al. Valutazione del burnout in personale ospedaliero di reparti di oncologia www.inail.it/cms/Medicina_Riabilitazione/Riabilitazione_e_reinserimento/AttiIVConvegnoBellaieco2.doc.

23. Lederberg MS. Oncology staff stress and related interventions. In: Holland JC (ed). *Psycho-Oncology*. New York : Oxford University Press, 1998.
24. Biondi M, Costantini A, Grassi L. *La mente e il cancro*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1995.
25. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills in young doctors: I - Benefits of feedback training in interviewing as student persist. *BMJ* 1986; 292: 1573-6.
26. Orgel E, McCarter R, Jacobs S. A failing medical educational model: a self-assessment by physicians at all levels of training of ability and comfort to deliver bad news. *J Palliat Med* 2010; 13: 677-83.
27. Tulskey JA, Fischer GS, Rose MR, et al. Opening the black box: how do physicians communicate about advance directives? *Ann Intern Med* 1998; 129: 441-9.
28. Caruso A, Bongiorno L. La formazione alla relazione in ambito oncologico. In: *La sofferenza psichica in oncologia. Modalità di intervento*. Morasso G, Tonamichel M (eds). Roma: Carocci editore, 2005.
29. Cecchini MG. Lo spazio interno del counselling come spazio d'aiuto. Atti I Convegno Nazionale AICO - Associazione Internazionale Counselling. Roma, 26-28 novembre 1999.
30. Ravenna AR. Approccio psicologico alla relazione con la persona sofferente. Il dolore e l'esistenza. In: Quattrini GP, Ravenna AR, Basili G, Mazzei S, Mengheri M, Liperini G. *Le forme della gestalt. Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria* 2008; 11: 6-13.
31. Caruso A, Di Francesco B, Pugliese P, Cinanni V, Corlito A. Information and awareness of diagnosis and progression of cancer in adult and elderly cancer patients. *Tumori: a Journal of Experimental and Clinical Oncology* 2000; 86: 199-203.
32. Berry SR. Just say die. *J Clin Oncol* 2008; 26: 157-9.
33. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J* 1996; 152: 1423-33.
34. Bruera E, Sweeney C, Calder K, et al. Patient preferences versus physician perceptions of treatment decisions in cancer care. *J Clin Oncol* 2001; 19: 2883-5.
35. Leydon GM, Boulton M, Moynihan C, et al. Cancer patients' information needs and information seeking behaviour: in depth interview study. *Br Med J* 2000; 320: 909-13.
36. Gattellari M, Voight KJ, Butow PN, et al. When the treatment goal is the cure: are cancer patients equipped to make informed decisions? *J Clin Oncol* 2002; 20: 503-13.
37. Donovan JL, Blake DR. Qualitative study of interpretation of reassurance among patients attending rheumatology clinics: "just a touch of arthritis, doctor?". *Br Med J* 2000; 320: 541-4.
38. Maguire P. Can communication skills to be taught? *Br J Hosp Med* 1990; 43: 215-6.
39. Caruso A, Ravenna AR, Bongiorno L, Limoncelli L, Tomao F, Arcidiacono S. Valutazione dell'impatto di un modello di formazione psicooncologica per infermieri. *Giornale Italiano di Psico-Oncologia*, 2005; 7: 54-61.
40. Caruso A, Ravenna AR, Tramontana A, et al. La formazione psicologica degli operatori: la proposta di un modello interdisciplinare. *Giornale Italiano di Psico-Oncologia* 2000; 1: 12-6.
41. Balint M *Medico, paziente, malattia*. Parma: Gualandi, 1978.
42. Caruso A, Carucci T, Tramontana A. Formazione alla relazione ed alla integrazione: un percorso da costruire con gli operatori. Atti XI Congresso Nazionale SIPO "Professionalità ed innovazioni in Psico-Oncologia", 226-8. Senigallia (An), 1-3 Ottobre 2009.
43. Caruso A, Annunziata MA. La formazione di base in psicooncologia. Proposta della Società Italiana di Psico-Oncologia. *Giornale Italiano di Psico-Oncologia* 2008; 10: 18-21.

