

BURNOUT SINDROME E NUOVO CODICE DEONTOLOGICO: VALORI E CONFLITTI NELLA REALTA' LAVORATIVA DELL'INFERMIERE DI PRONTO SOCCORSO.

Luca Venturini - Infermiere presso il Pronto Soccorso di Lugo di Romagna - Referente AISACE Emilia Romagna.

Articolo pubblicato su "Emergency Oggi" mag/giu 2000 anno VI N°3

Lo scopo di quest'articolo è quello di fare una riflessione sui molteplici aspetti che compongono la sfera relazionale infermiere-paziente nell'ambito di un servizio di pronto soccorso, evidenziando l'importanza che essa riflette nel nostro ambito lavorativo.

Il Nuovo Codice Deontologico (feb/99) evidenzia la relazione fisica e psicologica infermiere-malato ponendo l'accento sull'ascolto, l'empatia e il sostegno psicologico. Ma tutto questo come si traduce operativamente in un servizio di pronto soccorso? Quali sono gli ostacoli, le difficoltà nella realtà lavorativa di tutti i giorni e in presenza della burnout sindrome?

L'IMPORTANZA DELLA RELAZIONE INFERMIERE-PAZIENTE.

Nel corso del convegno "Cambiare per migliorare" svoltosi a Lugo (RA) il 22-23-24 aprile 1999, durante la discussione al termine della giornata dedicata al burnout, sono emersi da parte di alcuni colleghi due aspetti fondamentali sui cui ci confrontiamo quotidianamente; è possibile instaurare col paziente un rapporto relazionale soddisfacente nelle nostre realtà lavorative, oppure nel contesto attuale risulta essere estremamente difficile?

Da una parte c'era chi asseriva che l'aspetto relazionale con il paziente (ascoltare-parlare) deve sempre e inequivocabilmente essere messo in pratica dall'infermiere, qualsiasi sia il contesto ambientale in cui si trova, Dall'altra parte invece c'era chi affermava che in determinati momenti di ipercarico diretto (riconducibile a quello che può essere definito "caos ambientale", come si vedrà di seguito) e indiretto (cioè con personale magari già stressato e in minoranza per carenze organizzative) è quasi impossibile parlare (e ascoltare) con il paziente, nonostante non esista a priori negli operatori un ostacolo relazionale intrinseco.

Si evidenziava cioè che manca il tempo materiale per farlo, oppure o in concomitanza, le risorse interiori dell'operatore sono "consumate" da una situazione precedente di stress.

Quindi l'energia disponibile viene soprattutto utilizzata per l'aspetto relazionale tecnico e non per quello psicologico-umano.

Ci si è quindi chiesti: qualè la giusta angolazione da cui vedere il problema? Prendiamo in considerazione il solo principio concettuale; è veramente importante un equilibrio nella relazione col paziente? E perché?

Innanzitutto è opportuno fare una premessa fondamentale che sta alla base di tutti nostri rapporti con l'esterno, e cioè l'importanza che l'operatore (e quindi l'uomo) conosca bene se stesso, il proprio stato fisico, la propria personalità, il proprio temperamento e il proprio stato emotivo, e che sappia esercitare su se stesso, qualora ce ne sia bisogno, l'autocontrollo.

Ujhely "osserva che accettare la propria ansietà e la propria collera, dominarle, riconoscerne le cause vale di più, per la qualità del rapporto della relazione col malato, che degli sforzi sovrumani per reprimere questi sentimenti". Quindi, se il mio atteggiamento nei confronti del malato è negativo, è solo colpa del contesto ambientale, oppure è anche colpa mia?

Viviamo in un contesto sociale, e l'importanza dell'interazione con gli altri è determinante, in quanto essa contribuisce a formare e modellare la nostra personalità. Heidegger asseriva che " l'uomo occupa ed abita il mondo secondo tre dimensioni: il mondo proprio, il mondo circostante e il mondo dell'incontro", quindi la propria interiorità, l'ambiente che ci circonda e in cui siamo inseriti e ovviamente gli altri.

Si evince quindi l'importanza della relazione interpersonale in condizioni normali, quantopiù lo sarà nel caso specifico in cui un individuo vive tutta una serie di problemi psicofisici che possono andare da una crisi d'ansia ad un cancro.

In questo caso l'uomo che diventa paziente (e che non sceglie quindi questa relazione, ma ne è obbligato dalla malattia) vede nell'infermiere un punto di riferimento a cui chiede anche uno scambio affettivo; le paure, le angosce, le preoccupazioni da una parte, la capacità di comprendere, di empatizzare dall'altra (dove per empatia secondo Steck "..è il tentativo di riprodurre in proprio i sentimenti altrui al fine di comprendere l'altra persona").

Rosette Poletti afferma che "La relazione infermiera-malato è la pietra angolare delle cure infermieristiche..", e se è vero che l'infermiere non ha scelto il malato con cui dovrà rapportarsi ha però scelto una professione che inequivocabilmente e inevitabilmente lo porterà a confrontarsi psicologicamente e umanamente con esso. Quindi il malato va considerato come una unità psicofisica, alla quale per ottemperare ad un approccio assistenziale completo, al supporto prettamente tecnico va accompagnato quello umano e psicologico.

Si è visto come i pazienti, a distanza di tempo, quando si riferiscono alla loro malattia tendono a ricordare maggiormente l'atteggiamento relazionale del personale infermieristico più che quello puramente tecnico. Questo significa che il nostro comportamento negativo o positivo che sia , lascia una traccia importante e a volte indelebile nel malato (una carezza o un sorriso, oppure aggressività e insofferenza in determinati momenti possono incidere più di qualsiasi pratica manuale).

Per comportamento si intende sia parlare che ascoltare, cioè interazione, scambio: senza ascolto non vi è comunicazione, anche se ascoltare è un atteggiamento che può rivelarsi difficile, tanto più che spesso viene insegnato cosa e come dire una determinata cosa al

paziente, ma non come e quando ascoltare.

Talvolta infatti, le spiegazioni, i chiarimenti (vedi consenso informato ad esempio), gli input che l'infermiere dirige al malato, vengono difficilmente ascoltati perché il suo stato d'animo non è recettivo (ansia, paura, dolore etc), come se fossero onde radio che non si sintonizzano sulla stessa frequenza. Quindi ascoltare prima di parlare può rivelarsi produttivo ai fini della ricezione chiara della comunicazione da parte del malato; con un processo catartico il paziente si libera delle proprie tensioni e angosce e rende la propria mente aperta e recettiva. A questo proposito Kempf e Useem hanno espresso delle interessanti considerazioni riferite ai "valori psicologici dell'ascolto":

- L'ascoltare permette di apprendere
- Ascoltare può ridurre la tensione
- L'ascoltare può aiutare l'altra persona a prendere una decisione
- L'ascoltare aiuta a risolvere reciproci problemi e a chiarire disaccordi
- L'ascoltare permette di ottenere un miglior lavoro e una migliore collaborazione con gli altri
- L'ascoltare vi aiuta a prendere migliori decisioni
- L'ascoltare può farvi acquistare degli amici

E' ovvio che questi criteri riferiti all'ascolto, sono validi sia nella sfera sociale ed interpersonale anche nello specifico del proprio lavoro, e nel rapporto oltre che con i malati, anche con i colleghi, in modo tale da riuscire a rafforzare il gruppo e l'équipe operativa specifica per il contesto "emergenza sanitaria".

Si è visto come la bilateralità della comunicazione sia fondamentale, in quanto noi operatori forniamo informazioni, consigli, sostegno umano e psicologico, e il malato fornisce a noi, a sua volta, informazioni relative al suo stato psicofisico (non dimentichiamo che le esigenze e i disturbi psicologici sono spesso altrettanto importanti di quelli fisici) , e alla sua precedente storia patologica.

Una relazione adeguata col malato può talvolta da sola far diminuire tutta una serie di sintomi come ansia, paura, angoscia etc e creare nel paziente un sollievo importante senza l'ausilio di farmaci. Per questo la capacità di instaurare una buona relazione col malato determina assieme alla capacità tecnica una competenza professionale completa eticamente e deontologicamente accettabile. Il nuovo codice deontologico (febbraio 1999) afferma questo chiaramente, e nello specifico nei seguenti articoli:

Cap 4 - RAPPORTI CON LA PERSONA ASSISTITA: 4.2- "L'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali" 4.5- "L'infermiere, nell'aiutare e sostenere la persona nelle scelte terapeutiche, garantisce le informazioni

relative al piano di assistenza ed adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere. Si adopera affinché la persona disponga di informazioni globali e non solo cliniche e ne riconosce il diritto alla scelta di non essere informato" 4.15- "L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita, riconoscendo l'importanza del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale...." In seguito riassunto schematico riferito alla sfera relazionale e agli elementi principali che la costituiscono.

Di seguito le caratteristiche principali della relazione infermiere-malato (schema 1.1)
RELAZIONE "FISICA" PSICOLOGICA (TECNICA) EMOTIVA (EMPATIA) BISOGNI FISICI
PARLARE - ASCOLTARE (assistenza di base, iniezioni, medicazioni (informazioni sanitarie, consigli, sostegno manovre di emergenza etc) umano e psicologico, "sintonizzazione sulla lunghezza d'onda del malato") COMPETENZA DISPONIBILITA' CARATTERIALE TECNICA
CONTESTO AMBIENTALE (caos) AGGIORNAMENTO CULTURA (apprendimento tecniche Relazionali) COMPETENZA PROFESSIONALE GLOBALE (SAPERE, SAPER ESSERE, SAPER FARE)

OSTACOLI ALLA RELAZIONE

Chapman affermava che "L'infermiere, anche se ha tempo per relazionarsi con il paziente raramente lo fa", e Isabella Menzies giustifica questo atteggiamento dicendo che " [è una]..difesa contro l'ansia dovuta allo stretto contatto con il paziente". Personalmente non credo sia del tutto vera l'affermazione di Chapman perché ritengo che la nostra professione valorizzi la relazione col paziente in tutti i suoi aspetti, anche se è vero che gli input esterni (es ipercarico) talvolta ce lo fanno dimenticare. A questo punto, dopo aver definito l'importanza della relazione, è d'obbligo vedere gli elementi principali che possono ostacolare la relazione nel nostro operare quotidiano in pronto soccorso (anche se molti elementi sono riconducibili anche ad altri servizi).

L'elemento fondamentale che pone spesso un muro fra noi e il paziente è il nemico che oggi imperversa nelle nostre società tecnologiche: lo stress. Lo stress si può definire una situazione di squilibrio tra le richieste dell'ambiente e le risorse individuali. Quando le risorse non sono più in grado di fronteggiare le richieste ambientali si sviluppa lo stress. Gli elementi stressogeni di un determinato ambiente (stressors) sollecitano così l'individuo che reagisce secondo la propria personalità (cultura, capacità di difesa, disponibilità individuale a interiorizzare un principio etico,etc) con determinate risorse, elaborando così uno stato d'animo che va dal semplice disagio fino alla burnout sindrome (dall'inglese burnout= scoppiato,bruciato) che si esprime, oltre che con tutta una serie specifica di sintomi, con una depersonalizzazione, cioè con atteggiamenti negativi e cinici nei confronti del malato.

Il cambiamento di comportamento dell'operatore nei confronti del paziente è un segno importante che denota il passaggio da una situazione stressante che può essere definita fisiologica e comunque gestibile dall'operatore stesso, ad una vera e propria psicopatologia che può avere conseguenze gravi (in alcuni casi estremi il burnout può portare al suicidio). Le cause e i livelli di stress possiedono tante sfaccettature e di seguito si cercherà di affrontare quelli più comuni che vive l'infermiere di PS. La domanda n° 11 del questionario relativo alla ricerca infermieristica "Burnout in pronto soccorso,

ovvero il fallimento dell'autorealizzazione?" rivolta agli infermieri dei servizi di pronto soccorso della regione Emilia Romagna (con una rispondenza del 57.5%, cioè 406 questionari ritirati e analizzati), chiedeva: "Ritieni di avere sufficiente tempo per ascoltare e rispondere al paziente?". Il 68.1% ha risposto ad una delle tre risposte possibili, e cioè "dipende dal carico di lavoro", mentre un secco "no" è stato risposto dal 21.5%. Questi dati appaiono significativi in quanto evidenziano un elemento importante con cui ci si confronta lavorando in un servizio di PS: l'ipercarico di lavoro!. Basti pensare che solo in Emilia Romagna da 1025276 prestazioni in PS del 1995 si è passati a 1352974 del 1997. L'ipercarico è un'importante causa di stress negli infermieri di PS, dove per ipercarico è opportuno fare delle distinzioni sulle cause individuabili in tre fattori principali:

- Ipercarico diretto dovuto al numero di pazienti che confluiscono al PS: spesso i flussi sono contemporanei tra mezzi propri (il cittadino sa che in pronto soccorso trova sempre una risposta, a qualsiasi ora del giorno e della notte, situazione invece diversa nelle strutture territoriali) e i mezzi di soccorso che talvolta si avvicendano con impressionante continuità

- Ipercarico diretto dovuto al tipo di paziente: spesso convergono pazienti critici che abbisognano di cure immediate e che quindi richiedono risorse in numero di unità e di energie, fisiche e psichiche. Altro fattore importante sono i numerosi pazienti anziani che sostano nei locali di PS per ore (mancanza di posti letto nei reparti) richiedendo un determinato impegno per l'assistenza di base (caratteristica di questo tipo di pazienti) Non dimentichiamoci infine dell'utente "codice bianco" che spesso polemizza al triage creando nel gruppo, negli utenti in attesa e nella struttura tensioni emotive talvolta difficilmente gestibili.

- Ipercarico indiretto dovuto alla scarsa possibilità di soddisfare le richieste globali: in seguito alle riorganizzazioni aziendali molti servizi hanno personale infermieristico ridotto (pensionamenti e malattie non sostituite) e quello presente magari non gode da tempo di un periodo di ferie (forte elemento anti stress). Si aggiunge inoltre l'elemento "ricambio personale" in cui nel servizio si avvicendano frequentemente unità infermieristiche nuove (anche per breve tempo) che necessitano di un tempo fisiologico di ambientamento e di addestramento, e che costringono gli operatori "anziani" del servizio ad un livello di attenzione maggiore e di risorse personali dedicate all'approccio addestrativo.

Inoltre si identificano:

- Organizzazione: se il servizio non attua opportune strategie organizzative, a parità di mole di lavoro, le energie richieste aumentano perché distribuite male. Un contesto organizzativo in cui l'infermiere ha poca autonomia (o troppa, cioè lasciato completamente a se stesso), con un supervisore troppo invadente o per contro completamente assente, in cui non si effettuano mai aggiornamenti e non si instaura un buon clima tra colleghi (importante punto di forza nei conflitti) aumenta vertiginosamente il rischio burnout. Per questo è determinante ai fini della prevenzione della catena disagio-stress-burnout una buona organizzazione che valorizzi l'infermiere e il suo operato.

- Fattori emotivi: questi sono "fisiologici" ed inevitabili, in quanto in un reparto di emergenza si vivono situazioni che incidono nella nostra sfera emozionale in maniera

importante. Basti pensare alla richiesta di energie psicofisiche che richiede (talvolta immediatamente e inaspettatamente) un'emergenza, oppure al confronto diretto e personale con situazioni di drammi umani (pazienti terminali, morte di giovani in seguito a traumatismi, patologie pediatriche gravi, il dolore dei parenti di pazienti deceduti tanto per citarne alcuni) oppure i conflitti (spesso gratuiti e non cercati) con l'utenza che riflette sugli infermieri (specialmente al triage) la propria aggressività e arroganza, determinata dal bombardamento dei media sulla malasanità e dalla "pseudocultura sanitaria" che si sviluppa erroneamente da numerosi programmi televisivi, i quali, anche se forniscono informazioni corrette, scatenano un effetto boomerang sul cittadino. Quest'ultimo infatti talvolta personalizza le informazioni e pretende di sapere perfettamente il tipo di prestazione sanitaria di cui necessita scavalcando il ruolo del personale sanitario.

Quindi tutti questi elementi, sommandosi provocano nell'interiorità dell'operatore un logoramento che, se non correttamente prevenuto o controllato, può portare ad un distacco passivo (insofferenza, isolamento) ed attivo (aggressività, cinismo) nei confronti del malato. Esso diventa il nemico, diminuiscono le difficoltà di concentrazione e le attenzioni per il paziente e i suoi bisogni, c'è una forte repulsione nel recarsi al lavoro, si dà la colpa di tutti i problemi ai colleghi e alla organizzazione, l'empatia cessa lasciando posto alla depersonalizzazione. L'infermiere è bersagliato quotidianamente da vari stressors, i quali ostacolano a vari livelli e con diversa intensità una buona relazione con l'ambiente che lo circonda, dai colleghi al paziente.

E ciò succede particolarmente in pronto soccorso, punto di giunzione tra territorio e struttura ospedaliera, cardine in cui si snodano problemi di tutti i tipi, situazioni particolari che comprendono svariati e numerosi aspetti talvolta inconsueti delle patologie psicofisiche e un luogo in cui convergono le maggiori comunicazioni (118, forze dell'ordine, parenti, altre strutture ospedaliere, richiesta di informazioni di vario tipo sull'ubicazione dei vari settori ospedalieri, portineria, etc) determinando così in chi vi opera all'interno un elevato rischio di stress. Anche senza giungere allo stato patologico del burnout, una condizione di disagio o stress prolungato determinano stanchezza fisica e mentale, poca voglia di relazionarsi col paziente, e dopo una giornata di lavoro a cui siamo stati sottoposti a centinaia di stimoli, le nostre risorse interiori sono svuotate e arse. Tendiamo quindi a reagire di conseguenza, nonostante ci rendiamo conto che un nostro atteggiamento interiore od esteriore può essere di poca disponibilità e di insofferenza (senza giungere agli eccessi della depersonalizzazione).

Ci lasciamo trasportare passivamente dalla "corrente del sistema" dalla sua frenetica serialità, arrendendoci silenziosamente esausti. Se la prestazione tecnica è richiesta inequivocabilmente dall'operatività del servizio, quella umana e psicologica, non essendo sottoposta a nessun tipo di riscontro pratico, purtroppo rischia di sfumare talvolta in una sorta di "facoltatività" determinata solo dal proprio senso etico-deontologico individuale. Lo schema di seguito riassume quali sono i principali ostacoli alla relazione.

(schema 1.2) CAUSE PRINCIPALI DI STRESSORS IN PS IPERCARICO EMOTIVO
ORGANIZZAZIONE AFFLUSSO UTENTI SITUAZIONI CLIMA ÉQUIPE (quali-quantitativo) DI
EMERGENZA AUTONOMIA PERSONALE RIDOTTO (azione immediata/inaspettata)
(eccessiva/assente) ANSIA MANCANZA DI FERIE TIPO PAZIENTI SUPERVISORE

(dipendenza, sofferenza, (opprimente/assente) AVVICENDAMENTO drammaticità della morte) CONTINUO PERSONALE PERSONALITA' AGGIORNAMENTI (variabile individuale) (assenti o rari) POSSONO DETERMINARE: DISAGIO STRESS BURNOUT SQUILIBRIO TRA STRESSORS E RISORSE GESTIBILE NON GESTIBILE STANCHEZZA PSICOFISICA, TENSIONE LAVORATIVA, NERVOSISMO, IRRITABILITA', POCA DISPONIBILITA' ALLA RELAZIONE COL PAZIENTE, INSOFFERENZA CEFALEA, ULCERA GASTRICA, INSONNIA, ANSIA, PESSIMISMO, DEPRESSIONE, DIST. INTESTINALI, DEPERSONALIZZAZIONE, CALO AUTOSTIMA, ESAURIMENTO EMOTIVO, MANCATA REALIZZAZIONE, ALTERAZIONI DELL'UMORE, ISOLAMENTO AUMENTO INTENSITA' DELLA SINTOMATOLOGIA TRASFORMAZIONE DEL COMPORTAMENTO

CONCLUSIONI

Dopo aver visto l'importanza dell'aspetto relazionale infermiere-paziente come completamento della competenza professionale globale (sapere, saper essere, saper fare) e aver visto i principali ostacoli ad essa che tutti i giorni viviamo nel nostro operare, abbiamo qualche elemento in più per poter rispondere alla domanda iniziale? Sul fatto che oltre a possedere competenza tecnica l'infermiere deve avere la capacità, come impone il codice deontologico, di relazionarsi correttamente col paziente, credo che nessuno opponga dei dubbi. Il quesito rimane invece un altro: è sempre possibile farlo? Oltre alle manovre assistenziali tecniche (dall'introduzione di una flebo al BLS) a cui non mi posso sottrarre senza incappare in un problema giuridico, ho sempre la possibilità come l'etica e la deontologia mi impone, di avere un approccio umano e psicologico col malato? Le possibili risposte potrebbero essere queste:

1) "Vorrei essere disponibile a parlare-ascoltare il paziente, ma il carico di lavoro del contesto ambientale me lo impedisce, tra i telefoni che suonano, le ambulanze che arrivano anche con feriti gravi, non ne ho proprio il tempo"

2) " Posso farlo ma non ho disponibilità interiore perché sono stanco e "prosciugato" di energie, non vedo l'ora di andare a casa: non ho proprio voglia di mettermi a parlare col malato ne di ascoltarlo"

3) "Mi relazio bene perché sono appena tornato dalle ferie che riesco a fare ciclicamente, siamo in numero esatto alle richieste dell'utenza e il flusso degli accessi è abbastanza tranquillo"

4) "Sono molto stanco, c'è caos ma mi sforzo per quanto mi è possibile di avere un atteggiamento eticamente corretto e di disponibilità, come l'etica giustamente mi impone"

5) "Non ce la faccio più a lavorare qui! Voglio cambiare lavoro, non sopporto più nessuno, ne i medici ne i colleghi e tanto meno i malati, pretenziosi e lamentevoli. Se il telefono suona ancora lo lancia fuori dalla finestra; mi metterei a urlare"

Con queste affermazioni ho voluto evidenziare il fatto che ritengo che nella realtà la risposta oscilla a metà tra le due affermazioni/quesiti della domanda iniziale. Infatti non è detto che ognuna delle affermazioni sopracitate appartenga ad un individuo diverso, ma

lo stesso soggetto può rispondere nei diversi modi a seconda di un determinato numero di variabili personali e ambientali, tra cui non dimentichiamo il proprio stato d'animo di base influenzato dalla vita personale, nel bene e nel male. Credo infatti che l'infermiere che lavora nei servizi di PS italiani possa vivere a seconda delle situazioni tutti quegli stati d'animo sopradescritti: cioè (rifacendoci alle affermazioni dell'inizio) "essere sempre e comunque disponibile" ad avere una relazione perfetta col paziente qualsiasi cosa gli succeda intorno, oppure per contro "mai" in nessun momento concedersi la disponibilità a farlo perché oberato di lavoro. Le situazioni operative si alternano vicendevolmente come l'atteggiamento individuale dell'operatore e credo sia molto difficile e utopico mantenere sempre un atteggiamento costante e ineccepibile da parte degli operatori.

Naturalmente questo non ci deve far dimenticare che noi abbiamo "l'obbligo etico" di migliorare il nostro approccio umano e psicologico nei confronti di chi soffre; questo fa parte del nostro essere professionisti e di saper fare bene il nostro mestiere, e deve essere lo stimolo migliore per maturare una coscienza etico-deontologica che ci può permettere di gestire, con l'esperienza, un buon l'approccio relazionale anche nei momenti in cui è più difficile farlo. Il punto quindi può diventare: non "sono sempre disponibilissimo" o "non lo sono mai perché è impossibile", ma "sono disponibile ad imparare nel corso della mia esperienza professionale (e umana) a correggere le mie lacune etiche per poter migliorare la sfera relazionale? Mi interessa farlo? Credo che si possa imparare a farlo e "coprire" quei vuoti che magari adesso ci sono in un processo di crescita professionale, accettando (ma modificando) il nostro limite umano che emerge in certi momenti quando inseriti come siamo talvolta nella "macchina vorticoso e seriale delle prestazioni", siamo inconsapevolmente costretti a trattare i malati solo come contenitori di malattie perché manca il tempo materiale e l'attenzione per andare oltre, presi come siamo dalla frenesia dell'operare, (specialmente in urgenza) o alterati emotivamente dallo stress accumulato nel tempo. Occorre quindi (anche culturalmente) attribuire la giusta importanza all'aspetto etico-deontologico, valorizzando cioè quegli aspetti che tendono ad essere nascosti (empatia) o che rischiano di essere non considerati perché, pur essendo determinanti e fondamentali sfumano tacitamente in una sorta di oblio.

L'altro passo fondamentale, oltre ad una seria presa di coscienza dei valori etici, è combattere lo stress che pone un freno anche a quelle persone più motivate. Lo stress logora, consuma, crea mutamenti nell'atteggiamento della nostra interiorità distorcendo l'omeostasi psicologica e fisica inducendoci subdolamente e spesso inconsapevolmente a peggiorare l'attività assistenziale. Anche se, ed è doveroso dirlo, lo stress può possedere un'azione positiva atta a stimolare le nostre risorse interiori, in un contesto però dove la condizione stressante non è frequente ed è perfettamente gestibile dal soggetto. Esistono fortunatamente strategie per poter combattere gli stressors precedentemente descritti (schema 1.2), e anche se non è possibile agire su tutti i punti (e nelle diverse realtà culturali), su molti si può lavorare per avere un contenimento e un controllo delle problematiche.

Di seguito gli elementi che ritengo principali da attuare per fronteggiare lo stress: (schema 1.3)

- un supervisore che da sostegno senza ridurre l'autonomia
- responsabilizzare gli operatori
- avere possibilità di carriera
- retribuzione economica congrua
- avere la possibilità di incidere attivamente con la propria creatività nell'organizzazione
- creazione di gruppi di lavoro
- possibilità di fare aggiornamenti
- rotazione dei compiti
- organizzazione ad hoc degli accessi (triage)
- instaurare un buon clima tra colleghi evidenziando l'importanza della collaborazione (lo stress oltre che impedire la relazione col paziente la impedisce anche all'interno dello staff)
- essere un numero di unità operative adeguate al carico di lavoro
- godere ciclicamente dei periodi di ferie
- strategie per combattere lo stress (incontri con psicologi, valutare il proprio disagio(Maslach test o creato "ab personam"))
- conoscere se stessi (e combattere l'egocentrismo)

E' facilmente obbiettabile il fatto che l'applicabilità di questi elementi non è di facile attuazione nel contesto organizzativo e sociale in cui viviamo, dove la lotta al risparmio sembra avere più valore dei contesti etici, e dove spesso negli animi prevale la demotivazione e l'insofferenza, ma si può incidere attivamente su questi aspetti (specialmente organizzativi e individuali) trasformando almeno in parte il nostro mondo lavorativo in cui viviamo, cercando di renderlo maggiormente vivibile e accettabile, sia per noi operatori che per i malati che assistiamo. Di seguito riassunto schematico delle strategie per combattere lo stress.

STRATEGIE ANTI STRESS IPERCARICO EMOTIVO ORGANIZZAZIONE AFFLUSSO UTENTI
 SITUAZIONI CLIMA EQUIPE (organizzare ad hoc il triage) DI EMERGENZA AUTONOMIA
 PERSONALE ADEGUATO (massima conoscenza (responsabilizzazione) ALLE RICHIESTE
 tecnica= >sicurezza) FERIE CICLICHE TIPO PAZIENTI- SUPERVISORE ANSIA (sostiene
 senza

BIBLIOGRAFIA

MILANI Paola " Il burnout come fattore di rischio per la qualità della relazione d'aiuto e delle prestazioni nei servizi sanitari. Analisi dei fattori di rischio, conseguenze, coping e mezzi di prevenzione, negli infermieri di pronto soccorso" Tesi di diploma universitario scienze infermieristiche UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO Milano,1998

BARTOLINI Nadia, REGAZZI Denise, VENTURINI Luca " Burnout in pronto soccorso, ovvero il fallimento dell'autorealizzazione?" Ricerca sul disagio infermieristico nei servizi di pronto soccorso della regione Emilia Romagna EDIZIONI CENTRO STAMPA ASL RAVENNA - 1999

IANDOLO COSTANTINO "L'approccio umano al malato -aspetti psicologici dell'assistenza" ARMANDO EDITORE 1979

ASSUNTO QUADRIO "Argomenti di psicologia medica per operatori assistenziali e sanitari" LA SCUOLA EDITRICE 1982

"Materiali per un dibattito su etica e codici deontologici" pp198-199 "Deontologia, etica e diritti: un codice deontologico per gli infermieri" pp202-207 RIVISTA DELL'INFERMIERE 4/98

Venturini Luca.