

Parte seconda – Operatore Sanitario e malato

CAPITOLO 7 - CONOSCERE SE STESSI PER AIUTARE L'ALTRO, EVITANDO IL BURNOUT

Introduzione

Abbiamo già evidenziato “la peculiarità” della professione sanitaria definita dalla “Carta degli Operatori Sanitari”: “un incontro tra ‘una fiducia e una coscienza’”. La ‘fiducia’ di un uomo segnato dalla sofferenza e dalla malattia e perciò bisognevole, il quale si affida alla ‘coscienza’ di un altro uomo che può farsi carico del suo bisogno e gli va incontro per assisterlo, curarlo, guarirlo”¹.

Di fronte alla rilevanza di questa professione non potevamo trascurare una riflessione sull'uomo “operatore sanitario” sollecitandolo a sviscerare la trasparenza, l'umiltà e l'autenticità del suo operare. Riserveremo, inoltre, spazio alla “conoscenza di sé”, non con l'obiettivo di presentare un organico discorso sulla tematica presente in vari testi specialistici², ma con l'intento di evidenziare alcuni elementi da soppesare per essere sufficientemente liberi nelle relazioni con il sofferente. Prospetteremo come percorso quello del “guaritore ferito” e, infine, lasceremo spazio per recepire ed affrontare un pericolo sempre in agguato: il burnout.

1. Medice cura te ipsum

Questa locuzione latina significa “medico, cura te stesso”! E' presente nel Vangelo di san Luca³ e trae origine da un midrash ebraico⁴. Gesù rammenta la frase agli abitanti di Nazareth prevenendoli nella richiesta di compiere nella sua patria le azioni miracolose operate a Cafarnaò. Il concetto lo troviamo anche nella letteratura antica, ed è da sempre utilizzato per deplorare il comportamento di chi biasima i difetti altrui scordando i propri. Ad esempio, lo scrittore greco Esopo, affermava che gli uomini ricevono da Giove due bisacce, una posta sul dorso piena dei difetti degli altri e una posta sulle spalle con i propri difetti, perciò faticosamente visibile agli occhi del singolo. Un'altra locuzione evangelica simile riguarda la condanna della pagliuzza dell'occhio del vicino non accorgendosi della trave presente nel proprio occhio⁵.

Abbiamo introdotto la “conoscenza di sé” con la locuzione evangelica “Medico, cura te stesso”, perché il filosofo e pedagogista austriaco M. Buber nel testo “Il

¹ *Carta degli operatori sanitari*, op. cit., n. 2.

² Per approfondire la tematica: A. CENCINI - A. MANENTI, *Psicologia e formazione. Strutture e dinamismi*, EDB, Bologna 2000; AA. VV., *L'enneagramma. Un itinerario alla scoperta di se*, San Paolo, Cinisello Balsamo (Mi) 1993; G. C. MAZZA, *Conoscere se stessi. Guida all'auto-comprensione*, San Paolo, Cinisello Balsamo (Mi) 1990.

³ Cfr.: *Vangelo di Luca*, 4,23.

⁴ “Indagine esegetica dei testi sacri, quale fu praticata dai dottori ebrei nell'epoca post-biblica e i libri in cui tali risultati sono esposti” (da Enciclopedia Treccani).

⁵ Cfr.: *Vangelo di Luca*, 6,39.

problema dell'uomo"⁶, evidenza che vi sono delle epoche in cui la persona si percepisce a "casa sua"; inquadra la società, offre senso alle cose, risponde ai vari problemi esistenziali. Vi sono invece periodi in cui emerge un'insicurezza collettiva che favorisce un generale smarrimento e, di conseguenza, l'uomo è sommerso da domande e da interrogativi e fatica a rispondervi. E' atterrito dalla velocità dei cambiamenti e dalla mutevolezza dei sistemi di valori oltre che da stili di vita divergenti e spesso contrastanti ed è complesso aver fiducia "nel vero" sempre e dovunque. In questa situazione l'uomo vive "senza casa". La nostra epoca segue il secondo modello essendo caratterizzata dall'incertezza, dall'indecisione e dall'insicurezza. Un'insicurezza che si esprime nella paura per il futuro biologico dell'umanità, nella delusione per una scienza che si prefiggeva di alleggerire la sofferenza ma ha mantenuto la promessa solo parzialmente, nella carenza di riferimenti di fronte problemi etici-morali sempre più profondi ed urgenti, nel colpevolizzare spesso gli altri. "Abbiamo" di più, ma "siamo" di meno; l'"avere" ci sta togliendo dall'"essere". L'uomo "senza casa", è insoddisfatto, eternamente scontento, continuamente con rimpianti, travolto da molteplici angosce. Ecco, allora, il dovere di conoscersi, di rispondere agli interrogativi sul senso della vita e, conseguentemente, di evidenziare quali valori⁷ sono essenziali e irrinunciabili per la propria esistenza. L'evadere le risposte e l'incertezza pongono in crisi i rapporti con se stessi, con gli altri e anche con Dio. Per questo, oggi più che mai, è attuale la locuzione: "Medice, cura te ipsum".

Ma, conoscersi profondamente, è ostico poichè la ricerca deve compiersi nel "mistero" del nostro universo interiore, cioè nell'inconscio, contenente pensieri, emozioni, istinti, modelli comportamentali... di cui non siamo consapevoli.

1.1.LA NOSTRA PERSONALITA': LA FINESTRA DI JOHARI

Due psicologi americani, J. Luft e H. Ingham, affermano nella teoria definita della "Finestra di Johari" che "l'io" di ogni persona possiamo paragonarlo ad una finestra *con quattro ante*.

-*Nella prima anta*, definita anche "arena", è presente l'"area nota" (A) che racchiude il conosciuto dal soggetto e dagli altri (nome, abitazione, famiglia, lavoro, ruolo sociale, identità fisica, idee e sentimenti comunicati...) ed è, ovviamente, la più facile da vedere.

-*Nella seconda anta*, definita anche "facciata", è situata l'"area nascosta" o privata (B) e troviamo le informazioni totalmente conosciute dal soggetto ma, dagli altri, solo in minima parte (motivazioni che smuovono gli atteggiamenti, i comportamenti, la condotta, l'umore...). Unicamente chi desidera esporsi al giudizio degli altri la rende conoscibile all'esterno.

⁶ Cfr.: M. BUBER, *Il problema dell'uomo*, Marietti, Torino 2004.

⁷ Avendo usato questo termine più volte è opportuno chiarirlo. "Valore indica una realtà ideale che, quando è presente in una persona, cosa o progetto, li rende degni di stima, apprezzamento o attrazione. (...) Perché un valore possa guidare il comportamento, occorre che esso sia interiorizzato, cioè integrato, fatto proprio. In caso contrario, tra valore proclamato e comportamento vi è contraddizione". A. BRUSCO - S. MARINELLI, *Iniziazione al dialogo e alla relazione d'aiuto, (1 livello)*, Il Segno dei Gabrielli editori, Negarine di S. Pietro in Cariano (Vr) 1997, pp. 59-60.

-Nella terza anta, definita anche “punto cieco” (C) troviamo le informazioni note agli altri e solo in minima parte al soggetto. Si acquistano informazioni su quest’area, quindi su di sé, mediante feedback diretti da parte di coloro che circondano l’individuo.

-Nella quarta anta, definita “area inesplorata” o ignota o dell’inconscio (D), è racchiuso lo sconosciuto al soggetto e agli altri (meccanismi inconsci di difesa, atti non coscienti...). Approfondire la conoscenza della quarta finestra contribuisce a comprendersi meglio, ad apprendere il significato di alcuni comportamenti e anche le reali motivazioni di una scelta professionale.

	So di me	Non so di me
Sai di me	<p>1 PARTE NOTA</p> <p>(CONOSCIUTA DA ME E DAGLI ALTRI)</p>	<p>2 PARTE CIECA</p> <p>(CONOSCIUTA DAGLI ALTRI E NON DA ME)</p>
Non sai di me	<p>3 PARTE NASCOSTA</p> <p>(CONOSCIUTA DA ME E NON DAGLI ALTRI)</p>	<p>4 PARTE INESPLORATA</p> <p>(NON CONOSCIUTA NE' DA ME, NE' DAGLI ALTRI - SUBCONSCIO)</p>

A.Cencini e A. Manenti riportano un esempio esplicativo. “Una persona che aiuta gli altri (A) è vista caritatevole (B), è sensibile a collaborare (C); le tre aree la rendono sempre disponibile. Ma se nell’ ‘area ignota’ (D) c’è un bisogno conflittuale, ad esempio, di dipendenza affettiva, il quadro psicodinamico cambia: la vera sorgente di tanta disponibilità non è solo il valore carità ma anche il bisogno di essere amato e riconosciuto. Quella persona dà ma con il fine subconscio di ricevere. Si dedica in tutta buona fede al servizio degli altri senza rendersi conto di essere allo stadio infantile della ricerca di se stesso. E così, dopo l’entusiasmo, iniziale o quando la donazione chiederà un prezzo da pagare, la sua perseveranza sarà messa a dura prova”⁸.

Lo stesso possiamo affermare nei confronti di due atteggiamenti negativi che potrebbero essere presenti in un medico: la “carrierite” e “l’avidità di denaro”. La “carrierite”, cioè l’interesse esclusivo al successo professionale, trasferisce in secondo piano l’obiettivo primario della professione medica, cioè la cura del malato che potrebbe essere trasformato in un oggetto proficuo per accrescere la propria immagine o potere o dominio. Questo accade quando il medico, ad esempio, progetta con tutti gli espedienti legittimi o illeciti di conquistare un primariato ospedaliero, oppure si dedica alla politica con il proposito di ottenere benefici anche nei confronti della sua carriera professionale.

La seconda negatività che potrebbe incomberne sui medici è “l’avidità del denaro” che è contraria all’appropriata e adeguata retribuzione per la professionalità e per la diligenza nello studio, nell’aggiornamento e nella cura.

⁸ *Psicologia e formazione. Struttura e dinamismi*, op.cit. pg. 34.

“L’avidità di denaro” fa percepire il malato unicamente come un mezzo per trarre benefici economici. Ne sono esempio le prestazioni fornite richiedendo onorari esorbitanti, la pseudo cura di malattie inesistenti o la somministrazione di farmaci inutili o prescritti essendo sollecitato dalle varie industrie farmaceutiche che promettono alcuni compensi.

Se siamo interessati a conoscerci, possiamo identificare lo spazio che le varie aree occupano in noi eseguendo il seguente esercizio.

Disegniamo un quadrato numerando il lato orizzontale e il lato verticale da 1 a 10.

-Il “*lato orizzontale*” del quadrato misura il grado di conoscenza che possediamo in termini di personalità, di atteggiamenti, di impressioni ed emozioni trasmesse agli altri. In altre parole rappresenta l’ “io” nella ricerca d’informazioni per conoscere come gli altri mi percepiscono. Il numero che identificheremo mostrerà il nostro interesse nei confronti di questo aspetto che potrà accrescersi mediante esplicite richieste di feedback sul nostro comportamento e sulle impressioni che generiamo.

-Il “*lato verticale*” del quadrato rappresenta il grado di conoscenza che gli altri posseggono di noi. Anche qui dobbiamo fissare un numero.

Dopo aver identificato il numero che riteniamo più corrispondente a noi, tratteggeremo una riga per unire i due lati opposti.

Si potranno avere quattro tipi di grafici che ora esaminiamo.

*La predominanza dell’ “area nota” (A) indica colui che è “trasparente” poiché compie scelte oneste e sincere e imposta relazioni schiette.

*La predominanza dell’ “area cieca” (B) indica la scarsa ricettività nei confronti delle opinioni altrui.

*La predominanza dell’ “area nascosta” (C) indica l’interesse a conoscersi maggiormente ma senza rivelare nulla di sé.

*La predominanza dell’ “area inesplorata” (D) indica colui che non intende conoscersi rimanendo un “mistero” per se stesso e per agli altri.

1.2.I PROCESSI DELLE DECISIONI

Conosciuta l’area prevalente della nostra personalità, trattiamo ora i livelli di vita psichica e gli aspetti emotivi e razionali delle decisioni.

Tre livelli determinano le modalità di orientarsi e atteggiarsi della persona nei confronti delle scelte, degli eventi e della vita stessa: psico-fisiologico, psico-sociale e razionale-spirituale.

-Nel primo livello, quello *psico-fisiologico* si appagano i bisogni primari per vivere (fame, sete, sonno...); l’attenzione è rivolta, particolarmente, agli elementi corporei.

-Nel secondo, quello *psico-sociale*, si avverte la necessità degli altri e, di conseguenza, delle relazioni sociali per potersi realizzare. L’attenzione è rivolta a sviluppare la socievolezza e l’affermazione nel campo professionale e sociale.

-Nel terzo, quello *razionale-spirituale*, l’ elemento caratterizzante è il desiderio di infondere significati agli eventi esistenziali. Si manifesta mediante la sete di conoscenza, nel decifrare correttamente il reale, nel rispondere ai grandi

interrogativi della vita anche se, come ricordava V.E. Frankl, il “rispondere alle domande circa il significato assoluto è del tutto impossibile per l'uomo”⁹.

Raggiungere il terzo livello, in un sano equilibrio con gli altri due, ci farà compiere atti e scelte trasparenti ed umani. Infatti, “essere uomo significa, fondamentalmente, essere orientati verso qualcosa che ci trascende, verso ciò che sta al di là e al di sopra di noi; un significato da realizzare, o un altro essere da incontrare e da amare. Di conseguenza, l'uomo è se stesso nella misura in cui si supera e si dimentica”¹⁰. Ciò permetterà di assumere rapporti rispettosi nei confronti delle cose e di libertà verso gli altri, superando quell'istinto di “usarli” o “strumentalizzarli” presente negli altri due livelli¹¹.

Dal livello raggiunto scaturisce la definizione che la persona dà di sé; cioè come si vede e si giudica, anche se fatica a comprendersi pienamente a causa di avvenimenti passati e di bisogni attuali difficili da leggersi, soprattutto per la presenza di quelle influenze inconscie che, abbiamo già affermato, albergano in ogni uomo.

Accanto alla “vita psichica” e ai condizionamenti accennati è utile rammentare che ogni decisione, piccola o grande, quindi anche la scelta professionale, è mossa da un volere “emotivo” e uno “razionale”. Non può esserci attività umana che non sia accompagnata da reazioni emotive. Queste, saranno più evidenti, di fronte a eventi che modificano, improvvisamente e bruscamente, la situazione del soggetto e varieranno dallo spessore dello stimolo che le provoca. Dunque, ogni scelta, è condizionata dal volere emotivo che induce a valutare l'oggetto in base ad alcuni elementi: al “mi piace” o al “non mi piace”, al desiderabile o al non desiderabile, alla capacità o meno di soddisfare un bisogno. Mentre, il volere razionale, nella valutazione della situazione supera l'interesse immediato, imponendo nelle scelta criteri maggiormente universali e concentrando l'attenzione sui valori e sugli scopi che s'intendono raggiungere con una determinata azione¹².

1.3. L' “OGGI” DELLA PROFESSIONE SANITARIA

Si è ritenuto importante ricordare questi aspetti della personalità convinti che il grado di maturità raggiunta o non conseguita, influenzi ogni decisione. Potremo, in questo modo, comprendere “il perché” di una decisione professionale e se questa fu mossa dalle virtù come dovrebbe essere per il medico e l'operatore sanitario, oppure anche inconsciamente, dai bisogni o peggio dalla “carrierite” o dall'avidità di denaro.

Con questa riflessione non vogliamo colpevolizzare nessuno anche se l'argomento dovrebbe essere oggetto di “seria valutazione” nel momento del reclutamento pre-universitario. Questo, non significa precludere agli studenti di accedere ai corsi e alle facoltà che formano i professionisti dell'aiuto, ma

⁹ V.E. FRANKL, *Homo Patiens. Interpretazione umanistica della sofferenza*, Oari, Brezno di Bedero (Va) 1972, pg. 72.

¹⁰ V.E. FRANKL, *Alla ricerca di un significato della vita: I fondamenti spiritualistici della logoterapia*, Mursia, Milano 1974, pg. 121.

¹¹ Per approfondire: *Psicologia e formazione. Strutture e dinamismi*, op. cit., pp. 13-30; G. NUTTIN, *Psicologia e personalità*, Paoline, Alba 1967, pp. 290 ss.

¹² Per approfondire: *Psicologia e formazione. Strutture e dinamismi*, op. cit., pp. 45-58.

sicuramente informarli esattamente e preventivamente su quello che dovranno affrontare oltre che indicare le predisposizioni che queste tipologie di lavori richiedono, onde evitare di procurare danni successivi a se stessi e agli assistiti. Necessitano test, che pur giudicando la meritocrazia (quando c'è), siano verifiche valoriali e motivazionali. Osservava il cardinale C. M. Martini: "L'iscrizione alla facoltà di medicina e ai corsi di infermieri professionali dovrebbero essere precedute da una specie di test selettivo: una sorta di esame psico-attitudinale, come è previsto per altre discipline e per alcune professioni. Tale esame avrebbe il vantaggio di assicurare la presenza, nel candidato medico o infermiere, di quelle qualità e predisposizioni di indole e carattere che diano una certa sicurezza per l'esercizio della futura professione: sufficiente carica umana, capacità di comprensione e di rispetto verso il malato"¹³.

Un' osservazione conclusiva.

La professione fu intrapresa a un certo punto della vita per l'assommarsi di determinati fattori storici, culturali, sociali... Il "modo di lavorare" invece può e deve essere scelto "ogni giorno". Ciò esplicita meglio anche il titolo di questo paragrafo. Perciò è opportuno ripensare al significato, non tanto di una scelta professionale, ma alle modalità che "oggi" utilizziamo per esercitare questo lavoro!

2. Il guaritore ferito

L'arte del guarire e del curare sono presenti nell'operatore sanitario che ha la capacità di "trovarsi a casa sua", anche nel momento della sofferenza sia personale che altrui. Un' immagine che concretizza il concetto espresso è quella del "guaritore ferito" poiché consente di ricercare dentro di sé la forza per condurre se stesso e gli altri nel processo di risanamento. Infatti, in ogni persona, convivono contemporaneamente sia "la ferita" che "il potere di guarigione" e l'icona del "guaritore ferito" ci può supportare in questo cammino interiore. E' questa un' effigie antica ma contemporaneamente molto attuale. E' presente in alcuni nuclei culturali, mitologici e religiosi del passato e si riferisce al "Mito di Chirone"¹⁴. La conclusione del racconto, pur con uno stile mitologico,

¹³ Intervento alla tavola rotonda su: "Nuovo umanesimo e Scienza medica nell'era tecnologica", in CONSULTA REGIONE LOMBARDIA PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *Per un nuovo umanesimo della medicina nell'era tecnologica*, Salcom, Brezno di Bedero (Va) 1984, pg. 11.

¹⁴ "Chirone era il più noto di tutti i centauri e, a differenza di questi, era dotato di grande bontà e saggezza ed era amico degli uomini e degli dei. Abitava in una grotta del monte Pelio in Tessaglia non lontano dal monte Olimpo, la residenza di tutte le divinità greche. La mitologia antica ce lo presenta come figlio illegittimo di Crono e della dolce Fillira e quindi addirittura fratellastro di Zeus, il signore di tutti gli dei, che donò al centauro l'immortalità. Chirone apprese l'arte della medicina e l'uso delle piante medicinali dalla sorellastra Artemide che i romani chiamarono Diana, la dea della caccia, degli animali selvatici e la protettrice della natura. Fu maestro di Asclepio, il famoso dio della medicina e di molti altri grandi personaggi della mitologia antica quali Bacco, Ercole (denominato Eracle), Enea, Ulisse ma soprattutto di Achille del quale fu pedagogo e medico. La fine del centauro Chirone fu involontariamente causata dall'amico Ercole. Andò così: dopo la sua terza fatica, quella della cattura del cinghiale di Erimanto (figlio di Apollo), Ercole fece visita al centauro Folo il quale offrì del vino all'eroe aprendo la giara dei centauri; questi si adirarono, considerando il gesto come una violazione e si lanciarono contro Ercole che li respinse e ne uccise alcuni; i centauri, per difesa, si rifugiarono nella grotta di Chirone che, ignaro di ciò che stava succedendo, si fece incontro all'amico Ercole nell'istante esatto in cui questo scagliò una

ci mostra che ogni uomo, operatore sanitario compreso, porta dentro di sé “delle ferite” fisiche, psicologiche, spirituali... di cui deve essere consapevole poichè queste gli procurano angoscia, paura, vuoto di senso, solitudine... Chirone con il suo comportamento, invita ciascuno ad impegnarsi per accettarle ed integrarle nella propria personalità, evitando di nasconderle anche a sé stesso poichè potrebbero procurargli vergogna e imbarazzo. Vanno trasformarle da elementi negativi in positivi, dato che quando cessano di essere fonte di disagio si mutano in sorgente di guarigione e noi stessi possiamo definirci dei “guaritori feriti”. Nel cristianesimo, l'esempio per eccellenza di “guaritore ferito” è Gesù Cristo dal momento che, come ricorda san Pietro, “dalle sue piaghe siamo stati guariti”¹⁵.

E questa una metodologia da adottare nel settore medico, infermieristico e psicoterapico anche se, a volte, incontra notevoli resistenze poiché si vorrebbe demandare alla scienza e alla tecnica le risposte, o escludere dal rapporto operatore sanitario-paziente le ferite del professionista. Eppure, lo psichiatra C. Jung, rivolgendosi ai medici era persuaso che “solo il dottore ferito può andare a guarire sia egli medico o sacerdote”¹⁶. Da parte nostra riteniamo che unicamente l'operatore sanitario ferito sia in grado di dimostrare sentimenti di compassione, condivisione e tenerezza al malato e anche di parlare con lui della morte, superando le schiavitù imposte dalla scienza medica. E' questo un cammino, che come ricordavano H. Nouwen, D. McNeill e D. Morrison richiede una grandissima “pazienza”, essendo la pazienza “la capacità di vedere, sentire, toccare, assaporare e odorare il più pienamente possibile gli eventi interiori ed esteriori della nostra vita. È entrare nella nostra vita con occhi, orecchie e mani aperte in modo da conoscere veramente quello che accade. La pazienza è una disciplina assai difficile proprio perché è un movimento opposto al nostro impulso irriflessivo a fuggire o a combattere. La pazienza ci chiede di andare al di là della scelta tra fuggire e lottare. Richiede disciplina perché va contro la tendenza dei nostri impulsi”¹⁷. Senza un'esperienza diretta con la nostra sofferenza, cioè le nostre ferite, non stabiliremo mai un rapporto significativo, basato sull'empatia, con il dolore dell'altro. “Se non siamo pazienti, non possiamo diventare compassionevoli. Non possiamo essere compassionevoli, se non siamo capaci di soffrire, se non sappiamo soffrire con gli altri, che è il significato della compassione”¹⁸. Rammentava Gadamer trattando il rapporto medico-paziente oncologico che per instaurare un autentico dialogo: “il medico deve essere un guaritore ferito, portarsi dentro di sé l'esperienza della sofferenza, del dolore e della morte. Allora, se il guaritore non

freccia che andò a colpire per errore il ginocchio del centauro. La ferita era profonda e inguaribile e a nulla servirono le immediate cure di Ercole e il potere curativo del centauro poiché le frecce del potente eroe erano avvelenate col sangue dell'idra di Lerna (un mostro della mitologia greca). Chirone sarebbe stato condannato alla sofferenza eterna non potendo morire a causa della sua immortalità, allora Zeus, mosso a compassione, permise a Chirone di donare la sua immortalità al titano Prometeo che aveva fatto adirare il re degli dei per aver donato il fuoco agli uomini. Così la morte di Chirone salvò il generoso Prometeo e con lui tutti gli uomini (<http://adecarlo.blogspot.it/2007/04/il-guaritore-ferito.html>).

¹⁵ *Prima lettera di san Pietro*, 2,24.

¹⁶ C. JUNG, *Fundamental questions of psychotherapy*, Collected Works, Vol. XVI, 1951, pg. 116.

¹⁷ M. NOUWEN, D. MCNEILL, D. MORRISON, *Compassion*, Doubleday New York 2005, p. 93.

¹⁸ *Compassion*, op. cit. pg. 92.

è onnipotente, non è fuori dal dolore e dalla malattia, si può instaurare un dialogo e parlare anche del suo dolore e della sua morte”¹⁹. E Kubler Ross precisava (concetto già accennato precedentemente ed ora approfondito): “La risposta dipende da due cose. La più importante è il nostro atteggiamento e la nostra capacità personale di affrontare una malattia senza speranza e la morte. Se questo è un grosso problema nella nostra vita e la morte è vista come un argomento spaventoso, come un tabù, non potremo mai affrontarlo con calma e con utilità con un malato. (...) Se noi non sappiamo affrontare la morte con serenità, come possiamo essere di aiuto ai nostri malati? Allora speriamo che i nostri malati non ci pongano questa terribile domanda. Divaghiamo e parliamo di banalità varie o del tempo magnifico, e il malato delicatamente starà al gioco e parlerà della primavera prossima, anche se è perfettamente consapevole che non ci sarà primavera prossima per lui. Poi questi medici, se interrogati, ci diranno probabilmente che i loro malati non vogliono sapere la verità, che non la chiedono o che credono a tutto. (...) I medici che hanno bisogno di negare la morte loro stessi, troveranno un rifiuto anche nei loro malati, mentre quelli che sanno parlare della malattia senza speranza troveranno i loro malati disposti ad affrontarla e riconoscerla”²⁰.

Una “ferita” difficile da accettare e da rimarginare nella professione sanitaria è anche “il senso d’impotenza” di fronte a situazioni ed eventi che oltrepassano le possibilità d’intervento. E, allora, si preferisce rifugiarsi nel trattamento tecnologico, oppure offrire risposte banali o utilizzare un logorato e qualunquista vocabolario comune. Mai, come in questo momento storico, c’è un’estrema esigenza di una “figura nuova di operatore sanitario” che sappia intersecare l’atto terapeutico con una totale condivisione col paziente dei suoi vissuti. Tutti possediamo risorse fisiche, psichiche e spirituali che ci offrono la possibilità di rimarginare le nostre ferite come pure di impegnarci per la guarigione di quelle dell’altro. E’ quindi fondamentale questa consapevolezza che ci permetterà di avvicinarci al malato senza sentirci minacciati dalla sua situazione²¹.

La testimonianza della dottoressa americana Rachel Naomi Remen

“La perdita e la delusione sono senza dubbio tra le esperienze più comuni che s’incontrano nella professione medica. È proprio dei medici, infatti, provare ogni settimana innumerevoli delusioni: dalla piccola contrarietà per un test di laboratorio che rivela che una certa cura non è efficace fino al colpo rappresentato da un paziente che muore. È un grosso carico da portare per coloro che si prendono cura degli altri. Eppure la gran parte di queste perdite restano ignorate e non elaborate. Attualmente insegno in un corso per gli studenti del primo e secondo anno della scuola di medicina locale. In uno dei seminari serali stiamo esplorando i nostri atteggiamenti riguardo alla perdita, scoprendo alcune delle credenze che abbiamo ereditato dalla nostra famiglia e

¹⁹ H.G. GADAMER, *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina editore, Milano 1994, pg. 142.

²⁰ E. KUBLER ROSS, *La morte e il morire*, Cittadella, Assisi 1976, pg. 43.

²¹ Per approfondire: *Iniziazione al dialogo e alla relazione di aiuto*, (2 livello), cit., pp. 95-100; P. MOSER, *Il guaritore ferito. La vulnerabilità del terapeuta*, Melusina, Roma 1988; *Il guaritore ferito*, op. cit., pp. 50 ss.

identifichiamo le strategie abituali con cui gestiamo la perdita. Insomma esaminiamo tutto ciò che facciamo invece di elaborare il lutto. Spesso si tratta di un'esperienza ricca e profondamente toccante che permette agli studenti di conoscere se stessi e di conoscersi tra loro in modi diversi. Una volta, al termine di una di queste serate, una donna si alzò per dirmi che la classe aveva già seguito due seminari sul lutto tenuti dal dipartimento di psichiatria. Non ne ero stata informata e così mi scusai dicendo che forse sarebbe stato meglio scegliere un altro argomento per la nostra discussione serale. 'Oh, no' mi disse 'era un'altra cosa. Ci hanno insegnato la teoria del lutto e come riconoscere quando i nostri pazienti stanno elaborando un lutto. E a rispettare questo processo. Ma non ci hanno mai detto nulla sul fatto che anche noi avremmo avuto qualcosa da elaborare'. L'aspettativa di trovarsi immersi nella sofferenza e nella perdita tutti i giorni senza venirne toccati è altrettanto irrealistica come quella di camminare nell'acqua senza bagnarsi. Non è certo una negazione da poco. Il modo in cui affrontiamo la perdita forma la nostra capacità di essere presenti alla vita più di qualsiasi altra cosa. Il modo in cui ci proteggiamo dalla perdita è il modo in cui ci distanziamo dalla vita. Il proteggerci dalla perdita - piuttosto che elaborare e guarire le nostre perdite - rappresenta una delle cause principali del burnout. Sono pochissimi i professionisti che ho aiutato per problemi di burnout che sono venuti da me dicendo che era questo il loro problema. Ritengo che la maggior parte di loro non lo sapesse. La cosa più comune che mi sono sentita dire era: 'C'è qualcosa che non va dentro di me. Non mi importa più di nulla. Intorno a me succedono le cose più terribili e io non sento niente'. Però le persone a cui realmente non importa nulla raramente sono vulnerabili al burnout. Agli psicopatici non succede. Non conosco dittatori o tiranni che ne abbiano sofferto. Solo coloro che si prendono realmente cura degli altri possono arrivare a questo luogo di ottundimento. A noi succede non perché non ci prendiamo cura degli altri, ma perché non elaboriamo i nostri lutti. Perché abbiamo permesso ai nostri cuori di riempirsi così tanto con la perdita da non avere più posto per provare del sentimento verso gli altri. La letteratura sul burnout parla dei fattori che lo guariscono: riposo, esercizio, gioco e lasciarsi andare ad aspettative irrealistiche. Ma in base alla mia esperienza s'inizia a guarire dal burnout solo quando s'inizia a imparare a come elaborare il lutto. Elaborando il lutto ci prendiamo cura di noi stessi. I professionisti della salute non piangono. Purtroppo! Il secondo giorno del mio periodo di formazione in pediatria, accompagnai il medico al quale ero stata assegnata a informare dei giovani genitori che nell'incidente automobilistico da cui erano usciti indenni era invece morta la loro unica bambina. Ero nuova a questo tipo di situazioni e quando scoppiarono in lacrime io piansi con loro. Più tardi il mio medico mi prese da parte per dirmi che mi ero comportata in modo molto poco professionale. 'Quelle persone contavano sulla nostra forza' mi disse 'e io avevo deluso le loro aspettative'. Presi molto a cuore la sua critica. Quando a mia volta divenni anch'io medico responsabile, erano anni che non piangevo più. Durante quell'anno ci capitò un bambino di due anni che, lasciato solo per un attimo, era affogato nella vasca da bagno. Tentammo di tutto, ma dopo un'ora dovemmo accettare la sconfitta. Portando con me il giovane medico che stava facendo tirocinio, andai a dire ai genitori che non eravamo

riusciti a salvare il loro figlio. Sopraffatti dal dolore scoppiarono in singhiozzi. Dopo un po' il padre mi fissò. Io stavo lì, forte e silenziosa nel mio camice bianco, con accanto a me il giovane medico molto scosso. 'Mi scusi, dottore' disse 'tra un minuto mi riprenderò'. Ricordo quell'uomo, con il volto bagnato dalle lacrime di un padre, e penso alle sue scuse con vergogna. Convinta allora che il dolore che provavo fosse solo una perdita di tempo inutile, un'auto indulgere, ero diventata quel tipo di persona davanti alla quale ci si scusa per aver provato dolore. Ricordo un periodo di servizio al reparto di pediatria al Memorial Sloan-Kettering Cancer Center di New York. Moriva un bambino ogni giorno e ogni mattina iniziavamo il nostro giro dal locale per le autopsie, parlando con il patologo del bambino che era morto il giorno prima o durante la notte. E ogni mattina lasciavo quel posto per tornare al reparto pediatrico dicendomi: 'Su, passiamo al prossimo'. Questo tipo di atteggiamento che è stato così prevalente nella mia formazione, era anche lo stesso approccio alla perdita che avevo imparato in famiglia. Il pomeriggio in cui la mia gattina di dieci settimane fu investita e morì, mia madre mi portò in un negozio di animali e me ne comprò un'altra. Fin da molto piccola mi è stato insegnato che se succede qualcosa di doloroso, la cosa migliore da fare è non pensarci su e lasciarsi prendere da qualcos'altro. Purtroppo, in medicina, il 'qualcos'altro' da cui lasciarsi prendere spesso è un'altra tragedia. Ciò che dobbiamo sottolineare è che la nostra elaborazione del lutto è mirata a non aiutare nessun paziente in particolare, ma serve invece ad aiutare noi stessi, rendendoci capaci di andare avanti dopo una perdita. Ci guarisce rendendoci nuovamente capaci di continuare il nostro lavoro. Dire: 'Passiamo al prossimo' equivale a negare la nostra umanità, significa affermare che qualcuno può morire davanti a noi senza che la cosa ci tocchi. È il rigetto dell'interessa, della connessione umana che invece è fondamentale. Non ha nessun senso quando pronunci queste parole ad alta voce"²².

3. Burnout: dall'entusiasmo all'apatia

3.1. COS'È IL BURNOUT

Abbiamo potuto costatare in precedenza che accostare il malato quotidianamente richiede non solo la preparazione professionale ma anche abbondante energia psichica. A volte, però, ci troviamo di fronte a operatori sanitari che mostrano segni di depressione, perdono fiducia nelle loro capacità, diventano passivi, si rifugiano nella routine, il loro senso d'identità professionale e l'autostima sono compromessi, rinunciano alle responsabilità, si disinteressano del loro lavoro e innalzano rigide barriere difensive. Il rapporto con il malato subisce una brusca trasformazione: da un atteggiamento positivo e quasi di tenerezza si passa a uno stile relazionale improntato all'allontanamento e all'indifferenza fredda e impersonale.

Questo insieme di vissuti psichici e reazioni comportamentali riguardano una patologia definita "burnout", cioè "bruciato", "scoppiato", "esaurito". Il termine fu usato per la prima volta nel settore sportivo nel 1930 per indicare l'incapacità di

²² R. REMEN, *Kitchen table wisdom*, Penguin Putman, New York 1996, pp. 36-37.

un atleta, dopo alcuni successi, di ottenere ulteriori risultati e/o mantenere quelli acquisiti. Fu poi ripreso dalla psichiatra americana C. Maslach nel 1975 che si avvale del vocabolo per definire una sindrome (sintomi patologico-comportamentali) presente in alcuni operatori che svolgevano professioni a elevata implicazione relazionale.

Il burnout è una condizione di logorio psicologico, di esaurimento emotivo e professionale, che potrebbe colpire chiunque eserciti professioni dove i rapporti interpersonali sono frequenti ed emotivamente intensi, nei quali è elevata l'implicazione relazionale e la persona è caricata da una duplice fonte di stress: quello personale e quello della persona aiutata. E' il caso degli operatori sanitari, degli insegnanti, degli educatori, dei volontari ma anche delle suore e dei cappellani d'ospedale. Il burnout è un esaurimento, un appiattimento, uno spegnimento emozionale. Ne consegue che, se non opportunamente trattati, questi soggetti sviluppano un lento processo di "logoramento" o di "decadenza" psicofisica dovuta alla carenza di energie e di capacità per sostenere, e conseguentemente, scaricare lo stress accumulato. Gli effetti del burnout non coinvolgono unicamente la vita professionale dell'operatore ma, nel nostro caso, anche il malato, al quale è offerto un trattamento di routine con prestazioni sempre più mediocri e una relazione di fredda indifferenza, la struttura sanitaria per la diminuzione della performance e della qualità del servizio e per le assenze frequenti e anche la famiglia dove sorgono tensioni e conflittualità. "Quanti sono i casi di burn out? Tanti, troppi e in continuo aumento. Già diversi anni fa, nel 2001, i dati di uno studio condotto in un Ospedale del centro Italia ottenuti con l'utilizzo di test psicometrici e una check list per misurare i sintomi somatici e psichici relativi allo stress occupazionale, rivelano che il 56% dei medici ospedalieri, il 50% di quelli della medicina generale e il 70% degli infermieri sono 'bruciati', con una netta prevalenza nel gruppo delle donne e dei giovani (per i medici) e delle donne più anziane (per le infermiere). Va inoltre notato che è stata rilevata una tendenza al suicidio nelle donne medico o infermiere al suicidio doppia rispetto alla popolazione femminile di controllo"²³.

3.2.UN CAMMINO IN PIU' TAPPE

Il burnout, che non esplose da un giorno all'altro, è descritto dalla letteratura come un processo a più fasi²⁴.

1. Esaurimento emotivo.

È il periodo seguente le grandi speranze e le immense attese nei confronti della professione quando le difficoltà, le diffidenze e le ostilità non incutevano paura. Ora, trascorrendo il tempo, appaiono i segni della fatica verificando che le aspettative non coincidono con la realtà lavorativa. Ciò si manifesta nel nervosismo e nel disagio e anche nella riduzione dell'efficienza non notando i risultati sperati. Forse, con troppa leggerezza, si aveva idealizzato il sofferente,

²³ www.lasperanza.net

²⁴Prenderemo come riferimento: S.E. JANKSON, R.L. SCHWAB, R.S. SCHULER, *Toward an Understanding of the Burnout Phenomenon*, in *Jour. Appl. Psychol*, 71 (1986) 4, pp. 630-640.

mentre l'assistito non è scelto ma solo accettato nell'unicità dei suoi bisogni e dei suoi problemi e, a volte, è scarsamente riconoscente. In questa prima fase, l'investimento delle energie psichiche è sempre più gravoso ma i risultati sono insignificanti.

2. Spersonalizzazione.

Poiché la professione non offre le soddisfazioni attese e notando un notevole scarto tra l'ideale e la realtà, si fa strada la sensazione del fallimento e il lavoro è percepito sempre più oppressivo; perciò si attuano strategie difensive. A volte si deteriora anche il benessere fisico e compaiono sintomi psicosomatici (insonnia, ipertensione arteriosa, coliti...) e psicologici (depressione, ansia, oppressione...). I disagi si avvertono dapprima nell'ambito professionale ma poi si trasferiscono sul piano personale (abuso di alcol, uso di sostanze psicoattive e di stupefacenti).

3. Demotivazione.

È la tappa dell'allontanamento emotivo e relazionale dagli altri e dalla attività professionale avendo constatato definitivamente l'impossibilità di realizzare le proprie attese; è la "morte professionale". Il più delle volte il lavoro prosegue in quell'ambiente per motivazioni estrinseche ma ricercando compensazioni all'esterno e fughe.

3.3. CAUSE SCATENANTI IL BURNOUT

Le cause che scatenano questa patologia sono varie.

Generali.

-La prima, la più determinante, come già affermato, riguarda l'aspetto relazione e il coinvolgimento emotivo ed emozionale nel rapporto con il malato. Un coinvolgimento, a volte, difficoltoso da gestire poiché la relazione diviene sempre più intima ed emotivamente implicante, creando identificazioni e fusioni emotive e, di conseguenza, le difese psicologiche diminuiscono.

-Il divario tra le richieste e l'effettivo aiuto che l'operatore può offrire.

-Il sovraccarico di lavoro dovuto alla carenza di personale o turni ripetuti che esauriscono le energie e, a volte, è impossibile il recupero.

-L'assenza di equità nell'assegnazione dei carichi di lavoro, nelle retribuzioni o nell'attribuzione delle promozioni.

-I conflitti causati da modelli organizzativi inefficienti.

-Le labili motivazioni che hanno indotto ad optare per una professione di aiuto.

-Le delusioni rispetto alle aspettative.

-La carenza di riconoscimenti e di gratificazioni.

-I valori contrastanti tra quando l'organizzazione proclama ma non concretizza nel quotidiano con condotte incoerenti e con scelte discutibili.

-(per i medici): il quotidiano stressante lavoro burocratico, il timore di denunce²⁵, l'attuazione di una "medicina difensiva" per tutelarsi da contenziosi legali²⁶. Ciò

²⁵ Il 75% dei medici denunciati è successivamente assolto. Ma, la lungaggine della giustizia e i costi da affrontare negli iter processuali, interferiscono sulla qualità della vita professionale ed extra-professionale del medico accusato.

comporta una maggiore attenzione alla componente “legale” che alle esigenze diagnostico-terapeutiche dei pazienti.

Personalì.

Rischiano maggiormente il burnout le personalità introversive e incapaci di operare in équipe, chi si pone obiettivi irrealistici, chi adotta stili iperattivi o forti abnegazione al lavoro stimato sostitutivo degli aspetti sociali e famigliari.

Socio-demografici.

- Differenza di genere: le donne sono maggiormente predisposte al burnout.
- Età: i primi anni di lavoro risultano quelli più a rischio.
- Stato civile: più colpito è colui che è privo di un partner stabile.

3.4.COME PREVENIRE IL BURNOUT

In letteratura sono presenti varie strategie preventive; noi ne indichiamo quattro.

1.Conoscersi.

E' fondamentale la “conoscenza di sé” e il salvaguardare la salute del corpo, della psiche e dello spirito. Per “servire” adeguatamente l'operatore deve “volersi bene”. Non a caso, nel Vangelo, Gesù Cristo afferma: “Amerai il prossimo tuo come te stesso”²⁷.

2.Addestrarsi a lavorare meglio.

Uno strumento è la “formazione permanente” che supporta l'operatore nel gestire correttamente le molteplici situazioni e lo induce ad operare fruttuosamente con gli altri.

3.Relazionarsi empaticamente senza scordare il “come se”.

Dialogare empaticamente con il malato, come più volte ripetuto, è importante ma non identificandosi totalmente nel suo problema e non rinunciando alle proprie ricchezze emotive. Consigliava C. Rogers, psicologo statunitense noto per i suoi studi sul counseling e la psicoterapia: “Sentire il mondo più intimo dei valori personali dell'altro come se fosse proprio, senza però mai perdere la qualità del ‘come se’, è empatia. Sentire la sua confusione, o la sua timidezza, o la sua ira, o il suo sentimento di essere trattato ingiustamente come se fossero propri, senza tuttavia che la propria paura, o il proprio sospetto si confondano con i suoi, questa è la condizione che sto cercando di descrivere e che ritengo essenziali per instaurare un rapporto produttivo”²⁸.

4.Ponderare seriamente questa sindrome.

Riconoscere un operatore sofferente di burnout è difficoltoso, poiché spesso si tende a reputare la situazione di malessere riconducibile a problemi dell'individuo svincolati dal contesto lavorativo. Ma, chi si riconosce vittima del

²⁶ Oltre il 70% dei medici americani ha dichiarato di praticare la medicina difensiva (con evidente aumento dei costi sociali), per tutelarsi dalle denunce.

²⁷ Vangelo di Marco, 12,31.

²⁸ K. ROGERS, *La terapia centrata sul cliente*, Martinelli, Firenze 1970, pg. 92.

burnout, lo deve ammettere superando la colpevolezza dovuta alla debolezza o la vergogna della rinuncia e della sconfitta. E' vero che teoricamente ci si potrebbe "curare da soli", ma è più opportuno affidarsi *ad supporto esterno*.

Exursus: L'infermiere professionale

Una fondamentale, o meglio essenziale figura professionale, impegnata accanto al medico nell'assistenza al malato è l'infermiere professionale. Verificando l'origine e le mansioni che esercita possiamo affermare che anche questa professione possiede un'indubbia connotazione religiosa, infatti l'arte infermieristica, fin dalle sue origini, ebbe come finalità quella di "accudire il sofferente rispondendo alle sue esigenze più immediate".

Oggi, "il ruolo dell'infermiere integra due opzioni: 'l'una tecnico-scientifica', percepita sia all'interno che all'esterno della professione come molto forte, e diffusamente praticata, premiata, gratificante in quanto consente di raggiungere risultati concreti; 'l'altra relazionale' avvertita come più propria di quella tecnica, ma meno forte e trova le sue espressioni nell'advocacy, nell'ascolto, nella comunicazione, nella relazione terapeutica. Il valore fondante che accomuna le due opzioni è quello della 'presa in carico della persona' con problemi reali o potenziali per tutto l'arco della vita"²⁹. Dunque, l'infermiere, "non è soltanto incaricato di eseguire le terapie prescritte dal medico responsabile, ma è anche colui che, stando accanto al malato o al morente, durante l'orario di servizio, ne rileva i bisogni, sia in ambito fisico sia in ambito psicologico e spirituale, e deve esserne l'interprete responsabile di fronte all'équipe sanitaria. È inoltre sempre più evidenziato il ruolo di contatto e di mediazione che esplica nei confronti dei parenti"³⁰.

La professione infermieristica ha un'origine antichissima, anche se per vari secoli, fu esercitata prevalentemente da Congregazioni religiose femminili e da persone, spesso, con scarsa qualificazione. Alla fine dell'Ottocento, F. Nightingale, ritenuta la fondatrice dell'assistenza infermieristica moderna e dell'etica infermieristica, diede dignità e onorabilità all' infermiere costituendo nell'ospedale St. Thomas di Londra la prima Scuola per infermieri professionali e proponendo un modello assistenziale basato sul "nursing"³¹ che rapidamente si diffuse in Europa e in America. Da allora iniziò "la storia dell'infermiere", nell'accezione moderna del termine. Una figura professionale che ha acquisito, progressivamente, un ruolo sempre maggiore nella cura, anche se, neppure

²⁹ E. CARLI, *L'infermiere*, in AA.VV., *Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria*, Camilliane, Torino 1990, pg. 570.

³⁰ G. SPAGNOLO, *Etica sanitaria: insegnamento nella formazione infermieristica*, in *Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria*, op. cit., pg. 406.

³¹ V. Henderson, infermiera, insegnante e scrittrice americana così definisce il Nursing: "La peculiare funzione dell'infermiere è quella di assistere l'individuo malato o sano nell'esecuzione di quelle attività che contribuiscono alla salute o al suo ristabilimento (o ad una morte serena), attività che eseguirebbe senza bisogno di aiuto se avesse la forza, la volontà o la conoscenza necessarie, in modo tale da aiutarlo a raggiungere l'indipendenza il più rapidamente possibile" (V. HENDERSON, *The principles and practice of nursing*, Macmillan, London 1978, pg. 27).

oggi, nella realtà italiana, è accettata nella sua totale pienezza e autonomia³², mentre in alcuni Paesi sono presenti, oltre che i corsi di laurea per infermieri, anche dottorati di ricerca, sperimentazioni sulla diagnosi infermieristica e sulla valutazione della qualità dell'assistenza. In Italia, solo dagli anni '90 del XX secolo, la formazione dell' infermiere ha visto delle trasformazioni e il titolo infermieristico ha assunto le caratteristiche di "diploma universitario"³³.

Anche il profilo professionale si è trasformato³⁴, offrendo all'infermiere una maggiore autonomia nell'assistenza e prevedendo un' attività professionale ben distinta da quella medica, con un ruolo di responsabilità e un campo d'azione specifico. Però, purtroppo, anche oggi persiste nell'opinione pubblica un diffuso pregiudizio che riconosce nell'infermiere un "paramedico", ossia una figura professionale che svolge attività incluse in quelle più generali del medico che tralascia poichè il loro contenuto materiale lo distoglierebbe da quella totale disponibilità intellettuale indispensabile nell'assumere decisioni cliniche, mentre, invece, l'infermiere collabora con il medico mantenendo una propria identità. Ai nostri giorni, inoltre, per moventi organizzativi l'infermiere, in alcuni ambiti, sta smarrendo la sua caratteristica fondamentale che è quella dell'assistenza, infatti questa figura è accanto al malato unicamente per determinate mansioni o servizi, mentre il compito dell'assistenza diretta e continua è affidato ad altro personale con una preparazione professionale minore (OSS-Operatore Socio Sanitario, ASA-Ausiliario Socio Sanitario, OTA-Operatore Tecnico addetto all'Assistenza...).

³²In Italia nel 1925 vennero istituite le prime scuole per infermieri e assistenti sanitari e nel 1973 dopo vari aggiornamenti della normativa si giunse ad un aumento della scolarità di base e specifica per il conseguimento del diploma di Infermiere Professionale.

³³ Cfr.: Legge n. 421 del 23 ottobre 1992 e Decreto Legge n. 502 del 30 dicembre 1992, art. 1.

³⁴ Cfr.: Decreto Ministeriale n. 739 del 14 settembre 1994.