



Società Italiana di  
Gerontologia e  
Geriatría

## SIMPOSIO

I RISVOLTI ASSISTENZIALI DELLA PATOLOGIA ONCOLOGICA NELL'ANZIANO

# Affari di famiglia

## Family affairs

G. BRAIDI

Ambulatorio di Neuroscienze "Villa Matilde", Parma

**The author indicates in the good operation of the whole treating staff, of the working climate and in a well done work with the patients and their family members, the possibility to prevent burnout.**

**Key words:** Emotions • Burnout • Prevention

Burnout è un concetto giovane di 30 anni. Nasce quando a metà degli anni '70, Freudenberger lo definisce come risposta difensiva allo stress che insorge quando c'è squilibrio fra le richieste di aiuto dei pazienti e le energie necessarie per soddisfarle. Qualche anno più tardi, Christine Maslach, precisa queste componenti del disagio che diventano le tre sottoscale del suo test (il Maslach Burnout Inventory).

1. *L'esaurimento emotivo* come vissuto dell'operatore che ritira su di sé gli investimenti affettivi un tempo riversati nella cura.
2. Il sentimento di *mancata realizzazione personale e di fallimento delle capacità e della propria scelta professionale*.
3. *La depersonalizzazione* che porta l'operatore a ritirarsi in sé e a vivere in modo distaccato, freddo e cinico, il rapporto con la cura e con il malato.

Questi concetti e questo test rimangono pressoché confermati anche dagli studi recenti. Cambia invece il discorso sulle cause e, di conseguenza, sui fattori curativi e preventivi.

- All'inizio si pensa ad un filo diretto fra valori dell'operatore e mondo del lavoro. Per cui le aspirazioni idealistiche del personale si infrangono sugli scogli delle difficoltà incontrate.
- C'è poi stato chi, in particolare Wolfgang Schmidbauer, vede il difetto nella struttura di personalità degli operatori come "Salvatori che hanno bisogno di essere salvati" e indica quattro possibili vie di fuga del burnout:
  - il martire del lavoro;
  - il dissociato, tranquillo e comprensivo nel lavoro, tiranno e violento a casa;
  - il pirata che manovra per avere privilegi da malati e istituzioni;
  - il perfezionista che si concentra ossessivamente sul raggiungere il massimo efficientismo nel lavoro.
- Per arrivare, specie in questi ultimi anni, a trovare nel clima di reparto le condizioni che favoriscono l'ascesa o il declino del burnout. Mi riferisco all'ultimo contributo di Maslach e Leiter 'Burnout e organizzazione' che individuano sei fattori preventivi e curativi del burnout: la condivisione di valori comuni, il senso di appartenenza, il controllo degli operatori sul lavoro, la chiarezza di regole, premi e sanzioni, l'equità nel trattamento degli operatori e il giusto carico di fatica.



PACINeditore

■ Corrispondenza: dott. Giovanni Braidi, via Carlo Marx 21, 43100 Parma, Italy - Tel. +39 0521 243967 - E-mail g.braidi@libero.it

Ogni elemento ha il suo opposto, per cui, sovraccarico di qualità e quantità, favoritismo e aristocrazie professionali, confusione nel sistema di premi e sanzioni, esclusione dei dipendenti dalle decisioni, conflitto di valori e scarso senso di appartenenza sono fattori di il cattivo funzionamento di un reparto e di burnout.

Questo investe tutte le dimensioni personali, professionali e organizzative dell'operatore; per affrontarlo si è pensato a:

- metodi individuali di prevenzione e cura (rilassamento, meditazione, psicoterapia, cura anti-stress, farmaci, hobbies, uscita dal lavoro);
- appoggio, sostegno della rete familiare o amicale che in certi casi può essere grande utilità;
- gruppi di soluzione dei problemi, esercizi didattici mirati, formazione, apprendimento di nuove tecniche, consulenza e supervisione dall'esterno. Sono fattori che dipendono solo in parte dal singolo operatore.

Io mi soffermo su tre aspetti che, invece, dipendono maggiormente da lui.

## Il corpo curante

Come tutte le ricerche dimostrano è proprio all'interno del corpo curante, di questa "famiglia di reparto", che nasce e che può essere prevenuto il burnout. Non può essere altrimenti perché in questo mestiere si può dare solo quello che si riceve.

E se l'operatore riceve attenzione, cura e rispetto dal suo corpo curante, trasmetterà attenzione, cura e rispetto a Lulei, (termine con cui indico il paziente e la paziente). Si riceve, infatti, uno stile relazionale, un codice affettivo che, interiorizzato, viene speso nei mille atti del lavoro quotidiano. Il burnout è proprio questo segnale di scontento, di delusione verso la "famiglia di reparto"; è il "non voglio, non trovo più giusto, non provo più senso a darmi a voi" dell'operatore rivolto principalmente al suo gruppo e ai "genitori" che lo dirigono. Il burnout è un non darsi a voi, gruppo di lavoro, che diventa un non darsi a loro, i pazienti.

I beni di cui ogni operatore ha bisogno per ricaricarsi sono affettivi ed imprenditoriali.

Quelli affettivi, legati al sogno familiare di stare bene insieme, quelli imprenditoriali, al bisogno di lavorare bene. Tutti si richiamano al piacere dell'operatore di ricevere e dare:

- protezione e comprensione nelle difficoltà personali, familiari e professionali, da cui tolleranza per gli errori, controllo sul sovraccarico di fati-

ca ed emozioni, affiancamento o sostituzione nelle mansioni più difficili, ecc.;

- addestramento e sviluppo delle capacità professionali, con formazione, riconoscimento del lavoro, senso del successo, ecc.;
- fratellanza, amicizia, solidarietà, per il sostegno fra i colleghi, l'aiuto reciproco, l'equità, ecc.;
- chiarezza di ruoli, regole e procedure operative, con premi e sanzioni, utili e ben definiti che delineano la buona relazione fra gli operatori ed il lavoro ben fatto;
- considerazione, ascolto, nel costruire nei debiti luoghi e tempi delle équipes, i valori su cui fondare l'identità del servizio e i modi di realizzarla, i piani assistenziali, i progetti, ecc.;
- aiuto nell'affrontare con un lavoro creativo, non monotono, rituale e ripetitivo, quel vissuto di cronicità, immobilità, impotenza e morte che sempre si vive con anziani e malati;
- il piacere, infine, di sentirsi apprezzati, ammirati, professionalmente corteggiati come persone-operatori utili e affascinanti, insieme a cui costruire un gruppo di lavoro capace di autocurarsi e di curare gli altri.

Da qui viene il senso del lavoro di squadra, dell'intesa fra i vari operatori, delle riunioni di équipes che definiscono, di volta in volta, quanto di sogno familiare ed imprenditoriale è davvero possibile realizzare: per trasformare l'ansia e lo stress che si vivono inevitabilmente nel curare in precisi, sensati e affascinanti piani di lavoro.

## Il lavoro ben fatto con il paziente

Non sempre però c'è un buon corpo curante o riunione di équipes stabili con cui confrontarsi, più spesso la prevenzione del burnout è affidata alla intima soddisfazione del sapere realizzare, anche da soli, un lavoro ben fatto con il paziente con quella responsabilità d'amore personale e professionale che comunque opera anche nei peggiori gruppi di lavoro.

Vediamo i passaggi che sono utili alla relazione e tipici di quell'apparecchio continuamente ricevente, elaborante e trasmettente affetti che è un buon operatore.

### L'ASTINENZA

All'inizio del rapporto, quando non si conosce il paziente c'è da togliere del nostro e controllarsi; da riconoscere che Lulei è davvero in un altro mondo, per dirla con Freud "tutto ricurvo nella intima cavità del suo molare" dolorante. È in un mondo di

paura e confusione in cui cerca di capire di chi fidarsi e su chi contare. I pazienti, infatti, non ci guardano ma ci traggono, non ci ascoltano ma ci auscultano, non ci parlano ma ci trapassano con le parole e le domande per capire se possono fidarsi ed affidarsi a noi; per sentire fino a che punto, anche noi come i veri familiari, li possiamo seguire nella tagliente solitudine del dove si trovano e sentono che stanno andando.

Anche noi come i pazienti siamo scrutati e analizzati e di certo ospitati in quella specie di tenda, dalle parti del cuore, in cui ognuno, malato compreso, tiene le persone più care e significative della propria esistenza. Per cui astenersi da identificazioni improprie "io al posto suo ...", da false comprensioni "io capisco bene cosa sta provando ...", da giudizi emanati dall'alto della nostra salute "questo è giusto, questo è sbagliato ...", da false responsabilizzazioni "lo deve fare per i suoi figli ...", da consigli non richiesti, ecc.

#### L'ASCOLTO

Messe sotto controllo le nostre proiezioni, lasciarsi pervadere dalle cose che Lulei può mettere dentro di noi e offrirgli l'occasione di comunicare l'incomunicabile: del come un uomo di 60 anni che fino a ieri dirigeva persone e aziende si trova oggi solo e povero a piangere come un bambino. Aiutarlo a dirci e a darci tutte le sue interpretazioni, dal magico al razionale, che ha sulla malattia, sulle cure, e su tutta l'esperienza che sta vivendo. Meglio perciò non dirigere noi il ballo ma invitarlo a parlare, "se e quando vuole, noi siamo qui".

Facilitare la comunicazione con interventi, non troppo intrusivi, volti a sbloccare eventuali intoppi, sottolineare empaticamente le cose che dice, fare risonanza alle sue emozioni, riprendere le ultime parole dette prima della interruzione, fermarsi e attendere quando è molto angosciato, quando smette di parlare o piange.

#### LA CONOSCENZA

L'ascolto è per capire le tre o quattro cose che costituiscono la sua identità, la sua motivazione alla cura, e quei cinque o sei aggettivi a cui Lulei tiene molto, ad es: il sentirsi un buon padre di famiglia, una madre capace di sacrificarsi fino alla fine, una persona indipendente, un ribelle, un gran risparmiatore, un maestro di vita, una persona di successo, ecc. Lì sta la chiave della motivazione.

C'è da conoscere che tipo di 'persona' è entrata con la malattia nella sua vita, come si dispone o si indispona nei suoi riguardi, come la sta affrontando secondo il suo personale modo di sentire il giu-

sto e l'ingiusto, la sua etica, estetica, economia ed ecologia del suo corpo e della sua mente (il cd coping).

#### L'ELABORAZIONE

È da qui che nascono le sue strategie personali e familiari di fronteggiamento (di attacco, fuga, sfida, accettazione ...), il ruolo che Lulei ci assegna: ad esempio di alleato nella dura lotta, di testimone del suo sacrificio, di confessore, di guida morale, di consulente professionale, ecc.

Ora c'è da trasformare le cose catturate con astinenza, ascolto e conoscenza nelle nostre strategie di avvicinamento, da mettersi nei panni di un Lulei fatto così, da vedere il mondo dal suo punto di vista e da cercare le parole, i gesti, i silenzi di cui ha bisogno per rimotivarsi alla cura.

#### L'ACCOMPAGNAMENTO

Qui l'obbiettivo è trasmettere il sentimento che, comunque e dovunque andranno le cose, Lulei non è sola, ma ci siamo anche noi, finché si potrà, le saremo accanto e vicini. Se c'è compagnia si camminerà insieme. Non ha senso usare i 'ma', i 'però', gli 'invece', gli 'o ... o' che separano, ma gli 'e' che aggiungono. Per esempio, non dire "Lei dice bene ma, però, invece ..." ma accostare al suo punto di vista il nostro, utile a mostrare la stessa cosa da altre visuali. Lo stesso atteggiamento vale anche per le domande imbarazzanti, non parlare di cose future come vita, morte, guarigione, ma lasciare che il mistero e la speranza facciano il loro mestiere, noi siamo qui e, ora, vicini e stiamo facendo tutto quello che è possibile.

#### LA TRASMISSIONE

È così che arriviamo nel cuore della relazione di aiuto per trasmettere accoglienza di tutti i sentimenti che Lulei comunica, specie su realtà che non condividiamo, e sempre con un profondo rispetto dell'altro.

Non ce l'ha con noi se pensa di smettere la cura ma forse ce l'ha con se stessa e con quanto le sta capitando.

È il momento di chiedere cosa sente, cosa pensa, cosa gliene pare di normalizzare il suo vissuto e il suo comportamento "è proprio giusto avere paura, vergogna, piangere, nelle sue 'condizioni'", di spiegare con calma senza bugie o false rassicurazioni sulle cose che ci chiede, di verificare quanto ha davvero capito su quanto gli abbiamo detto.

Ora, dal dentro della sua 'tenda', è possibile elaborare cattive notizie, dare regole, guidare, dolcemente sgridare e svolgere anche le necessarie fun-

zioni normative che regolano il suo stare in ospedale e svolgere bene il nostro lavoro:

- anticipare a Lulei e famiglia non solo cosa gli stiamo facendo, ma anche il perché, le sensazioni che proverà (dolore, calore, nausea, ecc.), farli partecipare ovunque possibile alla cura, valorizzare tutta la fatica il coraggio e il sacrificio che stanno compiendo;
- leggere in chiave positiva quanto dicono (ad esempio considerare un aiuto a migliorare il nostro lavoro, le critiche sul personale e sul reparto);
- premiare con un sorriso ogni progresso nella lotta che compiono contro la malattia o accettarla se invincibile e non aver paura di ridere con, piangere con, canterellare con, benedire con, maledire con Lulei se nasce spontaneo nella relazione.
- in una parola, raccogliere e rimandare il senso della loro sofferenza e della loro vita.

Tutto questo è un viaggio che certo sarebbe meglio fare in compagnia con tutto il corpo curante.

## Il benfatto con il familiare

Sarebbe anche utile avere gruppi di familiari dei ricoverati da sostenere, informare, alleviare, allenare nelle varie fasi della cura in cui i parenti possano non sentirsi soli, da soli ed i soli a cui capita quanto stanno vivendo, ma essere presi in cura per scaricare tensioni e ricaricarsi di conoscenza e speranza. Qui l'operatore può imparare a:

- insegnare al familiare i compiti richiesti;
- aiutarlo a comprendere i sentimenti del malato e il malato a comprendere i suoi (l'operatore come ponte fra Lulei e famiglia);

**L'autore indica nel buon funzionamento di tutto il corpo curante, del clima di lavoro e nel lavoro ben fatto verso pazienti e familiari, la possibilità di prevenire il burnout.**

## BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- Braidi G. *Il corpo curante*. Milano: Franco Angeli 2001.  
 Ferrandes G, Longo E, Tempra Valente P. *Le emozioni dei malati e dei curanti*. Torino: Centro Scientifico 2004.  
 Gelmini G. *Geriatrics per operatori Socio-Sanitari*. Roma: Carocci-Faber 2003.

- ringraziare ovunque possibile dell'aiuto che il familiare sta dando;
- riorganizzare insieme le cose pratiche e, se occorre, svolgere direttamente quelle più dolorose;
- sostenere il familiare fino alla fine; in caso di morte del congiunto, comunicare il nostro cordoglio e se possibile partecipare al funerale;
- aiutarlo a superare il senso di colpa.

Elizabeth Kubler-Ross, non a caso anche qui una grande donna dell'assistenza, sottolinea i tre bisogni principali del morente: bisogno di cure, di relazione e di significato della propria vita.

Sono dimensioni profondamente intrecciate fra di loro perché tramite il lavoro materiale o morale di sostegno, si trasmettono identità e significato alla esperienza di malattia e di vita. C'è infatti un modo di curare che trasmette disprezzo ed uno che trasmette rispetto, uno che costruisce ed uno che distrugge identità, valori esistenziali e strategie del paziente. Qui assistenza e qualità della cura diventano esistenza e qualità di vita.

Da questo punto di vista l'infermiere che non solo vede, ausculta, esamina e prescrive, ma che guarda, ascolta, tocca quotidianamente l'anima e il corpo del paziente, è in una condizione privilegiata.

Poi anche qui dove si arriva, si arriva.

Può capitare che la malattia, come una persona irruente entrata nella nostra vita, possa essere fatta accomodare e una volta ascoltata, gentilmente accompagnata fuori, o che sia lei irriducibile intrusa, che dopo lotta cruenta, ci accompagni più o meno dolcemente all'uscita della vita.

Ma è necessario parlare di morte e di tumori per capire che dentro ogni persona, malato od operatore, ci sono affetti, capacità, vissuti da utilizzare nella vita e nella relazione di cura?

**Parole chiave: Emozioni • Burnout • Prevenzione**

- Maslach C. *La sindrome del burnout*. Assisi: Cittadella 1992.  
 Kubler-Ross E. *La morte ed il morire*. Assisi: Cittadella 1992.  
 Maslach C, Leiter J. *Burnout e organizzazione*. Erickson, TR 2000.