

Floriana Caccamo¹, Simona Ghedin², Cristina Marogna³

La valutazione del burnout e dell'alessitimia in un gruppo di operatori in cure palliative: uno studio pilota

¹ Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata, Università degli Studi di Padova

² Hospice "Le Rose", Latina

³ Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata, Università degli Studi di Padova

RIASSUNTO. Gli operatori sociosanitari, particolarmente coloro che lavorano nelle cure palliative, si confrontano quotidianamente con situazioni che aumentano lo stress e la stanchezza emotiva, poiché costantemente esposti alla malattia e alla morte dei pazienti. La vicinanza con il dolore e con i vissuti di sofferenza psicologica dei pazienti li sottopone ad un carico emotivo molto intenso rendendoli esposti al rischio di burnout. Le competenze richieste a chi si occupa di questo tipo di assistenza sono molto specifiche ed è quindi necessaria una formazione che sia finalizzata a dotare l'operatore sanitario di conoscenze e competenze fondamentali, sia professionali che empatiche, perché l'assistenza sia di buona qualità. Il sostegno psicologico rivolto agli operatori rappresenta un fattore fondamentale per dare voce alle angosce che inevitabilmente si sollevano nel lavoro in cure palliative.

L'articolo riporta la valutazione di un intervento di sostegno psicologico rivolto agli operatori (medici e infermieri) di un Hospice del Centro Italia. Sono stati misurati il livello di burnout e il livello di alessitimia degli operatori con l'obiettivo di indagare eventuali relazioni tra i due costrutti e verificare l'eventuale cambiamento dei punteggi dopo l'intervento di sostegno. I risultati hanno evidenziato una correlazione positiva tra il punteggio totale dell'alessitimia e la sottoscala Esaurimento emotivo ($r = .44, p = .023$) ed una correlazione inversa tra il punteggio totale dell'alessitimia e la sottoscala Realizzazione personale ($r = -.055, p = .003$). Inoltre, si osserva una diminuzione dei punteggi sia nelle dimensioni dell'alessitimia che nella sottoscala dell'esaurimento emotivo. I risultati mostrano l'efficacia dell'intervento e invitano a proseguire nella ricerca di ulteriori relazioni tra il costrutto del burnout e dell'alessitimia e altre variabili.

Parole chiave: cure palliative, équipe, burnout, alessitimia.

ABSTRACT. *EVALUATION OF BURNOUT AND ALEXITHYmia IN A GROUP OF NURSES IN PALLIATIVE CARE: A PILOT STUDY.* Health workers, particularly those working in palliative care, are confronted daily with situations that increase stress and emotional fatigue, since constantly exposed to the disease and the death of patients. The proximity to the pain and the feelings of psychological suffering of patients submits them to a very intense emotional charge, making them susceptible to burnout. The skills required for those involved in this type of assistance are very specific and it is therefore necessary training that is aimed at providing the healthcare professional knowledge and basic skills, both professional and empathic, because the service is of good quality. Psychological support for nursing staff is a key factor in giving voice to the anxieties that inevitably rise in palliative care.

Introduzione

La sindrome del burnout viene definita come la conseguenza di una particolare forma di risposta ad un "distress" cronico correlato all'attività ed all'ambiente di lavoro, che si manifesta attraverso tre componenti psicologiche rappresentate da esaurimento emotivo, depersonalizzazione e mancata realizzazione personale (1-2). L'esaurimento emotivo è legato all'esperienza di essere emotivamente svuotato a causa di un contatto quotidiano con situazioni avverse nel luogo di lavoro; la depersonalizzazione ha a che fare con lo sviluppo di cinismo e atteggiamenti negativi verso i destinatari del lavoro, infine, la mancata realizzazione personale esprime la percezione di scarsa competenza e successo professionale.

Il termine burnout è stato definito come uno stato di fatica o di frustrazione, come la perdita di interesse per il lavoro associata alla tendenza a trattare i pazienti in modo distaccato e meccanico, o anche come una condizione in cui, dopo anni di impegno, gli operatori manifestano un atteggiamento di irrequietezza o di indifferenza fino al cinismo (3).

Per quanto riguarda l'eziologia del burnout, è unanimemente riconosciuta la multidimensionalità della sindrome che è determinata dal contributo di più fattori tra i quali: variabili individuali (età, sesso, stato civile, qualifica professionale, anzianità/esperienza lavorativa, fattori di personalità, Locus of Control, stili di coping); variabili legate all'organizzazione (fattori intrinseci al lavoro, fattori correlati alla struttura organizzativa, alla prospettiva di carriera, al ruolo istituzionale), e variabili legate allo stress addizionale cui sono soggette alcune categorie di operatori ad alto rischio di stress correlato alla peculiare natura delle patologie di cui devono occuparsi (4-5-6-7).

L'ultimo decennio ha visto un crescente interesse per lo studio dello stress applicato in ambito lavorativo e di conseguenza per gli interventi di valutazione, prevenzione e cura finalizzati al miglioramento del benessere organizzativo (8-9-10).

La letteratura internazionale riporta un unanime consenso riguardo la necessità di monitorare e prevenire, attraverso un precoce riconoscimento dei segnali di allarme, il rischio di burnout negli operatori sanitari (11-12-13-14). All'interno delle organizzazioni sanitarie il livello di stress

The paper reports the evaluation of a psychological intervention for health workers (doctors and nurses) of a Hospice of Central Italy. It was measured the level of burnout and alexithymia of the workers in order to investigate possible relationships between the two constructs and assess the change in scores after the psychological intervention. The results showed a positive correlation between the total score of alexithymia and emotional exhaustion subscale ($r = .44, p = .023$) and an inverse correlation between the total score of alexithymia and Personal fulfilment subscale ($r = -0.55, p = .003$). In addition, there is a reduction of the scores in both alexithymia dimensions and emotional exhaustion subscale. The results show the effectiveness of the intervention and invite us to continue to search for further relations between the construct of burnout and alexithymia and other variables.

Key words: palliative care, team, burnout, alexithymia.

lavorativo assume aspetti di maggiore problematicità rispetto ad altri ambiti, sia per le caratteristiche intrinseche alle professioni di aiuto sia per la crescente difficoltà nella gestione dei ritmi e dell'organizzazione del lavoro.

Gli operatori che lavorano in ambito sociosanitario si confrontano quotidianamente con situazioni che aumentano lo stress e la stanchezza emotiva, poiché costantemente esposti alla paura, alla malattia e alla morte dei pazienti (15). La vicinanza con il dolore e con i vissuti di sofferenza psicologica dei pazienti sottopone gli operatori ad un carico emotivo molto intenso, rendendoli maggiormente esposti, rispetto ad altri contesti, al rischio di burnout (16).

Dal punto di vista epidemiologico, infatti, il burnout colpisce per lo più quanti operano nelle *helping professions* in ambito socio-sanitario (17-18-19-20) e in particolare in oncologia (21-22), in terapia intensiva, in ambito geriatrico (23), nei reparti grandi ustionati, nelle unità coronariche, nei servizi psichiatrici (24), nei reparti di malattie infettive e nelle cure palliative (7-25). Si tratta di reparti ospedalieri in cui emergono con maggiore evidenza primitive fonti di ansia che hanno a che fare con i temi della vita e della morte, l'incontro con la malattia e la perdita (26). In questi contesti si manifesta, quindi, una significativa richiesta di competenze relazionali e psicologiche per meglio sintonizzarsi con le domande e i bisogni dell'utenza e, al contempo, diviene fondamentale per gli operatori la necessità di sviluppare una maggiore capacità nel regolare le proprie emozioni (27).

A questo proposito, recenti studi sul rapporto tra intelligenza emotiva e burnout occupazionale nell'area dei servizi socio-assistenziali (28-29-30) hanno ispirato alcune riflessioni sul ruolo che l'alexithimia può assumere nella sindrome da burnout, in quanto costruito che rimanda ad una scarsa regolazione affettiva. In accordo con una recente ricerca condotta su diverse categorie professionali (31) è stato riscontrato che l'alexithimia risulta associata ad alti livelli di burnout e potrebbe essere considerata un fattore di rischio indipendente nella genesi di tale sindrome oppure una risposta di coping inadeguata nel fronteggiare situazioni di stress lavoro-correlato (32-33). Alcuni studi condotti su professionisti della salute operanti

in cure palliative (34-35) hanno evidenziato una forte correlazione positiva tra i livelli di esaurimento emotivo e i livelli alexitimici, in particolare tra gli indici di burnout e la difficoltà ad identificare e descrivere i vissuti emotivi.

Nei soggetti alexitimici emerge chiaramente la presenza di una difficoltà a mentalizzare i propri stati affettivi interni che porta con sé l'incapacità di descrivere e definire le proprie emozioni. Oltre a una disposizione agli stati affettivi negativi indifferenziati, gli alexitimici mostrano una scarsa capacità di provare emozioni positive come gioia e felicità (36). Una compromissione nel processo di elaborazione cognitiva delle emozioni ha delle ripercussioni importanti anche sulle relazioni interpersonali, in quanto la difficoltà a riconoscere gli stati d'animo propri e altrui può evolvere in un'incapacità a saper empatizzare con gli altri. Tali difficoltà diventano di estremo interesse nell'ambito delle professioni di aiuto che, nel loro mandato, possiedono implicitamente la prerogativa di rispondere empaticamente alle molteplici richieste di quanti hanno bisogno (37). Proprio per le continue richieste dei pazienti, che sono necessarie e spesso urgenti, questi professionisti sono continuamente sotto pressione, esposti a condizioni di tensione emotiva e stress lavoro correlato. L'assistenza psicologica rivolta agli operatori delle professioni di aiuto, siano essi medici o infermieri, rappresenta quindi un fattore fondamentale per dar voce alle angosce che inevitabilmente si sollevano nel lavoro con questo tipo di pazienti.

L'Unità di cure palliative prevede che vengano realizzati degli interventi di sostegno rivolti all'intera équipe assistenziale con la finalità sia di contribuire all'umanizzazione delle cure e della qualità della fase di fine vita del malato sia di sostenere gli operatori nel gestire il disagio emotivo derivante dalla sofferenza psicologica del malato e dei familiari. L'elaborazione del vissuto di perdita e dei sentimenti di impotenza e di inadeguatezza, sperimentati dagli operatori, permette di sensibilizzare l'équipe alle tematiche del lutto e della perdita, riducendo la distanza emotiva nei confronti dei familiari del malato, potenziando le abilità comunicative e facilitando un approccio più empatico e meno giudicante.

È stato dimostrato che gli interventi realizzati in cure palliative sono efficaci nel ridurre i livelli di stress degli operatori. Le strategie di coping personali e lo sviluppo di un clima collaborativo e supportivo all'interno del gruppo di lavoro sono essenziali all'aumento dell'autostima e della realizzazione professionale degli operatori e alla diminuzione dello stress emotivo legato a questo tipo di lavoro (38). Inoltre, è stato dimostrato che il sostegno psicologico all'équipe sia una strategia appropriata e rilevante per prevenire il burnout tra gli operatori delle cure palliative (39-40).

Il complesso intreccio di sofferenza fisica e psichica che caratterizza le cure palliative, e nello specifico l'Hospice come istituzione, implica una presa in carico complessa e delicata, in cui il dispositivo di gruppo può rappresentare una via di elaborazione privilegiata (41). Il gruppo infatti permette ai singoli operatori di non affrontare da soli i vissuti affettivi del fine-vita da cui si sentono profondamente minacciati, ma consente di poterli condividere all'interno di un contesto gruppale.

A partire da queste premesse teoriche, il presente studio intende valutare l'efficacia di un intervento di sostegno psicologico rivolto agli operatori sanitari (medici e infermieri) di un Hospice del centro Italia. Sono stati misurati i livelli di burnout e di alessitimia sia all'inizio che alla fine dell'intervento psicologico di gruppo, ipotizzando di osservare una diminuzione dei punteggi in entrambe le variabili, come riscontrato in precedenti studi (42-43). Inoltre, considerato che in letteratura sono emerse forti correlazioni tra gli indici di burnout e la difficoltà ad identificare e descrivere i vissuti emotivi, abbiamo ipotizzato di trovare una relazione tra i due costrutti (30-33-34).

Partecipanti

I partecipanti alla ricerca sono gli operatori sanitari dell'Hospice "Le Rose" di Latina (Italia). Si tratta di 18 operatori, 6 maschi e 12 femmine, di età compresa tra i 23 ed i 54 anni ($M = 35.71$; $SD = 10.53$). Tra gli operatori vi sono 6 medici e 12 infermieri che ricoprono il loro ruolo professionale nella struttura da un tempo massimo di 2-3 anni.

Metodo

L'intervento di sostegno psicologico ha previsto 10 incontri di gruppo a cadenza quindicinale, da settembre 2014 a gennaio 2015. Gli incontri di gruppo, della durata di 90 minuti, sono stati condotti da una psicoterapeuta di formazione psicodinamica.

La consapevolezza delle difficoltà riscontrabili quando si affrontano temi "forti" come le emozioni, ha portato a privilegiare il setting gruppal e ad a scegliere, come ausilio agli scambi in gruppo, la tecnica del Photolangage (44), che ha consentito di facilitare le narrazioni amplificando la risonanza emotiva del gruppo. In letteratura, infatti, è stato riscontrato che le esperienze di gruppo rivolte a membri dello staff di reparti critici condotte con tecniche attive incontrano minori resistenze dei partecipanti rispetto a quanto accadrebbe in un gruppo di psicoterapia verbale non strutturato (45).

La seduta di Photolangage si svolge in due tempi: il tempo della scelta individuale della fotografia ed il tempo degli scambi in gruppo. Il conduttore, dopo aver annunciato la domanda su cui riflettere, invita tutti i partecipanti ad osservare in silenzio le fotografie, precedentemente sistemate su dei tavoli, e a lasciarsi sollecitare da quelle che suscitano un maggiore coinvolgimento. Successivamente si invitano i partecipanti a prendere in mano la foto scelta, ricordando di non cambiare scelta se qualcun altro prende la stessa foto. A questo primo tempo fa seguito il tempo degli scambi in gruppo, dove il conduttore invita ciascun partecipante a condividere con gli altri la fotografia scelta e le motivazioni connesse.

La specificità del metodo è costituita dal fatto che il conduttore pone una domanda al gruppo, domanda a cui propone di rispondere con l'ausilio di una foto, definita oggetto mediatore, che consente di esporre contenuti mentali difficilmente raggiungibili con il solo mezzo verbale (44). In questo tipo di gruppo la sinergia, tra le caratteristiche del gruppo e quelle dell'oggetto mediatore, che si

rinforzano a vicenda in una congiunzione di processi, permette di migliorare il lavoro di gruppo e, con un pubblico poco abituato al contatto ed alla riflessione sulle emozioni, può consentire l'accesso a forme di pensiero non sempre "pensabili" ai singoli (46).

La foto grazie alla sua qualità di "malleabilità" viene manipolata, distrutta e ricreata in diversi modi dal gruppo, assumendo così una funzione di "intermediario" tra il singolo e il gruppo (47). Questa mediazione rende possibile l'avvio di un processo di simbolizzazione che aiuta l'operatore a prendere coscienza delle immagini interne per esplorarle e metterle in discussione in un percorso che va dall'immagine alla parola.

Strumenti

La ricerca ha previsto due misurazioni del livello di burnout e di alessitimia: all'inizio dell'intervento di gruppo (T0) e dopo tre mesi (T1), a conclusione dell'intervento. Ai partecipanti alla ricerca sono stati somministrati la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20; 48) e il Maslach Burnout Inventory (MBI; 49).

La TAS-20 è un questionario di autovalutazione sull'alessitimia. Lo strumento fornisce il punteggio totale e il punteggio di tre dimensioni che definiscono il costrutto dell'alessitimia: difficoltà nell'identificare i sentimenti (F1, 7 item); difficoltà nel comunicare i sentimenti agli altri (F2, 5 item); pensiero orientato all'esterno (pensiero operatorio) (F3, 8 item). Si compone di 20 item misurati su una scala Likert a cinque punti, a partire da 1 (fortemente in disaccordo) a 5 (molto d'accordo). Viene misurato un punteggio totale che va da 20 a 100, e tre punteggi relativi alle tre dimensioni dell'alessitimia. Per il punteggio totale sono stati utilizzati i seguenti cut-off (50): punteggio pari o inferiore a 51 = assenza di alessitimia, punteggio 52-60 = alessitimia indeterminata, punteggio uguale o superiore a 61 = presenza di alessitimia.

Il MBI è un questionario composto da 22 item che misurano tre dimensioni indipendenti della sindrome del burnout: esaurimento emotivo (EE, 9 item), depersonalizzazione (DP, 5 item), realizzazione personale (PA, 8 item). Gli item vengono valutati su una scala Likert a cinque punti, da 0 (mai) a 6 (ogni giorno). Per la sottoscala esaurimento emotivo i punteggi vanno da 0 a 54 (cut-off: 27), per la sottoscala depersonalizzazione i punteggi vanno da 0 a 30 (cut-off: 10). I punteggi elevati nella scala realizzazione personale, a differenza delle precedenti, sono indicativi di una maggiore realizzazione personale e, conseguentemente, di un minore livello di burnout (range 0-48; cut-off: 40) (51).

Le sottoscale di entrambi gli strumenti hanno mostrato adeguati livelli di affidabilità e consistenza interna, nello specifico per la Toronto Alexithymia Scale: F1 ($\alpha = .81$), F2 ($\alpha = .78$), F3 ($\alpha = .61$) e per il Maslach Burn-out Inventory: EE ($\alpha = .89$), DP ($\alpha = .92$), PA ($\alpha = .81$).

Risultati

Data la ridotta numerosità del campione, per l'analisi dei dati sono state utilizzate misure non parametriche.

Per verificare la prima ipotesi, ovvero la diminuzione dei punteggi di burnout e alessitimia tra l'inizio e la fine dell'intervento di gruppo (42-43), è stato utilizzato il Test di Friedman.

Relativamente alla TAS-20, sono emerse differenze significative tra l'inizio e la fine dell'intervento in tutte le dimensioni e nel fattore globale, in particolare nella Difficoltà ad identificare le emozioni ($X^2 = 7.14$, $df = 1$, $p = .008$), nella Difficoltà a descrivere le emozioni ($X^2 = 5.33$, $df = 1$, $p = .021$), nel Pensiero orientato all'esterno ($X^2 = 4.76$, $df=1$, $p = .029$) e nel fattore totale TAS ($X^2 = 7.12$, $df = 1$, $p = .008$).

All'inizio dell'intervento nessun operatore presentava livelli alessitimici superiori al cut-off (≥ 61), soltanto 4 operatori presentavano punteggi medi (tra 52 e 60), indicatori della presenza indeterminata di alessitimia. Come si osserva in Figura 1, tra l'inizio (T0) e la fine (T1) dell'intervento i punteggi medi relativi alle dimensioni dell'alessitimia diminuiscono, indicando una maggiore capacità degli operatori di "maneggiare" le loro emozioni. L'intervento di gruppo, attraverso le domande poste dal conduttore all'inizio di ogni sessione, ha coinvolto gli operatori in un confronto aperto sui temi della fiducia, della perdita, del dolore, della vita e della morte, consentendo la condivisione di scambi emotivi ed affettivi a partire dalle immagini scelte da ciascuno di loro.

Relativamente al MBI, è stato riscontrato un cambiamento significativo tra l'inizio e la fine dell'intervento nelle seguenti dimensioni: Esaurimento Emotivo, i cui punteggi medi diminuiscono ($X^2 = 11.27$, $df = 1$, $p = .001$) e Realizzazione Personale, le cui medie aumentano tra le due somministrazioni ($X^2 = 16.01$, $df = 1$, $p = .001$) (Figura 2).

Da questi risultati è possibile affermare che l'intervento di gruppo sia stato efficace perché ha consentito agli operatori di condividere con i colleghi le sensazioni di stress e di avvillimento derivanti da un lavoro che li vede a stretto contatto quotidiano con la morte e la sofferenza. Nel gruppo è emerso con forza il senso di responsabilità che gli operatori sentono nei confronti del paziente e della sua famiglia, e, a partire dalle immagini, è stato possibile affrontare il conflitto professionale che ogni giorno medici e infermieri operanti in

cure palliative devono gestire, ovvero l'essere chiamati professionalmente a guarire e il dover aiutare a morire.

Un altro obiettivo era quello di indagare l'esistenza di una relazione tra il burnout e l'alessitimia (30-33-34), per questo sono state effettuate delle correlazioni di Spearman tra i punteggi della TAS-20 e quelli del MBI, individuando per ciascun soggetto un punteggio medio tra i due momenti di assessment. È emersa una correlazione positiva tra il punteggio totale dell'alessitimia e la sottoscala Esaurimento emotivo ($r = .44$, $p = .023$); inoltre è emersa una correlazione inversa tra il punteggio totale dell'alessitimia e la sottoscala Realizzazione personale ($r = -0.55$, $p = .003$). Questi risultati, in linea con precedenti studi, mostrano una relazione tra la sensazione di frustrazione e di distress e la difficoltà nell'identificare e descrivere le proprie emozioni, tale difficoltà diminuisce nel caso di una maggiore realizzazione personale (31-52-53). La depersonalizzazione è la sottoscala del burnout che non risulta correlata a nessuna dimensione dell'alessitimia.

Dai risultati presentati si evidenzia una relazione tra i due costrutti, sarebbe interessante approfondire l'esistenza di una relazione di natura predittiva tra le due dimensioni, per comprendere se la presenza dell'alessitimia sia secondaria e quindi reattiva a situazioni di stress lavoro-correlato, oppure se la presenza di caratteristiche alessitimiche predisponga ad acquisire un pattern disadattivo nell'affrontare lo stress nel contesto lavorativo.

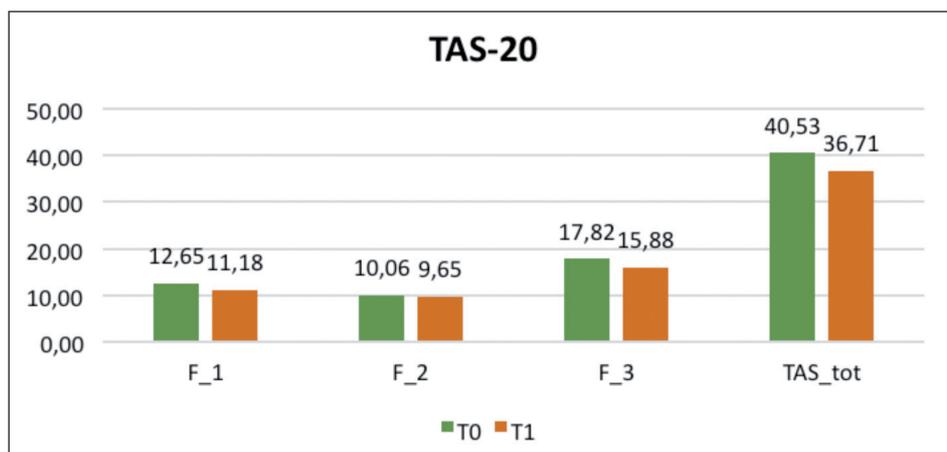


Figura 1. Punteggi dei fattori della TAS-20 all'inizio (T0) e alla fine del trattamento (T1)

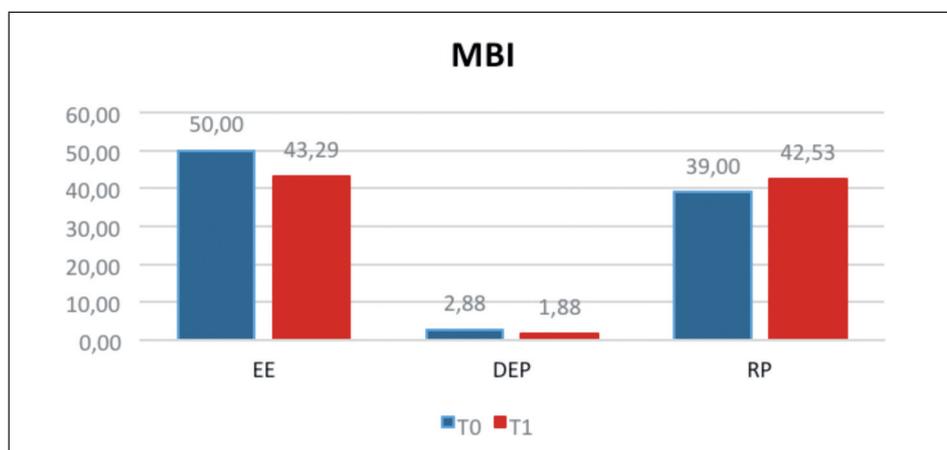


Figura 2. Punteggi delle sottoscale del MBI all'inizio (T0) e alla fine del trattamento (T1)

Discussione

La maggioranza degli studi dimostra che il contatto con la sofferenza e la morte è di per sé una fonte di stress per gli operatori sanitari, a prescindere dalle unità in cui lavorano (54). Altri autori suggeriscono che il rischio di stress e burnout aumenta in particolare per gli infermieri e i medici che lavorano in cure palliative dal momento che questi professionisti trattano esclusivamente malati terminali (55-56-57). L'Hospice è in effetti un contesto fortemente emozionale in cui medici e infermieri devono imparare a far fronte non solo alle emozioni dei pazienti e dei familiari, ma anche alle proprie, inevitabilmente innescate dal contatto quotidiano con la sofferenza degli altri, ai propri sentimenti di impotenza e sconfitta di fronte agli insuccessi terapeutici, alla propria angoscia di morte. Il contatto quotidiano con la morte e la sofferenza fisica e morale provoca un contraccolpo forte a livello emotivo sull'operatore delle cure palliative che si ritrova a confrontarsi con tutte le angosce, le preoccupazioni e i fantasmi della propria morte e di quella dei suoi cari. È stato riscontrato che la frequente esposizione al fine-vita può incrementare la paura della morte, in particolare tra gli operatori sanitari più giovani e con meno esperienza che potrebbero reagire difensivamente con comportamenti di evitamento e persino di disimpegno in situazioni di assistenza (58). Le competenze richieste a chi si occupa di questo tipo di assistenza sono molto specifiche, diventano quindi prioritari la formazione e il supporto psicologico finalizzati a dotare l'operatore sanitario di conoscenze e competenze fondamentali, non soltanto tecniche ma anche empatiche, affinché l'assistenza fornita al paziente e ai suoi familiari sia di buona qualità.

Occuparsi di alessitimia all'interno di un contesto organizzativo significa pianificare interventi psicologici di supporto all'équipe che abbiano come focus l'acquisizione di capacità di comunicazione e di gestione delle emozioni in un ambito, come quello socio-sanitario, in cui la sinergia di tutte le forze operative e la capacità di instaurare buoni rapporti con i colleghi, con i pazienti e con l'intero contesto lavorativo, costituiscono aspetti basilari (21). L'alessitimia può infatti rappresentare un indicatore trasversale di competenza emotiva, che, influenzando indistintamente tutte le attività personali e professionali, assume il valore di una vera e propria dimensione positiva per la salute organizzativa (59).

L'intervento realizzato nell'Hospice "Le Rose" di Latina ha fornito la possibilità di esplorare in gruppo vissuti emotivi densi di aggressività, rabbia e frustrazione; ciascun operatore è stato chiamato a confrontarsi con gli stati d'animo che scaturiscono dalla relazione con il paziente e con la sua famiglia provando a nominare le sensazioni e i vissuti emotivi provati. L'accento è stato posto sulla condivisione delle emozioni nel modo più aperto e onesto possibile delle difficoltà che si erano dovute affrontare. Gli operatori sanitari, esprimendo un forte senso di coesione e di appartenenza, hanno riconosciuto l'importanza di riflettere con i propri colleghi sulle esperienze emotive vissute. Inoltre il gruppo ha rappresentato l'occasione di

un apprendimento interpersonale nei termini di un'aumentata consapevolezza sulla natura delle circostanze che causavano disagio a ciascuno dei partecipanti.

Come abbiamo osservato, è stato riscontrato una diminuzione dei punteggi medi nelle dimensioni del burnout a conferma che il burnout non è da considerare un evento acuto con caratteristiche di permanenza, ma un processo in cui i sintomi fisici, psicologici e comportamentali possono subire costanti modifiche in relazione ai cambiamenti psicologici interni che si verificano nell'individuo. A proposito di questo risultato, abbiamo ipotizzato che la condivisione delle difficoltà e del carico emotivo vissuto, abbia portato gli operatori a sentirsi meno stressati e logorati dal lavoro all'interno dell'Hospice, ma anzi li abbia resi maggiormente soddisfatti della loro scelta lavorativa e delle loro competenze acquisite attraverso le relazioni professionali e personali costruite in ambito lavorativo.

Il nostro intervento di supporto all'équipe è in linea con quanto suggerito dalla letteratura (60), le recenti ricerche infatti sostengono che gli interventi di psicoterapia ad orientamento psicodinamico siano adeguati per incrementare il senso di competenza nella relazione con il paziente, l'identità professionale, la sicurezza e la soddisfazione degli operatori.

Come già accennato, i risultati preliminari di questo studio ci suggeriscono di incrementare la ricerca, anche in senso longitudinale, al fine di individuare precise relazioni, ove possibile di natura predittiva, tra l'alessitimia e la sindrome da burnout. In questo senso, è importante procedere nell'implementazione di progetti e studi che, in un'ottica preventiva, abbiano come fine ultimo la riduzione dei fattori di rischio del burnout e dell'alessitimia e la promozione del benessere emotivo e psicologico sia del singolo lavoratore che dell'intero gruppo di lavoro.

L'aspetto innovativo del presente intervento riguarda l'utilizzo di una tecnica di mediazione per la conduzione del gruppo di operatori, che ha consentito la condivisione di stati emotivi ed esperienze legate al contesto lavorativo. Il Photolangage ha favorito la creazione di uno spazio di gioco (61) delimitato dalle foto e dalla domanda posta dal conduttore all'interno del quale ogni partecipante ha potuto esprimersi liberamente riguardo la foto dell'altro, dando origine ad una complessa rete di fantasie, rappresentazioni, affetti ed emozioni (46). La fotografia, in questa tecnica, rappresenta lo strumento di mediazione che favorisce l'evocazione di situazioni poco elaborate, le quali possono essere affrontate attraverso il processo del gruppo stesso.

D'altronde, è riconosciuta l'importanza di progettare e implementare percorsi formativi che non siano solo teoricamente fondati, ma che siano orientati all'elaborazione individuale e grupale di esperienze così da ottenere una maggior ricaduta positiva su tutti gli attori coinvolti nel contesto organizzativo (34-62). Inoltre, è stato dimostrato che il supporto all'équipe influenzi positivamente non soltanto il benessere individuale, ma anche il clima all'interno del gruppo stesso e la relazione d'aiuto con il paziente e con la sua famiglia (6-63).

Nonostante rappresenti un intervento originale nel panorama del supporto psicologico fornito all'équipe, lo

studio presenta alcune limitazioni. Innanzitutto il numero limitato dei partecipanti non consente di svolgere analisi statistiche approfondite, pertanto questo limita la generalizzabilità dei risultati. Inoltre, in futuro sarà necessario indagare altri fattori che includano sia variabili esterne all'individuo legate al contesto di lavoro (turnazione, possibilità di avanzamento di carriera, possibilità di confronto delle dinamiche emozionali all'interno o all'esterno dello staff) sia variabili interne all'individuo (forza dell'io, capacità di gestione delle relazioni, capacità empatica, Alessitimia etc.), per capire come queste variabili siano legate ai costrutti del burnout e dell'alessitimia.

Bibliografia

- 1) Maslach C, Leiter MP. Preventing burnout and building engagement: A complete program for organizational renewal. Jossey-Bass, 2000.
- 2) Petrova GG, Todorova, MT, Mateva NG. Prerequisites for the occurrence of burnout syndrome in oncology nurses. *Folia Medica* 2004; 47(2): 39-44.
- 3) Maslach C. A multidimensional theory of burnout. *Theories of organizational stress*, 1988.
- 4) Weber A, Jaekel-Reinhard A. Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occupational Medicine* 2000; 50(7): 512-17.
- 5) Bellani ML, Orrù W. La sindrome del burnout. In M.L. Bellani, G. Morasso, D. Amadori (Eds.), *Psiconcologia* (pp.1043-1056). Milano: Masson, 2002.
- 6) Bernardi M, Catania G, Marceca F. The world of nursing burnout. A literature review. *Professioni Infermieristiche* 2005; 58(2): 75-79.
- 7) Sherman AC, Edwards D, Simonton S, et al. Caregiver stress and burnout in an oncology unit. *Palliative and Supportive Care* 2006; 4(1): 65-80.
- 8) Sparks K, Faragher B, Cooper CL. Well-being and occupational health in the 21st century workplace. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 2001; 74: 489-509.
- 9) Wisetborisut A, Angkurawaranon C, Jiraporncharoen W, et al. Shift work and burnout among health care workers. *Occupational Medicine* 2014, 64(4): 279-86.
- 10) Cimiotti JP, Aiken LH, Sloane DM, et al. Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *American Journal of Infection Control* 2012, 40(6): 486-90.
- 11) Deneckere SM, Lodewijckx C, Panella M, et al. Better interprofessional teamwork, higher level of organized care, and lower risk of burnout in acute health care teams using care pathways: a cluster randomized controlled trial. *Medical Care*, 2013, 51(1): 99-107.
- 12) Martin F, Poyen D, Boudierlique E, et al. Depression and burnout in hospital health care professionals. *International journal of occupational and environmental health*, 2013.
- 13) von Känel R. The burnout syndrome: a medical perspective. *Praxis* 2008; 97(9): 477-87.
- 14) Cashavelly BJ, Donelan K, Binda KD, et al. The forgotten team member: meeting the needs of oncology support staff. *Oncologist* 2008; 13(5): 530-8.
- 15) Stella S, Fossati I, Vegni E, et al. Storie di pazienti oncologici che muoiono e dei curanti che li accompagnano: uno studio qualitativo sul mondo interno degli psicologi. *Psicologia della salute* 2009; 1: 57-67.
- 16) Isikhan V, Comez T, Danis MZ. Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing* 2004; 8(3): 234-44.
- 17) Zoccali R, Campolo D, Carroccio C, et al. Il burnout e l'emozione rabbia. *Giornale Italiano di Psicopatologia* 1999; 5(3): 183-88.
- 18) Steinhilber CPC, Coralli E, Barale F. Burnout: una riflessione. *Giornale Italiano di Psicopatologia* 2001, 7(2): 112-19.
- 19) Barbier D. The burnout syndrome of the caregiver. *Presse Medicine* 2004; 33(6): 394-99.
- 20) Della Valle E, De Pascale G, Cuccaro A, et al. Burnout: rising interest phenomenon in stressful workplace. *Journal of Communicative Medicine* 2006; 18(2): 171-77.
- 21) Schraub S, Marx E. Burnout syndrome in oncology. *Bulletin of Cancer* 2004; 91(9): 673-76.
- 22) Bressi C, Manenti S, Porcellana M, et al. Haemato-oncology and burnout: an Italian survey. *British Journal of Cancer* 2008; 98(6): 1046-52.
- 23) Sanchez S, Mahmoudi R, Moronne I, et al. Burnout in the field of geriatric medicine: Review of the literature. *European Geriatric Medicine* 2005; 6(2): 175-83.
- 24) Freddi M, Corradi A. Stress, job satisfaction and quality of life in the health professions: the role of burn-out and personality features. *Recenti Progressi in Medicina* 2007, 94(12): 545-48.
- 25) Dunwoodie DA, Auret K. Psychological morbidity and burnout in palliative care doctors in Western Australia. *Internal Medicine Journal* 2007; 37(10): 693-98.
- 26) Guerra G. *Psicosociologia dell'ospedale: Analisi organizzativa e processi di cambiamento*. Roma: La Nuova Italia Scientifica, 1992.
- 27) D'Egidio F. *Il bilancio dell'intangibile: Per determinare il valore futuro dell'impresa*. Milano: Franco Angeli, 2001.
- 28) Duran A, Extremera N, Rey L. Self-reported emotional intelligence, burnout and engagement among staff in services for people with intellectual disabilities. *Psychological Reports* 2004; 95: 386-90.
- 29) Gerits L, Derksen JLL, Verbruggen AB, et al. Emotional intelligence profiles of nurses caring for people with severe behaviour problems. *Personality and Individual Differences* 2005; 38(1): 33-43.
- 30) McKinley SK, Petrusa ER, Fiedeldej-Van Dijk C, et al. Are there gender differences in the emotional intelligence of resident physicians? *Journal of Surgical Education* 2014; 71(6): 33-40.
- 31) Mattila AK, Ahola K, Honkonen T, et al. Alexithymia and occupational burnout are strongly associated in working population. *Journal of Psychosomatic Research* 2007; 62: 657-65.
- 32) Kokkonen P, Karvonen J, Veijola J, et al. Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Comprehensive Psychiatry* 2001; 42: 471-76.
- 33) Frawley W, Smith RN. A processing theory of alexithymia. *Journal of Cognitive Systems Research* 2002; 1: 189-206.
- 34) Lazzari D, Pisanti R, Avallone F. Perception of organizational climate and burnout amongst health care workers: the role of alexithymia as a moderator. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia* 2006; 28(1): 43-48.
- 35) Pini M, Martellucci PM, Puleggio A, et al. Burnout symptoms, psychological distrusts and alexithymia characteristics in workers of a Mental Health Unit. *Medicina Psicosomatica* 2006; 51(2): 67-73.
- 36) Krystal H. *Regolazione degli affetti e narcisismo*. Milano: Raffaello Cortina, 1998.
- 37) Tabolli S, Ianni A, Renzi, et al. Job satisfaction, burnout and stress amongst nursing staff: a survey in two hospitals in Rome. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia* 2006; 28(1): 49-52.
- 38) Vachon MLS Caring for the caregiver in oncology and palliative care. *Seminars in oncology nursing* 1998, 14(2): 152-57.
- 39) Vachon MLS Staff stress in hospice /palliative care: a review. *Palliative Medicine* 1995; 9: 91-122.
- 40) Van Staa AL, Visser A, van der Zouwe N. Caring for caregivers: experiences and evaluation of interventions for a palliative care team. *Patient Education and Counseling* 2000; 41(1): 93-105.
- 41) Kaës R. *L'apparato pluripsichico, Costruzioni del gruppo*. Roma: Armando Editore, 1976.
- 42) Bittman B, Bruhn KT, Stevens C, et al. Recreational music-making: a cost-effective group interdisciplinary strategy for reducing burnout and improving mood states in long-term care workers. *Advances in Mind Body Medicine* 2003; 19(3/4): 4-15.
- 43) Italia S, Favara-Scacco C, Di Cataldo A, et al. Evaluation and art therapy treatment of the burnout syndrome in oncology units. *Psycho-Oncology* 2008; 17(7): 676-80.
- 44) Vacheret C. *Foto, gruppo e cura psichica*. Napoli: Liguori, 2008.
- 45) Thacker JK. Using psychodrama to reduce "burnout" or role fatigue in the helping professions. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry* 1984; 37(1): 14-26.

- 46) Caretti V, La Barbera D. Alessitimia: valutazione e trattamento. Astrolabio, 2013.
- 47) Sirigatti S, Stefanile S. Adattamento italiano Maslach Burnout Inventory. Firenze: OS, 1993.
- 48) Vacheret C, Joubert C. Thinking about Synergy between the Group and the Mediating. Group Analysis 2008; 41(3): 265-77.
- 49) Roussillon R. Paradoxes et situations limites de la psychanalyse. Parigi: Presses Universitaires de France, 1991.
- 50) Bressi C, Taylor GJ, Parker JDA, et al. Cross Validation of factor structure of the 20-item Alexithymia Scale: an Italian Multicenter Center. Journal of Psychosomatic Research 1996; 41: 551-59.
- 51) Sirigatti S, Stefanile C, Menoni E. Per un adattamento italiano del Maslach Burnout Inventory (MBI). Bollettino di Psicologia Applicata 1988; 187(188): 33-39.
- 52) Bratis D, Tselebis A, Sikaras C, et al. Alexithymia and its association with burnout, depression and family support among Greek nursing staff. Human Resources for Health 2009; 7(1): 72.
- 53) Pedersen AF, Carlsen AH, Vedsted P. Association of GPs' risk attitudes, level of empathy, and burnout status with PSA testing in primary care. British Journal of General Practice 2015; 65(641): 845-51.
- 54) Petereson L, Arnetz BB, Arnets JE, et al. Work environment, skills utilization and health of Swedish nurses. Results from a national questionnaire study. Psychotherapy and Psychosomatization 1995; 64: 20-31.
- 55) Vachon MLS, Lyall WA, Freeman SJJ. Measurement and management of stress in health professionals working with advanced cancer patients. Death Education 1978; 1: 365-75.
- 56) Brajtman S, Fothergill-Bourbonnais F, Casey A, et al. Providing direction for change: assessing Canadian nursing student's learning needs. International Journal of Palliative Nursing 2007; 13(5).
- 57) Ki M. Emotional support for dying patients-the nurses' perspective. European Journal of Oncology Nursing 2003; 7(2): 120-29.
- 58) Lange M. Assessing nurses' attitudes towards death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. Oncology Nursing Forum 2008; 35(6).
- 59) Avallone F, Paplomatas A. Salute organizzativa: Psicologia del benessere nei contesti lavorativi. Milano: Raffaello Cortina, 2003.
- 60) Brühlmann T. Was ist burnout? Praxis 2007; 96(22): 901-905.
- 61) Winnicott DW. Gioco e realtà. Roma: Armando editore, 2013.
- 62) Carter AJW, West M. Sharing the burden-teamwork in health care settings 1999; 191-202.
- 63) Le Blanc PM, Hox JJ, Schaufeli WB, et al. Take care! The evaluation of a team-based burnout intervention program for oncology care providers. Journal of Applied Psychology 2007; 92(1): 213.

Corrispondenza: *Floriana Caccamo, Via Venezia 8, 35131 Padova, Italy, Cell: 3207244375, E-mail: floriana.caccamo@unipd.it*