

Motivazione lavorativa e stress del caregiver formale in RSA

Working motivation and stress of professional caregivers in nursing homes

M.D. NUZZO¹, C. SCARAFIOTTI², S. RASPO³, A. BONATI¹, F. PREGLIASCO^{1,4}

¹ Fondazione Istituto Sacra Famiglia, Cesano Boscone (MI); ² Unità Valutativa Geriatrica ASL 3, Torino; ³ S.C. Geriatria ASO S. Croce-Carle, Cuneo; ⁴ Istituto di Virologia, Università di Milano

Objective. Well-being of professional caregivers has a profound impact on the management of elderly patients in nursing homes. Aim of this paper is to investigate how potentially stressful situations affect workers of facilities for dependent patients.

Methods. Fifty-one professional caregivers (15 SRN and 36 NA), of three small institutions of the Fondazione Istituto Sacra Famiglia in Cesano Boscone (MI) Italy, were involved in the study. Data were collected according to the privacy norms and using an anonymous questionnaire including socio-demographic information, the *Nursing Stress Scale* and the Rosenberg' Self-esteem Scale. Work loads were quantified using the Barthel Index and the NeuroPsychiatric Inventory. Student's t-test, ANOVA and Bonferroni's post hoc test were used for statistical analysis.

Results. The average level of perceived stress is not high (NSS mean score 37,5 ± 13,4), and is directly related to work loads, to death management and to lack of support; the highest stress levels are registered in the Alzheimers' Unit. Self-esteem score is rather high (RSS score 57,1 ± 8,6), but significantly lower in the group working with mentally impaired patients ($p < 0,001$). Professional caregivers with children show a lower vulnerability to stress and towards conflicts in the working environment, paralleled by a higher self-esteem compared to their colleagues without children.

Conclusions. The knowledge of stress determinants can help planning preventive interventions and strategies in order to avoid stress and promote better living conditions for both caregivers and patients in nursing homes.

Key words: Professional caregivers • Dependent elderly • Nursing stress

Introduzione

Numerosi sono gli studi che hanno dimostrato gli effetti negativi del compito assistenziale sul caregiver ed è stato messo in evidenza come a sua volta il modo di relazionarsi del caregiver con il malato possa avere un'influenza im-

portante e determinante sul decorso stesso della malattia¹.

Per tali ragioni la valutazione, la gestione e il trattamento dello stress del caregiver devono essere considerati parte integrante della gestione globale del paziente anziano affetto da demenza e/o da pluripatologie croniche².

In letteratura viene sottolineata l'importanza di identificare e di dare risposte ai bisogni dei familiari che si scontrano con lo stress associato alla disabilità dei propri cari³ e numerose sono le metodiche adottate e le scale validate per la rilevazione di tale disagio⁴⁻⁸.

Non altrettanta attenzione è posta alla valutazione dello stress del personale operante nei servizi per anziani non autosufficienti (caregivers professionali), nonostante il riconoscimento di situazioni di disagio e dei loro effetti sulla soddisfazione lavorativa, sul turnover, e quindi sulle cure prestate al paziente⁹. Il problema è ancora più attuale in seguito all'entrata in vigore in Italia del Decreto Legge 81 del 2008, in ottemperanza alle norme europee, per il quale il datore di lavoro è tenuto a valutare tutti i rischi presenti nell'ambiente di lavoro, inclusi quelli collegati allo stress lavorativo¹⁰ e ad adottare le opportune misure preventive, incorrendo altrimenti in severe sanzioni amministrative e penali.

Materiali e metodi

Per 138 anziani assistiti (88 uomini e 50 donne) presso la Fondazione Istituto Sacra Famiglia di Cesano Boscone (MI) il campione di *caregivers* da intervistare era costituito da 75 figure professionali (52 donne e 23 uomini), di cui 57 operatori addetti all'assistenza (OOAA) (17 uomini e 40 donne) e 18 infermieri (6 uomini e 12 donne).

L'indagine è stata svolta nelle RSA Sant'Anna e San Carlo e nel Nucleo Alzheimer San Vincenzo.

La raccolta dei dati è avvenuta nel periodo compreso tra Giugno e Luglio 2000.

È stato proposto un questionario suddiviso in tre parti: una parte riguardante i dati generali relativi ai caregivers professionali e due parti rappresentate da una scala di valutazione dell'autostima (*Rosemberg's Self-esteem Scale*, RSS¹¹) e da una scala di misura degli eventi stressanti in ambito sanitario (*Nursing Stress Scale*, NSS⁹).

Nella sezione riguardante i dati generali il personale è stato analizzato per sesso, fascia d'età, stato civile, presenza di figli, qualifica professionale, contratto di lavoro, reparto di lavoro, anni

di lavoro nell'ente e nell'attuale reparto, eventuali problemi personali, tempo medio impiegato per raggiungere il posto di lavoro, tipo di formazione specifica ricevuta, durata del corso e motivo della scelta professionale.

Le scale utilizzate sono state mutuare dalla letteratura internazionale e hanno validazione non italiana. L'NSS è una scala Likert a 4 punti e consiste di 34 voci complessive che identificano 34 potenziali situazioni stressanti raggruppate in 7 categorie di rischio (morte e agonia, conflitto con i medici, inadeguata preparazione, mancanza di supporto, conflitto con altro personale, carico di lavoro, incertezza sugli interventi sanitari). Per ciascuna voce sono previste diverse possibili risposte alle quali è attribuito un punteggio che va da 0 a 3⁹. Quanto maggiore è il punteggio totale, che può variare da 0 a 102, tanto maggiore sarà lo stress denunciato, mentre le medie dei punteggi parziali permettono di valutare più accuratamente lo stress collegato a ciascuna categoria di rischio. Per valutare l'impatto delle caratteristiche della personalità del campione esaminato sul livello di stress percepito, è stata utilizzata la *Rosemberg's Self-esteem Scale*, nella versione modificata a dieci voci con l'aggiunta di una frase inerente le cure geriatriche. Per ciascuna domanda sono possibili sette risposte alle quali è attribuito un punteggio che va da 1 a 7. Il punteggio totale può variare da 10 a 70, e ai valori più elevati corrisponde una maggiore autostima. Inoltre, nella versione da noi utilizzata, un punteggio elevato alla scala riflette un orientamento positivo nei confronti delle cure al paziente geriatrico¹¹.

Per individuare i carichi di lavoro nei singoli reparti è stato applicato ai degenti l'indice di Barthel¹² e per la valutazione delle problematiche inerenti l'aspetto comportamentale il *Neuropsychiatric Inventory* (NPI)¹³.

I dati, raccolti in maniera del tutto anonima, sono stati disposti all'interno di un foglio elettronico (Microsoft Excel) ed elaborati mediante SPSS 9.0 versione per Windows. È stata confermata la distribuzione gaussiana delle variabili continue mediante metodo grafico. Tali variabili sono poi state analizzate mediante test T di Student per i confronti di due valori medi e Analisi della varianza con test post hoc di Bonferroni per testare le differenze tra tre medie indipendenti. Le variabili discrete sono state analizzate mediante il test Chi Quadrato. Per i confronti è stata considerata significativa una probabilità minore o uguale al 5%, quando non altrimenti specificato.

Risultati

DATI GENERALI

Il questionario di rilevamento dei dati è stato proposto a tutto il personale operante nei tre reparti interessati dallo studio; il tasso di non rispondenza allo studio è risultato pari al 32% del campione (24 soggetti su 75).

Tra il personale assistenziale (OOAA) hanno risposto al questionario 36 persone su 57 (63%, 29 donne e 7 uomini) mentre per quanto riguarda il personale infermieristico hanno risposto 15 persone su 18 (83%, 9 donne e 6 uomini). Il campione di responders è risultato equamente distribuito tra le fasce di età giovane e media, con una bassa percentuale (11,8%) di soggetti ultracinquantenni.

La maggioranza del personale, come di norma per le RSA, è rappresentata da operatori assistenziali, molti dei quali (47%) lavorano nella struttura da più di dieci anni sebbene solo una percentuale inferiore (13,7%) si trovi da oltre dieci anni nello stesso reparto (Tab. I).

Per quanto riguarda le differenze tra i sessi, va segnalato che tra i maschi prevalgono i soggetti celibi e senza figli, mentre tra le donne sono più rappresentate le coniugate con figli. La prevalenza femminile è propria della qualifica di operatore assistenziale, mentre la differenza fra i sessi si attenua notevolmente tra gli infermieri. L'84,3% del campione risiede a meno di mezz'ora dal posto di lavoro e non riteniamo quindi che tale parametro possa costituire di per sé un fattore di stress.

I parametri di più delicata rilevazione desunti dai dati generali riguardano la presenza di problemi extralavorativi importanti e le motivazioni che hanno portato a scegliere questo tipo di lavoro. Si rileva come una percentuale uguale di soggetti abbia scelto questo lavoro per caso o invece per vocazione (32,6%), solo il 4,3% perché non aveva alternativa, e nessun intervistato per la retribuzione, verosimilmente non giudicata buona (Tab. I).

La maggior parte dei soggetti (56,9%) ha poi dichiarato di non avere problemi personali, mentre tra coloro che hanno segnalato di averne, il 13,7% non ne ha specificato la natura.

VALUTAZIONE DELLO STRESS

Il campione di operatori sanitario-assistenziali intervistati ha presentato un punteggio medio alla *Nursing Stress Scale* di 37,5 (ds 13,4) che si colloca a un terzo circa del range previsto dalla scala, indicando un livello non elevato di stress generale percepito dagli operatori che hanno risposto al questionario. Ciò è confermato dall'analisi dei punteggi parziali per ogni aspetto della scala esaminato.

Poiché le sette sottoscale della *Nursing Stress Scale* non presentano lo stesso numero di domande, non è stato possibile confrontare tra loro le medie dei punteggi, bensì i punteggi medi per ogni sottoscala, come peraltro effettuato anche dagli Autori nel lavoro di validazione della scala stessa⁹.

Per i confronti tra due gruppi è stato applicato il test t di Student per dati non appaiati; per i confronti tra più di due gruppi, quando il test di significativa globale ha evidenziato differenze statisticamente significative, si è proceduto ai confronti tra coppie di gruppi applicando il post-hoc test di Bonferroni.

Il punteggio medio totale per le singole scale è risultato di $1,1 \pm 0,4$ e, come rilevato per il punteggio totale della NSS, è situato a circa un terzo del range previsto (da 0 a 3 punti per ogni sottoscala). Punteggi medi lievemente più alti sono stati riscontrati nel campione in toto per gli aspetti riguardanti i carichi di lavoro ($1,45 \pm 0,6$), la morte e l'agonia ($1,26 \pm 0,4$) e la mancanza di supporto ($1,24 \pm 0,8$), mentre appaiono irrilevanti ai fini dello stress le situazioni conflittuali in ambito lavorativo (con i medici: $0,79 \pm 0,5$; con i colleghi $0,78 \pm 0,6$) (Tab. II).

I punteggi ottenuti alle sottoscale dell'NSS variano in relazione ad alcune caratteristiche del campione (Tab. II). In particolare, le lavoratrici riportano

Tab. I. Caratteristiche del campione di caregivers professionali che hanno risposto al questionario (n. 51 soggetti).

Sesso	M = 13 (25,5%)	F = 38 (74,5%)	
Classi di età (anni)	20-34 = 23 (45,1%)	35-50 = 22 (43,1%)	> 50 = 6 (11,8%)
Stato civile	Celibe/nubile 14 (27,5%)	Coniugato 27 (52,9%)	Separato/vedovo 10 (19,6%)
Figli	No = 19 (37,3%)	Si = 32 (62,7%)	
Professione	Infermiere = 15 (29,4%)	OOAA = 36 (70,6%)	
Da quanti anni nella struttura	< 2 = 12 (23,5%)	2-10 = 15 (29,4%)	>10 = 24 (47,1%)
Da quanti anni nel reparto	< 2 = 19 (37,3%)	2-10 = 25 (49%)	> 10 = 7 (13,7%)
Scelta lavorativa (46 risposte)	Impiego sicuro = 7 (15,2%)	Prestigio sociale = 7 (15,2%)	Assenza di alternative = 2 (4,3%)
	Per la retribuzione = 0	Per vocazione = 15 (32,6%)	Per caso = 15 (32,6%)

Tab. II. Punteggio medio totale e alle sottoscale della *Nursing Stress Scale* (NSS), suddiviso per sesso e professione (51 caregivers professionali).

Punteggio NSS (m ± ds)	Totale (n = 51)	M (n = 13)	F (n = 38)	p	Infermieri (n = 15)	OOSS (n = 36)	p
Totale	1,1 ± 0,4	1,09 ± 0,4	1,1 ± 0,4	n.s.	1,22 ± 0,3	1,05 ± 0,3	n.s. (0,09)
Morte e agonia	1,26 ± 0,4	1,24 ± 0,4	1,27 ± 0,5	n.s.	1,42 ± 0,4	1,19 ± 0,4	n.s. (0,08)
Conflitto con i medici	0,79 ± 0,5	0,78 ± 0,6	0,79 ± 0,5	n.s.	0,98 ± 0,4	0,71 ± 0,6	n.s. (0,06)
Inadeguata preparazione	1,04 ± 0,6	0,79 ± 0,7	1,13 ± 0,6	n.s.	1,26 ± 0,6	0,95 ± 0,6	n.s. (0,1)
Mancanza di supporto	1,24 ± 0,8	1,2 ± 1	1,25 ± 0,8	n.s.	1,33 ± 0,8	1,2 ± 0,9	n.s.
Conflitto con colleghi	0,78 ± 0,6	0,8 ± 0,5	0,76 ± 0,6	n.s.	0,9 ± 0,4	0,72 ± 0,6	n.s.
Carico di lavoro	1,45 ± 0,6	1,47 ± 0,7	1,44 ± 0,6	n.s.	1,51 ± 0,6	1,42 ± 0,6	n.s.
Incertezza sugli interventi	1,05 ± 0,6	1,09 ± 0,7	1,04 ± 0,6	n.s.	1,08 ± 0,6	1,04 ± 0,6	n.s.

un livello di stress moderatamente più elevato dei colleghi di sesso maschile per gli items “morte e agonia” e “inadeguata preparazione”, mentre per gli uomini i carichi di lavoro risultano causa di stress maggiore rispetto a quanto segnalato dalle colleghe. Questi dati tuttavia non raggiungono la significatività statistica.

Il ruolo lavorativo ha un impatto importante sui livelli di stress percepito: gli infermieri realizzano punteggi medi più elevati degli OOA in tutte le sottoscale, con maggiore evidenza per i settori relativi a morte e agonia (1,42 ± 0,4 vs. 1,19 ± 0,4), conflitto con i medici (0,98 ± 0,4 vs. 0,71 ± 0,6) e inadeguata preparazione (1,26 ± 0,6 vs. 0,95 ± 0,6).

In relazione alle classi di età, si distinguono rispetto agli altri soggetti le persone ultracinquantenni, che ottengono un punteggio mediamente più basso alle sottoscale relative a conflitto con i medici e inadeguata preparazione, e più elevato invece rispetto ai conflitti con i colleghi indicando una distribuzione un po' diversa delle cause di stress in questo sottogruppo di soggetti. Le differenze non raggiungono significatività statistiche anche per la relativa esiguità del numero di ultracinquantenni.

Causa la ridotta numerosità campionaria di certi sottogruppi, sono state accorpate alcune catego-

rie. In particolare sono stati confrontati i punteggi medi alle sottoscale del NSS in relazione alla presenza/assenza di figli (Tab. III) e in relazione alla variabile “motivo della scelta professionale” suddivisa in 3 categorie (impiego sicuro/senza alternative; prestigio sociale/vocazione; scelta casuale del lavoro) (Tab. IV). In merito a questa classificazione, sono stati eliminati dall'analisi i casi classificati come “altro”, in realtà casi mancanti.

In Tabella III si evidenzia come i caregivers con figli siano più sensibili allo stress legato all'evento morte, mentre un livello di stress più elevato è riportato dal personale senza figli nei rimanenti settori, a livello statisticamente significativo per quanto riguarda il conflitto con i medici (1,09 ± 0,6 vs. 0,61 ± 0,4; $p < 0,001$). Anche nell'analisi che considera le motivazioni alla scelta del lavoro le situazioni di conflitto sono più spiccate tra coloro che non hanno avuto alternative rispetto a chi ha scelto di operare nell'ambiente dell'RSA (Tab. IV).

Come già accennato, i tre reparti di RSA hanno caratteristiche diverse.

Nel reparto S. Vincenzo (Nucleo Alzheimer) erano, al momento della distribuzione dei questionari, ricoverati 22 pazienti con importanti turbe comportamentali ed elevato livello di dipendenza;

nel reparto S. Carlo erano ospitati ben 74 pazienti, ma con limitate turbe comportamentali e moderate necessità assistenziali, mentre nel reparto S. Anna erano presenti 42 pazienti con turbe comportamentali non molto accentuate, ma pesanti necessità assistenziali.

In relazione alle diverse caratteristiche dei pazienti sono stati ottenuti punteggi diversi alla *Nursing Stress Scale* nei tre reparti.

Tab. III. Relazione tra punteggio totale e alle sottoscale della *Nursing Stress Scale* (NSS) e la presenza di figli.

NSS (punteggio)	Senza figli (n = 19) (m ± ds)	Con figli (n = 32) (m ± ds)	p
Morte e agonia	1,23 ± 0,39	1,28 ± 0,47	n.s.
Conflitto con i medici	1,09 ± 0,60	0,61 ± 0,41	< 0,001
Inadeguata preparazione	1,16 ± 0,63	0,98 ± 0,62	n.s.
Mancanza di supporto	1,40 ± 0,91	1,15 ± 0,81	n.s.
Conflitto con colleghi	0,88 ± 0,61	0,71 ± 0,53	n.s.
Carico di lavoro	1,52 ± 0,62	1,41 ± 0,58	n.s.
Incertezza sugli interventi	1,21 ± 0,65	0,96 ± 0,59	n.s.
Totale NSS	1,22 ± 0,43	1,04 ± 0,36	n.s.

Tab. IV. Relazione tra punteggio totale e alle sottoscale della *Nursing Stress Scale* (NSS) ed i motivi della scelta professionale.

NSS (punteggio)	Impiego sicuro o assenza di alternative (n = 9) (m ± ds)	Prestigio sociale o vocazione (n = 22) (m ± ds)	Per caso (n = 15) (m ± ds)	p
Morte e agonia	1,17 ± 0,48	1,14 ± 0,50	1,39 ± 0,31	n.s.
Conflitto con i medici	1,13 ± 0,81*	0,65 ± 0,45*	0,69 ± 0,35	n.s. (0,06)
Inadeguata preparazione	1,30 ± 0,82	1,03 ± 0,54	0,82 ± 0,63	n.s.
Mancanza di supporto	1,37 ± 1,11	1,42 ± 0,78*	0,80 ± 0,74*	n.s.
Conflitto con colleghi	1,09 ± 0,53*	0,61 ± 0,48*	0,68 ± 0,55	n.s. (0,07)
Carico di lavoro	1,24 ± 0,49	1,46 ± 0,70	1,34 ± 0,42	n.s.
Incertezza sugli interventi	0,96 ± 0,78	0,95 ± 0,59	1,16 ± 0,50	n.s.
Totale NSS	1,16 ± 0,47	1,03 ± 0,42	1,03 ± 0,25	n.s.

Testi di Bonferroni: conflitto con i medici *p = 0,07; mancanza di supporto *p = 0,09; conflitto con altri colleghi *p = 0,07

Presso il S. Carlo e il S. Anna lo stress generale risulta sovrapponibile, con un punteggio medio rispettivamente di $34,7 \pm 11,7$ e di $35,1 \pm 8,6$, mentre il nucleo Alzheimer (Rep. S. Vincenzo) registra un punteggio medio alla *Nursing Stress Scale* di $44,3 \pm 18,4$ ($p < 0,001$).

L'analisi degli aspetti particolari esaminati con le sottoscale evidenzia alcune differenze significative per quanto riguarda il conflitto con i medici, più acuto nel reparto S. Vincenzo, che ospita pazienti dementi ($1,06 \pm 0,7$) e meno acuto nel reparto S. Carlo ($0,58 \pm 0,5$), la mancanza di supporto, più sentita nel reparto S. Carlo ($1,59 \pm 0,8$) e meno nel reparto S. Anna ($0,82 \pm 0,7$) e l'incertezza sugli interventi sanitari, più pronunciata nel reparto S. Vincenzo ($1,44 \pm 0,7$) e meno nel reparto S. Carlo ($0,81 \pm 0,7$).

Differenze non significative si rilevano anche tra i punteggi medi alle rimanenti sottoscale: in particolare il carico di lavoro è percepito più intensamente nel reparto S. Vincenzo e meno nel reparto S. Carlo (Tab. V).

VALUTAZIONE DELL'AUTOSTIMA DEGLI OPERATORI

Il punteggio medio totale ottenuto alla scala Rosenberg per l'autostima è stato di $57,05 \pm 8,6$,

che indica un livello generale di autostima piuttosto elevato (Tab. VI).

Non vi sono differenze significative tra i due sessi, sebbene il punteggio sia lievemente maggiore nel sesso femminile, e in rapporto all'età si rileva un livello di autostima più elevato negli ultracinquantenni.

Lo stato civile non influisce sull'autovalutazione degli intervistati, mentre gli operatori con figli hanno un livello di autostima significativamente più elevato rispetto ai colleghi senza figli.

L'autovalutazione da parte degli operatori assistenziali è migliore di quella degli infermieri, ai limiti della significatività statistica.

Infine, il reparto di lavoro influenza pesantemente il livello di autostima, che è significativamente più basso nel nucleo Alzheimer rispetto agli altri due reparti.

Anche i motivi della scelta professionale si riflettono sul livello di autostima, con punteggi assai elevati registrati nel gruppo di soggetti che hanno scelto il lavoro per vocazione, e punteggi bassi tra coloro che avevano ricercato nel lavoro il prestigio sociale o avevano fatto casualmente tale scelta.

Tab. V. Punteggio medio totale e alle sottoscale della *Nursing Stress Scale* (NSS) nei tre nuclei RSA (n = 51 caregivers professionali).

Punteggio NSS (m ± ds)	S. Vincenzo (n = 14)	S. Carlo (n = 18)	S. Anna (n = 19)	p
Totale	$44,3 \pm 18,4^*$	$34,7 \pm 11,7^*$	$35,1 \pm 8,6$	* < 0,001
Morte e agonia	$1,33 \pm 0,4$	$1,18 \pm 0,5$	$1,29 \pm 0,4$	n.s.
Conflitto con medici	$1,06 \pm 0,7^*$	$0,58 \pm 0,4^*$	$0,8 \pm 0,4$	* < 0,05
Inadeguata preparazione	$1,24 \pm 0,6$	$1,02 \pm 0,6$	$0,93 \pm 0,6$	n.s.
Mancanza di supporto	$1,36 \pm 1$	$1,59 \pm 0,8^*$	$0,82 \pm 0,7^*$	* < 0,05
Conflitto con colleghi	$0,96 \pm 0,8$	$0,77 \pm 0,4$	$0,65 \pm 0,4$	n.s.
Carico di lavoro	$1,66 \pm 0,6$	$1,3 \pm 0,4$	$1,42 \pm 0,7$	n.s.
Incertezza sugli interventi	$1,44 \pm 0,7^*$	$0,81 \pm 0,7^*$	$1 \pm 0,4$	* < 0,05

* La significatività statistica si riferisce al confronto tra i dati indicati con l'asterisco.

Tab. VI. Punteggio alla *Rosemberg Self-esteem Scale* (RSS) totale e suddiviso secondo le caratteristiche dei caregivers professionali (n = 51 soggetti).

	Punteggio RSS (m ± ds)			p
Totale (n = 51)	57,05 ± 8,6			
Sesso	M (n=13) 56 ± 10,4	F (n=38) 57,42 ± 7,9		n.s.
Classi di età (anni)	20-34 (n=23) 56,78 ± 8 [#]	35-50 (n=22) 56,09 ± 9,5 [#]	>50 (n 6) 61,66 ± 6,2 [#]	n.s.
Figli	No (n=19) 52,84 ± 8,2	Si (n=32) 59,46 ± 8		<0,05
Professione	Infermiere (n 15) 53,8 ± 6,7	OOAA (n=36) 58,41 ± 9		n.s. (0,07)
Reparto di lavoro	S. Vincenzo (n=14) 50,57 ± 8,4 [§]	S. Carlo (n=18) 60,83 ± 8,2 ^{§ *}	S. Anna (n=19) 58,26 ± 6,4 [*]	<0,001
Scelta lavorativa (46 risposte)	Impiego sicuro o assenza di alternative (n=9) 57,7 ± 10,5 [#]	Prestigio sociale o vocazione (n=22) 59,6 ± 7,1 [#]	Per caso (n=15) 55,5 ± 8,5 [#]	n.s.

Test di Bonferroni: *p < 0,05; § p < 0,001; # n.s.

Discussione

La sindrome del burn-out è tipica delle helping profession (le professioni d'aiuto) alle quali è richiesta la capacità di sapere mantenere professionalità e competenza davanti alle situazioni di crisi. Le tre dimensioni individuate da C. Maslach¹⁴ sono l'esaurimento emozionale, la depersonalizzazione e la ridotta realizzazione personale. La sindrome è altresì caratterizzata da un progressivo spegnimento di entusiasmo per l'attività lavorativa svolta, che con il tempo conduce a un distacco emotivo dai compiti svolti e ad una sensazione di fallimento personale. Si giustificerebbe inoltre l'alto livello di assenteismo lavorativo tra i professionisti, tanto per problemi di salute fisica quanto psicologica, essendo frequente la comparsa di situazioni depressive fino all'autoprescrizione incongrua di psicofarmaci e all'aumento del consumo di tossici, alcool e altre droghe.

Tra le conseguenze della sindrome si descrivono alterazioni emozionali e comportamentali, psicosomatiche e sociali, perdita dell'efficacia lavorativa e alterazioni lievi della vita familiare. Tali emozioni si estendono anche al rapporto con i colleghi di lavoro o con i superiori. In un ambiente di lavoro carico di tensione anche piccole questioni possono diventare motivo di inquietudine ed innescare situazioni di conflitto che nel tempo tendono a strutturarsi in barriere interpersonali che alimentano altri conflitti e che diventano importanti fattori di demotivazione professionale.

Anche secondo altri Autori l'impatto dei conflitti in ambito lavorativo determina spesso difficoltà di adattamento e un elevato turnover, mentre il supporto da parte dei colleghi e dei superiori è fattore di soddisfazione lavorativa^{15 16}.

Ne deriva che le abilità personali contano tanto quanto quelle tecnico-professionali poiché il rapporto con se stessi e con gli altri rappresenta

un parametro importante su cui ruota l'identità professionale.

Il confronto dei nostri dati sullo stress lavorativo con i punteggi ottenuti negli USA su un campione di 122 infermieri al momento della validazione della scala⁹ indica mediamente un livello superiore di stress percepito dal campione statunitense, distribuito prevalentemente nei settori dei carichi di lavoro, della morte e dell'agonia, dell'inadeguata preparazione.

Tali aspetti costituiscono una significativa fonte di stress anche in altre indagini^{12 17}. Il risultato relativo al nostro campione è incoraggiante, in quanto suggerisce che siano già presenti nelle RSA analizzate alcuni fattori positivi ai fini dell'attenuazione dello stress.

Le motivazioni della scelta professionale, secondo i dati ottenuti sul nostro campione, incidono significativamente soprattutto sulle situazioni di conflitto lavorativo al quale sono più soggetti coloro che hanno accettato il lavoro in quanto impiego sicuro, mentre riferiscono minimi conflitti coloro che hanno scelto il lavoro per vocazione. In misura non significativa risultano più soggetti allo stress gli operatori sanitari che hanno accettato il lavoro per caso o perché senza alternative.

Le figure professionali più soggette a stress nelle nostre strutture per anziani cronici sembrano essere gli infermieri, esposti a contatti continui con i problemi sanitari dei pazienti e che si sentono spesso inadeguatamente sostenuti e indirizzati nelle attività di *caregiving*. Questo dato, evidente nella nostra casistica (Tab. II) è confermato da un altro recente lavoro italiano effettuato tramite questionario anonimo¹⁸. In studi esteri^{16 19}, invece, lo stress legato al vissuto di morte e di inadeguatezza appare più spiccato tra gli operatori dell'assistenza, che risultano altresì coinvolti da un più elevato turnover rispetto al personale da noi intervistato.

Conclusioni

Sebbene il campione che ha risposto al questionario non sia pienamente rappresentativo del personale in servizio nelle tre RSA prese in esame, il livello medio di stress non risulta particolarmente elevato, e si accompagna ad un buon livello medio di autostima.

È interessante sottolineare come i *caregivers* con figli presentino minore suscettibilità allo stress e ai conflitti in ambito lavorativo. La presenza di supporti affettivi in ambito extralavorativo costituisce un elemento di protezione dallo stress evidenziato anche da altri Autori²⁰, e incrementa l'autostima, che come evidenziato da Carson et al.²¹, è legata più allo stile di vita che allo stress lavorativo.

Gli aspetti del lavoro che fanno rilevare maggiore stress sono legati ai carichi di lavoro, direttamente correlati al numero e alle caratteristiche dei pazienti assistiti. È quindi importante proporzionare il numero e l'organizzazione del personale ai carichi di lavoro e in alcuni casi promuovere la rotazione sui reparti più faticosi. Molte sono le proposte operative che possono essere avanzate per contrastare l'insorgenza dello stress: tra queste la formazione di gruppi di condivisione e sostegno degli operatori, di cui vi è menzione in letteratura²²⁻²⁵. Con la consapevolezza che le abilità personali contano tanto quanto quelle tecnico-professionali e che dal proprio operato dipende il benessere degli altri, è importante attuare strategie di prevenzione e supporto anche in ottemperanza alle recenti norme europee.

Per limitare o contenere il disagio professionale è opportuno attuare strategie di pianificazione e organizzazione dell'attività lavorativa, con particolare attenzione alla gestione delle risorse umane, ad esempio con incontri di formazione e sensibilizzazione alle relazioni interpersonali e alla gestione dei conflitti. Una recente review sugli

interventi di prevenzione del *burnout*²⁶ evidenzia gli effetti positivi di programmi di supporto e di riorganizzazione del lavoro, in particolare se sottoposti a periodici aggiornamenti.

Al fine di favorire un clima lavorativo di reciproco rispetto può essere efficace l'attuazione di una linea guida molto articolata dove sono previste indicazioni a seconda del problema. Una chiara definizione di quelle che sono le responsabilità per figura professionale (definizione dei compiti per ruolo) insieme alla chiarezza di quelle che sono le responsabilità comuni permette di favorire la prevenzione dello sviluppo di condizioni di disagio. Questo è possibile solo attraverso una condivisione delle responsabilità quotidiane. Solo l'individuazione delle aree critiche con attuazione degli interventi che ne conseguono, sono in grado di migliorare la motivazione degli operatori ed incrementarne il senso di appartenenza all'ente.

La gestione delle risorse umane non può prescindere dall'attenta considerazione dei fattori di personalità di ciascun individuo e delle sue capacità di adattamento come variabile su cui agire a livello di formazione pre-lavorativa²⁷: secondo i dati da noi raccolti, fondamentale ai fini della soddisfazione lavorativa è la motivazione che gli operatori hanno indicato per la scelta del lavoro. Coloro che hanno fatto una scelta per vocazione, ossia consapevoli dell'impegno anche emotivo che tale lavoro avrebbe comportato, risultano più gratificati e meno soggetti a *burnout*.

In un'epoca in cui la ricerca e il mantenimento del posto di lavoro assumono particolari connotazioni di precarietà in particolare per le persone prive di elevati livelli di specializzazione, non va dunque sottostimata la motivazione alla scelta professionale da parte di chi seleziona il personale per il lavoro con anziani affetti da patologie croniche, ai fini di favorire sia per il lavoratore che per le persone assistite un rapporto soddisfacente e duraturo.

Obiettivo. Il benessere del *caregiver* professionale ha ricadute importanti sulla gestione dell'anziano ricoverato in struttura. Questo lavoro si prefigge di ricercare le situazioni lavorative potenzialmente stressanti nei servizi residenziali per pazienti non autosufficienti.

Metodi. Lo studio ha coinvolto 51 *caregivers* (15 infermieri e 36 addetti all'assistenza) che lavorano in tre RSA di Cesano Boscone (MI). I dati sono stati raccolti in maniera anonima utilizzando un questionario comprendente alcuni dati di carattere generale, la *Nursing Stress Scale* e la *Rosemberg' Self-esteem Scale*. I carichi di lavoro sono

stati quantificati utilizzando l'indice di Barthel e il *NeuroPsychiatric Inventory*. Per il confronto dei dati sono stati utilizzati il t-test di Student e l'ANOVA con la correzione di Bonferroni.

Risultati. Il livello di stress percepito non è alto (punteggio medio alla NSS $37,5 \pm 13,4$) ed è direttamente correlato ai carichi di lavoro, alla gestione dell'evento morte e alla mancanza di supporto; livelli di stress più elevati sono presenti nella RSA Nucleo Alzheimer. L'autostima complessiva del personale è abbastanza elevata (il punteggio medio alla RSS è di $57,1 \pm 8,6$), ma significativamente più bassa nel gruppo che lavora con i pa-

zienti dementi ($p < 0,001$). I caregivers con figli presentano minore suscettibilità allo stress e ai conflitti in ambito lavorativo, evidenziando anche un livello di autostima più elevato rispetto ai colleghi senza figli.

Conclusioni. La conoscenza dei fattori di stress

nei caregivers professionali che assistono anziani non autosufficienti permette di elaborare interventi e strategie di prevenzione, con positive ricadute sia sul personale, sia sugli anziani assistiti.

Parole chiave: Caregivers professionali • Anziani non autosufficienti • Stress infermieristico

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Lucantoni C, Caimmi L, Spazzafumo L, et al. *Soddisfazione professionale e stress psicologico degli operatori in geriatria*. Giorn Geront 1997;45:865-70.
- ² Mecocci C, Pippi M, Senin U. *Il caregiver*. Giorn Geront 1999;47:449-55.
- ³ Waters CM. *Professional Nursing support for culturally diverse family members of critically ill adults*. Res Nurs Health 1999;22:107-17.
- ⁴ Given CW, Given B, Stommel M, et al. *The Caregiver Reaction Assessment (CRA) for Caregivers to persons with chronic physical and mental impairments*. Res Nurs Health 1992;15:271-83.
- ⁵ Vernooij-Dassen M, Felling A, Persoon J. *Predictors of change and continuity in home care for dementia patients*. Int J Ger Psychiatry 1997;12:671-7.
- ⁶ Bugge C, Alexander H, Hagen S. *Stroke patients' informal caregivers. Patient, caregiver and service factors that affect caregiver strain*. Stroke 1999;30:1517-23.
- ⁷ Chen MY. *The effectiveness of health promotion counseling to family caregivers*. Public Health Nurs 1999;16:125-32.
- ⁸ Clarke CL. *Family care-giving for people with dementia: some implications for policy and professional practice*. J Adv Nurs 1999;29:712-20.
- ⁹ Gray-Toft P, Anderson JG. *The nursing stress scale: development of an instrument*. J Behav Assess 1981;3:11-23.
- ¹⁰ *Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro*. Dlgs 81/08 G U 2008;101(Suppl 108): art 28.
- ¹¹ Merrill JM, Lorimor RJ, Thornby JI, et al. *Self-esteem and caregivers' attitudes toward elderly persons*. Psychol Rep 1996;79:1349-50.
- ¹² Shah S, Vanclay F, Cooper C. *Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation*. J. Clin Epidemiol 1989;42:703.
- ¹³ Cummings JL, Mega M, Gray K, et al. *The neuropsychiatric inventory comprehensive assessment of psychopathology in dementia*. Neurology 1994;44:2308-14.
- ¹⁴ Maslach C. *Burnout: a multidimensional perspective*. In: Schaufeli W, Maslach C, Marek T, eds. *Professional Burnout: Recent developments in theory and research*. Washington DC: Taylor & Francis 1993, pp. 19-32.
- ¹⁵ Ron P. *Relations between work stressors and well-being among nursing assistants in nursing homes*. Aging Clin Exp Res 2008;20:359-67.
- ¹⁶ Parsons SK, Simmons WP, Penn K, et al. *Determinants of satisfaction and turnover among nursing assistants. The results of a statewide survey*. J Gerontol Nurs 2003;29:51-8.
- ¹⁷ Bowers BJ, Esmond S, Jacobson N. *Turnover reinterpreted: CNAs talk about why they leave*. J Gerontol Nurs 2003; 29:36-43.
- ¹⁸ Violante S, Benso PG, Gerbaudo L, et al. *Correlation between job satisfaction and stress factors, burn-out and psychosocial well-being among nurses working in different healthcare settings*. G Ital Med Lav Ergon 2009;31:A36-44
- ¹⁹ Burack OR, Chichin ER. *A support group for nursing assistants: caring for nursing home residents at the end of life*. Geriatr Nurs 2001;22:299-305.
- ²⁰ McIntosh N. *Identification and investigation of properties of social support*. J Org Behav 1991;12:201-17
- ²¹ Carson J, Fagin L, Bromn D, et al. *Self-esteem in mental health nurses: its relationship to stress, coping and burn-out*. J Res Nurs 1997;2:361-9.
- ²² Yeatts DE, Seward RR. *Reducing turnover and improving health care in nursing homes: the potential effects of self-managed work teams*. Gerontologist 2000;40:358-63.
- ²³ Finnema E, Dröes RM, Ettema T, et al. *The effect of integrated emotion-oriented care versus usual care on elderly persons with dementia in the nursing home and on nursing assistants: a randomized clinical trial*. Int J Geriatr Psychiatry 2005;20:330-43.
- ²⁴ Peterson U, Bergström G, Samuelsson M, et al. *Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial*. J Adv Nurs 2008;63:506-16.
- ²⁵ Isaksson Rø KE, Gude T, Tyssen R, et al. *A self-referral preventive intervention for burnout among Norwegian nurses: one-year follow-up study*. Patient Educ Couns 2010;78:191-7.
- ²⁶ Awa WL, Plaumann M, Walter V. *Burnout prevention: a review of intervention programs*. Patient Educ Couns 2010;78:184-90.
- ²⁷ Pellegrino F, Abate S, Della Porta D. *Burn-out, mobbing e malattie da stress*. Verona: Positive Press 2005.