SUPSI

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana
Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale (Area Sanità)
Corso di laurea in Cure Infermieristiche

Indagine sui fattori di rischio di *burnout* per gli infermieri di Pronto Soccorso. Revisione della letteratura

Lavoro di Tesi
(*Bachelor Thesis*)
di
Melanie Pozzi

Direttrice di tesi: Cinzia Campello

Manno, 31 luglio 2017

SUPSI

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana
Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale (Area Sanità)
Corso di laurea in Cure Infermieristiche

Indagine sui fattori di rischio di *burnout* per gli infermieri di Pronto Soccorso. Revisione della letteratura

Lavoro di Tesi
(*Bachelor Thesis*)
di
Melanie Pozzi

Direttrice di tesi: Cinzia Campello

Manno, 31 luglio 2017

“L’autrice è l’unica responsabile dei contenuti del lavoro di Tesi”

ABSTRACT

Background
I cambiamenti nel mondo del lavoro infermieristico espongono sempre di più i curanti ai fattori di rischio per lo sviluppo della sindrome del *burnout*. Infatti, questo fenomeno molto attuale si verifica con sempre maggiore frequenza ed è destinato ad aumentare se non vengono messi in atto provvedimenti mirati e repentini per prevenirlo e arginarne i danni. In realtà, tutte le professioni d'aiuto sono particolarmente esposte al rischio di *burnout*, ma ancora di più lo è quella di infermiere di Pronto Soccorso, a causa delle caratteristiche lavorative di questo particolare reparto.

Scopo e obiettivi
L'obiettivo di questo lavoro è rispondere alla domanda di ricerca, ovvero: "Quali sono i fattori di rischio di *burnout* per gli infermieri di Pronto Soccorso?". Verranno quindi evidenziate le caratteristiche di questo reparto che possono predisporre maggiormente allo stress lavoro-correlato e al *burnout*. Inoltre, saranno identificate le strategie di prevenzione e di gestione di questa sindrome e come e da chi possano essere attuate.

Metodologia
La metodologia utilizzata è la revisione della letteratura. Gli articoli sono stati reperiti nelle banche dati *PubMed, Cochrane*, *EBSCO*, *Wiley / Blackwell, Science Direct (Elsevier)* e *Nebis*. Alla fine del processo di selezione tramite i criteri di inclusione sono stati ritenuti eleggibili 16 testi, di cui due studi di coorte e 14 studi quantitativi.

Risultati
Gli *stressor* evidenziati dagli studi di coorte sono potenziali fattori di rischio di *burnout* per gli infermieri di Pronto Soccorso e possono essere suddivisi in acuti e cronici. Tra i primi sono particolarmente rilevanti gli eventi traumatici, ai quali gli infermieri delle emergenze sono quotidianamente esposti. Tra gli *stressor* cronici, invece, rientrano le caratteristiche del lavoro e dell'organizzazione. Entrambe le tipologie di elementi stressogeni possono avere conseguenze negative sulla salute psicofisica del curante che presta le cure, ma anche sul paziente che le riceve e, infine, sull'intera struttura sanitaria.

Conclusioni
Il *burnout* è una problematica molto diffusa tra gli infermieri di Pronto Soccorso e ha conseguenze negative sul personale che offre le cure, sui pazienti che le ricevono e sull'intera struttura sanitaria. I fattori di rischio possono essere classificati in elementi stressogeni acuti e cronici. La consapevolezza del fenomeno del burnout e la conoscenza delle diverse strategie di prevenzione e di gestione sono fondamentali per arginare gli effetti negativi della sindrome. È importante, quindi, che questi elementi siano assimilati sia da chi si occupa del management delle strutture sanitarie sia da chi vi lavora, affinché la prevenzione avvenga a tutti i livelli e da parte di tutto il personale.

Parole chiave
Burnout, work stress, stress, emergency nurses, emergency room, emergency department, emergency department staff, emergency nursing.

INDICE

1. INTRODUZIONE.....1

2. MOTIVAZIONE.....1

3. BACKGROUND.....2
3.1 Lo stress.....2
3.1.1 Lo stress lavoro-correlato.....4
3.2 Il *burnout*.....6
3.2.1 Le cause del *burnout*.....8
3.2.2 I correlati del *burnout*.....13
3.2.3 La sindrome di *burnout* nelle cure infermieristiche.....14
3.3 Descrizione del Pronto Soccorso.....16

4. DOMANDA DI RICERCA.....17

5. OBIETTIVI DEL LAVORO DI TESI.....17

6. METODOLOGIA DI LAVORO.....18
6.1 La revisione della letteratura.....18
6.2 Strategia di ricerca.....19
6.3 Criteri di inclusione e popolazione.....20
6.4 Variabili.....22

7. RISULTATI.....23
7.1 Descrizione degli articoli.....23
7.2 Dati rilevati.....24
7.3 Le cause di *burnout* in Pronto Soccorso.....25
7.3.1 *Stressor* acuti.....25
7.3.2 *Stressor* cronici.....26

8. DISCUSSIONE.....28
8.1 Discussione dei risultati.....28
8.2 Limiti degli studi.....37

9. RACCOMANDAZIONI.....37
9.1 Strategie individuali.....38
9.2 Strategie organizzative.....38
9.3 Strategie socio-istituzionali.....41

10. CONCLUSIONI.....42

11. RINGRAZIAMENTI.....44

12. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....45

13. ALLEGATI.....50
13.1 Il *Maslach Burnout Inventory* (MBI).....50
13.2 Tabelle riassuntive della revisione della letteratura.....52

1. INTRODUZIONE

L'obiettivo di questo Lavoro di Tesi è identificare e analizzare i fattori di rischio di *burnout* per gli infermieri di Pronto Soccorso. Il tema, infatti, è sempre più attuale e i professionisti della salute sono molto coinvolti da questo argomento, poiché particolarmente esposti al rischio di sviluppare tale disturbo.
Mi sono concentrata nel ricercare se alcune caratteristiche del Pronto Soccorso possano essere fattori di rischio per gli infermieri che vi lavorano e causare l'esordio del *burnout*.
Per rispondere alla domanda di ricerca ho svolto una revisione della letteratura, che ha evidenziato tali fattori.
Inizialmente, nel *background*, spiegherò cosa siano lo stress, lo stress lavoro-correlato e il *burnout*, come quest'ultimo si sviluppi e la sua presenza nel mondo infermieristico. Poi esporrò le caratteristiche principali del Pronto Soccorso e del lavoro in questo reparto.
In seguito saranno esplicitati la mia domanda di ricerca e gli obiettivi del Lavoro di Tesi, per proseguire con la descrizione della metodologia adottata e con l'esposizione dei risultati, che verranno successivamente discussi in un apposito capitolo.
Infine, prima di trarre le conclusioni di quanto emerso e quelle personali, presenterò le strategie di aiuto e prevenzione proposte in letteratura per far fronte alla sindrome di *burnout* tra gli infermieri di Pronto Soccorso.

2. MOTIVAZIONE

Ho scelto di indagare i fattori di rischio di *burnout* per gli infermieri di Pronto Soccorso perché, durante lo stage svolto in questo reparto, sono stata molto colpita dal vissuto del personale che vi lavorava e l'argomento mi ha coinvolta, in quanto ho potuto vivere in prima persona le testimonianze di medici e infermieri.
Durante le settimane di pratica, infatti, il personale si lamentava spesso dei turni e dei ritmi di lavoro, che a volte potevano apparire interminabili, serrati e frenetici.
Inoltre, talvolta arrivavano pazienti in pericolo di vita, scompensati (fisicamente, ma anche psicologicamente), vittime di violenze da parte di sconosciuti o familiari, coinvolti in incidenti di gravità diverse, feriti.
Capitava, quindi, che ci fossero momenti critici, dove gli infermieri dovevano necessariamente agire in fretta, collaborando con altri professionisti, che talvolta venivano chiamati d'urgenza in quanto non erano presenti in quel momento.
Inoltre, non c'era mai il tempo per fermarsi un attimo e riprendersi da eventi di questo genere, stressanti fisicamente, ma anche emotivamente. Infatti, i box erano solitamente sempre pieni e, dopo essersi presi cura del paziente più grave o più precario, era necessario passare al prossimo, magari non in imminente pericolo di vita, ma comunque sofferente e bisognoso.
Un altro elemento impegnativo era la gestione dei familiari dei pazienti. Spesso, infatti, arrivavano in tanti ed era difficile far capire che solo un parente poteva stare accanto al paziente nel box, soprattutto se si trattava di persone straniere. Erano poi comprensibilmente molto preoccupati per la salute del loro caro e andavano quindi a cercare il personale, talvolta interrompendolo in quello che stava facendo. Inoltre, gli infermieri erano spesso criticati per i lunghi tempi di attesa sia all'ingresso che prima della dimissione e queste polemiche non erano d'aiuto, in quanto contribuivano a creare solo maggiore nervosismo nell'équipe e nella relazione con il paziente e i familiari.

I curanti, a fine turno, riferivano di frequente di sentirsi esausti e alcuni dicevano che non avrebbero saputo dove trovare le forze per un altro turno simile il giorno seguente.
Durante lo stage, inoltre, un infermiere, dopo numerosi anni di servizio in Pronto Soccorso, ha scritto una lettera ai suoi colleghi che mi ha fatto molto riflettere. Raccontava che, dopo tanto tempo in cura da uno psicologo, era giunto alla conclusione che sarebbe stato giusto lasciare il lavoro, in quanto psicologicamente non reggeva più la sua situazione e anche il fisico iniziava a risentirne. Scriveva di sentirsi sfinito e di aver esaurito tutte le forze, fisiche e mentali, e che questa condizione cominciava ad avere effetti negativi anche sulla vita privata. Dalla lettera emergeva una grande sofferenza, perché da un lato c'era il profondo amore per il suo lavoro, ma dall'altro la consapevolezza di non potercela più fare.
Infine, un'ulteriore motivazione che mi ha spinta a scegliere questo argomento è il mio desiderio di poter lavorare, un domani, in Pronto Soccorso.
Ritengo che la tematica del *burnout*, molto attuale, meriti una grande attenzione soprattutto da parte del personale curante, affinché ci sia maggiore consapevolezza e, se possibile, si possa prevenire l'insorgenza del fenomeno, dannoso per molti aspetti, sia lavorativi che personali.
Giunta alla fine di questo lavoro spero di trarne beneficio anche per il mio futuro professionale. Infatti, l'obiettivo non è unicamente ottenere conoscenze più ampie in merito alla tematica del *burnout*, ma anche essere più pronta a saper riconoscere precocemente e gestire questa evenienza e le situazioni a rischio con competenza ed efficacia, qualora dovessero presentarmisi in modo diretto o indiretto. Inoltre, rafforzata dalle nozioni ottenute tramite lo svolgimento del Lavoro di Tesi, spero di poter suggerire strategie di prevenzione e trattamento funzionali anche ai futuri colleghi, affinché non ne risentano la loro salute e la vita professionale.

3. BACKGROUND

Nel presente capitolo fornirò il quadro teorico riguardante lo stress, lo stress lavoro-correlato e la sua possibile conseguenza a lungo termine, ovvero il *burnout*. Spiegherò, poi, l'impatto di quest'ultimo nel mondo delle cure infermieristiche. Infine mi concentrerò sulla descrizione delle caratteristiche del Pronto Soccorso in funzione del *burnout*.
La tematica del *burnout* è relativamente recente e viene sempre più trattata e indagata, poiché i vari cambiamenti nel mondo del lavoro infermieristico, ad esempio per quanto concerne la turnistica o altre caratteristiche dei reparti, espongono con sempre maggiore frequenza i professionisti d'aiuto a diversi fattori di rischio per lo sviluppo della sindrome di *burnout*.
È stato calcolato che la prevalenza di tale sindrome nella popolazione generale, quindi non solo infermieristica, dei paesi occidentali, stimata tramite uno strumento di autovalutazione, varia dal 13% al 27%. È noto, come già accennato, che gli infermieri, tra tutti i professionisti, sono esposti a un maggiore rischio di esserne colpiti. Infatti, tra il 30% e il 50% del personale infermieristico sono riscontrabili livelli clinici di *burnout* (Adriaenssens, 2014).

3.1 Lo stress

La parola "stress" deriva dal latino *strictus* (compresso, stretto) e sembra che questo fenomeno fosse già conosciuto in passato. Il termine, infatti, veniva usato nel XVII

secolo come espressione anglosassone per indicare difficoltà, avversità, afflizione. Nel XVIII e nel XIX secolo, invece, ha acquisito il significato di forza, tensione, pressione. Inoltre, è interessante notare come il termine sia stato a lungo usato nel campo della metallurgia, nel quale si mettevano "sotto stress" le travi metalliche per provarne la resistenza (Rossati & Magro, 1999).
Grazie a queste definizioni si evince come lo stress indichi una situazione dove qualcosa non funziona come dovrebbe e che ciò dipende da un sovraccarico di stimoli e dalla pressione proveniente dall'ambiente, con la conseguenza di usurare e scompensare l'equilibrio psico-fisico. Lo stress è quindi la risposta dell'organismo alle stimolazioni continue e quotidiane (quindi inevitabili) che provengono dall'ambiente e minano l'equilibrio interno (Rossati & Magro, 1999).
Tale risposta comprende correlati fisiologici come l'aumento dell'afflusso di sangue al cervello e ai muscoli, della frequenza e dell'intensità del battito cardiaco, della pressione sanguigna, della frequenza respiratoria, della sudorazione, la diminuzione della funzionalità gastrica, l'iperacidità gastrica, la dilatazione pupillare, la diminuita salivazione e l'utilizzo delle riserve di glucosio del fegato (Rossati & Magro, 1999).
Questi correlati fisiologici sono attribuibili all'azione dello stress sull'organismo. Si possono distinguere gli effetti degli stimoli nervosi in due percorsi, uno chimico e uno nervoso.
Il braccio chimico, anche detto asse ipotalamo-ipofisi-surrene, descrive il raggiungimento da parte degli stimoli nervosi di determinate cellule neuroendocrine dell'ipotalamo. Queste trasformano i segnali nervosi in due correlati umorali, ovvero l'ormone di rilascio della corticotropina e la vasopressina, i quali stimolano l'ipofisi a produrre l'ormone adrenocroticotropo (ACTH). Quest'ultimo, tramite il sangue, giunge alla corteccia delle surrenali e stimola la produzione di cortisolo, un ormone di tipo steroideo, anche chiamato, appunto, "ormone dello stress" (Fonder, 1985; Università degli Studi "G. d'Annunzio", 2016).
Per quanto concerne il braccio nervoso, invece, l'ipotalamo produce segnali nervosi che vanno a stimolare il Locus Coeruleus. Tale segnale, poi, tramite l'attivazione del sistema nervoso simpatico, stimola la midollare del surrene a liberare catecolamine, tra cui adrenalina, noradrenalina e dopamina, mettendo l'organismo in una predisposizione all'attacco-fuga (Università degli Studi "G. d'Annunzio", 2016).
Qualsiasi *stressor* (cioè uno stimolo), positivo o negativo, fa reagire l'individuo per ripristinare l'adattamento all'ambiente. La valutazione o percezione della minaccia dello *stressor*, tuttavia, non è uguale per tutti gli individui, ma è determinata sia da fattori personali, come pensieri, atteggiamenti, esperienze passate, abilità acquisite e caratteristiche fisiche, sia da fattori ambientali (Rossati & Magro, 1999).
Inoltre, non tutti gli stimoli esterni sono negativi. Oltre allo stress negativo, chiamato *distress*, ne esiste uno positivo, definito *eustress*. Questi si differenziano per le loro conseguenze. Il secondo, infatti, produce effetti positivi e migliora le capacità di risposta attiva, la quale conduce a uno stato di equilibrio interiore. Il *distress*, invece, deteriora le prestazioni, deprime e provoca risposte inappropriate, disadattive e conseguenze nocive sul piano psicofisico e comportamentale (Rossati & Magro, 1999).
Oltre alla distinzione tra *eustress* e *distress*, Hans Selye, negli anni '40, introdusse il concetto di Sindrome Generale di Adattamento (SGA) o stress per indicare l'insieme delle reazioni aspecifiche provocate nell'organismo dall'azione di diversi fattori. Nella SGA ci sono tre stadi che caratterizzano la risposta dell'individuo agli *stressor*: reazione di allarme; resistenza o adattamento; esaurimento. Nella prima fase l'agente stressante comincia a far sentire la sua azione sull'organismo. Compaiono quindi i fenomeni di difesa, come un'aumentata produzione di ACTH e l'ipertrofia delle ghiandole surrenali.

Nella fase di resistenza, la seconda, l'organismo si adatta per sopportare l'azione svolta dagli *stressor*. Nell'ultima fase, quella di esaurimento, se l'azione dell'agente nocivo continua e, di conseguenza, continua anche la condizione di stress nell'organismo, quest'ultimo non riesce più a sopportare la situazione, poiché non ha più risorse. L'organismo soccombe e si verificheranno alterazioni permanenti (Rossati & Magro, 1999).
È interessante sottolineare che, oggigiorno, le malattie che conducono maggiormente alla morte, in percentuale, sono quelle caratterizzate da un accumulo graduale di "lesioni", ovvero quelle che si possono definire "malattie da stress", come le patologie cardiovascolari, i tumori e le patologie cardiorespiratorie (Rossati & Magro, 1999).

3.1.1 Lo stress lavoro-correlato

Lo stress è una condizione in cui le richieste provenienti dall'ambiente costituiscono un peso o eccedono le risorse personali dell'individuo. Se richieste e risorse sono in equilibrio lo stress è minimo. Quando, però, le richieste aumentano o le risorse diminuiscono si crea uno squilibrio e si sviluppa lo stress (Cherniss, 1983).
Tuttavia, questo può insorgere anche nel caso contrario, ovvero quando le richieste provenienti dall'esterno sono minime e le risorse le superano di molto, creando situazioni di noia e di monotonia. È interessante notare, infatti, come anche la scarsità di richieste provenienti dall'esterno, la sottoutilizzazione delle proprie capacità e la carenza di stimoli intellettuali siano importanti cause potenziali di stress (Mepha, 2014; Rossati & Magro, 1999).
Le fonti di stress lavorativo si possono suddividere in diverse categorie. La prima riguarda quelle intrinseche alla mansione da espletare. I fattori fisici e ambientali come il rumore, l'umidità, la ventilazione e la carenza d'igiene possono incidere negativamente su concentrazione, rendimento ed efficienza dei lavoratori. In questa categoria ci sono anche le pressioni derivanti dal carico di lavoro, il lavoro eccessivo (o troppo scarso), i viaggi frequenti e gli orari prolungati (Cherniss, 1983).
La seconda categoria concerne il ruolo nell'organizzazione, dove ci possono essere poca chiarezza riguardo al proprio compito e alle proprie mansioni (quindi ambiguità di ruolo) e conflitto di ruolo, causato da richieste tra loro incompatibili. In questa situazione particolarmente stressogena si ricevono due messaggi diversi e non si può aderire all'uno senza rinunciare all'altro (Rossati & Magro, 1999).
Lo stress si crea anche quando mancano i feedback da parte delle persone che ricevono le cure, in quanto aumenta la confusione e l'operatore si trova a lavorare senza sapere in che modo i suoi sforzi diano beneficio, andando così ad intaccare il bisogno di sentirsi efficienti (Cherniss, 1983).
Inoltre, trovarsi in una situazione imprevedibile, che non dia controllo sull'ambiente di lavoro, crea molto stress, poiché intacca la forte motivazione degli operatori di raggiungere una sensazione di efficienza e di successo psicologico nel proprio operato. Se lo staff si sente continuamente inefficiente e incapace di conseguire il successo, l'impotenza acquisita ne sarà un risultato probabile. La convinzione di non avere controllo sull'ambiente ha tre effetti deleteri: riduce la motivazione (minor desiderio di intraprendere azioni e di superare problemi); impedisce la capacità di credere di poter elaborare una risposta; disturba l'equilibrio emotivo della persona, causando depressione, rabbia e ansia. A lungo termine, inoltre, l'impotenza acquisita conduce a un comportamento di difesa passiva associato al *burnout*, dove si manifestano ritiro emotivo, apatia e cinismo (Cherniss, 1983).

La terza categoria concernente le fonti di stress comprende diversi elementi, tra cui lo sviluppo di carriera, che può diventare un elemento stressogeno quando le marcate aspirazioni a emergere e raggiungere uno status elevato non sono soddisfatte. Inoltre, la sensazione di aver eseguito bene il proprio lavoro ha una grande importanza nella prevenzione dello stress lavoro-correlato. Se gli sforzi vengono apprezzati aumentano l'autostima, l'impegno, la motivazione e il desiderio di raggiungere mete più elevate. La performance, invece, può essere diminuita da promozioni eccessive per incarichi in cui non ci si riconosce abbastanza all'altezza, da retrocessioni connesse a situazioni di frustrazione e insoddisfazione e dalla paura di perdere il posto di lavoro da un momento all'altro (Cherniss, 1983; Rossati & Magro, 1999).
La quarta categoria concerne le relazioni di lavoro, cioè le difficoltà relazionali con colleghi, capi o dipendenti (Rossati & Magro, 1999).
La quinta categoria, infine, comprende la struttura e il clima organizzativo, necessari per dare al lavoratore un senso di appartenenza all'organizzazione (Rossati & Magro, 1999).
Gli elementi stressogeni che si incontrano sul posto di lavoro possono sollecitare l'individuo, che reagisce in base alla sua personalità e alle sue risorse. Ne deriva, così, uno stato d'animo che può variare dal semplice disagio a, addirittura, la sindrome di *burnout* (Venturini, 2000).
Lo stress correlato al lavoro è accompagnato da un insieme di reazioni fisiche, comportamentali, emotive e cognitive (Cisternino, 2012).
Alcuni effetti dello stress lavorativo si possono raggruppare nel seguente modo:

- fisici: aumento della pressione, della frequenza cardiaca, dei livelli di colesterolo, del rischio di infiammazioni e infezioni, frequenti bruciori di stomaco;
- psicologici: umore depresso, prepotenza, pianto, rabbia, ansia, preoccupazione costante, distrazione, sfiducia, diffidenza, rifiuto delle responsabilità;
- comportamentali: tabagismo, alcolismo, tendenza ad assumere più farmaci;
- organizzativi/lavorativi: assenteismo, *turnover*, scarsa attenzione al controllo qualità, incapacità di terminare i propri compiti, maggior spreco di materiali, frequenti infortuni sul lavoro (Cisternino, 2012; Rossati & Magro, 1999).

Nell'elaborazione del quadro teorico ho ritenuto importante descrivere cosa sia lo stress lavoro-correlato in quanto questo è un fattore di rischio per lo sviluppo del *burnout*.
Il *burnout*, infatti, come spiegherò nel capitolo successivo, è un processo transazionale che inizia con lo stress lavorativo e dal quale si distingue per quanto concerne la tipologia di fenomeno. Il primo, infatti, è prevalentemente psicosociale, mentre il secondo è di tipo psicofisiologico (Cherniss, 1983).
Lo stress lavoro-correlato, inoltre, è un importante problema di salute pubblica e si colloca al secondo posto tra questa tipologia di problemi in Europa. Un quarto dei lavoratori europei, infatti, è affetto da tale condizione e quasi metà delle assenze sul posto di lavoro è attribuibile a questo problema. In media, ogni persona affetta da stress lavorativo prende 28,5 giorni all'anno di congedo dal lavoro (Healy & Tyrrell, 2011).
Maggiormente a rischio sono le categorie professionali sociosanitarie, anche denominate *helping professions*, a lungo a contatto con altre persone, spesso sofferenti o bisognose di aiuto. Gli infermieri, quindi, insieme ad altri professionisti della salute e agli operatori sociali, sono molto esposti allo sviluppo di questa condizione (Mepha, 2014).

3.2 Il *burnout*

Il termine "*burnout syndrome*" è stato utilizzato per la prima volta nel 1977 da Christina Maslach in una relazione a un convegno dell'APA, l'Associazione degli Psicologi Americani. Con questa espressione la Maslach si riferiva a una condizione che aveva osservato sempre più frequentemente negli operatori dei servizi sociosanitari: dopo mesi di impegno si "bruciano", manifestando nervosismo, irrequietezza, apatia, indifferenza e cinismo (citata in Cherniss, 1983).
Nonostante il termine sia piuttosto recente, il suo concetto risale già agli inizi del '900, quando Kraepelin evidenziava una condizione di esaurimento degli psichiatri (Rossati & Magro, 1999).
Una prima definizione di *burnout* descrive questo fenomeno come l'esaurimento di motivazione o incentivo, soprattutto dove la dedizione a una causa o a una relazione non produce gli effetti desiderati. La definizione più nota è tuttavia quella data da Maslach e Jackson nel 1996, la quale identifica il *burnout* come una sindrome di esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta efficacia personale. Christina Maslach considera il *burnout*, quindi, come una reazione emotiva interna che diventa malattia causata da fattori esterni e risulta nella perdita di risorse personali e/o sociali (citata in Adriaenssens, De Gucht, & Maes, 2014).
Nell'ambito lavorativo, ciò che precedentemente era una vera e propria vocazione, dunque, diventa soltanto un'occupazione. Si perdono entusiasmo, interesse e senso di responsabilità. Ne consegue che non si vive più per il lavoro, ma si lavora solo per vivere (Cherniss, 1983).
Il *burnout*, tipico delle *helping professions* soprattutto poiché ci si relaziona con persone solitamente bisognose di aiuto e sofferenti, si instaura quando un operatore non sa più come affrontare in modo costruttivo le situazioni di stress propostegli dall'ambiente lavorativo e crede che non possano essere alleviate da una soluzione attiva dei problemi che deve fronteggiare. Comincia così un adattamento difensivo ma patologico, erroneamente ritenuto l'unico modo per conservare le energie rimaste. Questo si esprime con atteggiamenti non adattivi come il distacco fisico ed emotivo, il ritiro psicologico, il cinismo e l'appiattimento dell'attività lavorativa. Si tratta quindi di una fuga patologica per raggiungere la sicurezza che non si proveranno altre sofferenze oltre a quelle già affrontate (Rossati & Magro, 1999).
In questo processo transazionale di patogenesi del *burnout* Cherniss (1983) individua tre fasi: squilibrio tra risorse disponibili e richiesta (stress); immediata ed emotiva risposta di breve durata a questo squilibrio, caratterizzata da ansia, tensione, fatica ed esaurimento (tensione nervosa); cambiamenti nell'atteggiamento e nel comportamento, ad esempio trattando i pazienti in modo distaccato (conclusione difensiva).
Freudenberger e North (1992) hanno identificato quattro fasi e dodici stadi per suddividere il decorso del *burnout*.
Nella prima fase si assiste a un entusiasmo idealistico, nel quale sono presenti pretese che superano le risorse, stress lavorativo, ottimismo, messa in campo di molte energie ed elevata identificazione con il lavoro. Delusione e perdita dell'idealismo caratterizzano la fase successiva. La vita si riduce all'attività lavorativa e ci sono meno contatti con i colleghi, in quanto ci si ritira nel proprio guscio. Nella terza fase sopraggiungono frustrazione, depressione, reazioni emotive, cinismo, perdita della motivazione e della creatività e disturbi fisici. Si percepiscono insuccesso e impotenza. Inoltre, c'è un calo del rendimento mentale e si sente la mancanza di apprezzamento da parte degli altri. Possono esserci anche problemi di ordine burocratico. Apatia e disperazione compaiono nella quarta fase. Qui la malattia si può definire conclamata. Si riscontrano

delusione totale, disperazione (non si vedono alternative professionali), indifferenza, rassegnazione, sensazione di inutilità, intenti suicidi ed esaurimento profondo (Freudenberger & North, 1992; Mepha, 2014).
I dodici stadi vanno dall'impegno eccessivo all'esaurimento depressivo. Dal sesto stadio il decorso comincia a essere patologico. Nel primo stadio c'è la forte intenzione di dimostrare il proprio valore, con aspettative elevate su di sé ed entusiasmo per il proprio lavoro. Nel secondo aumenta l'impegno personale. Si è sempre disposti a farsi carico di nuovi compiti, si partecipa ad attività lavorative come *workshop* e convegni anche nei weekend e si fa di tutto per riuscire. I capi ricompensano il collaboratore affidandogli sempre più incarichi e di maggiore responsabilità. Qui si profila la sensazione di essere indispensabile. Nello stadio successivo si trascurano i propri bisogni in quanto il lavoro è sempre più impegnativo, sia dal punto di vista del tempo che mentale. Vengono trascurati anche i contatti sociali e possono insorgere disturbi del sonno. Nel quarto stadio si rimuovono conflitti e bisogni, si perde energia e si comincia a commettere errori. I disturbi del sonno sono sempre più frequenti, come la sensazione di mancanza di energie e di debolezza. Si abbandonano gli hobby, rinunciando, così, a un'importante opportunità di compensazione. Nel quinto stadio vengono ridefiniti i valori, in quanto l'obiettivo principale è sempre più quello di essere produttivi, anche nel tempo libero. I weekend diventano giorni lavorativi e iniziano i problemi nelle relazioni sociali (Freudenberger & North, 1992; Mepha, 2014).
Nel sesto stadio si prefigura l'inizio di una condizione patologica. Qui si negano i problemi che emergono e il corpo manda segnali d'allarme sempre più inequivocabili come stanchezza cronica ed emicrania. La persona li ignora e mantiene alto il livello di rendimento e di pretese da sé stessa. Per compensare può arrivare ad assumere farmaci che aiutino a gestire i sintomi o li nascondano. Tuttavia, cominciano i primi momenti di assenza dal lavoro in quanto si hanno resistenze a recarvisi, si arriva tardi e si esce prima. Il settimo stadio consiste nel ripiegamento definitivo. La persona non lavora più con l'intensità desiderata, il rendimento cala, quindi aumenta la frustrazione. Si comincia ad essere disorientati e a sentirsi impotenti. Talvolta si può arrivare a cercare appagamento nel cibo, nell'alcol e nelle droghe. Si verificano reazioni psicosomatiche come tensioni muscolari, mal di schiena, variazioni di peso, disturbi del ritmo cardiaco. Nello stadio seguente le modifiche comportamentali appaiono evidenti. La persona fugge il contatto sociale e si atteggia in modo aggressivo verso chi le rivolge attenzioni. Nel nono stadio sopraggiunge la depersonalizzazione. In questa fase non si riesce più a lavorare e si manifesta un comportamento depressivo. La vita privata viene meno e la sindrome di *burnout*, qui, può già essere definita grave. Nel seguente stadio si percepisce un vuoto interiore e dominano l'apatia, l'ansia, gli attacchi di panico e la paura delle persone, che porta a rimanere isolati. C'è un atteggiamento negativo nei confronti della vita e non si riesce più a fare niente. Nell'undicesimo stadio depressione ed esaurimento sono a tutti evidenti e la persona può anche arrivare a pensieri suicidi. Nell'ultimo stadio, ovvero quello di *burnout* completo, l'esaurimento mentale, fisico ed emozionale sono rischiosi per la vita. Non solo ci sono i pensieri suicidi, ma il sistema immunitario viene intaccato e compaiono disturbi a carico del sistema cardiocircolatorio e gastrointestinale (Freudenberger & North, 1992; Mepha, 2014).
Lo strumento per identificare e valutare la gravità del *burnout* è il *Maslach Burnout Inventory* (MBI), mostrato nell'allegato 13.2 (pagina 50), in francese (non ho potuto allegare l'originale in inglese in quanto protetto da *copyright*). Questo è stato elaborato da Christina Maslach e Susan Jackson nel 1981 e consente di identificare i tre correlati comportamentali del *burnout* che descriverò nell'apposito capitolo: l'esaurimento emotivo, il cinismo e la ridotta efficacia personale (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996).

Il MBI comprende 22 domande suddivise a seconda dei tre correlati appena elencati. Le domande sono scritte in forma di frasi riguardanti ciò che si percepisce o le attitudini personali, ad esempio "*Mi sento esaurito dal lavoro*". Alle domande si deve rispondere in base alla frequenza con il quale si sperimenta questo sentimento da 0 (mai) a 6 (tutti i giorni). Le nove frasi appartenenti al sottoinsieme dell'esaurimento emotivo indagano la sensazione di sentirsi stremati dal lavoro. Le cinque frasi per il cinismo misurano il livello di risposta impersonale verso chi riceve le cure. Per questi due sottoinsiemi, più sono alti i livelli, più è alto il grado di *burnout*. Infine, le otto frasi riguardanti la ridotta efficacia personale indagano quanto si percepisce di essere competenti e di ottenere risultati positivi nel proprio lavoro. A differenza degli altri due correlati comportamentali, per quest'ultimo i punteggi più bassi corrispondono a maggiore *burnout* (Maslach et al., 1996).

3.2.1 Le cause del *burnout*

Cherniss (1983) propone una suddivisione dei fattori ritenuti responsabili della sindrome di *burnout* in cause dovute alle condizioni di lavoro, individuali nonché storiche e culturali.
Questi fattori sono molto simili a quelli che portano allo stress lavorativo in quanto, come descritto in precedenza, una condizione cronica di stress può portare allo sviluppo della sindrome di *burnout*.
Nel presente capitolo elencherò le cause rilevate in letteratura dello sviluppo della sindrome in generale, mentre nella parte di analisi degli articoli spiegherò quali siano i fattori di rischio di *burnout* per gli infermieri di Pronto Soccorso.
Le cause organizzative e lavorative descritte da Cherniss (1983) sono quelle che incidono di più nello sviluppo della sindrome di *burnout*. Queste, poi, sono maggiormente modificabili rispetto alle caratteristiche individuali, quindi la situazione lavorativa è quella che offre le maggiori speranze di un reale intervento.
Ogni struttura organizzativa ha tre componenti, ovvero la struttura di ruolo, la struttura di potere e la struttura normativa. La prima indica il modo in cui i compiti e i doveri sono distribuiti tra i ruoli in una situazione. Ecco perché è uno dei fattori principali per cui le condizioni di lavoro influenzano lo stress lavorativo e il *burnout* (Cherniss, 1983).
Sono molte le caratteristiche specifiche di un ruolo che contribuiscono allo stress lavorativo e alla tensione, poiché spesso si crea uno squilibrio tra risorse e richieste. Tra queste caratteristiche, come per lo stress lavoro-correlato, il conflitto di ruolo, l'ambiguità di ruolo, la somma dei cambiamenti, la varietà e l'autonomia disponibile di ruolo rivestono particolare importanza (Cherniss, 1983).
Il sovraccarico di ruolo è il più evidente tipo di conflitto. Infatti, quando le richieste collegate al ruolo sono superiori al tempo e agli sforzi di chi lo esercita, aumentano lo stress e il *burnout*. Una difesa efficiente necessita di tempo, ma se questo non è abbastanza a causa delle continue richieste le possibilità di farvi fronte verrano impedite. La persona, quindi, reagirà in modo meno efficiente, distaccandosi (Cherniss, 1983).
Il conflitto di ruolo, tuttavia, non è sempre causato solamente da un eccesso di richieste, ma può insorgere anche quando esse sono tra loro incompatibili e conflittuali. Infatti, si creano stress e tensione in quanto non è possibile soddisfarne alcune senza rinunciare ad altre. Il conflitto può verificarsi anche tra l'individuo e il ruolo da lui ricoperto, che richiederebbe un comportamento incompatibile con motivazioni, capacità o valori morali della persona. Può anche capitare che i bisogni dei pazienti si trovino in

conflitto con i bisogni o le richieste dell'organizzazione. Gli operatori, così, vengono a trovarsi tra due fuochi e, di conseguenza, aumenta lo stress lavorativo (Cherniss, 1983).
Un ulteriore conflitto di ruolo si può verificare quando, dalla situazione di studenti, si passa a quella di professionisti. Talvolta si può vivere uno shock di realtà, poiché spesso le aspettative di autonomia, versatilità e rapporti privilegiati con i pazienti non corrispondono alla condizione reale, caratterizzata anche da routine, numerose pratiche burocratiche, procedure che esaltano l'ordine, la standardizzazione, l'uniformità e l'impersonalità (Rossati & Magro, 1999).
L'ambiguità di ruolo è un'altra caratteristica della struttura di ruolo che contribuisce allo stress lavorativo e, di conseguenza, all'esordio della sindrome del *burnout*.
Questa si verifica quando chi occupa un determinato ruolo non ha più sufficienti informazioni per assolvere adeguatamente i suoi compiti, ad esempio quando non si capisce che cosa sia ritenuto più importante, in ordine di priorità, dai propri superiori (Cherniss, 1983).
La varietà e l'autonomia, altre caratteristiche della struttura di ruolo, hanno fondamentale importanza e sono legate profondamente alla soddisfazione. In loro assenza il lavoro diventerà monotono e la noia una potenziale causa di *burnout*. Il livello di sofferenza per le persone che non si sentono stimolate, coinvolte e motivate è notevole. L'apprendimento, per contro, è un fattore che contribuisce in modo preponderante alla stimolazione e al significato di un lavoro, aumentando la soddisfazione per questo. Se la formazione, l'acquisizione di nuove capacità e conoscenze e le opportunità di accrescimento vengono favorite dalla struttura, il lavoro rimane stimolante e arricchente. L'attività di ricerca gratifica lo staff in quanto conferisce autonomia, stimoli intellettuali, innovazione e creatività (Cherniss, 1983).
L'opportunità di crescita professionale può essere favorita anche dai *feedback*, i quali riducono il potenziale senso di fallimento, a meno che essi non siano unicamente negativi. Se, invece, sia chi riceve le cure sia i superiori offrono riscontri costanti e positivi, il curante potrà comprendere se gli sforzi fatti sono stati apprezzati e se essi hanno prodotto l'effetto desiderato (Cherniss, 1983).
La gratificazione e il riconoscimento, infatti, sono due importanti fattori protettivi dal *burnout*. Le sensazioni di efficienza, di utilità e di successo psicologico sono stimoli per chi lavora. Quando questi non ci sono, si perde la motivazione all'impegno e si dubita delle proprie capacità (Cherniss, 1983; Mepha, 2014).
Il secondo aspetto descritto da Cherniss (1983) di una struttura organizzativa che può influenzare il *burnout* è quello di potere. La sensazione di impotenza è il fattore che contribuisce di più allo stress e ai meccanismi di difesa non adattivi tipici del *burnout*. Se una struttura dà molta autonomia e possibilità di decisione al suo staff, questo avrà un maggiore controllo rispetto a quello che offrirà una struttura di potere gerarchico.
Esempi concreti di eventi che riducono autonomia e controllo dei curanti sono il trasferimento del personale da un programma lavorativo all'altro o tra i diversi settori, cambiamenti arbitrari e repentini riguardanti i compiti e le responsabilità, sospensioni dall'incarico dovute alla riorganizzazione e incertezze riguardanti i fondi. Anche un elevato grado di burocratizzazione può limitare l'autonomia dello staff e il controllo sulle proprie condizioni di lavoro. Questo incrementa lo stress lavorativo e il *burnout*, poiché viene frustrata la ricerca di successo psicologico da parte dei membri di un team (Cherniss, 1983).
La terza componente della struttura organizzativa citata da Cherniss (1983) è quella normativa e comprende obiettivi, norme e ideologie.

Alcuni amministratori tendono a considerare lo stress lavoro-correlato e il *burnout* relativamente poco importanti. Quando questo atteggiamento permea la struttura normativa è probabile che gli operatori percepiscano un minore appoggio dall'amministrazione e dai colleghi. Se la cultura istituzionale è ostile o indifferente ai problemi, lo staff può sentirsi impossibilitato a cambiare le condizioni di lavoro che contribuiscono allo stress in quanto il cambiamento sembrerà inutile. Aumenterà quindi il senso di impotenza e, di conseguenza, il rischio di *burnout* (Cherniss, 1983).

Le interazioni sociali appartengono alle cause organizzative e lavorative che Cherniss (1983) identifica come quelle che più possono influenzare lo sviluppo della sindrome di *burnout*.
Nei servizi sociosanitari, infatti, è di fondamentale importanza la relazione tra supervisore e operatore. Oltre ad occuparsi di controllare, la supervisione deve anche essere al servizio del lavoratore e fornirgli sostegno, favorendo lo sviluppo professionale senza limitare l'autonomia. Un atteggiamento di questo tipo riduce il tasso di *burnout* tra lo staff. La qualità del rapporto instaurato con i supervisori ha quindi un impatto molto forte su stress, tensione e *burnout*. Il personale ricerca nei superiori sostegni di diverso tipo. Innanzitutto l'assistenza tecnica, per la quale il supervisore può suggerire il modo migliore di affrontare il problema che si pone, aumentando così l'efficienza e il morale del curante. Inoltre, l'operatore può essere incoraggiato dal supervisore ad affrontare le sensazioni spiacevoli che si creano nel prestare cure a persone sofferenti e bisognose. Parlare con il proprio superiore, inoltre, può aiutare a risolvere conflitti e tensioni, alleviando il senso di disagio e riducendo il rischio di *burnout*. I supervisori, poi, possono fornire sostegno dando informazioni, esempi e feedback regolari, aiutando i collaboratori a stabilire le giuste priorità e ponendosi come punti di riferimento. Anche un feedback negativo può ridurre il senso di impotenza, se fornito in modo costruttivo, consistente e corretto (Cherniss, 1983).
Tuttavia, va ricordato che gli stessi supervisori possono diventare vittime di *burnout*. Di conseguenza non potranno garantire una buona qualità della supervisione per i loro collaboratori (Cherniss, 1983).
Pure i colleghi sono una grande risorsa e un'importante fonte di stimoli, poiché con loro è possibile discutere dei problemi ricevendo informazioni tecniche e consigli pratici. Sono anche un punto di riferimento e possono formare un fronte unito nei conflitti con l'organizzazione. L'interazione sociale tra colleghi, quindi, può notevolmente aiutare a ridurre lo stress lavorativo e il conseguente rischio di *burnout*. Ciononostante, possono anche esserci conflitti nello staff. Questi sono solitamente causati da differenze di valori personali, che possono impedire lo sviluppo di un sostegno sociale tra colleghi, e dalla competizione riguardante la scarsità di risorse, lo status e il potere. Ogni differenza percepita per quanto concerne i privilegi, infatti, può portare ad amarezza, risentimento e conflitti (Cherniss, 1983; Rossati & Magro, 1999).
Nonostante tutti gli elementi appena elencati possano essere ritenuti tra le principali cause di *burnout* per quanto concerne la situazione lavorativa, anche la natura del territorio servito dagli enti sociosanitari riveste una fondamentale importanza. Ad esempio, nei centri urbani lo stress percepito dallo staff è probabilmente diverso da quello nelle comunità rurali. Anche le caratteristiche fisiche di un territorio, come il clima e la topografia, possono influenzare lo stress lavorativo e il *burnout* (Cherniss, 1983).

Tra le cause di *burnout* Cherniss (1983) identifica pure i fattori individuali. Ogni persona è diversa dalle altre in merito alla propria vulnerabilità allo stress e alle proprie capacità

di difesa. I tratti di personalità, le mete circa la carriera e le esperienze lavorative pregresse possono influenzare la sensibilità di ognuno.
Caratteristiche come perfezionismo, elevata ambizione e scarsa autostima sono fattori che predispongono molto allo sviluppo della sindrome di *burnout*. In questi casi, infatti, si ha la sensazione di non essere abbastanza all'altezza, ma ci si adopera molto, ponendosi obiettivi troppo alti e pretendendo troppo da sé stessi rischiando, così, di venire delusi (Mepha, 2014).
Nonostante gli obiettivi, i valori e le attitudini verso la professione rivestano più importanza, sono stati individuati cinque tratti di personalità che influenzano la risposta individuale allo stress e rendono la persona più predisposta alla sindrome di *burnout*: l'ansia nevrotica, la sindrome di "tipo A", il luogo di controllo, la flessibilità e l'introversione (Cherniss, 1983).
Chi soffre di ansia nevrotica ha un Super-Io forte e punitivo. Queste persone si pongono mete estremamente elevate e si puniscono se ne falliscono il raggiungimento. Tali soggetti, inoltre, sono molto emotivi e ciò interferisce spesso con un funzionamento adattivo. Solitamente mettono anche in atto meccanismi di difesa inappropriati come la negazione, la rimozione e la proiezione. Inoltre, tendono ad agire impulsivamente e a perdere la pazienza. Infine, hanno scarsa autostima e sono eccessivamente interessati alle opinioni altrui, poiché c'è un forte bisogno di essere accettati e amati. I servizi sanitari attraggono spesso persone con le caratteristiche suesposte, in quanto molti vogliono "salvare" gli altri e si sentono infelici quando falliscono. È quindi frequente incontrare personalità di questo genere (Cherniss, 1983).
Un altro tipo di personalità che rende le persone più vulnerabili allo stress è il "tipo A". Questi individui hanno uno stile di vita attivo, competitivo, incalzante, talvolta aggressivo e impaziente, con una perenne sensazione di mancanza di tempo. Sono occupati in una lotta incessante (e spesso senza risultati) contro sé stessi, gli altri, le circostanze, il tempo e, talvolta, anche la propria vita. Numerose professioni che appartengono al campo sanitario sono composte da persone con questi tratti, ad esempio medici, dentisti, psicologi. Ciò è attribuibile al fatto che il percorso di studi per ottenere il titolo è lungo e arduo e richiede proprio le caratteristiche appena elencate (Cherniss, 1983).
Il terzo fattore riguardante la personalità che può influenzare la vulnerabilità allo stress e al *burnout* è il luogo di controllo. Ogni persona differisce dalle altre nel grado in cui crede di controllare le cose che le capitano. Chi ha un luogo di controllo interno tende a credere di poter agire in modo attivo sul proprio destino. Se fallisce nel raggiungere gli obiettivi è a causa della mancanza di volontà o di capacità. Chi ha un luogo di controllo esterno, invece, si sente in balia del destino e degli eventi. La causa degli insuccessi e dei traguardi non è mai attribuibile agli sforzi o alle capacità personali, ma a forze esterne. Le persone di questo tipo sono maggiormente predisposte al senso di impotenza e tenderanno quindi a rinunciare e a ritirarsi di più (Cherniss, 1983; Fournier & Jeanrie, 2003).
Un altro tratto che può predisporre al *burnout* è la flessibilità. A differenza di quanto si potrebbe pensare, una persona che si sa adattare sembra essere più predisposta allo stress, soprattutto nelle professioni in cui si aiutano gli altri, e al conflitto di ruolo, poiché le riuscirà difficile dire di no a richieste eccessive. Ne consegue che queste persone si sentano sfruttate, sovraccariche e con un elevato senso di frustrazione. Tuttavia, nonostante la flessibilità possa predisporre allo stress, essa può anche contribuire a una difesa più adattiva quando lo stress si verifica (Cherniss, 1983; Mepha, 2014).
L'ultimo tratto di personalità è l'introversione. Questi individui sperimentano più tensioni nelle situazioni a elevato conflitto di ruolo rispetto a quelli più estroversi. Inoltre, gli

introversi si ritirano più facilmente dai colleghi di fronte a conflitti e stress, impedendo una difesa efficace e la risoluzione del conflitto (Cherniss, 1983).
Oltre ai tratti del carattere appena elencati, anche la misura in cui si è acquisita un'esperienza in passato può essere molto importante nel determinare come si affronterà lo stress nel presente e nel futuro. Positive esperienze precedenti, infatti, rendono maggiormente immuni contro l'impotenza acquisita e la depressione. Inoltre, a differenza di quanto potremmo attenderci, chi ha livelli educativi più elevati è più soggetto a stress e *burnout*. Anche età e sesso sono associati a questa sindrome. Gli operatori più giovani, infatti, come vedremo in seguito, ottengono solitamente punteggi più elevati di *burnout*, mentre per il sesso dipende dalla dimensione considerata. Le donne raggiungono solitamente punteggi più elevati nell'esaurimento emotivo e più bassi nella realizzazione personale, mentre gli uomini hanno valori più elevati nella depersonalizzazione (Cherniss, 1983).
Ci sono, inoltre, fattori della vita individuale esterni al lavoro che possono influenzare la reazione allo stress lavorativo. Le relazioni personali al di fuori di quelle con i colleghi aiutano a mitigare le tensioni accumulate al lavoro. Amici e parenti sono un'importante fonte di sostegno, poiché possono fornire lo stesso tipo di appoggio sociale che dà il resto del team. Le persone celibi o divorziate, infatti, sembrano dimostrare maggiore esaurimento emotivo rispetto a quelle sposate. Tuttavia, le relazioni al di fuori del lavoro possono anche imporre richieste e impegni, quindi creano la possibilità di un conflitto di ruolo e tensioni nell'operatore. La qualità della vita extra-lavorativa, in conclusione, influenza la vulnerabilità allo stress e l'abilità nell'affrontarlo quando insorge (Cherniss, 1983).

Come riportato all'inizio del capitolo, anche i fattori storici e culturali possono essere cause di *burnout*. Il funzionamento dei servizi sociosanitari, infatti, è necessariamente influenzato dal contesto sociale. Gli operatori agiscono in un ambiente storico e culturale che ha un forte impatto sia sul pensiero che sulle azioni (Cherniss, 1983).
Con gli anni si è assistito a un declino dell'appartenenza alle comunità e questo elemento ha favorito l'insorgenza del *burnout*, innanzitutto perché il tessuto sociale si è disgregato, andando ad aumentare le turbe psichiche e, di conseguenza, le richieste d'aiuto ai servizi sociosanitari. Queste, insieme allo scomparire dei sostegni informali che funzionavano in passato, provocano sovraccarico e stress per gli operatori che si trovano a dover affrontare sempre più pazienti con maggiori problemi. Inoltre, gli utenti hanno sempre meno fiducia nei servizi sociali ai quali devono ricorrere sempre più spesso. Si crea così una disillusione crescente nei confronti delle istituzioni formali. Negli ultimi decenni è pure maturata la convinzione che il lavoro debba essere qualcosa di più di un mezzo di sostentamento. Esso deve portare all'autorealizzazione, garantendo novità, significato e opportunità di espressione personale. Il *burnout* è quindi anche una manifestazione di questo cambiamento storico, poiché i nuovi valori riguardanti il lavoro hanno aumentato le aspettative e legittimato l'insoddisfazione se questo diventa noioso e perde di autenticità. Infine, il modello medico, come spesso viene rappresentato nell'immaginario collettivo, enfatizza la guarigione e il successo. Tuttavia, le elevate aspettative, soprattutto nei più giovani, vengono spesso disilluse e frustrate poiché i risultati attesi non si verificano sempre come sperato (Cherniss, 1983).

3.2.2 I correlati del *burnout*

Il quadro della sindrome di *burnout* si contraddistingue per tre correlati comportamentali: esaurimento emotivo, cinismo e inefficienza (Castello & Borgia, 2013).
Il primo, ovvero l'esaurimento emotivo, compare dopo un lungo periodo di stress protratto nel tempo. È la prima risposta allo stress causato dalle eccessive richieste sul posto di lavoro. La persona si sente prosciugata, non riesce a recuperare e le mancano le energie (Castello & Borgia, 2013; Mepha, 2014).
L'operatore si sente totalmente sfinito anche dal punto di vista emozionale, senza più forze per ricominciare né una sorgente a cui attingere per recuperarle, quindi percepisce l'incapacità di dare qualcosa agli altri. Ne consegue che, per proteggersi, si sottrarrà al coinvolgimento emotivo e al contatto con le altre persone, isolandosi il più possibile e respingendo ogni tipo di relazione (Rossati & Magro, 1999).
Il distacco psicologico aiuta l'operatore a conservare le proprie energie per affrontare la situazione, anche quando il rapporto utente-operatore non è la maggiore fonte di stress. Questo può essere adattivo per ridurre lo stress, tuttavia, se diventa un atteggiamento predominante, la relazione di aiuto ne risente contro la volontà dell'operatore stesso. Il tentativo di proteggersi, infatti, può mutarsi in fredda indifferenza verso gli altri e verso i loro bisogni, con un disinteresse cinico nei confronti dei loro sentimenti (Cherniss, 1983; Rossati & Magro, 1999).
Il cinismo, ovvero il secondo correlato comportamentale del *burnout*, è visibile quando una persona appare fredda e distaccata nei confronti del lavoro e delle persone che vi incontra, è meno coinvolta emotivamente e potrebbe addirittura rinunciare ai suoi ideali e valori. Questo avviene in quanto si crede di essere più al sicuro adottando un atteggiamento di indifferenza, quando in realtà vengono compromessi il proprio benessere, l'equilibrio psico-fisico e la capacità lavorativa (Castello & Borgia, 2013).
Si crea un'avversione nei confronti delle persone incontrate sul luogo di lavoro e i sentimenti negativi verso gli altri si sviluppano a tal punto da arrivare addirittura ad avere una considerazione negativa verso sé stessi. Gli operatori, di conseguenza, percepiscono che stanno diventando freddi e indifferenti e cominciano a provare sensi di colpa per come trattano gli altri (Mepha, 2014; Rossati & Magro, 1999).
Questo correlato comportamentale del *burnout* è molto invalidante per la professione infermieristica, che vive di relazioni e di apertura verso l'altro. Infatti, la relazione con i pazienti è il fulcro delle attività e ha una grande importanza, sia per l'operatore che per il malato. Lo stress è dunque un elemento che pone spesso un muro tra curanti e pazienti e logora l'operatore, che può arrivare a un distacco passivo, mostrando insofferenza e isolamento, o attivo, che si manifesta con aggressività o cinismo. Il cambiamento comportamentale dell'operatore verso il paziente è perciò un segnale importante che indica il passaggio da una situazione stressante fisiologica, cioè ancora gestibile, a una vera e propria psicopatologia con possibili conseguenze infauste (Venturini, 2000).
È proprio per la dimensione del cinismo (chiamato anche depersonalizzazione) che il *burnout* si differenzia dallo stress lavorativo. Infatti, quest'ultimo presenta unicamente le altre due dimensioni comportamentali (Rossati & Magro, 1999).
L'inefficienza, ovvero il terzo correlato del *burnout*, si verifica quando si perde la fiducia nelle proprie capacità e in sé stessi. Questa si configura come la sensazione che il proprio lavoro sia diventato infruttuoso e inutile (Castello & Borgia, 2013; Mepha, 2014).
I curanti non sono più in grado di garantire un lavoro qualitativo e non riescono a raggiungere gli obiettivi prefissati. La persona, inoltre, inizia a sentirsi inadeguata per il

suo lavoro, depressa e fallita. Alcuni decidono quindi di rivolgersi a psicoterapeuti, altri cambiano lavoro, con un conseguente aumento del tasso di *turnover* (Rossati & Magro, 1999).
Inoltre, la presa di coscienza della diminuita autostima come professionista della salute rinforza e amplifica il processo del *burnout*, rendendolo un circolo vizioso (Zanotti, 2014).
Questi tre correlati comportamentali sono campanelli d'allarme molto importanti e significativi di un profondo malessere. È necessario, quindi, saperli identificare precocemente per poter prendere provvedimenti efficaci affinché il *burnout* venga trattato tempestivamente.

3.2.3 La sindrome di *burnout* nelle cure infermieristiche

Dopo aver descritto che cosa siano lo stress, lo stress lavoro-correlato e il *burnout*, in questo capitolo mi concentrerò sulla presenza della sindrome tra gli infermieri e le conseguenze che essa comporta.
Il *burnout* nei servizi sociosanitari esiste ed è una reazione comune allo stress lavorativo, che riduce la motivazione e l'efficienza di molti operatori, con un impatto negativo sulla qualità di vita lavorativa e personale (Cherniss, 1983).
Negli infermieri si riscontrano livelli maggiori di *burnout* rispetto alle altre professioni sanitarie. Ciò va attribuito anche al fatto che il contatto diretto tra infermieri e pazienti è prolungato ed emotivamente molto intenso, quindi aumenta il rischio di coinvolgimento emotivo, e che solitamente i livelli di soddisfazione sul lavoro sono più bassi. È stato riscontrato, poi, che il livello di insoddisfazione degli infermieri nei reparti acuti è due volte superiore, probabilmente a causa del maggior carico di lavoro e del poco tempo disponibile per relazionarsi ai pazienti (Duzzi, Giovanardi, & Gradellini, 2014).
Inoltre, gli infermieri sono costantemente confrontati con sofferenze e malattie. Il personale che lavora in contesti di emergenza, poi, può trovarsi costretto a far fronte a eventi traumatici. Dall'incontro con questa tipologia di eventi deriva il disturbo post-traumatico da stress (PTSD), che può portare allo sviluppo della sindrome di *burnout*, come vedremo anche in seguito.
Il PTSD è definito come un disturbo psichico causato dall'esposizione a un evento traumatico acuto (Wapperom, 2016).
Un evento traumatico è una situazione così estrema, grave e potente che mette a repentaglio la capacità della persona di farvi fronte, scatenando forti reazioni emotive, cognitive o comportamentali (Adriaenssens, De Gucht, & Maes, 2012).
Il DSM-IV si riferisce al risultante PTSD come a un disturbo d'ansia che ha tre gruppi di sintomi: rivivere l'evento traumatico con paura intensa, incubi e pensieri intrusivi; evitare pensieri ed eventi correlati al trauma; accusare sintomi di agitazione e vigilanza eccessive (American Psychiatric Association [APA], n.d.).
Il PTSD può svilupparsi in tre modi: vivendo l'esperienza diretta di eventi che comportano la morte, lesioni gravi o altre minacce all'integrità fisica; assistendo come testimoni a questi eventi; venendo a conoscenza di simili eventi che sono stati subiti da un membro della famiglia o da una persona cara (Giannantonio, 2005).
Il PTSD, infatti, inizialmente veniva identificato nelle persone che avevano direttamente subito un trauma, come i veterani di guerra e le vittime di abusi. Più recentemente, però, le ricerche hanno dimostrato che questa sindrome può svilupparsi anche nelle persone che testimoniano a eventi traumatici sul posto di lavoro (Laposa, Alden, & Fullerton, 2003).

Le conseguenze psicofisiche dell'esposizione agli eventi traumatici e, quindi, del PTSD sono gravi. Alcune di esse includono incubi, immagini e pensieri ricorrenti, *flashback*, difficoltà nel dormire, irritabilità, depressione, perdita di interesse nella vita quotidiana e di speranza nel futuro, amnesia, rabbia, perdita di concentrazione, irrequietezza e, addirittura, *burnout* (Adriaenssens et al., 2012).
Dopo aver elencato alcune peculiarità del lavoro infermieristico e le conseguenze degli eventi traumatici in termini di PTSD e *burnout*, è necessario considerare gli effetti negativi che quest'ultima condizione comporta sul lavoro infermieristico.
La sindrome di *burnout* negli infermieri, infatti, può portare alla diminuzione della qualità delle cure prestate, all'aumentato assenteismo e all'elevato *turnover* (O'Mahony, 2011; Poncet et al., 2006).
In uno studio pubblicato nel 2013 e svolto in dieci paesi europei, il 9% degli infermieri riferiva di essere intenzionato a lasciare il proprio lavoro a causa della scarsa soddisfazione che traeva da esso. Un importante fattore determinante per la decisione era proprio il *burnout*. Le percentuali degli infermieri in cui esso è stato riscontrato è elevata in molti paesi: 42% in Inghilterra, 41% in Irlanda, 40% in Polonia, 30% in Germania, 29% in Spagna, 25% in Belgio, 24% in Norvegia, 22% in Finlandia, 15% in Svizzera e 10% in Olanda (Heinen et al., 2013).
Il *burnout*, inoltre, incide pesantemente sulla qualità delle cure e del trattamento fornita agli utenti. Quando l'operatore perde l'entusiasmo e il senso della sua missione declina anche la sua efficienza (Cherniss, 1983).
Uno studio svizzero pubblicato nel 2014 svolto su 1425 infermieri e medici di Cure Intensive in 48 diversi ospedali ha dimostrato che c'è una correlazione tra il *burnout*, la sicurezza del paziente e il rischio di mortalità delle persone ricoverate (Lyndony, 2016).
È stata anche indagata la prevalenza delle infezioni correlata alla presenza di *burnout* tra gli infermieri degli ospedali americani. Ne è risultata una correlazione positiva tra questo e le infezioni delle vie urinarie e del sito chirurgico. Negli ospedali dove si cercava di ridurre il fenomeno del *burnout* diminuivano le infezioni, con un risparmio anche per quanto concerne i costi (Cimiotti, Aiken, Sloane, & Wu, 2012).
Il *burnout*, inoltre, influenza significativamente il grado di soddisfazione dei pazienti rispetto alle cure che ricevono. Più i correlati del *burnout* sono presenti, ovvero l'esaurimento emotivo, il cinismo e l'inefficienza, minore sarà la soddisfazione del paziente in merito alle cure ricevute (Vahey, Aiken, Sloane, Clarke, & Vargas, 2010).
Oltre a queste conseguenze, il *burnout* ha effetti fisici, psicologici e sociali sulla persona che ne è colpita.
Tra i sintomi fisici rientrano i disturbi muscoloscheletrici, i disturbi del sonno (insonnia, incubi), notevole affaticamento dopo il lavoro, senso di stanchezza ed esaurimento tutto il giorno, frequenti raffreddori e influenze, frequenti cefalee e affezioni gastrointestinali, tachicardia e inappetenza (Cherniss, 1983; Mepha, 2014; Rossati & Magro, 1999).
Inoltre, è stata scoperta anche una correlazione tra *burnout* e obesità, consumo di droghe e di alcol (Adriaenssens et al., 2014).
Tra i sintomi psichici sono frequenti l'esaurimento mentale, l'umore instabile, la riluttanza ad andare al lavoro ogni giorno, la sensazione di fallimento e la scarsa autostima, il senso di colpa, il negativismo, lo scoraggiamento, l'indifferenza, l'incapacità di concentrazione, il cinismo, l'ansia, la resistenza al cambiamento, il sospetto, la paranoia, l'irrequietezza e la rabbia (Cherniss, 1983; Mepha, 2014; Rossati & Magro, 1999).
Tra i sintomi sociali e lavorativi si riscontrano isolamento e ritiro, evitamento delle discussioni sul posto di lavoro con i colleghi, alto assenteismo, preferenza per

procedure altamente standardizzate e conflitti coniugali e familiari (Cherniss, 1983; Mepha, 2014; Rossati & Magro, 1999).
Oltre ai diretti interessati, infatti, anche le persone che circondano le vittime soffrono di questa situazione, in quanto le relazioni sociali e familiari vengono compromesse, poiché la persona si isola (Mepha, 2014).
Dal *Deutsches Zentrum für individualisierte Prävention und Leistungsverbesserung* (n.d.) sono stati individuati diversi comportamenti che possono essere colti come segnali d'allarme se ci sono condizioni preesistenti che fanno pensare al *burnout*. Tra questi rientrano: incapacità di staccare la spina, trascurare le relazioni, rinunciare agli hobby e allo sport, consumare farmaci o alcolici (per calmarsi, ma anche per coprire i sintomi), tendenza alla fuga, aumentato tabagismo, alimentazione sregolata, comportamento ipercritico e altezzoso, aggressività e digrignamento dei denti nel sonno.
Da questi dati possiamo comprendere come il *burnout* sia una sindrome che compromette ogni sfera della persona, con conseguenze infauste anche per chi le sta attorno, siano essi membri della famiglia, siano essi i pazienti che ricevono le cure o gli altri membri dell'équipe curante.

3.3 Descrizione del Pronto Soccorso

Nel presente capitolo descriverò brevemente le peculiarità del Pronto Soccorso, elencandone i punti salienti e più caratteristici e le capacità necessarie per lavorare in questo reparto. La descrizione non sarà molto approfondita, poiché le condizioni stressanti e quindi i potenziali fattori di rischio di *burnout* per gli infermieri saranno analizzati in seguito.
Il servizio di Pronto Soccorso ha come compito principale l'accoglienza 24 ore su 24 dei pazienti che vi si recano per un'urgenza medica o chirurgica (Ente Ospedaliero Cantonale [EOC], n.d.).
In Pronto Soccorso la varietà di patologie e condizioni mediche riscontrabile è molto ampia e tra queste rientrano, ad esempio, incidenti stradali, fratture, ustioni, problemi cardiocircolatori, problemi respiratori, problemi addominali, emorragie, alterazione dello stato di coscienza, patologie psichiatriche, overdose, avvelenamenti, violenze e reazioni allergiche (Sutton, n.d.).
In questo reparto, inoltre, vengono eseguiti quotidianamente piccoli interventi ambulatoriali realizzati dai chirurghi. In Pronto Soccorso possono essere effettuati anche gesti medico-tecnici che non sono possibili nei vari reparti di degenza (ad esempio i drenaggi toracici e le punzioni diagnostiche). Infine, questo reparto fa da supporto medico-tecnico specialistico per i pazienti ricoverati in ospedale qualora presentino patologie acute necessitanti un monitoraggio intensivo momentaneo o una stabilizzazione della loro situazione prima di poter essere trasferiti in Cure Intensive o verso altri ospedali o centri di cura (EOC, n.d.).
Una volta che il paziente è giunto in Pronto Soccorso, il primo punto di smistamento è il *triage*, dove l'infermiere verifica le condizioni e stabilisce la gravità, quindi il livello di priorità. Vengono rilevati i parametri vitali del paziente e viene eseguita una prima anamnesi. In seguito la persona viene fatta accomodare nel box, dove si raccolgono ulteriori dati e si rilevano nuovamente i parametri, eventualmente monitorandola di continuo, qualora le condizioni lo richiedano. Successivamente arriva il medico, che comincia a svolgere e a predisporre gli esami diagnostici necessari. Una volta

identificata la causa della problematica che ha spinto il paziente a recarsi in Pronto Soccorso si procede al trattamento per curarla (Sutton, n.d.).
Spesso i pazienti giungono in condizioni instabili, per cui è necessario un trattamento repentino. Talvolta possono arrivare incoscienti e informazioni come l'anamnesi medica, le allergie e il gruppo sanguigno possono essere sconosciute. Gli operatori di questo reparto devono quindi saper lavorare in modo veloce ed efficace pure senza questi preziosi dati (Emergency Nurses Association [ENA], n.d.).
Un infermiere che lavora in Pronto Soccorso deve anche avere una buona capacità di osservazione e di scelta delle priorità, deve essere *multitasking*, flessibile sotto pressione e capace di passare da un paziente all'altro con un rapido adattamento, individuando in fretta i cambiamenti delle condizioni. Inoltre, è necessario saper mantenere la calma in un ambiente frenetico. È poi fondamentale che l'infermiere abbia buone strategie di *coping* e capacità comunicative con il paziente, la famiglia e il team multiprofessionale. Infatti, è spesso necessario intermediare tra medico e paziente e tra medico e familiari, spiegando quanto viene fatto e perché, per tranquillizzare e dare informazioni chiare ed accessibili (ENA, n.d.).
Gli infermieri di Pronto Soccorso che hanno una forte resistenza allo stress e resilienza, un elevato livello di autonomia di ruolo e indipendenza, l'abilità di essere veloci e di adattarsi alla situazione che cambia, la capacità di mantenere la calma in mezzo al caos e che sono *multitasking* possono quindi reagire meglio al carico di lavoro di questo reparto e, di conseguenza, anche agli eventi traumatici con cui vengono quotidianamente confrontati (Adriaenssens et al., 2012).

4. DOMANDA DI RICERCA

Tramite la letteratura consultata cercherò di rispondere al seguente quesito, ovvero se il lavoro degli infermieri di Pronto Soccorso è contraddistinto da fattori di rischio per lo sviluppo del *burnout* e quali essi siano.
Cercherò di individuarne il motivo, ad esempio esponendo le peculiarità del Pronto Soccorso e della vita lavorativa in questo reparto che potrebbero predisporre allo sviluppo della sindrome del *burnout*.
Infine ricercherò in letteratura se esistono strategie di prevenzione e di gestione dello stress lavoro-correlato che, come detto precedentemente, possono predisporre al *burnout*.

5. OBIETTIVI DEL LAVORO DI TESI

L'obiettivo di questo lavoro è ricercare articoli presenti in letteratura che permettano di rispondere alla domanda di ricerca, identificando, quindi, quali sono i fattori di rischio di *burnout* per gli infermieri di Pronto Soccorso.
Inoltre, tramite gli articoli consultati, ricercherò quali siano le strategie di prevenzione e gestione della sindrome di *burnout* in questo reparto di emergenza, come esse siano attuabili e da parte di chi, indagando se anche gli infermieri stessi possano agire direttamente per difendersi dall'eventuale sviluppo di tale sindrome. Questo intervento può avvenire conoscendo i fattori di rischio, le manifestazioni e le possibili conseguenze, prendendone consapevolezza per attivarsi in tempo.
Inoltre, come definito dalle direttive concernenti il Lavoro di Tesi redatte dalla SUPSI (2016), l'elaborazione di questo scritto persegue anche i seguenti scopi:

- un obiettivo scientifico, culturale e sociale, che consenta di individuare prospettive ed elaborare proposte significative per la pratica, basandomi sulla letteratura consultata;
- un obiettivo di formazione personale teorica, che permetta la conoscenza dello stato dell'arte e della ricerca in merito a una problematica concreta;
- un obiettivo di formazione personale metodologica, che include la comprensione e l'analisi del tema da me scelto, la capacità riflessiva e di argomentazione riguardo a problematiche concernenti la mia futura attività professionale.

6. METODOLOGIA DI LAVORO

Per rispondere alla domanda di ricerca che mi sono posta ho utilizzato, come metodologia, la revisione della letteratura. Questa permette di approfondire il tema scelto e le diverse sfaccettature per mezzo di solide basi scientifiche, poiché tramite gli articoli si ottiene una visione ampia riguardante il fenomeno individuato.
Inoltre, nella scelta di tale metodologia è emerso che il tema dello stress e del *burnout* è molto attuale e sempre più trattato. Infatti, la quantità di articoli pervenuti e individuati sulle banche dati era molto vasta e offriva quindi una buona base di partenza per sviluppare questo lavoro.

6.1 La revisione della letteratura

La revisione della letteratura, che è una metodologia di ricerca scientifica, consiste in una sintesi critica di diversi lavori pubblicati riguardo a uno specifico argomento (Saiani & Brugnolli, 2010).
Questa svolge l'importante funzione di aggiornare il lettore su un determinato tema e permette di creare solide fondamenta per l'avanzamento delle conoscenze. Consente altresì di identificare eventuali lacune in merito all'argomento scelto e le questioni irrisolte (Fabiani, 2015; Webster & Watson, 2002).
Serve, quindi, a esplorare la ricerca esistente e fornire una solida base di conoscenza per la conduzione di uno studio (Aveyard, 2007).
Nel campo sanitario ha un ruolo fondamentale, poiché offre una revisione critica basata sulle evidenze scientifiche più recenti e aggiornate in merito a un dato argomento (Fabiani, 2015).
Ci sono diversi motivi che spingono le persone e, soprattutto, gli studenti a intraprendere una metodologia di lavoro di questo tipo rispetto ad altre procedure di ricerca, molto più dispendiose in termini di tempo, innanzitutto, perché le commissioni etiche e le procedure governative locali impongono criteri sempre più rigorosi nell'accettare i progetti di ricerca da parte degli studenti e approvarli. Inoltre, nell'ambito sanitario e delle cure le revisioni hanno sempre maggiore importanza in quanto le linee guida della pratica professionale, che confluiscono nell'*Evidence Based Practice*, vengono solitamente redatte sulle basi delle conoscenze scientifiche preesistenti assimilate grazie alle revisioni. La revisione è quindi utile quando si considerano le implicazioni delle scoperte per formulare raccomandazioni per la pratica, l'educazione e la ricerca futura (Aveyard, 2007).
La revisione, come già accennato, offre una visione d'insieme della ricerca ottenuta dalla letteratura già disponibile. È necessario, infatti, prendere visione completa di un argomento, per poterne apprezzare l'intera rappresentazione. Consultando il materiale

a disposizione in modo complessivo possono essere sviluppate conoscenze che non sarebbero emerse se gli articoli fossero stati considerati singolarmente (Aveyard, 2007).
La stesura di una revisione comprende diverse tappe, suddivisibili in tre fasi:

1) preparazione di una revisione della letteratura. Qui è necessario scegliere l'argomento e formulare il quesito, identificare gli articoli da includere (e da escludere), organizzare gli articoli inclusi (con tavole riassuntive) e selezionare la modalità di citazione;
2) redigere la revisione. In questa fase si tratta di scrivere l'introduzione, la parte centrale, le conclusioni, scegliere il titolo e gestire le citazioni;
3) controllo e rilettura della revisione. Qui si rileggono i contenuti e ci si occupa di scrivere la revisione con uno stile adatto (Saiani & Brugnolli, 2010).

Per quanto concerne la prima fase, spesso la cernita degli articoli è il passo più difficile. Inoltre, è importante definire un argomento in modo chiaro e, all'interno di esso, delimitare il problema di studio con precisione, per formulare un quesito appropriato e scegliere i giusti articoli. Nella seconda fase, per selezionare gli articoli scientifici reperiti, è importante definirne i criteri di inclusione ed esclusione, ad esempio la data di pubblicazione, l'argomento principale dell'articolo, il disegno di ricerca e le caratteristiche delle persone coinvolte (tra cui età, genere, professione e livello di formazione). Per organizzare gli articoli scelti, poi, si possono raccogliere le informazioni tramite una tavola riassuntiva, denominata anche "tavola di estrazione dei dati". Le tavole aiutano ad avere una visione riassuntiva e globale di una grande quantità di informazioni ed elencano solitamente le seguenti informazioni:

- informazioni generali: referenze (autore, titolo dell'articolo, giornale o altra sede di pubblicazione, anno di pubblicazione, paese dove è stato svolto lo studio);
- caratteristiche dello studio: obiettivo, disegno di ricerca, criteri di inclusione ed esclusione;
- caratteristiche dei partecipanti: età media, genere, comorbidità, professione;
- intervento e *setting*: contesto e analisi degli interventi effettuati;
- esiti misurati: definizione degli esiti e degli strumenti usati per misurarli;
- risultati: estrapolazione di quelli principali (Saiani & Brugnolli, 2010).

Nella seconda fase, cioè quella di scrittura della revisione, è necessario elencare e sottolineare quali siano gli studi importanti e dichiarare perché lo sono. La revisione, poi, dovrebbe essere conclusa con una sintesi dell'attuale stato di conoscenza dell'argomento scelto, esplicitando anche se ci sono zone in cui, nella ricerca, mancano alcuni elementi. Le conclusioni, inoltre, dovrebbero includere le implicazioni per la pratica professionale (Saiani & Brugnolli, 2010).

6.2 Strategia di ricerca

Prima di iniziare la ricerca è stato consultato l'archivio dei precedenti lavori di Bachelor in Cure Infermieristiche alla SUPSI con lo scopo di individuare se, negli anni precedenti, fossero stati svolti altri studi volti a indagare i fattori di rischio di *burnout* per gli infermieri di Pronto Soccorso. Dal momento che questa tematica non era ancora stata trattata, ho intrapreso la revisione della letteratura sull'argomento da me scelto.
Le banche dati consultate per la ricerca degli articoli e la redazione del lavoro sono:

- *PubMed*
- *Cochrane*
- *EBSCO*
- *Wiley / Blackwell*

• *Science Direct (Elsevier)*
• *Nebis*.
I termini di ricerca utilizzati per ottenere il materiale nelle banche dati sono:
• *burnout*
• *work stress*
• *stress*
correlati ai termini:
• *emergency nurses*
• *emergency room*
• *emergency department*
• *emergency department staff*.
I termini di ricerca sono stati combinati tra loro tramite l'operatore booleano "*AND*". Tuttavia, si è reso necessario utilizzare anche il "*NOT*", combinato alla parola "*patient*", poiché in diversi articoli veniva considerato il tema dello stress per il paziente ricoverato in Pronto Soccorso.
Per reperire ulteriori studi è stata consultata anche la bibliografia degli articoli già ottenuti, al fine di identificare ulteriori scritti adatti al tema.
Infine, nelle banche dati ho usato spesso la funzione "*similar articles*", che permette di trovare studi simili a quello che si sta leggendo.
Per la scelta degli articoli mi sono dapprima basata sul titolo dello studio e sul suo *abstract*, tenendo in considerazione i criteri di inclusione che vedremo nel capitolo seguente. Se questi erano soddisfatti, l'articolo veniva letto completamente e, se considerato idoneo, preso in considerazione.
Per facilitarmi l'analisi dei testi, come suggerito anche dalla letteratura, ho redatto due tabelle, mostrate nell'allegato 13.2 (pagina 52), che contenessero i seguenti dati per ogni articolo letto: titolo, autori, anno, risultati ottenuti e tematiche trattate, scopo dello studio e metodologia, comprendente anche la popolazione. I limiti sono stati inseriti solo per la tabella riguardante gli studi longitudinali.
Così è stato più semplice individuare quali testi rientrassero tra i criteri di inclusione e quali, invece, fosse necessario escludere. Inoltre, il procedimento di stesura della tabella mi ha aiutata a raggruppare gli articoli in funzione della tematica e dei risultati ottenuti, affinché nel capitolo di discussione fosse più facile avere un ordine.
Inoltre, per ogni articolo, ho stilato una scheda riassuntiva in cui fossero presenti gli stessi dati contenuti nella tabella, con un breve riassunto del testo che elencasse i risultati, affinché fosse più facile avere una visione d'insieme dei temi trattati.

6.3 Criteri di inclusione e popolazione

Per quanto concerne la popolazione di riferimento, mi sono concentrata unicamente sugli studi che si focalizzavano sul vissuto degli infermieri di Pronto Soccorso.
I criteri di inclusione, quindi, sono:

a) testi che appartengono agli ultimi vent'anni;
b) studi di coorte (qualitativi) e studi quantitativi;
c) studi e testi riguardanti gli infermieri che lavorano in Pronto Soccorso
d) condizione di *burnout*.

Per quanto concerne il primo criterio di inclusione, nella scelta degli articoli ho deciso di escludere quelli che risalgono a più di vent'anni fa per garantire una letteratura di riferimento piuttosto attuale e aggiornata. Il meno recente, infatti, risale al 1999.

Il secondo criterio si riferisce alle due tipologie di studi considerati per la redazione di questo lavoro. La prima consiste negli studi di coorte (anche denominati studi longitudinali), che appartengono alla metodologia qualitativa e sono scientificamente ritenuti i più adatti a indagare i fattori di rischio. Infatti, consentono una comprensione migliore del processo causale (Adriaenssens, De Gucht, & Maes, 2013).
Questi studi si occupano di osservare un gruppo di soggetti per un periodo di tempo determinato. Inoltre, sono i più indicati per determinare valutazioni epidemiologiche, ad esempio i tassi di incidenza e quelli di mortalità. In questi studi il gruppo di soggetti esposti a fattori di rischio viene seguito nel tempo per valutare l'incidenza di un fenomeno (Barazzoni & Ghirlanda, 2003).
Gli studi di coorte si collocano in una cornice temporale per determinare la causalità, quindi hanno l'evidenza scientifica più forte. Possono essere prospettici, ovvero indagare un fenomeno dal presente al futuro, o retrospettivi, cioè esaminano il passato in merito a determinati risultati medici (Song & Chung, 2011).
L'altra tipologia di testi da me scelta consiste negli studi quantitativi, che verranno utilizzati per avvalorare o smentire quanto esposto da quelli longitudinali.
Questa tipologia permette di ottenere dati precisi e oggettivi tramite strumenti standardizzati come i questionari, le interviste strutturate o le scale (Corbetta, 2014).
La ricerca quantitativa, quindi, si occupa di quantificare e calcolare le informazioni rilevate tramite un approccio empirico che consiste nel misurare l'oggetto di studio per ottenere conclusioni precise e dettagliate. Affinché questo avvenga si cerca di limitare al massimo le possibili influenze delle situazioni esterne tramite un disegno di ricerca rigidamente strutturato e chiuso, che rischia di generalizzare il risultato ottenuto e, a causa della operativizzazione in variabili dei concetti, comporta la riduzione e l'impoverimento del concetto stesso. Da questo tipo di ricerca, però, derivano dati oggettivi che possono essere riproducibili (Corbetta, 2014; Fiore, 2016).
Se nella ricerca qualitativa l'obiettivo principale è fornire una descrizione dettagliata del fenomeno che si osserva e dell'ipotesi della ricerca, in quella quantitativa ci si concentra maggiormente sulla classificazione e sul conteggio, così come sulla costruzione di modelli statistici per spiegare ciò che si osserva (Fiore, 2016).
Lo scopo della ricerca quantitativa è, dunque, solitamente conciso e riduzionistico, con la conseguenza di suddividere l'intero in piccole parti da esaminare. Per contro, l'obiettivo della ricerca qualitativa è solitamente più ampio e lo scopo è dare significato al tutto, con una visione più olistica del fenomeno (Grove, Burns, & Gray, 2012).
Ho scelto di includere in questo lavoro entrambe le tipologie di ricerca, ossia quella qualitativa e quella quantitativa, per porre maggiormente l'accento sulle variabili che influenzano l'area tematica di mio interesse e per misurarne l'entità. Inoltre i questionari, nonostante siano strumenti standardizzati, offrono uno spaccato della realtà che si vuole indagare. Ho ritenuto quindi prezioso conoscere le risposte date dal personale infermieristico di Pronto Soccorso riguardo alle diverse situazioni che, a lungo termine, potrebbero portare allo sviluppo del *burnout*.
Tuttavia, ammetto di aver riscontrato molte difficoltà nel reperire studi di coorte che si riferissero agli operatori di Pronto Soccorso in modo specifico. Utilizzando i termini di ricerca "*cohort study*" o "*longitudinal study*", correlati a "*burnout*" o "*stress*", correlati a "*emergency nurses*", "*emergency nursing*" o "*emergency department*", infatti, ho reperito unicamente un articolo. Questo, che ho utilizzato per la stesura del lavoro, rimandava a un ulteriore testo riguardante il tema di mio interesse, ma riferito agli operatori delle ambulanze. Poiché gli elementi descritti erano simili a quelli per gli infermieri di Pronto Soccorso, ho quindi deciso di considerare ugualmente l'articolo.

Nonostante questa difficoltà, tutti gli altri studi hanno come popolazione di riferimento gli infermieri di Pronto Soccorso, come stabilito dal terzo criterio di inclusione.
Infine, per quanto concerne l'ultimo criterio di inclusione, la condizione di *burnout* è l'area di mio interesse, dunque sono stati selezionati gli articoli che considerano questo fenomeno e i fattori di rischio predisponenti.
La mia ricerca si è inizialmente conclusa con l'ottenimento di 27 articoli, che ho letto e analizzato. Di questi, tuttavia, ne ho esclusi alcuni, in quanto non rientravano nei criteri di inclusione appena elencati. Uno studio quantitativo, infatti, si concentrava sugli infermieri che lavoravano in un ospedale universitario in Turchia, ma non erano di Pronto Soccorso. Altri testi, inoltre, non presentavano i risultati dello studio quantitativo svolto, in quanto ancora in fase di elaborazione. Infine, ho escluso due articoli poiché erano revisioni della letteratura e quindi non consentivano un'indagine sui fattori di rischio di *burnout* come gli studi di coorte. Nonostante abbia escluso tutti questi articoli, li ho talvolta citati nella stesura del quadro teorico di riferimento, dato che fornivano comunque preziose informazioni sulla tematica da me scelta.

Negli articoli di studi quantitativi gli infermieri osservati, ovvero la popolazione, appartengono ai Pronto Soccorso di diversi ospedali e nazioni: 42 servizi in Emilia Romagna, 15 ospedali fiamminghi, tre ospedali della California, tre ospedali in Irlanda, diversi ospedali negli Stati Uniti, un ospedale canadese, un altro ospedale in Irlanda, un ospedale australiano, 19 ospedali di Taiwan, tre ospedali di Singapore, tre ospedali universitari e 15 ospedali non universitari coreani, un ospedale di Chieti, un ospedale di Istanbul, un ospedale in Egitto e tre ospedali iraniani.
La popolazione dei due studi longitudinali è composta dagli infermieri di 15 Pronto Soccorso in Belgio per il primo testo e dai soccorritori di dieci servizi di ambulanza olandesi.

6.4 Variabili

Negli articoli reperiti sono state ricercate diverse variabili che rappresentano potenziali fattori di rischio di sviluppo di *burnout*.
Alcuni articoli si sono concentrati sulle caratteristiche del Pronto Soccorso, quindi sui fattori correlati al lavoro.
In Pronto Soccorso gli infermieri si confrontano giornalmente e in modo cronico con eventi traumatici di diverso tipo ed entità, spesso molto gravi e pericolosi per la vita del paziente. Numerosi articoli hanno analizzato questi eventi, stilando una lista di quali siano considerati i più traumatici e, alla lunga, capaci di portare allo sviluppo della sindrome di *burnout*.
Questi eventi possono provocare anche altri disturbi, frequentemente riscontrati parallelamente al *burnout*, come il disturbo post-traumatico da stress, lo stress traumatico secondario e la *Compassion Fatigue*, che verranno descritti in seguito.
Altre caratteristiche indagate correlate al lavoro sono, ad esempio, gli aspetti organizzativi, le richieste lavorative, l'autonomia decisionale e il controllo percepito, la considerazione per il proprio ruolo, il livello di soddisfazione per il lavoro e di coinvolgimento, le risorse disponibili e la carenza di esse, la remunerazione finanziaria, la turnistica, la collaborazione con l'équipe, la *leadership* in termini di organizzazione e qualità, le dinamiche all'interno dello staff e il *turnover*.
Sono state considerate, inoltre, le caratteristiche individuali degli infermieri di Pronto Soccorso, per determinare se alcune di esse possano essere ritenute potenziali fattori

di rischio per lo sviluppo di *burnout*. Al personale è stato quindi richiesto di riferire le proprie caratteristiche sociodemografiche (età, genere, stato civile, livello di scolarizzazione), personali (caratteriali), gli anni di servizio, le ore di lavoro settimanali e le strategie di *coping*.
Sono stati anche indagati i correlati fisici, psicologici e comportamentali del *burnout* che, come abbiamo detto in precedenza, colpisce tutte le sfere della persona. Tra essi rientrano, ad esempio, i disturbi muscoloscheletrici, la maggiore predisposizione a malattie e infezioni e la *Compassion Fatigue*.
Infine, è stato ricercato se la prevenzione possa ridurre l'incidenza dello sviluppo di *burnout* e l'importanza di interventi di *debriefing* e gestione da parte dei propri superiori dopo l'esposizione a eventi traumatici per prevenire l'insorgenza di questa condizione dannosa e invalidante. Inoltre, sono state elencate le caratteristiche di fattori protettivi come il supporto sociale e le strategie di *coping* più adatte.

7. RISULTATI

7.1 Descrizione degli articoli

Per l'analisi dei risultati di questo lavoro sono stati considerati 16 articoli dei 27 pervenuti inizialmente. Il diagramma di flusso qui presentato riassume il processo di selezione degli studi reperiti.

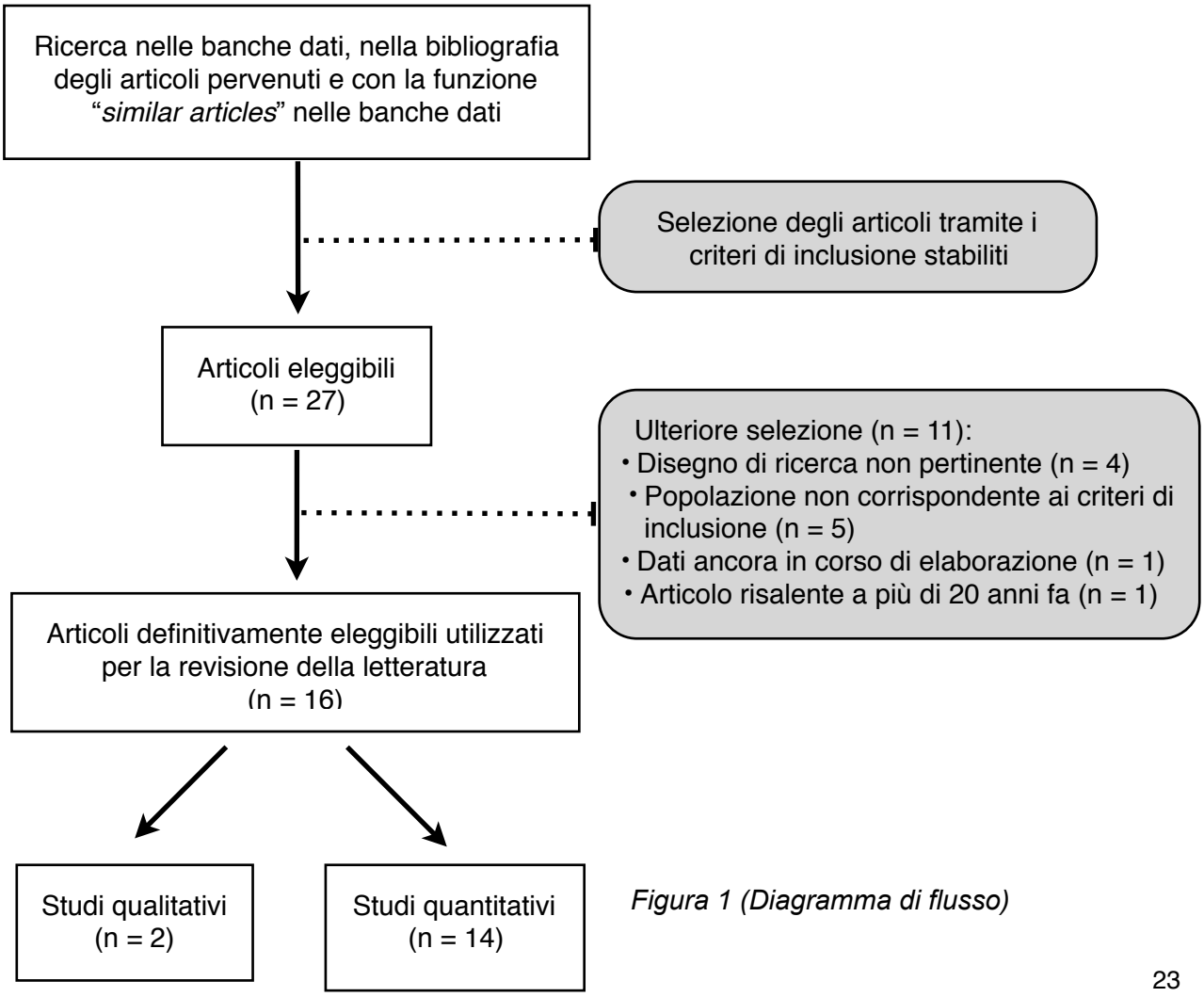

Figura 1 (Diagramma di flusso)

Dei 16 articoli ritenuti definitivamente eleggibili per la revisione della letteratura, come mostrato anche nel diagramma di flusso, due sono studi di coorte, quindi qualitativi, scientificamente più adatti per identificare i fattori di rischio.
Gli altri 14, invece, sono studi quantitativi, per i quali sono stati utilizzati strumenti standardizzati come questionari e scale per rilevare i dati e interviste per ottenere le caratteristiche sociodemografiche. Tra questi, otto sono studi descrittivi (Bartolini et al., 1999; Browning et al., 2007; Gholamzadeh et al., 2011; Healy & Tyrrell, 2011; Hunsaker et al., 2014; Jung et al., 2014; Laposa et al., 2003; O'Mahony, 2011), tre sono studi trasversali (*cross-sectional*) (Adriaenssens et al., 2012; Hu et al., 2010; Yang et al., 2002), uno è esplorativo comparativo (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009), uno è trasversale descrittivo (Ross-Adjie et al., 2007) e uno trasversale analitico (Sorour & El-Maksoud, 2012).
Per quanto concerne le date di pubblicazione, l'articolo meno recente risale al 1999 e non è stato escluso in quanto l'appartenenza degli studi agli ultimi vent'anni è un criterio di inclusione. Gli articoli più recenti, invece, sono del 2014. Il *range* tra le date di pubblicazione è di 15 anni.
Le Nazioni in cui sono stati svolti gli studi sono: Australia, Canada, Corea, Egitto, Iran, Irlanda, Italia, Olanda, Singapore, Stati Uniti, Taiwan e Turchia.
Tutti gli articoli ritenuti eleggibili per la redazione di questa revisione della letteratura sono scritti in lingua inglese, tranne uno, che è in italiano.

7.2 Dati rilevati

Leggendo gli articoli riguardanti i fattori di rischio di *burnout* in Pronto Soccorso è emerso che in questo reparto le cause che possono portare a tale condizione invalidante sono diverse. Nel presente capitolo elencherò quindi quali di esse siano state identificate nei due studi longitudinali.
Come accennato nel sottocapitolo 6.3, riguardante i criteri di inclusione e la popolazione, ho riscontrato alcune difficoltà nel reperire studi longitudinali riguardanti i fattori di rischio di *burnout* riferiti al Pronto Soccorso. Dopo averne trovato solo uno, quindi, ho deciso di allargare il campo di ricerca all'ambito preospedaliero, ovvero quello delle ambulanze, poiché ci sono diverse similitudini tra i due settori.
Infatti, nello studio longitudinale svolto in Pronto Soccorso da me reperito, viene affermato che tale tipologia di studi concernente questo reparto è pressoché inesistente.
Nell'articolo, Adriaenssens et al. (2013) affermano che di 45 studi pubblicati negli ultimi 15 anni riguardanti lo stress lavorativo degli infermieri di Pronto Soccorso, solo uno è di tipo longitudinale.
Per quanto concerne le similitudini tra i due settori, sia in Pronto Soccorso che in ambulanza i curanti sono confrontati con situazioni dove la persona è talvolta in pericolo di vita e ha bisogno di cure mediche repentine. Spesso, poi, in Pronto Soccorso giungono pazienti che sono stati precedentemente stabilizzati dai colleghi delle ambulanze e che, quindi, necessitano della continuazione delle cure in un ambiente più fornito di materiali, personale e strumenti. La tipologia di pazienti, dunque, è la stessa e l'impatto fisico, psicologico ed emotivo derivante dal prendersi cura di queste persone è simile. Tuttavia, è importante fare una distinzione, in quanto ci sono differenze notevoli nel contesto di presa a carico. Innanzitutto, il *setting* dove il paziente viene soccorso è spesso poco favorevole e scomodo, talvolta anche pericoloso, a differenza del Pronto Soccorso. Inoltre, il personale delle ambulanze è sicuramente ben fornito di mezzi e

materiali per prestare le prime cure e far fronte alla situazione critica, ma un reparto in ospedale offre più comfort anche sotto questo aspetto. Infine, sull'ambulanza si è meno agiati nello svolgere il lavoro, in quanto bisogna adoperarsi su un veicolo in movimento e in spazi stretti, differentemente da quanto avviene in Pronto Soccorso, dove ci si sente più tutelati anche da questo punto di vista.
Va anche sottolineato, inoltre, che la formazione per diventare infermiere di Pronto Soccorso e per soccorritore in Svizzera si svolge su due percorsi diversi, nonostante numerose similitudini. Per la prima, infatti, dopo la laurea o il diploma come infermiere serve una specializzazione. Per essere soccorritori, invece, si ottiene un diploma specifico dopo tre anni. Lo studio longitudinale citato in questo lavoro è stato svolto in Olanda, ma non viene esplicitato se anche lì vi siano due percorsi di studio distinti.
Consultando Internet emerge che presumibilmente, anche nei Paesi Bassi, i due percorsi formativi siano diversi (Academie voor Ambulancezorg, n.d.; Erasmus Universitair Medisch Centrum Rotterdam, n.d.).

7.3. Le cause di *burnout* in Pronto Soccorso

Tramite la consultazione della letteratura ottenuta sono state ricercate le possibili cause di *burnout* per gli infermieri di Pronto Soccorso. Al fine di individuarle sono stati presi in considerazione due studi longitudinali: uno svolto sugli infermieri di Pronto Soccorso, un altro sui soccorritori delle ambulanze in quanto, come spiegato precedentemente, mi sono trovata costretta ad allargare il campo di ricerca all'ambito preospedaliero.
Ho deciso di suddividere in due tipologie gli elementi stressogeni (quindi potenziali cause di *burnout*) rilevati. Nei seguenti capitoli, infatti, mi concentrerò dapprima su quelli acuti, tipici del lavoro nell'ambito delle emergenze. Nel capitolo successivo mi occuperò di descrivere gli *stressor* cronici che, come vedremo, possono causare conseguenze avverse sullo stato psicofisico degli infermieri come quelli acuti.

7.3.1 *Stressor* acuti

Coloro che lavorano nelle professioni dette a medio o alto rischio, come i pompieri e gli operatori dell'emergenza (quindi gli infermieri di Pronto Soccorso o i soccorritori delle ambulanze), sono costantemente confrontati con *stressor* acuti ed eventi critici, potenzialmente traumatici. Questi professionisti, ad esempio, possono essere ripetutamente esposti a incidenti gravi, alla morte e alla sofferenza. Inoltre, possono essere coinvolti in situazioni imprevedibili e pericolose, in cui anche la loro vita viene messa in pericolo (van der Ploeg & Kleber, 2003).
In Pronto Soccorso, inoltre, le condizioni sia ambientali che del paziente sono spesso in costante cambiamento, frenetiche e imprevedibili (Adriaenssens et al., 2013).
Infine, l'esposizione ripetitiva e frequente ai traumi, come succede a questi professionisti, è potenzialmente cumulativa (van der Ploeg & Kleber, 2003).
Nonostante questi *stressor* acuti possano causare sintomi che spesso regrediscono con il tempo, alcuni di essi rischiano di perdurare mesi o addirittura anni, coinvolgendo negativamente tutte le sfere della vita della persona e affliggendo il suo benessere con gravi conseguenze come disturbi psicologici seri. La somma di tutti gli elementi tipici caratterizzanti l'ambito delle emergenze, infatti, può portare a elevati livelli di *burnout* e a conseguenze come il disturbo post-traumatico da stress e l'affaticamento cronico (Adriaenssens et al., 2013; van der Ploeg & Kleber, 2003).

Da uno studio di coorte condotto sui soccorritori di dieci servizi regionali di ambulanze olandesi per indagare le conseguenze sulla salute degli *stressor* sia acuti che cronici in termini di *burnout*, affaticamento cronico e *distress*, è emerso che, per quanto concerne gli elementi stressogeni acuti, l'85% di tutti gli operatori aveva vissuto uno o più eventi traumatici negli ultimi cinque anni, tra cui la morte di un bambino, le emergenze mediche, grandi incidenti con feriti gravi, violenze, minacce e suicidi. Addirittura quasi la metà dei partecipanti (45%) aveva vissuto quattro o più eventi di questo tipo negli ultimi cinque anni (van der Ploeg & Kleber, 2003).
Dallo studio è emerso che il derivante *distress* post-traumatico era presente nel 13% di questi operatori, l'affaticamento era presente nel 10% di essi a livelli che mettono l'individuo in forte pericolo di disabilità lavorativa o malattia e che per l'8,6% dei soccorritori il rischio di *burnout* era elevato. Essendo uno studio longitudinale, queste dimensioni sono state indagate anche in un secondo tempo, dopo un anno, ed è stato scoperto che tutte e tre si sono intensificate ed erano presenti a livelli maggiori al *follow-up*. Inoltre, è importante indicare che la sindrome di disturbo post-traumatico da stress può insorgere anche quando il personale è esposto a incidenti di gravità minore (van der Ploeg & Kleber, 2003)
Rispetto ad altri operatori sanitari, infine, è risultato che gli operatori delle ambulanze mostrano punteggi più elevati anche per quanto concerne la percezione di svolgere un lavoro emotivamente molto intenso. Questo dato è indice di una predisposizione maggiore al rischio di sviluppare la sindrome di *burnout* e ulteriori disturbi psicofisici (van der Ploeg & Kleber, 2003).

7.3.2 *Stressor* cronici

Le caratteristiche del lavoro e dell'organizzazione predicono in modo importante le conseguenze sulla salute e sul lavoro stesso in termini di soddisfazione, esaurimento emotivo, *turnover*, *burnout* e stress psicosomatico (Adriaenssens et al., 2013).
Anche nel campo delle emergenze gli operatori si trovano confrontati con *stressor* cronici, come l'insoddisfazione con gli aspetti organizzativi, la forte pressione di tempo (con la quale gli operatori hanno spesso a che fare, soprattutto in situazioni di pericolo di vita), l'elevata fatica fisica, la poca libertà di decisione, le procedure lavorative non sempre adeguate, la tensione con i colleghi e i superiori (quindi lo scarso supporto sociale) e il lavoro a turni. È stato riscontrato, infatti, che gli operatori delle emergenze presentano addirittura maggiori livelli di stress lavoro-correlato rispetto ad altri sanitari (van der Ploeg & Kleber, 2003).
Le conseguenze di tutti questi fattori possono essere diverse psicopatologie, tra cui il *distress* psicosomatico, l'esaurimento emotivo, il *burnout*, il disturbo post-traumatico da stress e la stanchezza cronica, molto comuni nel personale di tali ambiti. Inoltre, possono esserci ripercussioni sulla performance lavorativa, sui *pattern* del sonno e sulla vita sociale e familiare (Adriaenssens et al., 2013; van der Ploeg & Kleber, 2003).
Nello studio svolto sui soccorritori olandesi, essi percepivano anche un forte esaurimento emotivo, ovvero un correlato comportamentale fondamentale del *burnout*. Questo è fortemente predetto dalla scarsa comunicazione e dalla fatica fisica, mentre il cinismo, un'altra dimensione caratteristica del *burnout*, è strettamente correlato alla carenza di supporto da parte dei superiori. Se manca anche quello dei colleghi si assiste a un calo del coinvolgimento personale, ovvero la terza dimensione principale del *burnout* (van der Ploeg & Kleber, 2003).

Un altro studio di coorte è stato svolto sugli infermieri di Pronto Soccorso di 15 ospedali non universitari delle Fiandre. Lo scopo era indagare fino a che punto i cambiamenti nel tempo delle caratteristiche lavorative (richieste lavorative, controllo percepito sul proprio operato e supporto sociale) e dei fattori organizzativi (*mobbing*, accordi sul lavoro, risorse materiali, risorse in termini di personale e compenso) predicono il *distress* e le dimensioni a esso correlate (insoddisfazione, mancanza di coinvolgimento, esaurimento emotivo, *turnover* e *distress* psicosomatico) (Adriaenssens et al., 2013).
La stanchezza psicologica e la fragile salute sono considerate potenziali conseguenze delle molte richieste sul lavoro, dello scarso controllo su di esso e del poco supporto sociale da parte di superiori e/o colleghi (Adriaenssens et al., 2013).
Inoltre, secondo la *Tripod Beta*, una metodologia di analisi degli incidenti e degli eventi critici, le procedure errate o poco sicure non sono eventi casuali, ma possono originare da stati mentali psicologici (come i modi di pensare, le aspettative e le preoccupazioni). Questi, a loro volta, sono generati da aspetti disfunzionali dell'ambiente organizzativo (ad esempio poca chiarezza di ruolo e dei compiti, mancanza di informazione, sistema di ricompensa correlato solo alla velocità con cui si lavora, poche risorse in termini di materiale e personale e *mobbing*). Le caratteristiche organizzative carenti, quindi, hanno conseguenze non solo sulla salute e sullo stress, ma anche sulla qualità del proprio operato e sulla sicurezza (Adriaenssens et al., 2013).
Nello studio svolto sugli infermieri di Pronto Soccorso olandesi, gli *outcome* su salute e stress sono stati operazionalizzati in termini di soddisfazione lavorativa, intenzione di *turnover*, coinvolgimento lavorativo, esaurimento emotivo (dimensione centrale del *burnout*) e *distress* psicosomatico (Adriaenssens et al., 2013).
È stato indagato se queste dimensioni si correlano alle caratteristiche demografiche rilevate, ovvero età, genere, stato civile, livello di formazione, grado nel proprio lavoro, anni di servizio, numero di ore di lavoro e turnistica. Le donne, in questo studio, mostravano più soddisfazione lavorativa, più coinvolgimento e minore esaurimento emotivo. L'età risultava positivamente ma debolmente correlata all'intenzione di *turnover* e negativamente ma debolmente correlata al coinvolgimento lavorativo. Inoltre, non c'è una correlazione significativa tra le caratteristiche sociodemografiche e l'esaurimento emotivo, l'intenzione di *turnover* e il *distress* psicosomatico. Lo stato civile, il livello di educazione, il grado sul posto di lavoro, il numero di ore lavorative e il lavoro a turni non sono correlati a nessuna variabile (Adriaenssens et al., 2013).
Lo studio mostra che quasi il 20% degli intervistati iniziali aveva lasciato il proprio posto di lavoro dopo pochi mesi e questo fatto rappresenta una grande perdita di capitale umano. Le percentuali erano particolarmente elevate negli ospedali che si trovavano in mezzo a un processo di riorganizzazione e fusione e in quelli con un recente cambiamento del *management* dopo un periodo di conflitti interni (Adriaenssens et al., 2013).
I cambiamenti nel tempo delle caratteristiche lavorative (richieste lavorative, controllo sul lavoro e supporto sociale) sono risultati fortemente correlati alla soddisfazione lavorativa e al coinvolgimento lavorativo (se controllo e supporto sono elevati) o all'esaurimento emotivo (se aumentano le richieste ma non ci sono le altre due dimensioni), ma non all'intenzione di *turnover* e al *distress* psicosomatico (Adriaenssens et al., 2013).
Il sovraccarico lavorativo e numerose richieste emotivamente intense possono intaccare le risorse del lavoratore e portare a uno stato di esaurimento (emotivo), mentre l'autonomia e il compenso sono risorse lavorative che instaurano un processo motivazionale da cui scaturiscono maggiori coinvolgimento lavorativo e dedizione. Una percezione positiva delle richieste del lavoro, un controllo percepito elevato e il supporto

sociale nel tempo sono associati a un aumento della soddisfazione lavorativa e del coinvolgimento, così come a un calo del livello di esaurimento emotivo. Il coinvolgimento, che è influenzato dal tipo di *leadership*, dalle opportunità di sviluppo professionale, dalla collaborazione con i medici e dalle dinamiche dello staff, contiene in modo significativo l'intenzione di lasciare la professione infermieristica in Pronto Soccorso (Adriaenssens et al., 2013).
Le buone relazioni interpersonali, infatti, sono importanti e gli interventi per migliorare la coesione del gruppo e la comunicazione sono fortemente raccomandati. È stata evidenziata anche una forte correlazione tra *mobbing* e *burnout*. È quindi fondamentale sottoporre il personale a uno *screening* frequente del clima lavorativo e introdurre politiche anti-*mobbing* e codici di condotta per prevenire tali problemi, rilevarli in tempo e tenerli sotto controllo. Un cambiamento positivo negli accordi lavorativi, poi, è associato a un calo dell'intenzione di *turnover* (Adriaenssens et al., 2013).
Sono necessari, inoltre, compensi adeguati e bilanciati, che premino gli sforzi e i risultati ottenuti, soprattutto quando questi eccellono. Le gratificazioni non devono essere necessariamente finanziarie, in quanto sono altrettanto fondamentali il riconoscimento, il coinvolgimento, il rispetto, l'apprezzamento e le opportunità di crescita. Un sistema di ricompense giusto ed equilibrato predice un maggiore coinvolgimento lavorativo (Adriaenssens et al., 2013).
È importante notare come tutti questi fattori possano essere influenzati dal *management* ospedaliero. È necessario, quindi, aiutare i superiori a intraprendere interventi mirati che abbassino le richieste lavorative, aumentino il controllo e l'autonomia, migliorino il supporto sociale e lo spirito di squadra e abbiano un sistema di ricompensa bilanciato e adeguato (Adriaenssens et al., 2013).

8. DISCUSSIONE

In questo capitolo verranno discussi i risultati ottenuti dai due studi longitudinali e commentati in precedenza. Qui mi occuperò di confrontare ciò che è stato rilevato nei due articoli principali con i dati offerti dagli studi quantitativi, nei quali sono state indagate le diverse sfaccettature del *burnout* e dei suoi fattori di rischio per gli infermieri di Pronto Soccorso. Il confronto servirà ad avvalorare quanto emerso in precedenza e ad aggiungere ulteriori elementi.

8.1 Discussione dei risultati

Per quanto concerne i fattori stressogeni cronici per gli operatori delle emergenze e, più nello specifico, per gli infermieri di Pronto Soccorso, è emerso che un aumento delle richieste lavorative sia un elemento determinante nello sviluppo di disturbi psicosomatici tra cui il *burnout*.
In uno studio svolto in Italia sono stati indagati proprio i cambiamenti lavorativi ed è risultato che in Pronto Soccorso sono aumentati molto le prestazioni e il numero di pazienti anziani che vi si recano. Questi richiedono cure molto impegnative su tutti i fronti e cresce, così, il carico di lavoro. Inoltre, i tagli al personale, il calo dei posti letto e la diminuzione delle risorse, unitamente a diversi preconcetti riguardanti le strutture sanitarie a causa di episodi di malasanità mediaticamente molto enfatizzati, vanno ad aumentare le soste in Pronto Soccorso e, di conseguenza, il carico lavorativo (Bartolini Regazzi, & Venturini, 1999).

Agli infermieri è stata quindi richiesta la percezione soggettiva del proprio lavoro e lo scopo dello studio era di evidenziare gli elementi di disagio maggiori per gli infermieri di Pronto Soccorso. È emerso che il carico di lavoro molto elevato è uno di questi e ciò ostacola anche la relazione con il malato, in quanto il tempo per rapportarsi con esso è molto ridotto (Bartolini et al., 1999).
Anche nello studio di O'Mahony (2011) svolto in Irlanda è emerso che gli infermieri di Pronto Soccorso sono spesso sovraccarichi, a causa del sovraffollamento del reparto. Le risorse sono frequentemente ritenute inadeguate, sia in termini di materiale sanitario, sia in termini di personale. Questo è un fattore molto pesante non solo dal punto di vista fisico, ma anche psicologico. È stato evidenziato, infatti, che ogni paziente in più per infermiere rispetto al dato medio è associato al 23% di rischio in più di *burnout* proprio per il grande aumento di carico lavorativo che esso comporta.
In un reparto come il Pronto Soccorso gli infermieri sono molto sollecitati dal punto di vista fisico, psicologico ed emotivo, quindi sussiste un effettivo rischio di *burnout*, soprattutto se gli elementi di stress si cronicizzano. Va inoltre ricordato che gli effetti del *burnout* impattano negativamente sia sugli operatori che sui pazienti e, di conseguenza, sull'intera struttura sanitaria (Bartolini et al., 1999).
In uno studio svolto a Taiwan, infatti, è emerso che un carico lavorativo elevato è una delle cause più significative di incidenti sul lavoro ed errori. Essere sottodotati di personale fa sì che si facciano più straordinari che, oltre a rendere l'ambiente lavorativo stressante, hanno un impatto negativo sulla soddisfazione lavorativa e sulla vita degli infermieri, ma anche sulla performance e sulla sicurezza del paziente. Anche le tante pratiche burocratiche sono molto stancanti per gli infermieri e rappresentano importanti fonti di stress (Hu, Chen, Chiu, Shen, & Chang, 2010).
Molti infermieri di Pronto Soccorso desiderano un maggiore riconoscimento della professionalità e vorrebbero partecipare in modo attivo all'organizzazione delle proprie attività lavorative (Bartolini et al., 1999).
Infatti, come visto precedentemente anche nel quadro teorico, avere un ruolo marginale e con scarse possibilità decisionali e di partecipazione espone maggiormente al rischio di *burnout*.
Come emerso anche nello studio longitudinale di Adriaenssens et al. (2013) svolto sugli infermieri di Pronto Soccorso citato in precedenza, la loro soddisfazione può quindi essere aumentata coinvolgendoli nei processi decisionali, dando loro maggiore controllo sul lavoro e offrendo le risorse di cui necessitano per curare i pazienti. Così diminuirebbero anche il *burnout*, il *turnover*, il numero di incidenti come le punture con aghi e siringhe contaminati, la mortalità dei pazienti e i tempi di degenza (O'Mahony, 2011).
In uno studio è stato riscontrato che la scarsa partecipazione infermieristica è molto correlata all'esaurimento emotivo: quanto più questo è elevato, tanto minore sarà la partecipazione degli infermieri, con conseguente diminuzione del controllo e della possibilità di contribuire. Questo, a sua volta, li porterà a sentirsi emotivamente ancora più esausti e a un maggiore livello di *burnout* (O'Mahony, 2011).
Gli infermieri di Pronto Soccorso sono a rischio di *burnout* anche perché spesso iniziano la propria professione con elevate aspettative di controllo sul posto di lavoro e sulle condizioni del paziente, con il conseguente rischio di perdita di controllo percepito. Il *burnout*, infatti, si configura secondo tre fasi: elevate aspettative di controllo, reattanza (cioè la resistenza psicologica a non eseguire ordini da persone che controllano la nostra vita, come può essere un datore di lavoro) e, infine, impotenza acquisita (Browning, Ryan, Thomas, Greenberg, & Rolniak, 2007).

La perdita di controllo porta a un maggiore esaurimento emotivo e a una maggiore depersonalizzazione, con un coinvolgimento personale minore. Si può quindi affermare che questa sia un elemento precursore del *burnout*. Insorgono anche sintomi depressivi e ostilità, conseguenze naturali delle situazioni di scarso controllo (Browing et al., 2007).
Nello studio appena citato svolto negli Stati Uniti da Browning et al. (2007) è stato rilevato che avere più tempo per stare con il paziente potrebbe attenuare questi sintomi, poiché la professione infermieristica si nutre di relazioni. Poter parlare al paziente e stargli vicino ridurrebbe gli *stressor* lavoro-correlati, aumentando il controllo percepito e, di conseguenza, diminuendo il *burnout*.
Molti infermieri di Pronto Soccorso esprimono un forte bisogno di formazione e aggiornamenti, come pure di linee guida chiare e puntuali. Poter partecipare attivamente e costruire il proprio percorso lavorativo aiutano a ridurre le probabilità di incorrere nel rischio di *burnout* (Bartolini et al., 1999).
Infine, in uno studio svolto in Irlanda è stato indagato se i correlati comportamentali del *burnout* siano riscontrabili in modo diverso in persone con differenti caratteristiche demografiche. È emerso che elevati livelli di esaurimento emotivo sono stati maggiormente riscontrati negli infermieri di Pronto Soccorso con una laurea e con 11-15 anni di esperienza. Elevati livelli di depersonalizzazione, invece, sono stati riscontrati in infermieri con un diploma di livello maggiore e con 6-10 anni di esperienza. I punteggi maggiori di *burnout* sono stati ritrovati nelle infermiere, tra 31 e 40 anni, con una laurea e con 1-10 anni di servizio (O'Mahony, 2011).

Nel capitolo precedente sono stati trattati anche i fattori stressogeni acuti, tra cui gli eventi traumatici e gli incidenti critici.
Lo stress è particolarmente acuto e comune tra le persone che lavorano nelle professioni di aiuto. Entro certi limiti può risultare motivante e aiutare le persone a concentrarsi appieno sul proprio lavoro e ad agire in modo performante.
Infatti, dallo studio sui soccorritori olandesi, svolto da van der Ploeg & Kleber (2003) e citato in precedenza, emerge anche una nota positiva. Nonostante gli operatori delle emergenze abbiano a che fare con molti incidenti ed eventi traumatici, tanti di loro riescono a farvi fronte in modo positivo, adattandovisi e traendo da essi importanti fonti di apprendimento.
Tuttavia, quando lo stress è quotidianamente elevato, esso può avere effetti nocivi sulla salute psicofisica delle persone. In Pronto Soccorso, ad esempio, l'esposizione alla sofferenza umana è comune e di ordine quotidiano. L'ambiente è frenetico e il carico lavorativo è emotivamente e fisicamente molto complesso (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009; Healy & Tyrrell, 2011; Hunsaker, Chen, Maughan & Heaston, 2014).
Gli infermieri di Pronto Soccorso, inoltre, passano da un evento traumatico all'altro, con poco tempo per recuperare. I cambiamenti sono spesso improvvisi e imprevedibili, sia per quanto concerne le condizioni dei pazienti, sia per l'utenza che vi giunge e la sua affluenza. Le condizioni di salute che si trattano in Pronto Soccorso richiedono un'attenzione immediata, quindi gli infermieri devono agire in modo repentino ed efficace, spesso con poche informazioni. L'esposizione ripetuta a tutti questi fattori, come rilevato anche dallo studio di coorte condotto sugli operatori delle ambulanze, rende il lavoro di infermiere di Pronto Soccorso molto più stressante rispetto a quello in altri reparti e può portare a serie conseguenze psicopatologiche, tra cui il *burnout* (Adriaenssens et al. 2012; American Society of Registered Nurses, 2007; Healy & Tyrrell, 2011; van der Ploeg & Kleber, 2003).

Tutti questi elementi incidono molto anche sulla sfera delle emozioni, logorando l'operatore ed esponendolo a un maggiore e concreto rischio di *burnout* (Venturini, 2000).
Infatti, le conseguenze psicosomatiche riconducibili al disturbo post-traumatico da stress, che spesso deriva dall'esposizione cronica agli eventi acuti e critici, sono state riscontrate più frequentemente negli infermieri di Pronto Soccorso rispetto agli infermieri di altri reparti (Adriaenssens et al., 2012).
È interessante comprendere quali siano gli eventi più stressanti e ritenuti più traumatici per gli infermieri di Pronto Soccorso. Numerosi studi si sono occupati di indagarli. Passando ad analizzarli uno per uno non si riscontra una perfetta corrispondenza tra gli eventi stressogeni. Mi sono domandata il motivo delle differenze e ritengo che la risposta sia da cercare prima di tutto nel *background* culturale.
Nello studio di Adriaenssens et al. (2012), gli eventi più carichi di stress per gli infermieri di questo reparto di emergenza sono, in ordine decrescente dal più traumatico: la morte improvvisa di una persona giovane; la morte o la rianimazione di un bambino; la gestione delle vittime di incidenti stradali o ferroviari (sia vive che morte); pazienti con gravi traumi o grandi ustionati; pazienti che hanno provato a suicidarsi; aggressioni, violenze e minacce contro lo staff; incapacità di garantire una buona qualità delle cure; l'impossibilità di aiutare i pazienti cronicamente malati; la gestione dei familiari dei pazienti e delle vittime; la cura di bambini che hanno subito abusi o negligenze.
La gestione dei familiari dei pazienti si rende particolarmente difficile in caso di decesso. In uno studio svolto in Italia, infatti, gran parte degli infermieri di Pronto Soccorso afferma che proprio questa situazione sia la più difficile da gestire e affrontare (Bartolini et al., 1999).
Nello studio di Laposa et al. (2003) svolto in Canada, gli eventi più stressogeni sono così classificati, sempre in ordine decrescente per quanto concerne la traumaticità: cura di un paziente che è un parente o un caro amico morente o in gravi condizioni; minacce rivolte al personale; traumi multipli con grave sanguinamento o mutilazioni; morte di un bambino; cura di un paziente coinvolto in un incidente che, per aspetto o per età, ricorda un proprio parente; cura di pazienti ustionati gravi.
L'elenco degli eventi più stressanti nello studio di Healy & Tyrrell (2011) condotto in Irlanda comprende: ambiente lavorativo; aggressioni e violenze nei confronti dello staff; morte o rianimazione di un bambino o di un giovane; cura e rianimazione di un paziente in condizioni critiche; morte improvvisa o traumatica; incidente maggiore.
In questo studio è interessante notare che gli *stressor* principali sono quelli collegati all'ambiente lavorativo, tra cui la carenza di personale, il carico lavorativo, il sovraffollamento del Pronto Soccorso, gli eventi traumatici, il lavoro a turni, la rotazione dei medici, i conflitti all'interno dello staff, la scarsa collaborazione e le poche competenze manageriali (Healy & Tyrrell, 2011).
Inoltre, i ricercatori si sono chiesti se ci siano correlazioni tra le caratteristiche demografiche e il modo di percepire gli *stressor*. È emerso che la morte o la rianimazione di un bambino o di un giovane, ad esempio, sono vissute in modo più traumatico dalle donne. L'ipotesi più accreditata è che esse si identifichino maggiormente nelle madri dei bambini. Questo evento è vissuto in modo particolarmente traumatico anche dagli infermieri con più anni di esperienza forse perché, essendo più anziani, sono genitori a loro volta. Per quanto concerne le differenze di genere, le donne sembrano accusare più degli uomini, in termini di *distress*, gli incidenti maggiori e che coinvolgono intere famiglie. Infine, per quanto riguarda la cura e la rianimazione di un paziente in condizioni critiche, gli infermieri con meno esperienza vivono questi eventi come particolarmente traumatici, poiché hanno

avuto meno occasioni per esercitarsi e percepiscono di avere meno competenze. Questa differenza è correlabile con la caratteristica demografica dell'età, in quanto gli infermieri con più esperienza sono solitamente più anziani (Healy & Tyrrell, 2011).
In uno studio iraniano, come nello studio di Healy & Tyrrell (2011), gli infermieri di Pronto Soccorso ritengono particolarmente stressogene le caratteristiche correlate all'ambiente lavorativo. Seguono la gestione dei pazienti e dei loro familiari, che talvolta manifestano atteggiamenti aggressivi e rabbia, l'esposizione ai rischi, la carenza di supporto dai superiori, l'assenza del medico in Pronto Soccorso e la penuria di materiale (Gholamzadeh, Sharif, & Rad, 2011).
Anche in uno studio svolto in Australia sono stati elencati gli eventi più traumatici. Al primo posto si trova la violenza contro lo staff cui seguono: carico lavorativo elevato e scarse competenze; incidenti di massa; morte o abuso sessuale di un bambino; pazienti molto gravi; incapacità di fornire cure di qualità; fattori ambientali (es. il sovraffollamento del Pronto Soccorso); scarse relazioni professionali; gestione dei momenti critici e di crisi; esposizione a malattie infettive; preoccupazioni medico-legali; incertezza in merito al proprio sviluppo professionale; dolore per un familiare o un amico morente o molto malato; difficoltà finanziarie e amministrative; rapporti con i mass media (Ross-Adjie, Leslie, & Gillman, 2007).
Altri fattori stressogeni aggiuntivi rilevati in questo studio sono: la carenza di mezzi o l'assenza di essi; il lavoro a turni (compreso quello notturno); i parenti dei pazienti al *triage*; equilibrio tra vita familiare e lavorativa; gestione dei pazienti psichiatrici; scarsa pratica per gli infermieri di Pronto Soccorso (Ross-Adjie et al., 2007).
Anche in questo studio è stato indagato se vi sia una correlazione tra le caratteristiche demografiche e la gravità percepita degli eventi traumatici. È stato riscontrato che gli infermieri di Pronto Soccorso con 1-5 anni di esperienza in questo reparto considerano la morte o l'abuso sessuale di un bambino molto più traumatici degli infermieri con meno di un anno in Pronto Soccorso. Anche qui, quindi, come citato precedentemente nello studio di Healy & Tyrrell (2011), una maggiore esperienza in reparto è associata a maggiore traumaticità percepita dell'evento. Una precedente esperienza in reparti di pediatria, invece, non si correla in modo significativo a questo evento. Inoltre, come emerso anche in altri studi, gli infermieri con meno di un anno di esperienza vivono in modo molto più stressante la gravità dei pazienti e la situazione acuta rispetto agli infermieri con più esperienza (Ross-Adjie et al., 2007).
La dimensione della violenza contro lo staff ha un ruolo fondamentale nello stress lavoro-correlato e, quindi, nel *burnout*. Essa, infatti, è un evento traumatico citato in molti studi internazionali e si trova spesso nelle prime posizioni di tutte le classifiche.
In uno studio svolto in Corea è stato riscontrato che la correlazione positiva tra violenza nei confronti del personale di Pronto Soccorso e sviluppo della sindrome di *burnout* è una realtà. È quindi imperativo sviluppare programmi di prevenzione della violenza in ogni ospedale, per tutelare il personale (Jung, Kim, & Kim, 2014).
Infatti, in diverse organizzazioni sanitarie è stato fatto molto per prevenirla e perseguirla legalmente, dopo che è stato adottato un programma a tolleranza zero. Non solo sono stati installati dispositivi di sorveglianza, ma il personale è stato spronato a denunciare quanto subìto in modo repentino tramite moduli e procedure appositi (Ross-Adjie et al., 2007).
Tuttavia, la problematica tende a rimanere sottovalutata, poiché gli infermieri sono spesso poco propensi a denunciare gli episodi di violenza, considerandoli un elemento inevitabile del contesto del Pronto Soccorso. Inoltre, sono spesso giustificati perché si ritiene che il paziente non volesse essere aggressivo o addirittura percepiti come una perdita di *performance* (Ramacciati & Ceccagnoli, 2011).

Oltre alle misure di sicurezza come allarmi e servizio di vigilanza interna, dunque, servirebbe anche una formazione specifica del personale per la gestione e la prevenzione delle aggressioni in quanto questi episodi possono avere ripercussioni negative sia sul curante stesso sia sulla qualità dell'assistenza infermieristica offerta (Ramacciati & Ceccagnoli, 2011).
Per quanto concerne la frequenza di questi episodi, in uno studio svolto in Italia quasi la totalità degli infermieri di Pronto Soccorso ha riferito di essere stata aggredita verbalmente (90%) o di aver assistito a un'aggressione nei confronti di un collega (95%). Gli atti di violenza fisica son stati subiti dal 35%, mentre il 31% ha avuto bisogno di cure sanitarie dopo l'aggressione. Le categorie di aggressori sono composte soprattutto da giovani uomini, la cui la fascia d'età varia dai 16 ai 25 anni. Le cause sono spesso attribuibili all'abuso di sostanze psicoattive, ai tempi di attesa, alle aspettative, all'atteggiamento del personale sanitario, alle patologie (soprattutto ipossia, delirio, reazioni avverse a farmaci, trauma cranico, infezioni, irritazioni cerebrali, ipoglicemia), a disturbi di ordine psichiatrico e alla mancanza di informazioni o di scelta (Ramacciati & Ceccagnoli, 2011).

Dopo aver visto le diverse tipologie di eventi stressogeni cui gli infermieri di Pronto Soccorso devono fare fronte e come esse vengano classificate dal personale curante in termini di stress e impatto emotivo, è importante soffermarsi sulle conseguenze che tali eventi comportano.
Gli effetti dello stress lavoro-correlato e del *burnout* sulla vita lavorativa possono causare maggiore assenteismo, perdita di produttività, calo della qualità delle cure, minore soddisfazione lavorativa, aumento dei giorni di malattia e maggiore *turnover* (con conseguente impatto sul carico lavorativo). Inoltre, diminuiscono l'entusiasmo e l'energia, mentre crescono l'irritabilità e la probabilità di alterarsi sul lavoro (Adriaenssens et al., 2012; Healy & Tyrrell, 2011; Ross-Adjie et al., 2007).
Per quanto concerne la salute psicofisica, negli studi è stato riscontrato che possono insorgere problemi cardiaci, algie diffuse, disturbi gastrointestinali, ansia, problemi di salute mentale, disturbi del sonno, aumento del tabagismo e del consumo di alcol e diminuzione dell'appetito. Gli infermieri di Pronto Soccorso, infatti, sembra che usino 3,5 volte di più degli altri infermieri sostanze illegali come cocaina o marijuana (Healy & Tyrrell, 2011; Ross-Adjie, et al., 2007).
Per quanto riguarda i disturbi sulla sfera prettamente fisica, in uno studio sono stati indagati i disturbi muscoloscheletrici sugli infermieri di Pronto Soccorso. Questi appartengono a uno dei problemi lavoro-correlati più comuni per gli infermieri in generale e hanno un impatto negativo sulla qualità di vita. I punti solitamente più dolenti sono collo, spalle e schiena, soprattutto nella parte lombare. Nello studio, tuttavia, è stata riscontrata una correlazione positiva tra la percezione degli infermieri di Pronto Soccorso in merito alle richieste lavorative, da un lato, e, dall'altro, il *burnout* e i disturbi muscoloscheletrici. Dallo studio è risultato, quindi, che c'è una prevalenza di questi disturbi tra gli infermieri di Pronto Soccorso e tali problemi sono fortemente predetti dall'aumento delle richieste lavorative e dal maggiore livello di *burnout* riscontrato in questo reparto di emergenza (Sorour & El-Maksoud, 2012).
Sempre per quanto concerne la salute fisica, in un altro studio svolto a Singapore da Yang et al. (2002), è stato indagato se uno stress psicologico prolungato nel tempo, come quello a cui gli infermieri di Pronto Soccorso sono esposti, possa avere un impatto negativo anche sulla funzione immunitaria, rendendo le persone più vulnerabili a malattie e infezioni. Per rispondere al quesito è stata raccolta la saliva ad alcuni infermieri di Pronto Soccorso e a infermieri di altri reparti per indagare se ci sia una

differenza nella secrezione e nella concentrazione presenti in essa di immunoglobulina A e lisozima, due parametri che riflettono l'immunità delle mucose.
La prima è la maggiore difesa immunitaria delle mucose ed è sensibile ai cambiamenti psicologici. Il lisozima, una delle principali proteine immunologiche antimicrobiche, è ampiamente distribuito nei tessuti e nelle secrezioni umane. Esso è uno dei componenti che contribuisce all'immunità delle mucose. Appartiene al sistema di difesa primitivo, ovvero al sistema immunitario innato (Yang et al., 2002).
È stato dapprima indagato se gli infermieri di Pronto Soccorso percepivano uno stress maggiore rispetto al personale infermieristico di altri reparti ed è emerso che gli operatori delle emergenze riferivano livelli di difficoltà più elevati nella cura dei pazienti, nella struttura organizzativa, carenza di risorse e conflitti con altri professionisti (Yang et al., 2002).
In questo studio, inoltre, la concentrazione e la secrezione di IgA salivaria si è rilevata minore negli infermieri di Pronto Soccorso, che riferivano un elevato stress lavoro-correlato, rispetto a quella degli infermieri di altri reparti di degenza come la medicina e la chirurgia. La carenza di risorse, i processi e la struttura dell'organizzazione, il conflitto con gli altri professionisti e il difficile equilibrio tra lavoro e famiglia, ovvero tutte le dimensioni indagate nello studio, hanno una correlazione molto negativa con la secrezione di IgA salivaria. Anche la concentrazione e la secrezione di lisozima erano minori per gli infermieri di Pronto Soccorso rispetto agli altri curanti. Tutte le dimensioni sopracitate e i dubbi sulla propria capacità hanno una significativa correlazione negativa anche con la secrezione di lisozima (Yang et al., 2002).
Dallo studio di Yang et al. (2002) emerge, quindi, che la correlazione negativa tra stress e immunità è una realtà. Gli *stressor* psicologici fanno salire i livelli di glucocorticoidi con un aumento dell'attività simpatica. Questo causa l'inibizione della funzione dei macrofagi e dei monociti. Poiché i macrofagi sono una delle principali fonti di lisozima salivario, un innalzamento del livello di glucocorticoidi causato dallo stress può inibire la produzione e la secrezione di lisozima (Yang et al., 2002).
Anche in un altro studio è stato riscontrato che gli infermieri di Pronto Soccorso presentano maggiori livelli di stress manifestati da un'elevata quantità di cortisolo salivario mattutino. Gli operatori delle emergenze vivono, quindi, maggiori reazioni endocrine rispetto agli infermieri di altri reparti di lungodegenza (American Society of Registered Nurses, 2007).
Per quanto concerne lo stato di salute psicologico, potenziali conseguenze dell'esposizione cronica alla sofferenza umana sono la *Compassion Fatigue* (la fatica della cura) e lo stress traumatico secondario, che possono condurre anche al *burnout*. Questi due stati psicofisici si riferiscono all'esposizione a una persona sofferente più che all'esposizione all'evento traumatico in sé, come per quanto concerne il disturbo post-traumatico da stress (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009).
La *Compassion Fatigue*, infatti, ha un esordio acuto e deriva dalla cura quotidiana di molte persone che soffrono. Essa è una delle conseguenze negative del lavorare con persone sofferenti e un tentativo di auto-protezione. Inoltre, è tipicamente riscontrabile in una configurazione della personalità fortemente empatica (Hunsaker et al, 2014).
Lo stress traumatico secondario, che è correlato alla fatica della cura, risulta invece dalla combinazione tra le esperienze traumatiche precedenti vissute dal curante e le esperienze dei suoi pazienti ed esordisce in modo più lento, dopo un'esposizione quotidiana a tali traumi (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009).
Elevati livelli di queste due dimensioni causate dallo stress lavoro-correlato possono portare a gravi conseguenze sulla sfera lavorativa, come al *burnout*, al *turnover*, a un

lavoro di scarsa qualità e all'abbandono della propria professione (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009).
La *Compassion Fatigue* e il conseguente *burnout*, inoltre, possono sopraffare gli infermieri e creare difficoltà per quanto concerne la salute fisica, mentale ed emotiva. Gli infermieri possono sentirsi depressi, inefficaci, apatici, esausti e distaccati, con conseguenze negative anche per il paziente stesso. A queste dimensioni si contrappone la *Compassion Satisfaction*, che consiste nell'aspetto positivo dell'aiutare gli altri, ovvero nella soddisfazione per il proprio lavoro come curante (Hunsaker et al., 2014).
Nello studio di Hunsaker et al. (2014) è stato riscontrato che le caratteristiche individuali e organizzative possono contribuire e avere un'influenza sullo sviluppo di *Compassion Satisfaction*, *Compassion Fatigue* e *burnout*. Per quanto concerne la caratteristica demografica dell'età, infatti, gli infermieri più anziani presentavano maggiori livelli di *Compassion Satisfaction*, mentre gli infermieri più giovani riferivano livelli più elevati di *burnout* e *Compassion Fatigue*. In termini di genere, invece, non c'era differenza. Gli infermieri con titoli di studio più avanzati (come master e dottorato) presentavano una maggiore *Compassion Satisfaction* e minore *burnout* di quelli con una laurea. Per la *Compassion Fatigue*, invece, non c'era una differenza significativa. Più anni di esperienza aveva l'infermiere maggiore era la *Compassion Satisfaction* e minore il *burnout*, mentre non c'era una correlazione significativa per quanto concerne la *Compassion Fatigue* né per le ore lavorate con tutte e tre le dimensioni psicologiche appena elencate. Inoltre, gli infermieri che percepivano un maggiore supporto dai superiori riferivano livelli più elevati di *Compassion Satisfaction* e minori di *Compassion Fatigue* e *burnout*. Infine, quanto più gli infermieri erano coinvolti, tanto più elevati erano i livelli di *Compassion Satisfaction* (Hunsaker et al., 2014).

In questo capitolo sono state riportate le tipologie di eventi traumatici con cui si confrontano gli infermieri di Pronto Soccorso e le conseguenze in termini di salute psicofisica. È quindi doveroso menzionare se l'impatto di questi traumi può essere influenzato da diversi fattori.
Oltre alla frequenza di esposizione sopra menzionata, infatti, anche le strategie di *coping* e il supporto sociale hanno un ruolo fondamentale nel determinare quanto gli eventi risultino traumatici e i sintomi di *distress* possano aggravarsi e diventare persistenti (Adriaenssens et al., 2012).
Il *coping* consiste in strategie che aiutano le persone a ridurre lo stress e a risolvere i problemi ed è un insieme di sforzi cognitivi consci e comportamentali per far fronte alle domande interne ed esterne. Ogni persona è diversa dalle altre nell'utilizzo delle differenti strategie di *coping* nei momenti stressanti. Se vengono utilizzate quelle adeguate per far fronte al momento critico, gli *stressor* possono essere modificati in modo positivo (Gholamzadeh et al., 2011).
Esistono due tipi di strategie: una orientata a risolvere il problema e una incentrata sulle emozioni. La prima riguarda i tentativi di fare qualcosa per gestire la situazione stressante, mentre l'altra comprende gli sforzi per regolare le emozioni vissute durante l'evento stressante. Tra le due, la prima è preferibile, in quanto la strategia orientata alle emozioni crea più *distress*, più disturbi del sonno e maggiore stanchezza cronica. Entrambe le strategie, inoltre, possono essere attive o evitanti. Una strategia evitante, nel confronto con una situazione traumatica, può essere utile per i primi momenti, per riuscire a proseguire nell'azione, ma alla lunga può ostacolare il processo di guarigione e causare i sintomi di disturbo post-traumatico da stress (ovvero intrusività, evitamento degli eventi correlati al trauma e agitazione psicomotoria cronica) con conseguente

burnout. Una strategia attiva, invece, consente di aumentare la propria resilienza (Adriaenssens et al., 2012; APA, n.d.).
In uno studio svolto in Iran da Gholamzadeh et al. (2011) sono state ricercate le strategie di *coping* più utilizzate dagli infermieri di Pronto Soccorso che sono l'autocontrollo e la riconsiderazione positiva. La meno usata, invece, è l'accettazione della responsabilità. Tali risultati suggeriscono che i curanti analizzati nello studio tendono a non incolparsi e a non pensare che la responsabilità degli eventi sia unicamente loro, forse perché gli *stressor* individuati appartenevano maggiormente al contesto lavorativo.
Oltre alla strategia di *coping* adeguata, anche il supporto sociale può arginare l'impatto degli eventi traumatici e del conseguente *distress* psicofisico e avere un effetto protettivo. Infatti, da numerosi studi è emerso che la mancanza di supporto sociale e la scarsa comunicazione sono correlate a maggiori livelli di affaticamento, *burnout* e risposte post-traumatiche da stress nel personale di Pronto Soccorso (Adriaenssens et al., 2012).
È stato indagato il tipo di supporto sociale maggiormente utilizzato dagli infermieri di Pronto Soccorso ed è emerso che essi fanno più spesso riferimento a risorse informali. Avere una rete di questo tipo e parlare degli eventi traumatici con i colleghi sono elementi molto protettivi dallo sviluppo del disturbo post-traumatico da stress e dal conseguente *burnout* (Adriaenssens et al., 2012).
Si è riscontrato che, rispetto ad altri elementi, il conflitto interpersonale predice per contro in modo preponderante, la gravità dei sintomi di disturbo post-traumatico da stress. È quindi importantissimo creare un ambiente di lavoro il meno conflittuale possibile, affinché si possano processare emotivamente gli eventi traumatici con più facilità (Laposa et al., 2003).
Oltre a un ambiente sereno tra infermieri, è fondamentale costruire buone relazioni anche con i medici. Un'elevata percentuale di infermieri di Pronto Soccorso ritiene che il rapporto più stressante sia proprio quello con i dottori (Bartolini et al., 1999).
In uno studio svolto in Irlanda, infatti, è risultato che gli infermieri di questo reparto acuto in buoni rapporti con i medici presentavano minori livelli dei correlati del *burnout*, ovvero di esaurimento emotivo e depersonalizzazione. È quindi indispensabile la buona collaborazione tra tutte le figure professionali presenti in Pronto Soccorso, sia per la salute psicofisica degli operatori stessi, sia per il paziente che riceve le cure (O'Mahony, 2011).
Anche il rapporto con i superiori, se negativo, può essere un fattore di rischio per lo sviluppo della sindrome di *burnout*. Se i superiori non si confrontano con lo staff per quanto concerne i problemi quotidiani e la gestione, infatti, c'è un aumento del *distress* psicofisico. Nello studio svolto in Irlanda da O'Mahony (2011) gli infermieri di Pronto Soccorso hanno riferito di essere ignorati dai coordinatori e di sentire su di loro forti pressioni in quanto gli standard attesi erano molto elevati. Inoltre, solitamente i superiori non utilizzano gli errori come strumento per insegnare, ma come critiche.
Tuttavia, si rende imperativo aggiungere una nota positiva in favore del Pronto Soccorso. Questo reparto, infatti, non è solo stressante, ma si rivela anche particolarmente gratificante per gli infermieri che vi lavorano, in quanto offre un'ampia varietà di situazioni alle quali attingere per imparare. Tra l'altro si assiste spesso a un miglioramento delle condizioni dei pazienti. Infine, le sfide intellettuali con le quali il personale si confronta sono numerose. Tutti questi elementi agiscono in modo positivo sullo stress lavoro-correlato e ne migliorano l'impatto (Ross-Adjie et al., 2007).

8.2 Limiti degli studi

Gli articoli analizzati e il processo di ricerca per questa revisione della letteratura non sono esenti da alcuni limiti. Uno consiste nella tipologia di studi adottati. Infatti, la prevalenza degli studi quantitativi (14) rispetto a quelli qualitativi (2) è molto alta. Come detto precedentemente, sono soprattutto gli studi longitudinali, appartenenti alla metodologia qualitativa, che permettono di indagare a fondo i fenomeni presi in esame.
Per quanto concerne i due studi longitudinali, un limite è sicuramente che in quello svolto da van der Ploeg & Kleber (2003) la popolazione di riferimento è composta dai soccorritori delle ambulanze. Sarebbe stato meglio, infatti, trovare un altro articolo affine che coinvolgesse il personale infermieristico di Pronto Soccorso. Tuttavia, la tematica riferita a questo particolare reparto acuto è molto specifica e sarà, quindi, un campo da approfondire nella ricerca futura.
Come riferito precedentemente, in Svizzera la formazione di infermiere di Pronto Soccorso si differenzia da quella di soccorritore, nonostante presenti diverse similitudini. Nell'articolo non viene dichiarato se anche in Olanda esistano queste divergenze. Il contesto dell'ambulanza in termini di risorse, comfort e materiali diverge in modo notevole da quello del Pronto Soccorso. Tutti questi elementi possono rappresentare un limite dello studio in questione.
Un ulteriore limite è che i due studi longitudinali sono retrospettivi. Una possibile alternativa, anche se molto dispendiosa in termini di tempo, potrebbe essere quella di svolgere studi prospettici che vadano ad esaminare il personale neoassunto, seguendolo per diversi anni per indagare i fattori predittivi di disturbi sulla salute psicofisica (van der Ploeg & Kleber, 2003).
Infine, è importante sottolineare che entrambi gli studi di coorte sono stati svolti in Olanda. I risultati, dunque, potrebbero essere influenzati dal contesto culturale. Sarebbe importante svolgere ulteriori ricerche in diversi Paesi, per ottenere risultati internazionali e, di conseguenza, comprendere quanto i fattori contestuali influenzino gli *outcome* (Adriaenssens et al., 2013).

9. RACCOMANDAZIONI

Dopo aver descritto e discusso i risultati ottenuti tramite la revisione della letteratura, in questo capitolo saranno esposte alcune raccomandazioni fornite dagli studi che possono essere messe in atto per far fronte alla problematica del *burnout*. Dopo aver preso conoscenza di questo problema, di come si declini, della sua frequenza nell'ambito delle emergenze e degli effetti che esso produce, è importante conoscere strategie e consigli pratici per cercare di prevenirlo o arginarlo.
Il *burnout* è una condizione invalidante e pericolosa sia per il personale curante che lo vive sia per i pazienti che lo subiscono. Tuttavia, esistono diverse possibilità di azione per fronteggiarlo.
Christina Maslach affermava che un grammo di prevenzione valesse quanto mezzo chilo di cura. È dunque molto importante puntare a prevenire la problematica del *burnout* prima che esso si manifesti (citata in Rossati & Magro, 1999).
Infatti, oltre ad intaccare negativamente la salute dell'individuo, diventa contagioso nel team lavorativo e, una volta instauratosi, tende ad autoperpetuarsi, incrementando la difficoltà di farlo regredire. La prevenzione è più efficace e meno costosa della terapia (Cherniss, 1983).

Poiché il *burnout* è un fenomeno multidimensionale, dove si intrecciano fattori individuali, sociali, culturali, istituzionali e organizzativi, le strategie di cura e prevenzione devono essere messe in atto su tutti i livelli.

9.1 Strategie individuali

Tra le strategie individuali rientrano i cambiamenti attuati dal singolo soggetto. Vi si possono distinguere le strategie ad azione diretta, che puntano a eliminare direttamente la fonte di stress cambiando la situazione, e le strategie ad azione indiretta, ovvero quelle che, nonostante la situazione di stress, la accettano e cercano di mitigarne gli effetti. Tra queste rientrano anche le strategie di *coping*, delle quali alcune sono state ritenute più efficaci di altre (Rossati & Magro, 1999).
Come descritto anche nel capitolo precedente da Adriaenssens et al. (2012), gli infermieri che adottano un *coping* proattivo (anche chiamato anticipatorio) mostrano un comportamento più resiliente e minori livelli di depressione. Il *coping* emotivo ed evitante, invece, non vanta molto successo nel far fronte all'evento. Deve quindi essere preferito un *coping* orientato al problema. Per far sì che succeda, anche i supervisori possono essere molto d'aiuto, insegnando strategie di *coping* efficaci e metodi anticipatori basati sulle evidenze scientifiche, soprattutto quando lo staff si confronta con gli eventi traumatici.
Inoltre, tra le strategie individuali rientrano anche le tecniche di rilassamento, sia fisico che mentale. Entrano in considerazione le terapie alternative, i massaggi, gli esercizi fisici e di respirazione, la meditazione e le letture. È importante praticarle quotidianamente per circa un quarto d'ora, affinché l'abitudine si consolidi e produca un effetto positivo (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009; Rossati & Magro, 1999).
Un'altra strategia è la decompressione, che consiste nel mettere un confine figurato tra ambiente lavorativo e casa, consentendo di distaccarsi dalle situazioni vissute sul posto di lavoro prima di rientrare nella propria abitazione. Può essere messa in atto tramite tecniche di rilassamento semplici, come respiri profondi, o facendo una passeggiata rientrando a casa dopo il lavoro (Rossati & Magro, 1999).
È fondamentale anche coltivare interessi e attività al di fuori della vita lavorativa che fungano da valvole di sfogo per distanziarsi dai problemi e recuperare energie e fiducia. Si menzionano hobby, sport e impegni sociali (Rossati & Magro, 1999).
Va tuttavia ricordato che il *burnout* deve essere affrontato in modo individuale, affinché ognuno trovi la soluzione più consona alle proprie esigenze, alla sua storia, al suo contesto sociale e culturale e ai suoi valori (Rossati & Magro, 1999).

9.2 Strategie organizzative

Oltre alle strategie individuali appena analizzate, possono essere messe in atto quelle organizzative, che consistono in interventi sull'organizzazione o sul contesto lavorativo. Per agire sul *burnout*, secondo Cherniss (1983) è innanzitutto necessario puntare su questa tipologia di azioni, poiché sono più facilmente attuabili e portano a risultati più consistenti. L'autore identifica cinque tipi di intervento in un servizio sociosanitario. È possibile agire su:
• lo sviluppo professionale dello staff;
• la struttura di lavoro e dei ruoli;
• lo sviluppo della gestione;

• la soluzione dei problemi organizzativi e di presa delle decisioni;
• gli obiettivi del programma e i modelli gestionali.

Per quanto concerne lo sviluppo professionale dello staff, sono necessari programmi ad esso adibiti, dove gli operatori possano diventare più consapevoli di quali siano i loro obiettivi per alleviare il problema delle aspettative non realistiche. È importante incoraggiare i curanti ad adottare nuovi obiettivi che possano fungere da fonti di gratificazione alternative e a sviluppare e utilizzare meccanismi di controllo e *feedback*. L'ambiguità di ruolo sarà così ridotta e aumenterà il successo psicologico, di conseguenza diminuiranno le richieste interne che lo staff si impone, le quali accentuano lo stress lavorativo e rischiano di condurre al *burnout* (Cherniss, 1983)

Secondo Cherniss (1983), inoltre, deve essere insegnato ai curanti come strutturare il tempo disponibile e come si possa aumentare l'efficienza personale.

A molti infermieri risulta difficile e poco vicino al proprio ruolo doversi occupare della parte amministrativa e burocratica, che comunque attiene al loro lavoro. Per ovviare al problema è possibile migliorare il sistema di archiviazione dei dati e semplificare il più possibile quello burocratico. Per gli infermieri questi compiti diventano così più accessibili e meno onerosi in termini di tempo ed energie (Hu et al., 2010).

Può essere utile che i supervisori controllino periodicamente lo staff in merito allo stress lavoro-correlato e al *burnout* e forniscano consulenza, offrendo la possibilità di elencare le frustrazioni riscontrate (Cherniss, 1983).

Anche i conflitti sono un'importante fonte di stress, per la risoluzione dei quali può essere proposto un *training* interno, che aiuti ad acquisire diversi meccanismi di difesa. Il *training* aiuta lo staff ad essere più consapevole delle cause e dei sintomi del *burnout*. Aumentare la consapevolezza di questa condizione, infatti, è essenziale per prevenirne l'aggravarsi (Cherniss, 1983).

Secondo Christina Maslach le istituzioni dovrebbero organizzare corsi di formazione riguardo a questo disturbo e alle fonti di stress lavorativo e le relative informazioni dovrebbero essere una parte imprescindibile in qualsiasi professione che implichi il lavoro con altre persone (citata in Rossati & Magro, 1999).

L'aumento della consapevolezza del problema del *burnout* e dello stress lavorativo è fondamentale, soprattutto nell'ambito delle emergenze. Il riconoscimento dei fenomeni correlati aiuta ad attenuare le reazioni dello staff e a fargli comprendere che gli effetti di queste condizioni sono comuni, soprattutto in Pronto Soccorso, e che possono colpire tutti, legittimando così i loro vissuti (Bergen & Fisher, 2003; Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009).

Deve essere incoraggiato anche lo sviluppo di gruppi di sostegno. Per alleviare gli effetti negativi dello stress lavoro-correlato, infatti, sono molto utili gli interventi di gruppo, poiché offrono l'opportunità di discutere le sensazioni e i problemi di ogni singolo membro con altri, spesso in una situazione simile e in grado di offrire sostegno. Inoltre, aumenta il senso di comunità e partecipazione, che favorisce speranza e ottimismo, annullando la sensazione di impotenza che tipicamente contribuisce al *burnout* (Cherniss, 1983).

Per quanto concerne l'azione sulla struttura di lavoro e dei ruoli**,** ovvero il secondo tipo di intervento in un servizio sociosanitario identificato da Cherniss (1983), questi ultimi possono essere configurati al fine di ridurre lo stress e aumentare la realizzazione personale. Nel concreto si potrebbe ridurre il numero dei pazienti affidati ai curanti in un determinato periodo, suddividendo le responsabilità, i compiti più difficili e meno gratificanti e i malati più impegnativi per distribuire il carico equamente e alleggerire quello percepito singolarmente.

Occorre, poi, stabilire un programma giornaliero per far sì che le attività più o meno gratificanti siano suddivise in modo equilibrato lungo l'arco della giornata, senza accumularle in un lasso di tempo specifico. Questo meccanismo, infatti, va ad aumentare lo stress e la percezione del carico lavorativo (Cherniss, 1983).
Inoltre, bisogna fornire ai curanti alcuni spazi per recuperare dalla tensione emotiva, strutturando i ruoli in modo che gli operatori possano concedersi momenti di riposo e di stacco quando è necessario. Ciò consente di allontanarsi temporaneamente dalle richieste di ruolo. Nel concreto, tale intervento potrebbe essere possibile assumendo personale ausiliario come i volontari e i paraprofessionisti. I curanti devono essere incoraggiati a prendersi frequenti vacanze, anche con un breve preavviso, se necessario, invece di accumulare lunghi periodi di ferie, e a richiedere un lavoro *part-time* (Cherniss, 1983).
I coordinatori e i manager dovrebbero anche limitare le ore lavorative, poiché, come riportato dallo studio svolto a Taiwan, citato nel capitolo di discussione dei risultati, i molti straordinari hanno un impatto negativo sugli operatori, ma anche sull'organizzazione e sulla qualità di cura dei pazienti (Cherniss, 1983; Hu et al., 2010).
È necessario, inoltre, che il sistema di remunerazione sia bilanciato e che gli sforzi e i risultati del personale vengano apprezzati. I compensi non devono essere unicamente finanziari, ma anche il riconoscimento, il rispetto, la responsabilità, gli apprezzamenti e le opportunità di crescita contano in modo significativo. Ci deve essere un equilibrio tra il contributo personale dell'individuo nei confronti dell'organizzazione e il contributo dell'organizzazione al benessere e agli obiettivi dell'individuo (Adriaenssens et al., 2013).
Infine, è importante definire un programma con obiettivi da raggiungere puntuali e realistici, così da potenziare impegno e motivazione (Cherniss, 1983).
Per quanto concerne lo sviluppo della gestione, cioè il terzo tipo di intervento attuabile, Cherniss (1983) ritiene che sia fondamentale creare un *training* interno per i *manager* e i supervisori, in quanto ad alcuni di loro mancano le competenze necessarie per assolvere efficacemente i compiti del ruolo che ricoprono. È importante anche renderli consapevoli del problema dello stress lavorativo e del *burnout*, come degli effetti che questi hanno sulle prestazioni dei loro sottoposti.
La *leadership*, inoltre, deve essere di supporto, comunicativa, empatica e anticipatoria, saper ascoltare e rispondere alle domande e alle richieste d'aiuto dei subordinati, soprattutto nel campo delle emergenze. Una supervisione che dia sostegno, ma che comunque conferisca autonomia ai collaboratori è considerata la più valida. Può favorire uno spirito di squadra positivo e una buona comunicazione interdisciplinare e interpersonale che aiuti a fronteggiare anche gli eventi traumatici. I coordinatori, poi, devono organizzare momenti di guida psicologica e di *counseling* a chi vive tali situazioni, affinché le persone possano elaborare i loro vissuti e trarne forza e preziosi insegnamenti (Adriaenssens et al., 2012; O'Mahony, 2011; Venturini, 2000).
È necessario che i superiori mettano in atto interventi repentini e mirati per proteggere lo staff dallo stress lavoro-correlato e dal *burnout* e che siano allertati sulle possibilità di risposte acute a eventi particolarmente traumatici. Per i curanti di Pronto Soccorso in particolare bisogna incrementare programmi di allenamento nella prevenzione e nella gestione di tali vissuti ai quali sono sottoposti e i coordinatori devono creare una cultura di supporto che dia valore allo staff e sappia riconoscere gli effetti dello stress (Burns & Harm, 1993; Healy & Tyrrell, 2011).
Questo vale soprattutto per gli infermieri più giovani e neoassunti nei reparti acuti come il Pronto Soccorso. Non solo hanno meno esperienza e sono confrontati con il dover apprendere quotidianamente nuove informazioni, ma devono anche adattarsi

all'ambiente frenetico e talvolta traumatico in cui si trovano, agendo velocemente. La *leadership* e gli infermieri con più esperienza devono garantire un ambiente di supporto e collaborazione per i nuovi arrivati (Hunsaker et al., 2014).
Anche i programmi di *debriefing*, ovvero di rielaborazione dell'accaduto e di riflessione su tutto ciò che è stato fatto per comprendere l'avvenimento e ridurre i sintomi di disturbo post-traumatico da stress, sono fondamentali dopo gli eventi traumatici. Secondo diversi infermieri di Pronto Soccorso, questi sarebbero utili se, oltre che da professionisti ben formati, fossero tenuti da infermieri in salute mentale. Inoltre, dovrebbero essere proposti in modo sistematico dopo ogni trauma e sarebbero necessari diversi *follow-up* nelle settimane successive per valutare come gli operatori stiano elaborando l'accaduto (Laposa et al., 2003; Ross-Adjie et al., 2007).
Il quarto tipo di intervento citato da Cherniss (1983) verte sulla soluzione dei problemi organizzativi e di presa delle decisioni.
Quando insorgono difficoltà, spesso queste si aggravano per un lungo periodo finché si giunge a una crisi, dove l'intervento da parte dei supervisori non può più essere rimandato. Affrontare i problemi in un clima di crisi ed emergenza non favorisce un processo ideale di presa di decisioni. È quindi importante creare meccanismi formali di gruppo per risolvere i conflitti e i problemi organizzativi appena essi insorgono (Cherniss, 1983).
Inoltre, è fondamentale che gli amministratori aumentino la partecipazione dello staff al processo di presa di decisioni, incoraggiando i collaboratori attivamente. In questo modo non solo si assicurano maggiori appoggio e approvazione da parte dei collaboratori, ma vengono favorite decisioni e linee di condotta migliori. Il personale percepisce un minore stress lavorativo e una maggiore autonomia, con un conseguente rischio di *burnout* contenuto, poiché tende ad essere meno frequente nelle condizioni in cui gli obiettivi sono espliciti, chiari e condivisi (Cherniss, 1983).
Inoltre, aumenta notevolmente la soddisfazione lavorativa, con conseguenze favorevoli anche per i pazienti (O'Mahony, 2011).
Un ambiente positivo, il supporto da parte dei supervisori e il riconoscimento per quanto viene fatto fanno sì che i collaboratori rimangano nel loro posto di lavoro e ne siano soddisfatti, diminuendo, così, anche il rischio di *turnover* (Hunsaker et al., 2014).
Infine, per quanto concerne il quinto intervento, ovvero gli obiettivi del programma e i modelli gestionali**,** bisogna rendere i primi chiari e comprensibili, sviluppare un forte e originale modello di gestione, condividere la responsabilità delle cure con i pazienti, i loro familiari e la comunità sociale e puntare molto sulla formazione e sulla ricerca, le quali contribuiscono ad aumentare la soddisfazione (Cherniss, 1983).
Così come le strategie individuali, per alleviare il *burnout* anche quelle organizzative devono essere adattate a ogni persona e a ogni situazione, con sensibilità e flessibilità (Cherniss, 1983).

9.3 Strategie socio-istituzionali

Per quanto riguarda le strategie socio-istituzionali, va ribadita l'importanza di una rete di sostegno sociale, che può aiutare l'individuo nel momento del bisogno, poiché le figure di riferimento gli daranno la certezza di essere considerato e accettato. La rete di sostegno, infatti, è una fonte di benessere psicofisico fondamentale (Rossati & Magro, 1999).
Inoltre, come riportato anche nel capitolo riguardante la discussione dei risultati in merito agli *stressor* acuti, le relazioni sociali di supporto hanno il potere di arginare

l'impatto devastante derivante dagli eventi traumatici a cui gli infermieri di Pronto Soccorso sono quotidianamente esposti (Laposa et al., 2003).
È necessario che vengano favorite anche le relazioni sociali sul posto di lavoro, affinché aumenti la collaborazione con le altre figure professionali, soprattutto con i medici, con i quali risultano spesso particolarmente difficili, per perseguire l'interesse del paziente e favorire il suo processo di presa a carico e guarigione tramite cure di qualità (O'Mahony, 2011).
Infine, oltre a incoraggiare queste relazioni lavorative, è fondamentale attuare strategie di *team-building* per aumentare lo spirito di squadra, la collaborazione e il supporto percepito. Tutte queste dimensioni, infatti, riescono a ridurre notevolmente i livelli di *burnout* (Cherniss, 1983).

10. CONCLUSIONI

Tramite la revisione della letteratura svolta per questo Lavoro di Tesi è emerso che il *burnout* è una problematica molto diffusa tra gli infermieri di Pronto Soccorso e ha conseguenze negative su tutte le dimensioni della vita. Inoltre, la sindrome produce effetti avversi anche sulla salute del paziente che riceve le cure e sull'intera organizzazione sanitaria.
I fattori di rischio per gli infermieri di questo reparto possono essere suddivisi in due grandi categorie, ovvero i fattori stressogeni acuti e quelli cronici.
Tra quelli acuti risaltano gli eventi traumatici e l'elevata intensità emotiva del lavoro in Pronto Soccorso. Questi fattori, proprio perché sono vissuti quotidianamente, hanno conseguenze negative sulla salute psicofisica degli individui, in quanto portano a elevato *distress*, al disturbo post-traumatico da stress e al *burnout*, con tutti i correlati.
Sono stati indagati gli eventi ritenuti particolarmente stressanti e tra questi sono emersi con elevata frequenza la morte o la rianimazione di un giovane o di un bambino, la violenza contro lo staff, la gestione dei malati o dei parenti delle vittime, il carico lavorativo e i fattori ambientali.
Nella percezione di traumaticità di questi eventi sono emerse differenze in funzione delle caratteristiche demografiche, in termini di età e anni di esperienza.
Tra i fattori stressogeni cronici, invece, rientrano maggiormente gli aspetti organizzativi correlati al lavoro, ad esempio il carico lavorativo eccessivo, la poca libertà decisionale, il lavoro a turni e le tensioni con i colleghi. Questi elementi possono avere conseguenze negative sulla salute psicofisica come quelle causate dagli eventi acuti, ovvero stanchezza cronica, *distress* e *burnout*.
Nonostante lo scenario poco incoraggiante, esistono diverse strategie per far fronte al *burnout* e prevenirne o trattarne gli effetti.
Infatti, dalla revisione della letteratura è emerso come strategie di *coping* efficaci, ovvero quelle centrate sul problema, possano essere protettive e creare maggiore resilienza allo stress.
Anche il supporto sociale ha un ruolo fondamentale: quando esso è presente il personale è meno esposto a disturbi psicofisici così come al disturbo post-traumatico da stress e al *burnout*, poiché i conflitti, siano essi con i colleghi, con i superiori o con i medici, accentuano i correlati comportamentali di questa sindrome, causandone l'insorgenza.
Di grande importanza sono anche gli interventi a livello organizzativo. Questi dovrebbero favorire lo sviluppo professionale dello staff, regolamentare la struttura di lavoro e dei ruoli, implementare lo sviluppo della gestione, incentivare la soluzione dei

problemi organizzativi e di presa delle decisioni e dichiarare gli obiettivi del programma e i modelli gestionali. I suddetti interventi vanno ad agire proprio sulle diverse sfaccettature dello stress lavoro-correlato e del conseguente *burnout* citati nel *background*.

Per quanto concerne i possibili sviluppi della ricerca futura, dall'elaborazione di questo lavoro è emersa la rilevanza del fenomeno dell'aggressività contro lo staff come evento particolarmente traumatico per il personale di Pronto Soccorso. Ritengo che, nonostante ci sia sempre più consapevolezza del fenomeno e siano attuati sempre più accorgimenti per farvi fronte, sia necessario fare ancora molto in futuro. Essere vittime di simili eventi non ha solo conseguenze fisiche, ma anche un devastante impatto psicologico, che può portare al *burnout* e all'intenzione di lasciare il lavoro, oltre al disturbo post-traumatico da stress. Durante l'esperienza di stage in psichiatria, infatti, mi è stato riferito di colleghi che sono stati aggrediti fisicamente dai pazienti. Con alcuni di essi non ho potuto parlare in quanto avevano chiesto un periodo di malattia per potersi riprendere. Quelli con cui mi sono confrontata mi hanno raccontato il loro vissuto e mi hanno detto che, nei giorni successivi all'accaduto, non riuscivano a trovare le forze per venire al lavoro in quanto il senso di forte angoscia non riusciva a farli dormire. Spesso il sonno veniva interrotto dagli incubi riguardanti l'evento e i *flashback* contribuivano ad aumentare la tensione psichica. Inoltre, riferivano che la paura tendeva ad autoalimentarsi in quanto il timore di tornare al lavoro li motivava a stare a casa, dove però il tempo per ripensare all'accaduto era maggiore, con un conseguente accentuarsi della paura.

Dopo numerosi mesi di scrittura di questo elaborato posso affermare che il Lavoro di Tesi mi ha permesso di ampliare le conoscenze sul tema da me scelto e di rafforzare le mie capacità metodologiche e di consultazione della letteratura preesistente. Tuttavia, ritengo che questo scritto offra anche numerose proposte per la pratica professionale sicuramente di aiuto nel mio futuro.
Sono sempre stata particolarmente interessata alla tematica del *burnout*, poiché spesso mi sono domandata quali elementi spingano una persona a lasciare una professione cui ha ambito. Ho deciso di correlare questo argomento al Pronto Soccorso perché, grazie all'esperienza di stage, ho potuto notare sostanziali differenze con gli altri reparti e mi sono chiesta se gli infermieri con questa specializzazione siano maggiormente soggetti alla sindrome di *burnout*.
La consultazione degli articoli preesistenti sulle banche dati mi ha arricchita dal punto di vista professionale, ma anche personale. Infatti, sono emerse numerose strategie per far fronte al *burnout* e prevenirlo. Sono preziose indicazioni di cui soprattutto noi, futuri curanti, dovremo fare tesoro.
Grazie alla revisione della letteratura e alle raccomandazioni citate è emerso come tutte le figure appartenenti alle strutture sanitarie debbano intervenire per far fronte a questa sindrome. Infatti, è necessario che ogni persona si attivi. Gli interventi di gestione del *burnout* non appartengono solo al *management* ospedaliero, ma gli infermieri stessi e i loro diretti superiori possono mettere in atto diverse strategie.
Durante i miei tre anni di studio alla SUPSI è emersa la grande importanza della collaborazione multiprofessionale, a mio avviso fondamentale anche per quanto concerne il *burnout*.
In una sua frase Christina Maslach (1982) sperava che il *burnout* scomparisse dalla terra, "poiché la gente aveva riscoperto la gioia nel dare e nel ricevere l'aiuto,

l'attenzione e le cure di cui tutti noi abbiamo bisogno in certi momenti del viaggio attraverso la vita" (citata in Rossati & Magro, 1999).
Probabilmente il problema non potrà mai essere debellato in tutto il mondo ma, nel mio piccolo, spero che questo Lavoro di Tesi possa essere utile ad accrescere la consapevolezza dell'importanza della tematica da me scelta e di come essa si declini. Questi, infatti, sono i primi, imprescindibili passi verso la gestione del *burnout*.

11. RINGRAZIAMENTI

Giunta al termine del Lavoro di Tesi e dei tre anni di università è d'obbligo ringraziare tutte le persone che mi sono state vicine e che mi hanno sostenuta.
Innanzitutto un grazie di cuore va alla mia direttrice di tesi Cinzia Campello, per avermi sempre aiutata e guidata con grande disponibilità e competenza grazie alla sua presenza e ai suoi preziosi consigli.
Ringrazio di cuore anche i miei genitori, Edi ed Elisabetta, per avermi sostenuta costantemente in tutti i modi da sempre e con tanta pazienza, dandomi la forza per andare avanti e aiutandomi a credere in me. Senza di loro non ce l'avrei mai fatta.
Ringrazio anche il mio fidanzato Giacomo per essermi stato vicino e avermi incoraggiata nel corso degli anni.
Grazie, infine, a tutti gli amici che mi hanno sostenuta e hanno creduto in me e in modo particolare a Rachele e Silvia, con le quali abbiamo condiviso innumerevoli momenti belli e, in quelli brutti, ci siamo fatte forza a vicenda.

12. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2012). The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 49*(11), 1411-1422. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.07.003

Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2013). Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. *Journal of Nursing Management, 23*(3), 346-358. doi:10.1111/jonm.12138

Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2014). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies, 52*(2), 649-661. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004

Academie voor Ambulancezorg. (n.d.). Ambulanceverpleegkundige. Disponibile da http://www.academievoorambulancezorg.nl/initieel/initiele-opleidingen/ambulanceverpleegkundige/

American Psychiatric Association. (n.d.). *What is posttraumatic stress disorder?* Disponibile da https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd

American Society of Registered Nurses. (2007). *How severe is nurse burnout in the emergency department?* Disponibile da https://www.asrn.org/journal-nursing/234 how-severe-is-nurse-burnout-in-the-emergency-department.html

Aveyard, H. (2007). *Doing a Literature Review in Health and Social Care* (3. ed.). Berkshire, England: Open University Press.

Barazzoni, F., & Ghirlanda, A. (2003). Gli studi di coorte. Disponibile da http://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/sportello/pubblicazioni/epidem/Esp0311.pdf

Bartolini, N., Regazzi, D., & Venturini, L. (1999). Una ricerca infermieristica dal titolo: “Burnout in Pronto Soccorso, ovvero il fallimento dell’autorealizzazione?”. Disponibile da http://www.chittalink.it/Emergencyoggi.pdf

Bergen, E., & Fisher, P. (2003). Stress, burnout and trauma in health care. *Registered Nurses’ Association of British Columbia*, 1-7. Disponibile da https://www.fisherandassociates.org/pdf/HealthCare_03.pdf

Browning, L., Ryan, C.S., Thomas, S., Greenberg, M., & Rolniak, S. (2007). Nursing specialty and burnout. *Psychology, Health & Medicine, 12*(2), 248-254. doi:10.1080/13548500600568290

Burns, C., & Harm, N.J. (1993). Emergency nurses’ perceptions of critical incidents and stress debriefing. *Journal of Emergency Nursing, 19*(5), 431-436. Disponibile da https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8277657

Castello, A., & Borgia, I. (2013). Burnout: Uno sguardo al fenomeno. Disponibile da http://www.psicologiadellavoro.org/?q=content/burnout

Cherniss, C. (1983). *La sindrome del burnout*. Torino: Centro Scientifico Torinese.

Cimiotti, J.P., Aiken, L.H., Sloane, D.M., & Wu, E.S. (2012). Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *American Journal of Infection Control, 40*(6), 486-490. doi:10.1016/j.ajic.2012.02.029

Cisternino, R., Di Felice, M.A., & Verna, G. (2012). Stress dell'infermiere di pronto soccorso. Disponibile da http://www.triage.it/congresso/images/edocs/abstract/4sess/CisterninoDiFeliceVerna.pdf

Corbetta, P. (2014). *Metodologia e tecniche della ricerca sociale* (2. ed.). Bologna: Il Mulino.

Deutsches Zentrum für Individualisierte Prävention und Leisterungsverbesserung. (n.d.). *Burnout - Boxenstopp statt Motorshaden*. Disponibile da http://www.dzip.de/burnout.html

Dominguez-Gomez, E., & Rutledge, D. (2009). Prevalence of Secondary Traumatic Stress among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing, 35*(3), 199-204. doi:10.1016/j.jen.2008.05.003

Duzzi, B., Giovanardi, I., & Gradellini, C. (2014). La sindrome da burnout negli infermieri. *L'Infermiere, 5*, 29-35. Disponibile da http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-23-articolo-275.htm

Emergency Nurses Association. (n.d.). *Why emergency nursing*. Disponibile da https://www.ena.org/membership/Pages/WhyEmergencyNursing.aspx

Ente Ospedaliero Cantonale. (n.d.). *Pronto soccorso - medicina d'urgenza*. Disponibile da http://www.eoc.ch/Ospedali-e-Istituti/Ospedale-Regionale-di-Bellinzona-e-Valli/Bellinzona/Pronto-soccorso.html

Erasmus Universitair Medisch Centrum Rotterdam. (n.d.). *Spoedeisende Hulp Verpleegkundige*. Disponibile da https://www.erasmusmc.nl/cs_opleidingscentrum/opleiding-nw/VVO/IAZ/sh-vpk

Fabiani, M. (2015). Scrivere la revisione. Disponibile da http://www.mariafabiani.eu/wp-content/uploads/2015/04/Scrivere-la-revisione-AA-2014_2015.pdf

Fiore, F. (2016). Metodi di ricerca qualitativa e quantitativa: Introduzione alla psicologia. Disponibile da http://www.stateofmind.it/2016/09/ricerca-qualitativa-e-quantitativa/

Fonder, A.C. (1985). The nature of stress. In International Center for Nutritional Research [ICNR], *The best of basal facts 1976-1987* (pp. 629-640). Langhorne, PA: International Center for Nutritional Research

Fournier, G., & Jeanrie, C. (2003). Locus of Control: Back to Basics. In S.J. Lopez & C.R. Snyder (cur.), *Positive Psychological Assessment* (pp. 139-154). Washington, DC: American Psychological Association.

Freudenberger, H., & North, G. (1992). Die 12 Stufen des Burnout Syndrome. Disponibile da http://koerper-psychotherapie.at/burnout-12stufen.pdf

Gholamzadeh, S., Sharif, F., & Rad, F.D. (2011). Sources of occupational stress and coping strategies among nurses who work in Admission and Emergency Departments of Hospitals related to Shiraz University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 16*(1), 41-46. Disponibile da https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3203298/

Giannantonio, M. (2005). Psicotraumatologia: Cos'è un trauma psicologico. Disponibile da http://www.psicotraumatologia.com/cosa_trauma_psicologico.htm

Grove, S.K., Burns, N., & Gray, J. (2012). *The practice of nursing research* (7. ed.). Amsterdam, Holland: Elsevier.

Healy, S., & Tyrrell, M. (2011). Stress in emergency departments: Experiences of nurses and doctors. *Emergency Nurse,19*(4), 31-37. doi:10.7748en2011.07.19.4.31.c8611

Heinen, M.M., van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M., Ensio, A., Sjetne, I.S., Casbas, T.M., Ball, J., & Schoonhoven, L. (2013). Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies, 50*(2), 174-184. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.09.019

Hu, Y.C., Chen, J.C., Chiu, H.T., Shen, H.C., & Chang, W.Y. (2010). Nurses' perception of nursing workforce and its impact on the managerial outcomes in emergency departments. *Journal of Clinical Nursing, 19*(11-12), 1645-1653. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02999.x

Hunsaker, S., Chen, H.C. Maughan, D., & Heaston, S. (2014). Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction in emergency departments nurses. *Journal of Nursing Scholarship, 47*(2), 186-194. doi:10.1111/jnu.12122

Jung, H.Y., Kim, S.O., & Kim, I.S. (2014). Factors influencing burnout in emergency room nurses. *Korean Journal of Occupational Health Nursing, 23*(1), 1-10. Disponibile da https://www.koreamed.org/SearchBasic.php?RID=1152KJOHN/2014.23.1.1&DT=1

Laposa, J.M., Alden, L.E., & Fullerton, L.M. (2003). Work stress and Posttraumatic Stress Disorder in ED nurses/personnel. *Journal of Emergency Nursing, 29*(1), 23-28. doi:10.1067/men.2003.7

Lyndon, A. (2016). Burnout among health professionals and its effect on patient safety. Disponibile da https://psnet.ahrq.gov/perspectives/perspective/190/burnout among-health-professionals-and-its-effect-on-patient-safety

Maslach, C., Jackson, S.E., & Leiter, M. (1996). *Maslach Burnout Inventory* (3. ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Mepha. (2014). *Meglio informati sul burnout: Sindrome da esaurimento professionale*. Disponibile da http://iframe.shop.mepha.ch/dta.php/prodspecs/mepha serviceprods/225308.pdf

O'Mahony, N. (2011). Nurse burnout and the working environment. *Emergency Nurse, 19*(5), 30-37. doi:10.7748/en2011.09.19.5.30.c8704

Poncet, M.C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J.F., Pochard, F., Chevret, S., Schlemmer, B., & Azoulay, E. (2006). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 175*(7), 698-704. doi:10.1164/rccm.200606-806OC

Ramacciati, N., & Ceccagnoli, A. (2011). Violenza e aggressioni in Pronto Soccorso: revisione della letteratura. *L'Infermiere, 5*, 43-50. Disponibile da http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-5-articolo-54.htm

Ross-Adjie, G.M., Leslie, G., & Gillman, L. (2007). Occupational stress in the ED: What matters to nurses? *Australasian Emergency Nursing Journal, 10*(3), 117-123. doi:10.1016/j.aenj.2007.05.005

Rossati, A., & Magro, G. (1999). *Stress e burnout*. Roma: Carocci.

Saiani, L., & Brugnolli, A. (2010). Come scrivere una revisione della letteratura. Disponibile da http://medtriennaliao.campusnet.unito.it/html RevisioneLetteratura.pdf

Song, J.W., & Chung, K.C. (2011). Observational studies: Cohort and case-control studies. *Plastic and Reconstructive Surgery, 126*(6), 2234-2242. doi:10.1097/PRS.0b013e3181f44abc

Sorour, A.S., & El-Maksoud, M. (2012). Relationship between musculoskeletal disorders, job demands, and burnout among emergency nurses. *Advanced Emergency Nursing Journal, 34*(3), 272-282. doi:10.1097/TME.0b013e31826211e1

Sutton, A. (n.d.). In case of emergency: Who's who in the ER. Disponibile da http://www.cfah.org/prepared-patient/prepared-patient-articles/in-case-of-emergency-whos-who-in-the-er

Università degli Studi "G. D'Annunzio". (2016). *Elementi di fisiologia umana: Lo stress*. Disponibile da https://www.disputer.unich.it/sites/st13/files/allegatiparagrafo/ 25-05-2016/stress_24.05.16.pdf

Vahey, D.C., Aiken, L.H., Sloane, D.M., Clarke, S.P., & Vargas, D. (2010). Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care, 42*(2), 1157-1166. doi:10.1097/01.mlr.0000109126.50398.5a

Van der Ploeg, E., & Kleber, R.J. (2003). Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. *Occupational and Environmental Medicine, 60*(1), 40-46. doi:10.1136/oem.60.suppl_1.i40

Venturini, L. (2000). Burnout sindrome e nuovo codice deontologico: Valori e conflitti nella realtà lavorativa dell'infermiere di pronto soccorso. Disponibile da http://www.chittalink.it/CODICE%20DEONTOLOGICO%20E%20BURNOUT.pdf

Wapperom, A. (2016). *Burnout - A risk factor for developing PTSD?* (Tesi di master, Universiteit Utrecht, Olanda). Disponibile da https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/338680

Webster, J., & Watson, R.T. (2002). Analyzing the past to prepare for the future: Writing a literature review. *MIS Quarterly, 26*(2), 13-23. Disponibile da http://www.jstor.org/stable/4132319

Yang, Y., Koh, D., Ng, V., Lee, C.Y., Chan, G., Dong, F., Goh, S.H., Anantharaman, V., & Chia, S.E. (2002). Self perceived work related stress and the relation with salivary IgA and lysozyme among emergency department nurses. *Occupational and Environmental Medicine, 59*(12), 836-841. doi:10.1136/oem.59.12.836

Zanotti, P. (2014). Cure per i curanti: Burnout prevention. Disponibile da http://www.eoc.ch/dms/site-eoc/documenti/pallclick/sintomi/Cure20per20i20curanti.pdf

13. ALLEGATI

Allegato 13.1: *Maslach Burnout Inventory* (MBI) *(Maslach & Jackson, 1981)*

Le MBI: MASLACH BURNOUT INVENTORY

Echelle de mesure de l'Epuisement Professionnel du Soignant.
(Traduit par Fontaine).

1 - L'ECHELLE (Cf. verso)

Echelle de fréquence de 22 items représentant les 3 dimensions de l'EP :
- L'Epuisement Emotionnel (EE)
- La Dépersonnalisation (DP) OU Déshumanisation
- La Perte d'Accomplissement Personnel (AP)

Dimension du MBI	***Nombre d'Items***	***Questions***
EE	9 items	*1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 18*
DP	5 items	*5, 10, 11, 15, 22*
AP	8 items	*4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21*

2 - L'INTERPRETATION du MBI

	EE	DP	AP
High	27 or over	13 or over	0 – 30
Moderate	17–26	7 – 12	31 – 36
Low	0 – 16	0 –6	37 or over

Maslach C, Jackson S du MBI Manuel (1986)

Pour chaque dimension : score « bas », « modéré », « élevé ».
Un score élevé d'EE OU de DP OU un score bas d'AP suffit pour parler de burnout.
En fonction du nombre de dimensions atteintes on distingue des stades de GRAVITE.
Le degré de burnout est dit :
- Faible : seule 1 dimension est atteinte.
- Moyen : atteinte de 2/3 dimensions.
- Sévère : les 3 dimensions sont pathologiques.

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse.

0 Jamais
1 Quelques fois par année, au moins
2 Une fois par mois, au moins
3 Quelques fois par mois
4 Une fois par semaine
5 Quelques fois par semaine
6 Chaque jour

ITEM	FRÉQUENCE
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0 1 2 3 4 5 6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0 1 2 3 4 5 6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0 1 2 3 4 5 6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0 1 2 3 4 5 6
9. J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0 1 2 3 4 5 6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0 1 2 3 4 5 6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0 1 2 3 4 5 6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0 1 2 3 4 5 6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0 1 2 3 4 5 6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0 1 2 3 4 5 6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0 1 2 3 4 5 6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0 1 2 3 4 5 6
20. Je me sens au bout du rouleau	0 1 2 3 4 5 6
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0 1 2 3 4 5 6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0 1 2 3 4 5 6

Allegato 13.2: Tabelle riassuntive della revisione della letteratura

Titolo	Autori	Anno	Risultati ottenuti	Scopo	Metodologia	Limiti
Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study	J. Adiriaenssens, V. De Gucht, & S. Maes	2013	• I cambiamenti nelle caratteristiche del lavoro (richieste lavorative, controllo sul lavoro e supporto sociale) predicono soddisfazione lavorativa, coinvolgimento lavorativo e esaurimento emotivo. Queste variabili possono influenzare a loro volta risultati a lungo termine come l'intenzione di lasciare la professione. Per contro, le variabili organizzative hanno effetti minori ma significativi sugli *outcome* a breve termine. • Il compenso predice il coinvolgimento lavorativo e il *mobbing* predice l'esaurimento emotivo, dimensione fondamentale del *burnout*. • Tutti questi elementi possono essere influenzati dal *management* ospedaliero, che dovrebbe quindi diminuire le richieste lavorative, aumentare il controllo sul lavoro, migliorare lo spirito di squadra e il supporto sociale e favorire ricompense equilibrate.	Comprendere meglio i determinanti e le conseguenze dello stress lavoro-correlato negli infermieri di Pronto Soccorso.	Studio di coorte. Le variabili sono state misurate tramite un questionario strutturato che indaga soddisfazione lavorativa, intenzione di *turnover*, coinvolgimento lavorativo, esaurimento emotivo e *distress* psicosomatico. Sono state richieste anche le caratteristiche demografiche dei partecipanti. Gli intervalli di tempo vanno da dicembre 2007 a marzo 2008 (T1) e da aprile a luglio 2009 (T2) Popolazione: sono stati scelti casualmente 15 ospedali generali non universitari nelle Fiandre. In totale, a T2, sono ritornati 170 questionari completi. (altri dettagli: v. scheda testo)	• Un solo *follow-up.* • Le variabili istituzionali come la grandezza e l'ubicazione dei Pronto Soccorso (urbana o in periferia) non sono state misurate. • Lo studio è stato condotto in una Nazione sola, quindi i risultati potrebbero essere influenzati dal contesto culturale specifico.

Titolo	Autori	Anno	Risultati ottenuti	Scopo	Metodologia	Limiti
Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms	E. van der Ploeg & R.J. Kleber	2003	• Sia gli *stressor* acuti, ovvero gli eventi traumatici, che quelli cronici, come lo scarso supporto sociale, un compenso insufficiente, la carenza di autonomia e la fatica fisica, hanno un impatto sulla salute psicofisica del personale. • Il personale dello studio mostrava i sintomi del disturbo post-traumatico da stress, di *burnout* e di stanchezza cronica. • Tra gli *stressor* cronici che hanno un maggiore impatto rientrano gli aspetti sociali del lavoro, in particolare la carenza di supporto dai colleghi e dai superiori e la scarsa comunicazione. • Gli interventi, quindi, devono focalizzarsi sia sulla preparazione dei soccorritori agli eventi traumatici con cui saranno confrontati sia sul miglioramento degli aspetti sociali lavorativi.	Indagare se gli *stressor* sia acuti che cronici ai quali il personale dell'ambulanza è sottoposto predicono disturbi psicofisici come il disturbo post-traumatico da stress, il *burnout* e la stanchezza cronica.	Studio di coorte con questionario per indagare le caratteristiche demografiche, gli *stressor* acuti e cronici e i disturbi psicofisici (disturbo post-traumatico da stress, *burnout* e stanchezza cronica). Popolazione: personale delle ambulanze di 10 servizi regionali olandesi. In totale, a T2, sono ritornati 123 questionari completi. (altri dettagli: v. scheda testo)	• Percentuale di risposta bassa a T1 (56%). • Non è stato possibile inviare un questionario di *follow-up* a tutto il personale. • Studio retrospettivo.

Titolo	Autori	Anno	Risultati ottenuti e tematiche trattate	Scopo	Metodologia
Una ricerca infermieristica dal titolo: Burnout in Pronto Soccorso, ovvero il fallimento dell'autorealizzazione. Ricerca infermieristica sui fenomeni di disagio nel personale infermieristico nei servizi di Pronto Soccorso dell'Emilia Romagna	N. Bartolini, D. Regazzi, & L. Venturini	1999	• Il disagio infermieristico in Pronto Soccorso e il conseguente rischio di *burnout*. • Cambiamenti delle caratteristiche dei Pronto Soccorso negli ultimi anni • Il carico di lavoro ha un notevole impatto sulla qualità delle cure prestate. • Elementi fondamentali sono il riconoscimento della professionalità e la coesione tra i colleghi. • Proposte di strategie per il cambiamento (organizzative e istituzionali).	Ricerca sul disagio infermieristico in Pronto Soccorso	Studio descrittivo con questionario per indagare il disagio degli intervistati tramite la percezione soggettiva del proprio lavoro. Popolazione: infermieri di Pronto Soccorso di 42 servizi in Emilia Romagna. Sono stati inviati 706 questionari e di questi ne sono tornati 406 (percentuale di risposta del 57,5%).

Titolo	Autori	Anno	Risultati ottenuti e tematiche trattate	Scopo	Metodologia
The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey	J. Adriaenssens, V. De Gucht, & S. Maes	2012	• Caratteristiche del lavoro in Pronto Soccorso. • Le cause della vulnerabilità degli infermieri di Pronto Soccorso. • Definizione e conseguenze degli eventi traumatici. • Definizione di PTSD, PTSD negli infermieri di Pronto Soccorso (fattori di rischio) e conseguenze. • Il ruolo del supporto sociale e del *coping* nello sviluppo del PTSD. • Gli eventi traumatici che causano più *distress*. • Le strategie di *coping*. • Definizione di supporto sociale. • Il ruolo della frequenza di esposizione agli eventi traumatici, le conseguenze psicologiche e somatiche e l'impatto degli eventi, del *coping* e del supporto sociale. • Implicazioni dello studio.	3 obiettivi dello studio: • indagare la frequenza di esposizione e la natura degli eventi traumatici per gli infermieri di Pronto Soccorso; • indagare la percentuale di infermieri che riferisce sintomi di PTSD, ansia, depressione, disturbi somatici e stanchezza a un livello sub-clinico; • indagare l'impatto degli eventi traumatici, del *coping* e del supporto sociale per lo sviluppo di sintomi di PTSD, *distress* psicologico, disturbi somatici, stanchezza e disturbi del sonno	Studio trasversale con questionario. Sono stati indagati la frequenza dell'esposizione agli eventi traumatici, le strategie di *coping*, il supporto sociale percepito e quello emotivo, la frequenza dei sintomi del disturbo post-traumatico da stress, il *distress* psicologico e i disturbi somatici, la stanchezza e i disturbi del sonno. Popolazione: 248 infermieri di Pronto Soccorso di 15 ospedali fiamminghi (percentuale di risposta dell'80,5%). Criteri di inclusione: gli infermieri dovevano essere a contatto con i pazienti e lavorare da almeno sei mesi in questo reparto.

Titolo	Autori	Anno	Risultati ottenuti e tematiche trattate	Scopo	Metodologia
Nursing specialty and burnout	L. Browning, C.S. Ryan, S. Thomas, M. Greenberg, & S. Rolniak	2007	• Le cause del rischio di *burnout* per gli infermieri. • Le tre fasi del *burnout*. • Le differenze tra le tre tipologie di infermieri presi in esame per l'elaborazione di questo studio. • Le dimensioni indagate di controllo, *burnout*, stress e adattamento cognitivo. • Gli interventi specifici attuabili per ogni tipologia di infermieri indagata.	Esaminare la correlazione tra controllo percepito e burnout in tre tipologie di specializzazioni infermieristiche (infermiere specializzato, infermiere con ruolo manageriale e infermiere d'emergenza). Sono state indagate le differenze nelle specializzazioni nelle dimensioni di controllo, *burnout*, stress e adattamento cognitivo	Studio descrittivo con questionario per indagare gli *stressor* correlati al lavoro e l'adattamento cognitivo. È stato usato anche il MBI per indagare l'esaurimento emotivo, la depersonalizzazione e il coinvolgimento personale. Popolazione: 228 infermieri con diverse specializzazioni (100 di questi lavoravano in reparti di emergenza).

Titolo	Autori	Anno	Risultati ottenuti e tematiche trattate	Scopo	Metodologia
Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses	E. Dominguez-Gomez & D. Rutledge	2009	• La dimensione dell'empatia negli infermieri di Pronto Soccorso e i suoi effetti. • L'effetto cumulativo dell'esposizione cronica alla sofferenza umana. • Definizione, sintomi e conseguenze dello stress traumatico secondario. • La *Compassion Fatigue*, la *Compassion Satisfaction* e il *burnout*: definizioni e effetti. • Il trauma indiretto: definizione e conseguenze. • Strategie efficaci per migliorare i sintomi di questi disturbi psicofisici e prevenire i problemi.	Indagare la prevalenza di stress traumatico secondario negli infermieri di Pronto Soccorso e tutte le conseguenze che ciò comporta	Design esplorativo comparativo tramite strumenti di intervista demografici e che indaghino lo stress traumatico secondario e la frequenza dei suoi sintomi. Popolazione: 67 infermieri di Pronto Soccorso di tre ospedali californiani con un minimo di sei mesi di esperienza nel reparto.
Stress in emergency departments: experiences of nurses and doctors	S. Healy & M. Tyrrell	2011	• Quanto è elevato lo stress nelle professioni di aiuto. • Stress e Pronto Soccorso. • Conseguenze dello stress in Pronto Soccorso. • Gli eventi stressanti. • Le caratteristiche dell'ambiente del Pronto Soccorso. • Gli effetti comuni di stress e *burnout* negli infermieri di Pronto Soccorso. • I fattori più stressanti del lavoro in Pronto Soccorso. • I tre livelli di prevenzione dello stress. • Interventi di assistenza e di protezione dello staff.	Studiare le attitudini di infermieri e medici di Pronto Soccorso verso lo stress caratteristico del posto lavorativo, le loro esperienze riguardo a esso e dare qualche suggerimento su come questo possa essere ridotto	Revisione della letteratura e studio descrittivo tramite interviste. I questionari sono stati inviati a 150 a infermieri e medici di Pronto Soccorso (103 questionari ritornati, percentuale di risposta del 69%). Popolazione: 150 medici e infermieri di tre Pronto Soccorso in Irlanda.

Titolo	Autori	Anno	Risultati ottenuti e tematiche trattate	Scopo	Metodologia
Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction in Emergency Department nurses	S. Hunsaker, H.C. Chen, D. Maughan, & S. Heaston	2014	• La professione di infermiere di Pronto Soccorso: caratteristiche. • *Compassion Fatigue*, *Compassion Satisfaction* e *burnout*: definizioni e prevalenza. • Associazione tra caratteristiche demografiche e correlate al lavoro, *CS*, *CF* e *burnout*. • Fattori per predire il livello di *CS*, *CF* e burnout.	• Determinare la prevalenza di *CS*, *CF* e *burnout* negli infermieri di Pronto Soccorso in questo studio svolto negli Stati Uniti • Determinare quali componenti demografiche e correlate al lavoro influenzino lo sviluppo di *CS*, *CF* e *burnout* negli infermieri di Pronto Soccorso (quindi determinare i fattori che influenzano sia gli aspetti positivi che negativi del lavoro di infermiere)	Studio descrittivo tramite questionari che indaghino le caratteristiche demografiche e la prevalenza di *CS*, *CF* e *burnout* tra gli infermieri di Pronto Soccorso. Sono tornati 284 questionari su 1000 inviati (percentuale di risposta del 28%). Di questi partecipanti sei sono stati esclusi in quanto lavoravano meno di otto ore settimanali (totale finale: 278). Popolazione: 278 infermieri di Pronto Soccorso negli Stati Uniti. Criteri di inclusione: almeno otto ore di lavoro settimanali in Pronto Soccorso; contatto con i pazienti almeno otto ore settimanali; almeno un anno di esperienza in Pronto Soccorso.

Titolo	Autori	Anno	Risultati ottenuti e tematiche trattate	Scopo	Metodologia
Work stress and Posttraumatic Stress Disorder in ED Nurses/Pesonnel	J.M. Laposa, L.E. Alden, & L.M. Fullerton	2003	• Definizione di PTSD e sintomi. • Criteri diagnostici di PTSD dal DSM-IV. • Le caratteristiche del personale di Pronto Soccorso. • I sei eventi risultati più traumatici. • Lo stress lavoro-correlato. • I tre insiemi di fattori che contribuiscono allo stress del personale di Pronto Soccorso. • Il conflitto interpersonale e i suoi effetti. • Strategie attuabili.	Indagare se c'è un'associazione tra le fonti di stress sul posto di lavoro e i sintomi di PTSD e fare un *assessment* delle reazioni del personale agli eventi traumatici	Analisi secondaria di dati precedentemente ottenuti e studio descrittivo con questionario che misuri il PTSD e le fonti di stress lavorativo. Popolazione: 51 infermieri di Pronto Soccorso di un ospedale canadese.
Nurse burnout and the working environment	N. O'Mahony	2011	• Definizione di *burnout* e conseguenze. • I 14 criteri dei "*Magnet Hospitals*". • La partecipazione infermieristica e i suoi effetti. • Le relazioni con i colleghi. • Il ruolo della qualità dell'ambiente lavorativo. • La mancanza di controllo, il carico lavorativo eccessivo e gli standard attesi troppo elevati. • Strategie per fare fronte alle problematiche.	Esaminare i livelli di *burnout* riferiti dagli infermieri di Pronto Soccorso e le caratteristiche del loro ambiente lavorativo per determinare se vi sia una correlazione tra i due elementi	Revisione della letteratura di articoli recenti sul *burnout* riguardanti gli infermieri di Pronto Soccorso e studio descrittivo nel quale vengono indagati il *burnout*, l'ambiente lavorativo e le caratteristiche sociodemografiche. Popolazione: 64 infermieri di Pronto Soccorso in Irlanda.

Titolo	Autori	Anno	Risultati ottenuti e tematiche trattate	Scopo	Metodologia
Occupational stress in the ED: What matters to nurses?	G.M. Ross-Adjie, G. Leslie, & L. Gillman	2007	• Gli infermieri di Pronto Soccorso e le loro caratteristiche. • La classifica degli eventi ritenuti più stressanti. • Definizione di evento stressogeno e conseguenze di esso. • Differenze nei diversi gruppi di partecipanti con caratteristiche demografiche diverse. • *Debriefing*: definizione e indicazioni. • Strategie per far fronte ai problemi.	Determinare quali eventi stressogeni sono percepiti dagli infermieri di un Pronto Soccorso australiano come particolarmente significativi e traumatici, se le caratteristiche demografiche hanno un effetto su queste percezioni e discutere le pratiche di *debriefing* dopo tali eventi traumatici	Studio descrittivo trasversale tramite questionario per indagare le caratteristiche demografiche e professionali, i fattori stressanti e le esperienze di *debriefing* dopo gli eventi traumatici. Popolazione: 156 infermieri di un Pronto Soccorso australiano.

Titolo	Autori	Anno	Risultati ottenuti e tematiche trattate	Scopo	Metodologia
Nurses' perception of nursing workforce and its impact on the managerial outcomes in emergency departments	Y.C. Hu, J.C. Chen, H.T. Chiu, H.C. Shen, W.Y. Chang	2010	• Il numero di anni di servizio in Pronto Soccorso e la percezione riguardo il proprio lavoro. • Gli straordinari dovuti alla carenza di personale e gli effetti che essi producono. • Le conseguenze della lunghezza dei turni, dell'ambiente stressante e dell'eccessivo carico lavorativo. • Strategie da adottare in futuro.	Tre scopi: • capire le percezioni soggettive degli infermieri in merito al carico lavorativo del Pronto Soccorso; • esaminare la relazione tra carico lavorativo e il suo impatto sui risultati manageriali; • analizzare la correlazione tra le caratteristiche degli infermieri (come età e anni di esperienza) e i punteggi riguardo alla percezione del carico lavorativo.	Studio trasversale con questionario che indaghi le caratteristiche demografiche, il carico lavorativo e la percezione soggettiva di esso. Popolazione: 538 infermieri di Pronto Soccorso di 19 ospedali di Taiwan con almeno tre mesi di esperienza.

Titolo	Autori	Anno	Risultati ottenuti e tematiche trattate	Scopo	Metodologia
Self perceived work related stress and the relation with salivary IgA and lysozyme among emergency department nurses	Y. Yang, D. Koh, V. Ng, C.Y. Lee, G. Chan, F. Dong, S.H. Goh, V. Anantharaman, & S.E. Chia	2002	• I fattori stressogeni per gli infermieri di Pronto Soccorso. • Le conseguenze dello stress sugli infermieri e sul loro stato psicofisico. • IgA e lisozima: definizioni. • Lo stress percepito e come questo possa influenzare il sistema immunitario.	Obiettivi dello studio: • fare un *assessment* e comparare la percezione dello stress correlato al lavoro tra infermieri di Pronto Soccorso e di altri reparti • investigare la relazione dello stress lavoro-correlato con IgA e lisozima	Studio trasversale con questionario sulle caratteristiche sociodemografiche e sulla percezione dello stress. Inoltre, è stata campionata la saliva dei partecipanti. Popolazione: 132 infermiere (la maggior parte di Pronto Soccorso). Criteri di esclusione (poiché influiscono su IgA e lisozima): gravidanza, malattie croniche al sistema immunitario, farmaci assunti regolarmente con effetto sul sistema immunitario e presenti o recenti infezioni alle vie respiratorie superiori.
Relationship between musculoskeletal disorders, job demands and burnout among emergency nurses	A.S. Sorour & M.M. El-Maksoud	2012	• I disturbi muscoloscheletrici negli infermieri. • Correlazione tra richieste sul posto di lavoro, disturbi muscoloscheletrici e *burnout.* • I disturbi muscoloscheletrici per gli infermieri di Pronto Soccorso. • Strategie da adottare per farvi fronte.	Investigare la relazione tra disturbi muscoloscheletrici, richieste lavorative e *burnout* tra gli infermieri di Pronto Soccorso	Disegno analitico trasversale con questionario e MBI. Popolazione: 58 infermieri di Pronto Soccorso di un ospedale egiziano.

Titolo	Autori	Anno	Risultati ottenuti e tematiche trattate	Scopo	Metodologia
Factors Influencing Burnout in Emergency Room Nurses	H.Y. Jung, S.O. Kim, I.S. Kim	2014	• La correlazione esistente tra episodi di violenza e *burnout.* • I fattori che influenzano lo sviluppo del *burnout.* • Programma di intervento per gli infermieri di Pronto Soccorso.	Identificare l'impatto dell'esperienza di violenza e l'effetto della violenza sullo sviluppo del *burnout* degli infermieri di Pronto Soccorso	Studio descrittivo per indagare le caratteristiche demografiche e l'impatto degli episodi di violenza sullo sviluppo della sindrome di *burnout*. Popolazione: 185 infermieri di Pronto Soccorso di tre ospedali universitari e 15 ospedali non universitari coreani.
Sources of occupational stress and coping strategies among nurses who work in Admission and Emergency Departments of Hospitals related to Shiraz University of Medical Sciences	S. Gholamzadeh, F. Sharif, F.D. Rad.	2011	• Le diverse strategie di *coping* e le loro tipologie. • Gli *stressor* identificati per gli infermieri dello studio: problemi correlati all'ambiente fisico, carico lavorativo, dover gestire i pazienti, i loro familiari e la loro rabbia, esposizione ai rischi, carenza di supporto dai superiori, assenza del medico in Pronto Soccorso, carenza di risorse e materiali. • La strategia di coping più usata dagli infermieri dello studio e quella meno utilizzata.	Indagare le fonti dello stress lavoro-correlato e le strategie di *coping* adottate dagli infermieri che lavorano in Pronto Soccorso	Studio descrittivo tramite questionario. Tre parti del questionario che indagano: • le caratteristiche personali degli infermieri; • le fonti di stress lavorativo; • le strategie di *coping* utilizzate Popolazione: 90 infermieri di Pronto Soccorso di tre ospedali iraniani.

Lavoro di Tesi approvato in data……