

Scuola universitaria professionale
della Svizzera italiana

SUPSI

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana

Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale

Corso di laurea in Cure Infermieristiche

Prendersi cura del curante.

La prevenzione del *burnout* tra il personale infermieristico.

Una revisione della letteratura.

Lavoro di Bachelor

(*Bachelor Thesis*)

di:

Camilla Valsangiacomo

Direttore di Tesi:

Mariano Cavolo

Manno, 31 luglio 2022



Abstract

Background

Il *burnout* viene classicamente definito come una sindrome di logoramento psicofisico caratterizzato dalla presenza di tre elementi principali: l'esaurimento emotivo, la depersonalizzazione e la sensazione di ridotta efficienza personale.

Oggi questo fenomeno rappresenta un diffuso problema sociale, anche se spesso ancora sottovalutato. Le professioni d'aiuto, tra cui quella infermieristica, rientrano tra le categorie lavorative più a rischio di *burnout* e di abbandono della professione.

Domanda di ricerca

Quali misure, strategie, strumenti e interventi possono mettere in atto gli infermieri per ridurre lo stress lavoro-correlato e prevenire il rischio di *burnout*?

Scopo e obiettivi

Si vogliono ricercare e mettere in evidenza eventuali misure di intervento per prevenire l'insorgenza del *burnout* nelle professioni sanitarie, nello specifico ponendo l'attenzione sulle cure infermieristiche.

Metodologia

La metodologia utilizzata è una revisione narrativa della letteratura scientifica. Le banche dati visitate maggiormente sono state: *PubMed*, *Ovid*, *MEDLINE ProQuest*, *CINHAL* e *Cochrane Library*. Grazie a precisi criteri di inclusione ed esclusione, sono stati reperiti N=11 articoli di tipologia diversificata.

Risultati

Gli interventi di prevenzione sono distinguibili e classificabili in due categorie, una di tipo individuale e l'altra di tipo organizzativo, complementari l'una all'altra al fine di ridurre gli elevati tassi di *burnout*. In entrambi i casi, sono molteplici le strategie attuabili e su cui lavorare al fine di prevenire la sindrome.

Conclusioni

L'implementazione di strategie di prevenzione dal *burnout* nell'ambito sanitario è fortemente consigliata al fine di avere dei curanti in salute e protetti. Gli infermieri possono e devono attivarsi in prima persona per salvaguardare la propria salute mentale e fisica. D'altra parte, è necessario che le istituzioni e i datori di lavoro vengano incontro ai bisogni dei propri collaboratori.

Key words

Burnout, nurs, health care worker, prevention and control, stress, reduction, improvement, caring, work-life-balance, Pflege, Prävention.*

Sommario

Abstract	3
1 Introduzione	6
1.1 Motivazione personale	6
1.2 Scopo e obiettivi.....	7
1.3 Struttura del lavoro.....	7
2 Quadro teorico	9
2.1 Il <i>Burnout</i> : di cosa parliamo?	9
2.1.1 Origine e definizioni	9
2.1.2 Epidemiologia e popolazione a rischio	11
2.1.3 Eziopatogenesi e fattori di rischio.....	13
2.1.4 Segni e sintomi	19
2.1.5 Strumenti di misurazione	22
2.1.6 Presa a carico, trattamento e prevenzione	22
2.2 Classificazione odierna del <i>burnout</i>	23
2.2.1 Stress e <i>burnout</i>	23
2.2.2 Depressione e <i>burnout</i>	25
2.3 Stato dell'arte e <i>knowledge gap</i>	25
2.3.1 Il COVID-19 e la salute mentale dei curanti	25
2.4 Domanda di ricerca.....	26
3 Metodologia	28
3.1 Disegno di ricerca: la revisione di letteratura	28
3.2 Descrizione del metodo di ricerca.....	29
3.2.1 Criteri di inclusione ed esclusione	30
4 Analisi	32
4.1 Selezione degli articoli	32
5 Discussione dei risultati	40
5.1 Interventi di prevenzione.....	40
5.1.1 Area d'intervento individuale: lavorare sulla persona.....	40
5.1.2 Area d'intervento organizzativa: lavorare sull'istituzione.....	43
6 Conclusioni	45
6.1 Limiti della ricerca e potenziali sviluppi	46
6.2 Riflessioni personali.....	46

Ringraziamenti.....	47
Bibliografia.....	48
Indice di immagini e tabelle.....	51
Indice degli allegati	53

1 Introduzione

Negli anni Ottanta e Novanta il *burnout* veniva definito come una sindrome di logoramento psicofisico caratterizzato dalla presenza di tre elementi principali: l'esaurimento emotivo, la depersonalizzazione e la sensazione di ridotta efficienza personale (Maslach & Leiter, 2000; Moosler, 2006).

Oggigiorno, il fenomeno del *burnout* permane complesso, causato da una moltitudine di fattori che comportano una serie di conseguenze individuali ed organizzative (Converso & Falcetta, 2007). Si tratta di un problema di salute pubblica ad impatto sociale largamente diffuso, ma al contempo sottovalutato e sottostimato: è difficile ottenere numeri precisi poiché dagli studi ne emerge una visione solo parziale (Santinello & Negrisolò, 2009). Oltre ai casi conclamati, bisogna infatti considerare anche i numerosi professionisti che rientrano in una fascia di rischio e che non hanno ancora sviluppato i sintomi, ma che meritano ugualmente una presa a carico preventiva al fine di evitare che il *burnout* si manifesti. Ciò fa ben comprendere la serietà di questo problema sociale e dunque l'importanza di una prevenzione mirata.

All'interno di questo quadro generale, è assodato da tempo che le professioni sanitarie e d'aiuto come quella infermieristica rientrano tra le categorie lavorative più esposte al rischio di *burnout* (Klenke & Vöggtli, 2019; Leupold, 2021; Maslach & Leiter, 2000).

Il 28 novembre 2021 la popolazione svizzera è stata chiamata a votare circa l'iniziativa popolare federale nominata "Per cure infermieristiche forti", mossa dal comitato dell'ASI, l'Associazione Svizzera delle Infermiere e degli Infermieri (Confederazione Svizzera, 2018). L'iniziativa in questione chiedeva, tra i vari elementi (alcuni dei quali citati in precedenza), che venissero garantite migliori condizioni di lavoro agli infermieri, al fine di prevenire *burnout* e abbandono professionale.

L'iniziativa è stata promossa con il 61% dei voti a livello svizzero: si tratta di un'alta percentuale, che mette in luce come la popolazione abbia capito e abbia a cuore la situazione emergenziale (indipendente dalla pandemia, seppur accentuata) cui sono sottoposti quotidianamente i curanti.

1.1 Motivazione personale

La scelta di portare alla tesi un argomento come il *burnout* professionale e l'esaurimento lavorativo è dovuto al fatto che durante la mia esperienza nel campo sanitario (ospedaliero e pre-ospedaliero) ho incontrato un numero considerevole di colleghe e colleghi che apparivano emotivamente esauriti o che si consideravano essi stessi tali.

Trovo che ciò sia in qualche misura comprensibile, poiché l'infermiere vive quotidianamente a contatto con il dolore fisico del proprio paziente, la sofferenza psichica, il disagio, la morte. Tutto ciò comporta un elevato investimento sul fronte emotivo. D'altronde, non è un caso che le professioni di tipo sanitario siano ritenute tra quelle maggiormente a rischio di incorrere in un *burnout* nel corso della propria carriera, poiché richiedono un costante impegno sul piano emotivo che, se trascurato e protratto nel tempo, può dar luogo a questa sindrome.

Accorgermi in prima persona di quanto questo problema di rilievo sociale e pubblico sia diffuso anche sul nostro piccolo territorio ticinese e svizzero mi fa male e mi fa riflettere. Mi chiedo se davvero si debba arrivare a tanto e se non ci siano dei metodi concreti ed efficaci per proteggere e salvaguardare i miei colleghi (e me stessa in qualità di futura infermiera) da tali sovraccarichi. Dal mio punto di vista, ciò sarebbe

prioritario al fine di mantenere in salute i curanti, garantendo così una buona qualità delle cure infermieristiche erogate e preservando la sicurezza dei pazienti.

1.2 Scopo e obiettivi

Per i motivi di cui sopra, ritengo sia fondamentale per il personale infermieristico conoscere l'esistenza e diffondere l'uso di strumenti di prevenzione e di promozione della salute per un'adeguata tutela dall'insorgenza del *burnout* e per una sua eventuale appropriata gestione.

L'obiettivo che si pone questo Lavoro di Tesi è pertanto quello di ricercare e mettere in evidenza eventuali misure di intervento per prevenire l'insorgenza del *burnout* nelle professioni sanitarie, nello specifico ponendo l'attenzione sulla classe lavorativa infermieristica. In particolar modo, mi interessa capire se esistono dei fattori di rischio (e se sì, quali sono) su cui è possibile lavorare d'anticipo al fine di evitare l'insorgenza della sindrome del *burnout*. Saranno presenti anche suggerimenti e spunti di riflessione sul trattamento e sulla gestione a seguito della sua manifestazione.

Ciò sarà possibile grazie ad una revisione della letteratura scientifica e ad un'approfondita analisi delle evidenze scientifiche, che comprendono la consultazione di articoli di periodici e di riviste tematiche, ma anche di libri, manuali e tesi di laurea pregresse.

1.3 Struttura del lavoro

A seguito di questa prima parte d'introduzione, nel secondo capitolo del mio Lavoro di Bachelor approfondirò nel dettaglio il tema del *burnout*, dell'esaurimento lavorativo e dello stress lavoro-correlato da un punto di vista teorico, grazie ai contributi emersi dalla letteratura consultata. La presenza di una cornice teorica permette infatti di dare delle informazioni e delle spiegazioni attorno a un concetto, in questo caso quello della sindrome del *burnout*, chiarendone per esempio: la definizione del costrutto, la popolazione a rischio, le cause, i segni e sintomi.

Il terzo capitolo è dedicato alla metodologia con cui è stato affrontato questo lavoro. Spiegherò la scelta di voler affrontare una revisione della letteratura scientifica e illustrerò il procedere metodologico eseguito per realizzare questa Tesi.

I capitoli quattro e cinque sono molto importanti poiché racchiudono l'analisi degli articoli scientifici selezionati dalla ricerca e l'esposizione dei risultati. Saranno messi in luce i principali risultati di ricerca che mi hanno portata a selezionare quegli interventi di prevenzione utili al contenimento del fenomeno del *burnout*. Essi sono variegati e puntano tanto a livello individuale quanto a livello istituzionale.

Infine, nel sesto capitolo porterò le conclusioni complessive del lavoro di ricerca assieme a delle mie personali riflessioni, nonché i limiti che sono emersi.

Ritengo che trattare questa tematica senza tenere conto della recente pandemia di COVID-19 sarebbe insensato o quantomeno irrealistico, in quanto essa ha avuto un grandissimo impatto sui professionisti del settore sanitario, sul loro agire quotidiano e sulla loro salute psicofisica. Negli ultimi mesi abbiamo visto numerosi colleghi stremati e sfiancati dalla mole di lavoro, esauriti da una situazione diventata insostenibile.

Sebbene non si tratti del mio oggetto di ricerca, ho voluto dedicare uno spazio tra queste pagine anche a questo argomento. Ciò sottolinea ancora una volta l'attualità e la serietà della sindrome del *burnout*, che necessita una valida prevenzione e presa a carico.

2 Quadro teorico

In questo capitolo approfondirò nel dettaglio il tema del *burnout* e dello stress lavoro-correlato, grazie ai contributi emersi dalla letteratura consultata.

2.1 Il *Burnout*: di cosa parliamo?

Nei sei successivi sottocapitoli verranno affrontate varie tematiche inerenti il fenomeno del *burnout*, dapprima in maniera più generale e poi sempre più rivolta e indirizzata al settore delle cure infermieristiche.

In particolar modo, verranno chiarite e spiegate alcune nozioni, tra cui: la definizione del costrutto, la popolazione a rischio, le cause e i fattori di rischio, i segni e sintomi.

2.1.1 Origine e definizioni

Il termine *burnout* è stato coniato dallo psichiatra statunitense Herbert Freudenberger negli anni Settanta, nell'intento di condividere e studiare una condizione clinica comune osservata tra alcuni suoi colleghi (Maslach & Leiter, 2000; Santinello & Negrisola, 2009). Freudenberger ha descritto il *burnout* come una forma di logoramento e di malessere dovuti alle elevate richieste in termini di risorse che avvengono sul posto di lavoro (Converso & Falcetta, 2007). Infatti, aveva osservato che quei colleghi che avevano sempre lavorato con molta passione ed entusiasmo diventavano via via soggetti ad una perdita di energie e di impegno e ad un distacco cognitivo ed emotivo dal paziente (Pellegrino, 2009).

La parola *burnout* deriva dalla lingua inglese e significa letteralmente “bruciare”, “consumarsi”, “esaurirsi”, “scoppiare”. Appartiene in origine al campo semantico dello sport e della tossicodipendenza, per indicare da una parte gli atleti d'élite che dopo diversi successi realizzano prestazioni al di sotto delle aspettative, e dall'altra la condizione di coloro che si sentono consumati dall'abuso di stupefacenti.

Degli autori useranno in seguito metafore come “operatore cortocircuitato” (Contessa, 1982, in: Converso & Falcetta, 2007, pag. 73) e “guaritore ferito” (Maeder, 1990, in: Converso & Falcetta, 2007, pag. 73) per intendere proprio il curante soggetto a *burnout*. Il termine infatti esprime “il non farcela più, il malumore e l'irritazione quotidiana, la prostrazione e lo svuotamento, il senso di delusione e di impotenza” (Pellegrino, 2009, pag. 1).

Questo concetto di logoramento è stato ripreso in seguito dalla psicologa sociale americana Christina Maslach, la quale con i propri studi ha dato un'importante svolta alla comprensione e alla ricerca sul tema (Maslach & Leiter, 2000).

Nel 1976, Maslach ha introdotto il costrutto nell'ambito clinico pubblicando un articolo scientifico in merito e suscitando grande interesse da parte della comunità scientifica (Converso & Falcetta, 2007). L'anno successivo, durante il convegno annuale del 1977 dell'APA, l'*American Psychological Association*, la Maslach ha utilizzato per la prima volta il concetto teorico di “sindrome del *burnout*” (Maslach & Leiter, 2000).

Più o meno nello stesso periodo della Maslach, lo psicologo americano Cary Cherniss ha contribuito anch'egli largamente alla ricerca sull'intelligenza emotiva e sullo sviluppo del *burnout* pubblicando numerosi libri e articoli sulla tematica (Pellegrino, 2009). Nello specifico, Cherniss ha proposto un modello in cui il *burnout* è visto come

un processo di risposta allo stress lavorativo, distinguibile in tre fasi: lo stress lavorativo, l'esaurimento e la conclusione difensiva (Pellegrino, 2009).

La prima fase del modello si caratterizza da una sproporzione tra le richieste esterne e le risorse disponibili, che causa pressione e tensione all'operatore (sebbene egli riesca ancora, con fatica, a rispondere ai bisogni dei pazienti).

Nella seconda fase segue una risposta emotiva a questo squilibrio, espressa sotto forma di crollo emotivo, manifestato per esempio con ansia, irritabilità, disinteresse, apatia. L'infermiere si trova in una condizione di allarme e di tensione continua.

La fase della conclusione difensiva consiste in cambiamenti negativi nell'atteggiamento, tra cui per esempio disinvestimento, distacco emotivo e rigidità comportamentale, e corrisponde al *burnout* vero e proprio secondo l'autore.

Il modello di Cherniss è utilizzato per la classificazione dei segni e dei sintomi (Converso & Falcetta, 2007).

Grazie a successivi approfondimenti della Maslach, di Cherniss e di altri autori che si sono spesi sulla tematica, è stata elaborata una definizione più chiara e completa del fenomeno, che tiene conto delle caratteristiche, della sintomatologia e delle implicazioni (Maslach & Leiter, 2000).

All'inizio degli anni Ottanta, dunque, il *burnout* è stato definito come una "sindrome di esaurimento emozionale, di spersonalizzazione e di riduzione della capacità personale che può presentarsi in soggetti che per professione si occupano della gente" (Maslach, 1982, in: Converso & Falcetta, 2007, pag. 75). Ancora oggi, questa resta la più diffusa ed utilizzata definizione a livello internazionale, sebbene tra gli esperti non ci sia unità e le varianti esistenti siano tante (Moosler, 2006).

La definizione fornita dalla Maslach mostra un complesso logoramento psicofisico multidimensionale: l'esaurimento emotivo, la depersonalizzazione, la sensazione di ridotta efficienza personale (Maslach & Leiter, 2000). Una svolta nelle ricerche della Maslach rispetto a coloro che l'hanno preceduta è stata proprio quella di mettere in evidenza questi tre elementi distintivi e caratterizzanti del *burnout*, ponendo per prima un forte accento sugli aspetti emotivi del fenomeno:

- L'esaurimento emotivo porta l'infermiere a sentirsi sopraffatto, esausto, svuotato, scoraggiato, come se non avesse più nulla da offrire all'Altro (Moosler, 2006; Santinello & Negrisolò, 2009). È una sensazione percepita a livello sia emotivo sia fisico (Moosler, 2006).
- La depersonalizzazione si riferisce all'assunzione di un atteggiamento di allontanamento, con risposte indifferenti e fredde ai bisogni del proprio paziente (Moosler, 2006; Santinello & Negrisolò, 2009). Consiste in un tentativo di difesa da parte del curante, per porre maggior distanza tra un sé emotivamente provato e le richieste che provengono dall'esterno. Spesso porta con sé senso di colpa e frustrazione, in quanto si comprende di aver perso l'entusiasmo, la motivazione, la passione per la professione che si svolge.
- La sensazione di ridotta efficienza personale implica che il curante percepisca che le sue stesse prestazioni lavorative siano qualitativamente e quantitativamente ridotte (Moosler, 2006; Santinello & Negrisolò, 2009). Ne conseguono un calo dell'autostima, un senso di inadeguatezza, fino all'insorgenza di una vera e propria depressione.

2.1.2 Epidemiologia e popolazione a rischio

La sindrome del *burnout* può interessare qualsiasi professione e ambito di lavoro, ma interessa in particolar modo quelle in cui è centrale l'interazione con altre persone (Hasselhorn et al., 2005). Pertanto, secondo questo principio non è sbagliato affermare che chiunque sia soggetto ad uno stress lavorativo prolungato nel tempo e gestito inadeguatamente e lavori a stretto contatto con la gente (le cosiddette *helping professions*) può andare incontro ad un *burnout* (Hasselhorn et al., 2005; Pellegrino, 2009).

Nello specifico, le professioni di aiuto (come insegnanti e professori, educatori, psicologi, ma anche manager, avvocati, poliziotti, ...) e le professioni sanitarie (come infermieri, medici, soccorritori, ...) hanno un'alta prevalenza e sono quelle più esposte al rischio di ammalarsi (Logan Chullen, 2018; Pellegrino, 2009). Questo è dovuto al fatto che il lavoratore deve possedere, oltre alle competenze tecniche specifiche del proprio settore, anche "la capacità di assorbire le emozioni altrui, il disagio, le incertezze" (Pellegrino, 2009, pag. IX). Spesso, ciò che accade è che dedicandosi al prossimo si finisce col trascurare i propri bisogni (Couser et al., 2020).

Nel prosieguo di questo lavoro farò riferimento esplicitamente alla professione infermieristica come popolazione d'interesse colpita da *burnout*, in quanto oggetto di questa Tesi. Tuttavia, molti aspetti (tra cui la sintomatologia, alcune cause, alcune misure preventive) sono estendibili e generalizzabili anche ad altre professioni come quelle citate in precedenza.

All'interno del personale di cura, gli infermieri risultano coloro che hanno i maggiori tassi di *burnout* in confronto agli altri colleghi: ciò è dovuto verosimilmente alla natura fortemente stressante della mansione infermieristica che negli ultimi decenni è andata in crescendo (riduzione dei tempi di degenza, polimorbidity, ...), sebbene le cause scatenanti siano molteplici (Logan Chullen, 2018).

Un'indagine nazionale triennale condotta dall'Università di Basilea sul personale infermieristico ed assistenziale nelle case per anziani (SHURP, ovvero *Swiss Nursing Homes Human Resources Project*) ha voluto analizzare diversi aspetti dell'offerta delle cure sul territorio, tra cui la qualità dell'assistenza e le condizioni di lavoro del personale infermieristico (Zuniga et al., 2013). Lo studio voleva fungere da appoggio alla promozione e al miglioramento delle condizioni di lavoro, della pianificazione del personale, della formazione per dirigenti, contribuendo così al miglioramento della qualità delle cure.

Prendendo in osservazione una delle varie voci indagate, ovvero quella dell'esaurimento emotivo (che costituisce una premessa nell'evoluzione della sindrome da *burnout*) nella Tabella 1, è emerso dai risultati statistici che:

... più di un quinto (23.7%) del personale infermieristico-assistenziale si sentiva emotivamente esaurito una o più volte a settimana ... Inoltre, il 37.7% degli intervistati ha risposto di sentirsi consumato a fine giornata una o più volte a settimana. Il 19.3% ha riferito di alzarsi al mattino stanco prima di recarsi a lavoro. A questo proposito, la quota più alta, il 30.6%, è stata rilevata nella Svizzera di lingua italiana (Zuniga et al., 2013, pag. 36)

Tabella 1

Esaurimento emotivo del personale infermieristico ed assistenziale – studio SHURP

Tabella 25: esaurimento emotivo		
	Totale sull'intero personale infermieristico/assistenziale (n=5323)	
Item del questionario	n risposte valide	% di consenso
127. Emotivamente esaurita/o. ¹	5246	23.7%
128. Consumata/o. ¹	5245	37.7%
129. Sentirsi stanca/o. ¹	5240	19.3%
130. Capire come i residenti si sentano.	5127	85.0%
131. Trattare residenti come se fossero oggetti. ¹	5241	7.1%
132. Lavorare con persone è uno sforzo. ¹	5246	5.7%
133. Affrontare i problemi dei residenti.	5201	89.3%

¹ Domanda formulata negativamente: Più basso è il valore, migliore sarà il risultato.

Sebbene questo studio prenda in esame soltanto una precisa e selezionata branca delle cure infermieristiche (ovvero quella che lavora nelle case per anziani, che in Svizzera corrisponde circa ad un terzo di tutti gli infermieri), esso presenta cifre notevoli di stress e ansia, potenziali precursori delle sindromi da *burnout* e depressive.

Tali tassi così elevati spiegano in larga misura perché vi siano anche preoccupanti percentuali di abbandono della professione infermieristica, che secondo l'OBSAN, l'Osservatorio svizzero della salute, nel 2018 superavano il 40%, spesso prima dei 35 anni di età, come mostrato nella Tabella 2 (Lobsiger & Liechti, 2021).

Tabella 2

Abbandono della professione per categoria professionale in Svizzera dal 2016 al 2018

T 1 Sorties de la profession par types de mutation, en Suisse, de 2016 à 2018				
Groupes professionnels	Sortie de la vie active	Changement de profession	Changement de branche d'activité	Sorties de la profession (total)
Médecins	8,6%	12,4%	10,2%	31,1%
Dentistes	10,1%	10,3%	(6,5%)	26,9%
Soignants du degré tertiaire	14,7%	19,3%	8,5%	42,5%
Soignants du degré sec. II	10,0%	11,7%	20,0%	41,7%
Soignants sans titre formel	15,3%	15,7%	6,7%	37,7%
Sages-femmes	16,0%	19,1%	8,3%	43,4%
Physiothérapeutes	8,0%	9,7%	9,3%	27,1%
Professions médico-techniques	10,2%	18,5%	13,2%	41,9%
Assistants médicaux	14,0%	27,2%	5,1%	46,4%

L'OBSAN parla di abbandono professionale in questi termini:

Nous entendons le fait qu'une personne formée dans une profession de la santé ne travaille pas ou plus dans cette profession. On distingue trois types de mutations: sortie de la vie active, changement de profession, changement de branche d'activité. ... Dans tous les cas, il s'agit de personnes qui ont été formées dans une profession de la santé et qui ne travaillent pas ou plus, au sens strict, avec des patients (Lobsiger & Liechti, 2021, pag. 5).

Intendiamo il fatto che una persona formata in una professione sanitaria non lavora o non lavora più in quella professione. Ci sono tre tipi di cambiamento: uscita dalla vita professionalmente attiva, cambiamento di professione, cambiamento del ramo di attività. ... In ogni caso, si tratta di persone che sono state formate in una professione sanitaria e che non lavorano o non lavorano più con i pazienti nel senso stretto del termine (Tradotto liberamente).

Un'ulteriore variabile interessante da considerare circa la frequenza dell'insorgenza del *burnout* è la tipologia di pazienti e il loro grado di disagio. Infatti, a seconda del reparto, dell'unità o della casistica con cui si lavora, il rischio di ammalarsi può aumentare: le cure intensive, il pronto soccorso, l'oncologia e le cure palliative, la psichiatria e le cure al paziente cronico sono gli ambiti che in media espongono il personale di cura ad una maggiore probabilità di incorrere in un *burnout* nel corso della propria carriera (Pellegrino, 2009). Non è un caso che si tratti di reparti in cui le cure sono molto gravose e dispendiose in termini di risorse, dove la probabilità di insuccesso ed inefficacia della cura è elevata, dove il pensiero della morte è una costante: tutto ciò aggiunge stress al lavoro quotidiano e si accompagna a sentimenti di frustrazione, rabbia, delusione, amarezza.

2.1.3 Eziopatogenesi e fattori di rischio

Poiché si tratta di un complesso costruito multidimensionale, gli elementi che favoriscono l'insorgenza di un *burnout* nell'infermiere sono molteplici e non è mai possibile risalire ad una causa univoca. Le variabili da prendere in considerazione sono tante, con pesi diversi da situazione a situazione. Come afferma Pellegrino (2009): "È difficile aiutare un collega in crisi e le difficoltà sono ancora maggiori nell'affrontare situazioni di disagio psichico. Si ritiene pertanto indispensabile identificare la specifica situazione in cui il fenomeno si presenta" (p. 14).

Ci sono in gioco sia componenti personali sia componenti esterne, e secondo gli autori vale la pena fare una suddivisione tra: fattori individuali, fattori lavorativi ed organizzativi e fattori socio-demografici (Converso & Falcetta, 2007; Moosler, 2006).

2.1.3.1 Fattori individuali

Negli anni Ottanta, Freudenberg ha definito il *burnout* come la malattia del sovrainpegno ("*Krankheit des Überengagements*"), terminologia che già da sé chiarifica grossolanamente la fetta di popolazione a rischio di ammalarsi (Freudenberg & Richelson, 1980, in: Moosler, 2006, pag. 12). Egli riteneva infatti che le persone idealiste e fortemente ingaggiate nel proprio lavoro, orientate all'obiettivo e con alte aspettative, mosse da profonde passioni e motivazione per la professione, prima o poi nel corso della propria carriera sarebbero venute in contrasto con la realtà dei fatti. Ciò causerebbe malessere e frustrazione nel curante e quindi un aumento del rischio di ammalarsi, perlomeno da un punto di vista teorico.

Secondo la Maslach, ogni lavoratore ha una certa probabilità di ammalarsi, dal momento in cui vi è un eccesso di stress emozionale lavoro-correlato (Maslach & Leiter, 2000).

Tuttavia, la stessa Maslach ha anche identificato alcune caratteristiche di personalità che rendono il curante particolarmente fragile e possono quindi predisporre ad un

burnout, in quanto emotivamente sovraccaricato e frustrato (Maslach & Leiter, 2000; Pellegrino, 2009; Santinello & Negrisolò, 2009). Tra queste caratteristiche vi sono:

- Scarse autostima e fiducia in sé stesso, scarsa ambizione
- Ansia sociale, nevroticismo
- Incapacità a esercitare il controllo, passività, non assertività
- Difficoltà nel tracciare i limiti nella relazione d'aiuto
- Impazienza, intolleranza, frustrazione
- Disforia

Altre fonti riportano invece che i seguenti tratti caratteriali e di personalità hanno un'influenza sull'eventuale insorgenza del fenomeno, poiché possono spingere la persona a porsi mete irrealistiche e a vivere un senso di fallimento (Pellegrino, 2009; Santinello & Negrisolò, 2009):

- Estremi entusiasmo e dedizione al lavoro, bisogno di cambiare il mondo, eccessiva ambizione
- Eccessivo bisogno di controllo, autoritarismo ed estrema autonomia (fino all'accentramento dei compiti, al rifiuto di condividere e delegare il potere, al controllo ossessivo)
- Competizione, elevato desiderio di raggiungere risultati personali, ossessione
- Aspettative personali irrealistiche
- Strategie di coping orientate sull'emozione
- *Locus of control* esterno

Un ultimo aspetto legato ai fattori personali che vorrei prendere in considerazione è l'empatia. Secondo la Maslach, l'empatia va distinta in cognitiva o emotiva (Pellegrino, 2009; Santinello & Negrisolò, 2009).

L'empatia cognitiva permette di vedere e comprendere l'Altro e di agire per rispondere ai suoi bisogni, senza però che ciò si rifletta sulla propria sfera emotiva. L'empatia emotiva invece permette di sentire ciò che l'Altro sta provando calandosi sul suo stesso piano emotivo, col rischio di un eccessivo coinvolgimento e andando ad accrescere la vulnerabilità emotiva dell'infermiere. Se ripetuta nel tempo, essa può portare ad un esaurimento emotivo del curante.

Infine, va senz'altro ricordato che ognuno di noi reagisce diversamente allo stress lavorativo e che, a parità di condizioni organizzative, le risposte ad esso possono essere dunque molto diversificate da individuo a individuo (Pellegrino, 2009).

2.1.3.2 Fattori lavorativi e organizzativi

Secondo la Maslach i principali fattori di stress nella quotidianità infermieristica sono legati alle istituzioni e sono raggruppabili per praticità in sei macro categorie, ovvero: il carico di lavoro, i rapporti interprofessionali, la gestione del personale, la presa a carico della sfera emotiva, la turnistica e il riconoscimento (Mariani, 2020; Maslach & Leiter, 2000).

1) *Carico di lavoro*

Rispetto ai decenni passati, vi è globalmente un generale aumento del carico di lavoro infermieristico. Spesso si richiedono più prestazioni in tempi ristretti (aumento del numero di pazienti per infermiere, degenze più brevi nell'ambito acuto, invecchiamento demografico con presenza di polimorbilità e malattie croniche, maggior complessità

con esigenza di cure onerose e specialistiche, ...), aumentando il dispendio di energia del curante sia sul piano psicoemotivo sia fisico. Ciò, come fa notare Maslach (2000), a lungo termine può diventare rischioso:

In teoria, lavorando in modo più energico, veloce e organizzato, le persone possono realizzare di più avendo meno a disposizione ... Questo traguardo, però, raramente viene raggiunto. È molto più facile che un aumento nella produttività si ottenga perché i dipendenti lavorano sodo e più a lungo, e non perché la gestione sia più brillante. L'incremento produttivo delle organizzazioni si verifica grazie a un maggiore sforzo da parte del personale. Ma è bene ricordare che questo tipo di sforzo è una condizione temporanea della prestazione umana (pag. 44)

Lavorare sotto pressione a causa dell'incremento della mole di lavoro aumenta notevolmente il rischio d'errore da parte dell'infermiere, di eventi avversi e d'infortuni professionali:

In this study we found that the increase in the number of patients assigned to nursing staff per day was significantly associated with the increase in incidence of falls from beds, incidence of central line-associated bloodstream infections, absenteeism and turnover. We also found that the more patients assigned to nurse's aides/technicians per day the lower the rate of patient satisfaction with the nursing team (Magalhães et al., 2013, pag. 152).

In questo studio abbiamo riscontrato che l'aumento del numero di pazienti assegnati al personale infermieristico al giorno era significativamente associato all'aumento dell'incidenza di cadute dal letto, di infezioni, dell'assenteismo e del turnover. Abbiamo anche riscontrato che più pazienti vengono assegnati agli infermieri al giorno, più basso è il grado di soddisfazione dei pazienti nei confronti dell'équipe infermieristica (Tradotto liberamente).

Tutto ciò è strettamente e direttamente collegato anche ad un calo della qualità delle cure infermieristiche erogate e ad un calo nella sicurezza dei pazienti (Magalhães et al., 2013).

2) *Rapporti col resto del personale clinico*

Spesso nella vita di un infermiere ci si imbatte in problemi comunicativi con colleghi, abbiano essi lo stesso ruolo oppure funzioni differenti: per esempio, ciò capita per modalità comunicative che tendono a prevaricare e per la mancanza di assertività, oppure per l'espressione di opinioni divergenti o perfino contrastanti (Khamisa et al., 2015, in: Mariani, 2020).

Da vari studi è emerso anche che un fattore fortemente stressogeno risiede nell'impreparazione e nell'inesperienza di determinati colleghi, i quali non sono in grado di svolgere i compiti che spettano loro, rallentando l'intero processo di cura (Mariani, 2020). Si pensi per esempio a colleghi infermieri neodiplomati o comunque neoassunti, a scuole di pensiero differenti, di nuovo alla malacomunicazione, ...

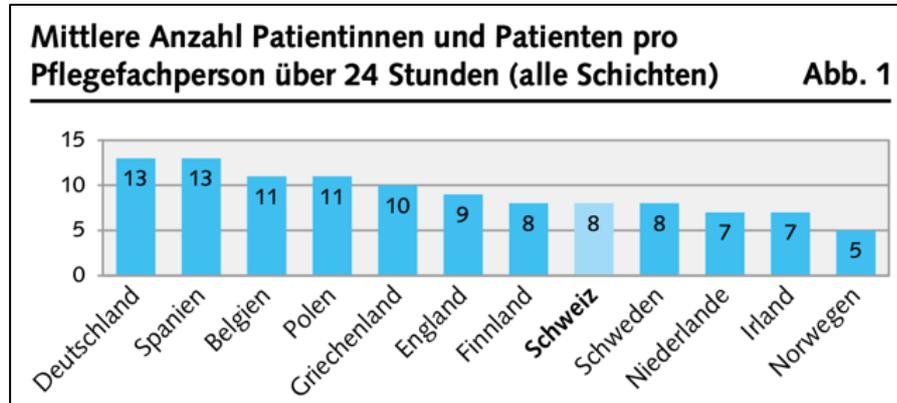
Tutte queste dinamiche interpersonali possono avere in primo luogo ripercussioni negative sulla salute del paziente e secondariamente possono portare a perdite di tempo per l'intera équipe di lavoro multidisciplinare, a frustrazione e a malcontento (Mariani, 2020).

3) Gestione del personale e supervisione

In Svizzera, il rapporto tra il numero di pazienti e di infermieri è in media di otto pazienti per infermiere durante un turno lavorativo, come dimostra la Tabella 3 tratta da una ricerca a carico dell'OBSAN (Mariani, 2020; Schwendimann et al., 2014).

Tabella 3

Rapporto medio di pazienti per infermiere in Europa



Se è vero che si tratta di una cifra relativamente bassa rispetto ad altri Paesi europei, essa è pur sempre elevata e non permette al curante di dedicare le giuste premure e i giusti tempi ad ogni singolo paziente. Ciò è fortemente collegato all'aumento del carico di lavoro.

Un'ulteriore problematica sul nostro territorio (e non solo) è quella inerente alla gestione del personale: si pensi alla carenza continua di risorse, al *turnover* (inteso come ricambio molto frequente del personale impiegato), al prematuro abbandono della professione (Brocchi et al., 2012; Lobsiger & Liechti, 2021; Mariani, 2020).

Nel 2018, l'ASI stimava che in Svizzera vi fossero oltre 6'000 posti vacanti riguardanti il settore infermieristico e questo dato, che era un fatto reale già da molto tempo, era (ed è) ancora destinato a crescere negli anni a venire (Confederazione Svizzera, 2018).

In confronto ad altre realtà internazionali, alle nostre latitudini vige ancora una generale mancanza di cultura dell'errore (McLennan et al., 2013). Se l'infermiere non percepisce supporto e sicurezza da parte dei membri dell'équipe, tenderà a vergognarsi dell'errore commesso, col rischio di nasconderselo anziché ammetterlo, peggiorando la situazione. Poiché ne va della sicurezza del paziente e dell'integrità dell'infermiere, l'ideale sarebbe creare un clima di lavoro supportivo in cui la persona sia facilitata a comunicare l'errore con chiarezza e coerenza e in cui le sia riconosciuto il gesto di trasparenza e di correttezza a prescindere dalla gravità del fatto (che può avere delle conseguenze persino in termini legali) (McLennan et al., 2013).

Inoltre, nascondere o rinnegare l'errore è letto negativamente da parte del paziente, il quale invece ha il diritto di sapere cosa è accaduto, come mai, e cosa ciò comporta in concreto nel suo percorso terapeutico (McLennan et al., 2013).

4) Presa a carico della sfera emotiva del curante

Un aspetto importante della professione infermieristica di cui tenere conto è il costante confronto con dilemmi etici e *moral distress* (Mariani, 2020; Reiser Crelier et al., 2020). Spesso, infatti, i mandati morali dell'assistenza infermieristica a cui si ambisce (tra cui:

alleviare il dolore e la sofferenza, garantire la dignità del paziente, promuovere la guarigione, migliorare la qualità di vita, offrire conforto, ...) si scontrano con la realtà e con gli standard di efficienza perseguiti dalle organizzazioni e dalle istituzioni (Santinello & Negrisolò, 2009). Questa discrepanza tra ciò che si è chiamati a fare e ciò che (non) si può fare a causa di forze maggiori rappresenta una sfida per l'integrità morale del sanitario, che vorrebbe agire secondo certi valori ma è costretto ad adeguarsi limitando i danni.

Il distress morale ha un effetto cumulativo e di volta in volta va ad accumularsi al malessere residuo delle esperienze precedenti (Santinello & Negrisolò, 2009; Reiser Crelier et al., 2020). Le conseguenze possono essere deleterie, sia sul piano fisico sia comportamentale ed emotivo:

Sentimenti di *moral distress* ripetuti e irrisolti possono avere importanti conseguenze a livello fisico (per esempio mal di testa, o dolori al collo o ai muscoli, oppure problemi di stomaco) ed emotivo (per esempio rabbia, disgusto, tristezza, scoraggiamento o sensi di colpa) che possono confluire in stress, *burnout* e abbandono del reparto o della professione (Santinello & Negrisolò, 2009, pag. 228)

Dunque, se la sfera emotiva della persona che sta dietro al professionista non viene adeguatamente sostenuta, ne consegue un aumento dell'insoddisfazione e del malcontento, poiché non ci si trova nelle condizioni di poter svolgere il proprio lavoro come si vorrebbe, aumentando anche il rischio di abbandono professionale nonché di sindrome di *burnout* (Santinello & Negrisolò, 2009; Mariani, 2020).

Tutti gli operatori della salute, tra cui gli infermieri, hanno un aumentato rischio di subire aggressioni, minacce, violenze fisiche e verbali e, come affermano Goussinsky e Livne, "...that exposure to mistreatment by patients and families is a strong predictor of stress, burnout and lack of work satisfaction" (2016, pp. 1110-1111). Anche nello studio europeo NEXT (*Nurse Early Exit Study*) è illustrato che esiste una correlazione lineare tra i pazienti violenti (il termine "aggressive" utilizzato dagli autori non è meglio specificato) e l'insorgenza di *burnout* (Hasselhorn et al., 2005).

Infine, i sanitari hanno spesso la tendenza a concentrare l'attenzione sui punti deboli, sulle mancanze, sulle difficoltà dei pazienti, piuttosto che sulle risorse e sui loro punti di forza, favorendo così un approccio patogenico anziché salutogenico. Così facendo, tuttavia, l'infermiere ha una visione distorta, non olistica, maggiormente negativa e giudicante delle persone che ha di fronte quotidianamente: ciò favorisce un ulteriore distacco emotivo (Santinello & Negrisolò, 2009).

5) *Turnistica*

Se il personale è sottoposto ad una rotazione già di per sé pesante e deve adattarsi a gestire turni con orari scombuscolanti, fine settimana e giorni festivi, tutto ciò diventa insostenibile nel momento in cui uno o più colleghi si assentano (per ferie, malattia, infortunio, maternità, *burnout*, assenteismo, *turnover*, ...) e bisogna andare a coprire ulteriori turni straordinari (Mariani, 2020).

Il *turnover* consiste nella rotazione e nel ricambio del personale, che include sia richieste di trasferimento da un reparto ad un altro all'interno della stessa istituzione oppure al suo esterno, sia pensionamenti e abbandoni professionali (Johnson et al., 2018). Sul piano pratico, il *turnover* rappresenta un costo: bisogna infatti sostituire la persona uscente, assumere una nuova persona, affiancarla e formarla (Johnson et al., 2018).

Il *burnout* è un fattore di rischio per il *turnover*, il quale è un fattore di rischio per il *burnout*: potrebbe innestarsi un pericoloso circolo vizioso. In una revisione del 2018, Johnson e colleghi concludono affermando che "...la riduzione del *burnout* e il miglioramento del benessere nella cura della salute mentale possono migliorare la qualità dell'assistenza, ridurre gli incidenti di sicurezza e ridurre i costi dell'assenza del personale per malattia e degli alti tassi di *turnover*" (tradotto liberamente da: Johnson et al., 2018, pag. 25).

Altri studi hanno dimostrato che una turnistica prolungata (in alcuni luoghi di lavoro c'è la possibilità di fare turni di dodici ore lavorative) comporta per i collaboratori, e conseguentemente per i pazienti in cura, vari effetti secondari e problematiche: "*In addition to the emotional demands the extended working hours may have, the increasing physical demands of the job ... make this commitment to the profession harder to maintain over time, and could lead to burnout*" (Suter et al., 2020, pag. 7).

In uno studio del 2005, Peeters, Montgomery e Schaufeli si chiedevano invece in che modo le richieste tra il lavoro e la famiglia fossero correlate al *burnout* (Peeters et al., 2005). Il conflitto casa-lavoro è visto come "una forma di conflitto interruolo in cui le pressioni di ruolo del lavoro e della famiglia sono reciprocamente incompatibili, così che la partecipazione a un ruolo rende difficile la partecipazione all'altro" (tradotto liberamente da: Peeters et al., 2005, pag. 44). Questo vale in particolar modo per le donne, che tradizionalmente vivono di più questa scissione, soprattutto quando raggiungono l'età in cui la famiglia si allarga.

Gli stessi autori infine avvertono su un altro aspetto da considerare: quando al lavoro è richiesto troppo sul piano fisico, emotivo, cognitivo, questo sforzo impatta anche sulla sfera privata (Peeters et al., 2005). Di conseguenza, recuperare le energie consumate con l'impegno lavorativo nel proprio tempo libero tra un turno e l'altro diventa più impegnativo, rischiando di danneggiare la salute psicofisica del curante.

6) *Riconoscimento*

Attualmente, formarsi come infermiera o come infermiere implica essere consapevole della scarsa (o mancata) possibilità di crescita e di fare carriera all'interno dell'istituzione, con la percezione di far parte di un grande sistema e non essere riconosciuto dalla direzione come singolo (Mariani, 2020).

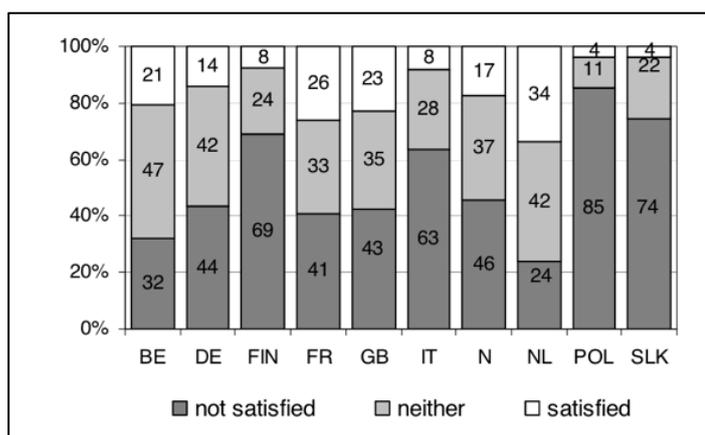
A tal proposito, il testo d'iniziativa originale dell'ASI richiedeva al popolo svizzero tra le altre cose di "accrescere l'attrattiva della professione infermieristica con migliori offerte nell'ambito della formazione e del perfezionamento e possibilità di carriera con maggiori competenze decisionali" (Confederazione Svizzera, 2018, pag. 6472).

Un altro aspetto che evidenzia il mancato riconoscimento dell'intera classe professionale riguarda il tema degli stipendi: vi è mediamente una scarsa remunerazione rispetto a quanto viene investito, in termini di tempo, risorse psicofisiche, dedizione, responsabilità (Hasselhorn et al., 2005).

Secondo uno studio condotto in dieci Paesi europei, c'è un generale disequilibrio tra l'impegno e il compenso economico percepito tra la popolazione infermieristica (Hasselhorn et al., 2005). Sebbene da Paese a Paese la percezione dipenda da diversi fattori (situazione economica locale, età e ruolo sociale, qualifica e grado di istruzione, ...), si può affermare che mediamente la soddisfazione della paga in rapporto alle necessità a cui far fronte non è elevata, come si evince nell'istogramma sottostante:

Tabella 4

Grado di soddisfazione della remunerazione percepito dagli infermieri in Europa in rapporto ai propri bisogni



In aggiunta a tutto ciò, bisogna considerare il tempo necessario per abituarsi ai cambiamenti sul piano tecnologico, come per esempio l'introduzione della cartella informatizzata o di apparecchi sempre più all'avanguardia, tecnici e complessi (Mariani, 2020). Sebbene la loro introduzione abbia l'intento di facilitare il lavoro infermieristico, è necessario un lasso di tempo di istruzione e pratica prima di prendere dimestichezza con una nuova strumentazione.

2.1.3.3 Fattori socio-demografici

L'età anagrafica sembra essere un fattore che incide sul fenomeno del *burnout* (Santinello & Negrisol, 2009). Come dimostrato in molti studi, sono gli operatori più giovani ad essere più a rischio rispetto ai colleghi esperti, e questo perché: hanno meno esperienza alle spalle; hanno meno consapevolezza delle proprie risorse e dei propri limiti psicofisici; hanno grande entusiasmo nei confronti della professione, il che porta loro ad avere ideali e aspettative che non coincidono con la realtà (Santinello & Negrisol, 2009). L'esperienza professionale invece renderebbe l'infermiere meno vulnerabile al *burnout*, che può comunque manifestarsi ma verosimilmente con una sintomatologia attenuata e meno intensa, in quanto si impara a convivere con il bello e il meno bello del lavoro.

Il sesso non sembra essere determinante nell'insorgenza della sindrome (Maslach, 1982, in: Santinello & Negrisol, 2009). Diventa significativo invece se si è interessati alle singole dimensioni emotive di cui essa è composta: pare che le donne siano più esposte all'esaurimento emotivo, mentre gli uomini alla depersonalizzazione (Schaufeli & Enzmann, 1998, in: Santinello & Negrisol, 2009).

2.1.4 Segni e sintomi

Da un punto di vista clinico, la sindrome del *burnout* è caratterizzata da un'ampia varietà di segni e sintomi psicosomatici e comportamentali in evoluzione, che interessano e danneggiano sia la vita lavorativa, sia conseguentemente la vita privata della persona (Converso & Falcetta, 2007).

In linea generale, i sintomi possono essere distinti e classificati come fisici, psichici e comportamentali-sociali, indipendentemente dalla sequenza della loro comparsa. Essi insorgono piano piano nel tempo e in maniera insidiosa, non improvvisa, e ciò aggrava

ulteriormente le condizioni del curante, che nel momento in cui si accorge che qualcosa non va si ritrova ormai senza risorse ed energie per reagire (Pellegrino, 2009).

Per praticità, Cherniss ha raggruppato i sintomi per classe, come illustrato di seguito:

Tabella 5

Segni e sintomi del *burnout*

SINTOMI SOMATICI	SINTOMI PSICHICI	SINTOMI SOCIALI E COMPORTAMENTALI
Affaticamento cronico, stanchezza, malessere generale, esaurimento fisico	Alterazione del tono dell'umore e disforia, scoraggiamento, negativismo, indifferenza	Comportamento difensivo di chiusura, distacco emotivo, apatia, mancata empatia
Cefalea ricorrente, emicrania	Difficoltà di concentrazione e di ascolto, declino delle performance	Tendenza a evitare e/o rimandare e/o ridurre i contatti con i pazienti e i loro parenti
Cambiamento delle abitudini alimentari, aumento o perdita di peso, comparsa di intolleranze alimentari	Senso di mancata realizzazione di sé e scarsa fiducia in sé, calo dell'autostima	Impulsività, eccesso nel consumo di: tabacco, caffeina, alcol, farmaci, sostanze illegali (<i>rischio che si instauri una dipendenza</i>)
Disturbi gastrointestinali (nausea, vomito, sindrome del colon irritabile, pirosi, ...)	Insofferenza verso gli altri (pazienti, colleghi, relazioni extra-lavorative), impazienza, nervosismo	Contrasti e malumori con colleghi e famigliari
Dolori muscolari (artralgie, lombalgie, tensioni alla nuca e alle spalle, ...)	Perdita di interessi e di iniziativa, mancanza di entusiasmo e di motivazione, perdita di senso	Relazione d'aiuto inefficace e disfunzionale instaurata con i pazienti
Disturbi cardiaci e reazioni fisiologiche allo stress (ipertensione, tachicardia, tachipnea, ipercolesterolemia, ...)	Rigidità di pensiero, resistenza al cambiamento, declino delle capacità cognitive	Guardare frequentemente l'orologio durante il turno lavorativo, arrivare tardi e andare via presto dal posto di lavoro
Maggior vulnerabilità ad infezioni e malattie, indebolimento del sistema immunitario	Rabbia, frustrazione, irritabilità, aggressività	Ritiro sociale, isolamento sociale
Disturbi del sonno (insonnia, incubi notturni, risvegli precoci, sonnolenza diurna, ...)		Cinismo, tendenza a colpevolizzare i pazienti
Disfunzioni sessuali, calo della libido	Ansia, depressione	Resistenza nel recarsi sul luogo di lavoro, assenteismo, abbandono professionale

La sintomatologia della sindrome del *burnout*, come indicato nella Tabella 5, è aspecifica e molto variabile a seconda del soggetto, dei tempi di insorgenza e delle modalità (Maslach & Leiter, 2000; Converso & Falchetta, 2007; Pellegrino, 2009). Inoltre, è possibile che non tutti i sintomi siano presenti e manifestati nello stesso momento.

Se si continua a lavorare nonostante questi problemi di salute, si entra in un circolo che va a peggiorare lo stato di esaurimento pre-esistente. Tuttavia, spesso continuare a lavorare è l'unica soluzione che la persona vede, poiché: non si riconosce seriamente il problema bensì si banalizza la situazione; si hanno sensi di colpa e senso morale del dovere nei confronti dei colleghi e della professione; si teme di perdere il posto di lavoro in un futuro prossimo (Maslach & Leiter, 2000).

Matthias Burisch, psicologo e professore di psicologia presso l'Università di Amburgo, ha identificato sette fasi evolutive nello sviluppo sintomatologico della sindrome del *burnout*, come illustrato nell'Immagine 1 (Converso & Falcetta, 2007; Leupold, 2021):

Immagine 1

Le fasi evolutive del *burnout*



Dapprima emergono quei vaghi sintomi premonitori come un'iperreattività e un aumentato dispendio energetico sul lavoro, che portano a stanchezza cronica e all'esaurimento delle risorse. Ciò comporta la conseguente riduzione dell'impegno verso i propri pazienti, verso i colleghi, verso il lavoro in generale, fino ad estendere questo comportamento anche alla vita privata.

Questo porta tendenzialmente a delle reazioni emotive e di colpevolizzazione, tra cui aggressività, impazienza, irritabilità, ma anche apatia, inquietudine, senso di colpa. Si può osservare allora un declino delle capacità cognitive e della motivazione, della creatività, della concentrazione, insieme a rigidità di pensiero e indifferenza.

Tutto questo ha come conseguenza un generale appiattimento della vita emotiva e sociale, con chiusura in sé stesso. Nel soggetto con *burnout* sono inoltre frequenti reazioni psicosomatiche, tra cui alcuni esempi possono essere: indebolimento del sistema immunitario con frequenti infezioni, disturbi del sonno, disturbi gastrointestinali, tensioni muscolari, cefalee, ...

L'ultima fase evolutiva secondo il modello di Burisch è una condizione di disperazione tale da portare ad un vero e proprio disturbo depressivo.

2.1.5 Strumenti di misurazione

Da quando si è iniziato ad interessarsi alla tematica, diversi sono stati gli strumenti di misurazione sviluppati per rilevare la presenza e il grado di *burnout* nel lavoratore. Tra queste ci sono per esempio: la *Scale Burnout Syndrome Health Professional* (SBS-HP), l'*Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI), il *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), il *Link Burnout Questionnaire* (LBQ), la *Burnout Measure* (BM) (Converso & Falcetta, 2007; Santinello & Negrisolo, 2009). Si tratta per lo più di questionari strutturati con scale Likert, in cui il soggetto ha modo di esprimere la propria opinione tramite il proprio grado di condivisione circa una formulata affermazione o emozione. Queste scale permettono a chi li sottopone di identificare la presenza di *burnout*, stadiarne la gravità ed intervenire adeguatamente.

Lo strumento più diffuso è la scala proposta dalla Maslach e che prende il suo nome, ovvero il *Maslach Burnout Inventory* (Allegato 1, 9.2.1) (Santinello & Negrisolo, 2009). Il MBI è una scala di misurazione che rappresenta il *gold standard* nell'*assessment* del *burnout* professionale e si costituisce da un questionario composto da 22 item che sondano i tre costrutti principali della definizione della Maslach, dunque l'esaurimento emotivo, la depersonalizzazione e la realizzazione professionale (Converso & Falcetta, 2007; Santinello & Negrisolo, 2009). La persona risponde in autonomia al MBI indicando un valore da "0" a "6", che corrisponde alla frequenza con cui prova la sensazione in esame, da "mai" a "ogni giorno" (Santinello & Negrisolo, 2009).

2.1.6 Presa a carico, trattamento e prevenzione

Come è stato affrontato in precedenza, la sindrome del *burnout* consiste in un processo evolutivo e progressivo e, dai primi lievi campanelli d'allarme, essa può progredire fino al manifestarsi di una fase conclamata di malattia, sfociando addirittura in una depressione.

Ad oggi di fatto non esiste una terapia specifica per il trattamento del *burnout*, poiché la sua presa a carico è molto variabile da soggetto a soggetto: dipende dai sintomi presenti, dall'interferenza che essi hanno nella quotidianità della persona, dall'eventuale insorgenza di un disturbo d'ansia o di una depressione (Zanotti, 2014). Nei casi più gravi, la terapia prevede la cura di questi ultimi disturbi tramite possibili interventi di psicoterapia, per riconoscerne e affrontarne le cause, e di terapia farmacologica, tra cui le classi di antidepressivi, ansiolitici e sonniferi (Leupold, 2021).

Un accorgimento attuabile e di reale efficacia è la prevenzione, poiché essa evita l'instaurazione, o perlomeno l'aggravamento, del quadro clinico (Zanotti, 2014; Leupold, 2021).

Esistono tre livelli di prevenzione, ovvero primaria, secondaria e terziaria, in cui cambiano: la popolazione a cui è destinata, lo scopo della misura stessa, i sintomi manifestati dal soggetto (Hogan-Quigley et al., 2017). La prevenzione primaria fornisce delle conoscenze e degli strumenti per identificare i fattori e i comportamenti a rischio e per valorizzare i fattori e comportamenti protettivi, migliorando il benessere generale: in questo modo si tenta di anticipare e arginare lo sviluppo della malattia (Hogan-Quigley et al., 2017). La prevenzione secondaria ha invece lo scopo di identificare precocemente la malattia, spesso ancor prima dell'insorgenza dei sintomi, tramite programmi di *screening*: così facendo si può pianificare un piano terapeutico di presa a carico, riducendo al minimo le conseguenze sfavorevoli (Hogan-Quigley et al., 2017). Infine, la prevenzione terziaria consiste nel trattamento di una patologia nota da tempo al fine

di evitare complicanze o ulteriori danni che potrebbero insorgere (Hogan-Quigley et al., 2017).

La prevenzione del *burnout* e tutto ciò che vi ruota attorno rappresenta l'obiettivo principale di questo Lavoro di Bachelor, la cui domanda di ricerca si chiede come prevenirne concretamente il rischio nella popolazione infermieristica. Su questo tema, ho dedicato la ricerca in banche dati e i Capitoli 4 e 5.

2.2 Classificazione odierna del *burnout*

Dal 1° gennaio 2022, con l'entrata in vigore del nuovo ed implementato ICD-11 (Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati), l'OMS ha riconosciuto a tutti gli effetti il *burnout* come una sindrome secondaria allo stress sul posto di lavoro, ed è pertanto contenuta nella Classificazione sotto la voce "Fattori che influenzano lo stato di salute o il contatto con i servizi sanitari" (WHO, 2019). Secondo l'OMS, si tratta quindi di un quadro clinico di segni e sintomi in evoluzione, che non soddisfa però i criteri per essere definito "malattia" in senso stretto (Hochstrasser et al., 2016; Leupold, 2021; WHO, 2019). Ad oggi dunque il *burnout* non è classificato come diagnosi medica psichiatrica né all'interno del DSM-V (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) né all'interno dell'ICD-11 (Converso & Falcetta, 2007; Hochstrasser et al., 2016; Leupold, 2021; Moosler, 2006).

Pur non essendo considerata una condizione medica bensì come un fattore che impatta negativamente sulla qualità di vita, questa novità da parte dell'OMS lascia ben sperare per una sempre più seria e protocollata presa a carico.

Poiché si tratta di un fenomeno piuttosto complesso, secondo gli esperti merita di essere considerato ed analizzato in maniera a sé stante, sebbene ci siano molte evidenti analogie con alcuni disturbi psicopatologici, come per esempio il disturbo da stress post-traumatico, la depressione o la sindrome da stanchezza cronica (Converso & Falcetta, 2007; Moosler, 2006).

Nei sottocapitoli che seguono si trovano delle precisazioni sui termini di stress e di depressione in rapporto al *burnout*. Ci tengo a dare alcune brevi precisazioni su queste due espressioni poiché frequentemente vengono usati in maniera impropria o come equivalenti, sebbene siano concetti ben distinti.

2.2.1 Stress e *burnout*

Lo stress è un concetto molto studiato di cui non esiste ad oggi una definizione universale. Tuttavia, è un dato di fatto che le persone siano sempre più stressate e che ciò infici la salute, e lo dimostrano l'aumento di articoli al riguardo e i risultati emersi da tali studi (Klenke & Vöggtli, 2019; Marquis, 2019).

Negli anni Quaranta e Cinquanta, il medico endocrinologo austriaco Hans Selye ha descritto il funzionamento dello stress nella sua Teoria della sindrome generale di adattamento (Selye, 1950). Secondo questa teoria, lo stress è una risposta organica generale e aspecifica di adattamento agli stressori (ovvero i fattori di stress): ciò permette all'individuo di garantire l'omeostasi e di affrontare le sollecitazioni esterne con le risorse a propria disposizione. Gli stressori di cui parla l'autore possono essere sia eventi negativi (paura, malattia, ...) ma anche eventi positivi (promozione sul lavoro, lieti eventi, ...), e possono essere sia reali sia potenziali; ad ogni modo, la fonte di

stress altera l'equilibrio del soggetto, provocando una risposta di adattamento al cambiamento e provocando, quindi, stress (Selye, 1950).

Secondo Selye, fino ad una certa soglia lo stress è funzionale in quanto migliora la prestazione ed è percepito positivamente dal soggetto che lo vive: è il caso dell'eustress. Tuttavia, se le richieste superano di molto le risorse, perché lo stimolo stressogeno è eccessivo oppure perché persiste nel tempo, allora le risorse psicofisiche ed emotive si consumano, al punto di esaurirsi ed ammalarsi: si parla allora di distress (Selye, 1950).

Nell'ambito della prevenzione dello stress lavoro-correlato, da evitare (o quantomeno contenere, gestire, moderare) è proprio quest'ultimo tipo di stress nominato.

David Lazzari è uno psicologo italiano che si è a lungo concentrato sul tema dello stress. In particolare, Lazzari ha sviluppato un modello utile a valutare il grado di stress potenziale cui una persona è sottoposta, tramite la raffigurazione di una bilancia (Lazzari, 2009). La lettura della bilancia avviene con l'assegnazione di un punteggio da 1 a 10 per quattro voci (richieste interne ed esterne, risorse interne ed esterne) e l'interpretazione delle dinamiche tra queste voci.

Secondo l'autore, lo stress non è un evento singolare o acuto, bensì è "un sistema di riequilibrio sempre in azione" che oscilla tra le sollecitazioni a cui si è sottoposti e le risorse di cui si dispone, proprio come una bilancia che dondola alla ricerca dell'equilibrio (Lazzari, 2009, pag. 51).

Il medico psichiatra statunitense Daniel Siegel ha introdotto il concetto teorico della cosiddetta finestra di tolleranza allo stress (Siegel, 2013). In breve, secondo Siegel (2013) ognuno di noi possiede un certo margine di tolleranza personale più o meno ampio entro cui si è emotivamente stabili. Grazie alle varie strategie di *coping* acquisite nel corso del tempo con l'esperienza di vita, ciascuno fronteggia gli ostacoli della quotidianità cercando di restare all'interno di questa finestra immaginaria.

Tuttavia, qualora stimoli interni o esterni portino ad uno stato di attivazione tale da oltrepassare il proprio limite individuale di tolleranza, si vive una condizione descritta dall'autore come disregolazione emotiva, accompagnata da malessere psichico (Siegel, 2013).

L'esistenza di una vasta gamma di modelli, teorie, metodi e strumenti per esaminare, valutare, quantificare e qualificare lo stress dimostrano che esso è un concetto che è stato a lungo studiato ed oggi non è più puramente soggettivo. Entro certi limiti, per esempio prendendo in riferimento la bilancia di Lazzari, è infatti possibile misurarlo. In termini di prevenzione, ciò significa che esistono degli indicatori oggettivi sui quali è possibile agire ed intervenire, lavorando per ridurre i livelli di stress dei lavoratori. Ciò significa poter anticipare l'insorgenza di sindromi da *burnout*, disturbi d'ansia e disturbi psichici.

Il costrutto del *burnout* non può essere scisso da quello dello stress per essere compreso, in quanto i due sono intrinsecamente legati: tuttavia, questi termini non sono sinonimi né interscambiabili. Infatti, come sostiene Pellegrino, l'eventuale insorgenza del *burnout* dipende da come lo stress viene gestito: "...lo stress non necessariamente conduce ad esso [*burnout*], non è un percorso obbligato" (Pellegrino, 2009, pag. 10).

Come affermato da Selye, lo stress non è evitabile dall'uomo: ciò che si può fare è imparare ad affrontarlo in maniera efficace e funzionale, imparando i suoi meccanismi e adattandosi (Selye, 1950).

2.2.2 Depressione e *burnout*

Burnout e depressione hanno molti aspetti e sintomi in comune, tuttavia essi non sono sinonimi ed è bene avere in chiaro il perché.

Il *burnout* è secondario a un malessere sul posto di lavoro, ma nonostante ciò la vitalità permane all'infuori del contesto lavorativo, se non in una fase già molto avanzata (Converso & Falcetta, 2007; Santinello & Negrisolò, 2009). Esso può cronicizzare e portare a dei mutamenti anche nella sfera affettiva della persona, fino allo sviluppo di una sindrome depressiva (Santinello & Negrisolò, 2009). Per questo, è importante riconoscerlo e agire nei giusti tempi per prenderlo a carico in maniera adeguata, al fine di evitare l'insorgere di un disturbo depressivo.

La depressione invece interessa ogni ambito della vita della persona e, anche per questo motivo, è maggiormente pervasiva ed invalidante rispetto al *burnout* (Converso & Falcetta, 2007; Santinello & Negrisolò, 2009). Nella persona depressa è presente il senso di colpa e possono esserci pensieri suicidali (che restino tali o che portino all'atto); tutto ciò di norma non si manifesta nel soggetto con *burnout*, dove invece è tipica la presenza dell'emozione della rabbia (Converso & Falcetta, 2007). In particolare la depressione di tipo reattivo è provocata da un evento scatenante vissuto come emotivamente traumatico, mentre nel caso del *burnout* non è possibile individuare un unico avvenimento scatenante in quanto si genera sul lungo tempo (Santinello & Negrisolò, 2009).

2.3 Stato dell'arte e *knowledge gap*

Trattandosi di una revisione della letteratura scientifica, non vi è un vero e proprio *knowledge gap* da affrontare e colmare, nel senso che all'interno di queste pagine non ci sono innovazioni o scoperte scientifiche.

Tuttavia, tra il materiale che ho consultato che io sappia non vi è un lavoro simile al mio di recente datazione. In questo, dunque, questo Lavoro di Tesi rappresenta una novità.

2.3.1 Il COVID-19 e la salute mentale dei curanti

Come anticipato nelle prime pagine, parlare di livelli di stress, di *burnout*, di depressione o di abbandono professionale nelle cure infermieristiche senza nominare la pandemia di COVID-19 sarebbe privo di senso, poiché essa ha avuto un effetto considerevole sul lavoro quotidiano dei sanitari e sulla loro salute psicofisica, e prova ne sono degli studi recentissimi. Per questo motivo ci tengo a dedicare questo breve sottocapitolo a questa tematica.

Uno studio italiano pubblicato lo scorso anno dall'Università di Verona afferma che l'emergenza sanitaria degli ultimi mesi "...ha portato ad un significativo aumento dei sintomi di depressione e *burnout* tra gli operatori sanitari" (tradotto liberamente da: Lasalvia et al., 2021, pag. 17). Gli autori ci dicono che:

The mental health of health care professionals has further deteriorated in the year since the COVID-19 pandemic onset. The long duration of the pandemic has exposed health care workers to an unprecedented strain. Excessive and prolonged workload, isolation, uncertainty about clinical management protocols, and safety measures have resulted in sustained

psychological distress among hospital workers that should be expeditiously addressed by health care administrations (Lasalvia et al., 2021, pag. 19)

La salute mentale degli operatori sanitari è ulteriormente peggiorata nell'anno successivo all'inizio della pandemia di COVID-19. La lunga durata della pandemia ha esposto gli operatori sanitari a uno sforzo senza precedenti. Il carico di lavoro eccessivo e prolungato, l'isolamento, l'incertezza sui protocolli di gestione clinica e le misure di sicurezza hanno provocato un forte disagio psicologico tra gli operatori ospedalieri che dovrebbe essere prontamente affrontato dalle amministrazioni sanitarie (tradotto liberamente da: Lasalvia et al., 2021, pag. 19)

Un'altra ricerca anch'essa italiana condotta su un campione di infermieri attivi durante la prima ondata di COVID-19 dimostra nuovamente che la pandemia ha avuto un forte impatto sulla salute psicofisica dei sanitari (Damico et al., 2020). Dall'analisi delle risposte ai questionari raccolti tra marzo e luglio 2020, è emerso che circa il 68% degli intervistati manifestava sintomi di *burnout* (Damico et al., 2020). Gli autori dello studio concludono così:

Sono necessarie azioni per mitigare gli impatti del COVID-19 sulla salute mentale proteggendo e promuovendo il benessere psicologico degli operatori sanitari durante e dopo l'epidemia. ... Poiché la sindrome del *burnout* è direttamente associata al benessere dei sanitari e alla qualità delle cure, le amministrazioni ospedaliere dovrebbero personalizzare le loro strategie per il reclutamento del personale e fornire un numero di operatori adeguato e sufficiente. Le strategie dovrebbero prendere in considerazione le caratteristiche personali specifiche, come l'età, le motivazioni positive personali e le risorse individuali e fornire in aggiunta un'adeguata supervisione, supporto sociale e formazione per la gestione delle emozioni e dello stress quotidiano in modo più efficiente (Damico et al., 2020, pag. 255)

Queste due nuove ricerche sulle conseguenze che l'epidemia ha avuto sui curanti che l'hanno vissuta direttamente o indirettamente sono esempi che fanno capire l'enorme e straordinario carico psicofisico cui sono stati sottoposti. Esse dimostrano nuovamente l'importanza di una mirata prevenzione, presa a carico e non trascuratezza della salute mentale.

2.4 Domanda di ricerca

Questo lavoro di ricerca si pone come uno strumento pratico di cui gli infermieri attivi professionalmente possono fare uso per salvaguardare sé stessi da una minaccia del mestiere insidiosa e attuale. Può essere una valida guida anche per capire reparto, responsabili e dirigenti che abbiano a cuore la salute mentale e il benessere dei propri dipendenti e vogliano informarsi meglio su un fenomeno molto diffuso cui sono a rischio i propri collaboratori.

La domanda di ricerca del mio lavoro di Bachelor è dunque la seguente:

Quali misure, strategie, strumenti e interventi possono mettere in atto gli infermieri per ridurre lo stress lavoro-correlato e prevenire il rischio di burnout?

Questa domanda di ricerca nasce da un'esigenza scientifica e soprattutto pratica. Questa Tesi, grazie alla sua domanda di ricerca, vuole porsi come strumento di consultazione per ogni infermiera e infermiere che abbia la curiosità, l'interesse, l'esigenza di sapere di più sul tema del *burnout* e che voglia apprendere e diffondere delle misure di prevenzione.

Per la formulazione di questa domanda di ricerca mi sono servita del modello PICO, acronimo usato in ambito scientifico che significa:

Tabella 6
Modello PICO

P = Popolazione	I = Intervento	(C = Comparazione) *	O = Outcome
Personale infermieristico	Attuazione e diffusione di strumenti, misure, interventi e/o strategie	Trattandosi di una revisione della letteratura e non di uno studio non c'è un gruppo di controllo con cui fare un confronto; in questo lavoro di ricerca C non ha una valenza vera e propria * Non è un passaggio obbligato	Ottenimento della prevenzione della sindrome del <i>burnout</i> a livello sociale e pubblico, affinché gli infermieri abbiano delle risorse per proteggersi, così che la quantità di infermieri che ne soffre sia quantitativamente minore, la qualità delle cure sanitarie erogate sia mantenuta e indirettamente la salute dei pazienti non ne risenta

Il modello PICO (in questo caso PIO) è utile per individuare gli elementi più importanti della domanda di ricerca in maniera narrativa, e può essere raffigurato anche a livello grafico per semplicità di lettura (Chiari et al., 2006).

I termini identificati con il PICO possono rappresentare le parole chiave da utilizzare frequentemente nella ricerca in banca dati.

A partire dalla formulazione del problema di ricerca e dalla definizione del quesito di ricerca, si avvia l'intero processo metodologico di ricerca.

A questo proposito, ho approfondito la metodologia nel capitolo successivo.

3 Metodologia

In questo capitolo sono descritte le tappe metodologiche seguite per affrontare questo lavoro.

3.1 Disegno di ricerca: la revisione di letteratura

Il disegno di ricerca utilizzato per affrontare il mio lavoro di Bachelor è una revisione della letteratura scientifica.

La revisione è un'analisi dello stato delle evidenze già pubblicate da altri ricercatori circa un argomento e si pone come obiettivo di sviluppare, ampliare e aggiornare la base delle conoscenze e di colmare lacune, al fine di permettere di condurre una pratica clinica basata sulle prove di efficacia (Chiari et al., 2006; LoBiondo-Wood & Haber, 2002). La letteratura accademica di cui ci si serve in una revisione comprende sia dati di ricerca sia fondamenti concettuali e teorici (LoBiondo-Wood & Haber, 2002).

Tali revisioni sono classificate come fonti secondarie, poiché riassumono un insieme di tanti studi primari (sperimentali, clinici e/o osservazionali) secondo una metodologia descrittiva e qualitativa, ma non affrontano direttamente un'ipotesi (Chiari et al., 2006; LoBiondo-Wood & Haber, 2002). Questo metodo di ricerca aiuta a meglio stabilire ciò che già si conosce e ciò che ancora è ignoto, poco chiaro o incoerente (LoBiondo-Wood & Haber, 2002).

Secondo queste premesse, dunque, questa procedura metodologica mi ha portata a individuare articoli pertinenti al quesito di ricerca (N=11) e a sintetizzarne i contenuti e i risultati, nell'intento di trovare una risposta su base scientifica alla domanda di ricerca.

All'inizio della stesura della Tesi avevo considerato di svolgere un lavoro di tipo empirico, tramite interviste individuali o questionari standardizzati. Mi sarebbe piaciuto cogliere l'occasione della Tesi per raccogliere le opinioni delle infermiere e degli infermieri attivi in Ticino e per dar loro voce. Inoltre, sarebbe anche stata una sfida personale per cimentarmi con strumenti metodologici più complessi.

Tuttavia, ho preferito optare per una revisione della letteratura poiché credo che raccogliere l'attuale opinione dei curanti comporterebbe un'importante distorsione della realtà dovuta alla recentissima pandemia da COVID-19, e ciò potrebbe compromettere la qualità e lo scopo finali del lavoro. L'esistenza di un possibile errore sistematico (o *bias*), ovvero un fattore che tende a deviare i risultati dalla realtà, mi ha spinto a voler minimizzare sul nascere questo rischio e a favorire un altro disegno di ricerca (Chiari et al., 2006; LoBiondo-Wood & Haber, 2002).

Dal manuale di metodologia della ricerca di LoBiondo-Wood e Haber, professoresse e ricercatrici statunitensi nell'ambito delle cure infermieristiche, sono previste 10 fasi nel processo di revisione della letteratura:

- 1) Determinare l'argomento o la problematica da approfondire
- 2) Identificare i termini chiave e le variabili
- 3) Effettuare la ricerca bibliografica in banca dati
- 4) Delimitare il campo escludendo le fonti non pertinenti dalla ricerca preliminare
- 5) Organizzare le fonti ritenute pertinenti in modo pratico e schematico
- 6) Recuperare le fonti pertinenti
- 7) Copiare e salvare gli articoli

- 8) Effettuare una prima lettura degli articoli escludendo le fonti non pertinenti
- 9) Leggere approfonditamente e criticamente ogni articolo, riassumere ed analizzare
- 10) Sintetizzare i contenuti salienti di ogni articolo e redarre la revisione

(Liberamente adattato da: LoBiondo-Wood & Haber, 2002, p. 78)

Incertezze e dubbi che emergono durante la pratica clinica possono venir declinati in quesiti ricercabili nella letteratura biomedica, così da trovare un riscontro convalidato sul procedere: affidarsi alle prove di efficacia significa adattarsi alle più recenti indicazioni e prendere decisioni che hanno un fondamento provato (Chiari et al., 2006; LoBiondo-Wood & Haber, 2002). L'EBN, *Evidence Based Nursing*, è un approccio scientifico che prevede che il singolo infermiere (o l'intera istituzione sanitaria) basi il proprio agire e le proprie azioni di cura su protocolli e linee guida dietro cui vi sia un'evidenza scientifica comprovata (Chiari et al., 2006).

Tutte queste evidenze scientifiche seguono un ordine gerarchico in base alla metodologia utilizzata, in cui la revisione di letteratura si trova all'apice, poiché rappresenta il migliore metodo di ricerca disponibile: essa ha un livello molto elevato di efficacia con un minimo tasso di errore (Chiari et al., 2006). Va ricordato che in quanto tale, questo lavoro non apporta delle novità o delle scoperte circa la tematica: si tratta piuttosto di una sintesi di risultati emersi da vari studi e pubblicazioni di secondo o terzo livello effettuati da altri autori.

3.2 Descrizione del metodo di ricerca

Per quanto riguarda gli aspetti più concreti e pratici della ricerca, le principali banche dati generali che ho consultato sono state: *PubMed*, *Ovid*, *MEDLINE ProQuest*, *CINAHL* e *Cochrane Library*. Esse sono facilmente consultabili grazie all'accesso universitario e di solito rimandano a riviste e *Journal* specializzati, al cui interno è possibile navigare a loro volta e trovare molte altre risorse a seconda della tematica d'interesse. Per esempio, due pubblicazioni che ho consultato con frequenza per la mia Tesi sono state l'*International Journal of Environmental Research and Public Health* e il *Journal of Nursing Management*.

Siccome gli articoli all'interno di queste banche dati e di queste riviste sono innumerevoli, per trovare delle prove di efficacia utili e rendere la ricerca produttiva e funzionale bisogna seguire una precisa metodologia per restringere il campo d'azione.

Innanzitutto, i termini di ricerca sono fondamentali: a seconda di come viene impostata l'indagine, i frutti ottenuti possono essere più o meno ricchi e soddisfacenti. Per questo mi sono servita di vari strumenti:

Tabella 7
Strumenti di ricerca

STRUMENTO	USO
Parole chiave	Alcune delle <i>key words</i> che ho utilizzato maggiormente nella ricerca online sono state: <i>burnout</i> , <i>nurs*</i> , <i>healthcare worker</i> , <i>prevention and control</i> , <i>reduction</i> , <i>improvement</i> , <i>caring</i> , <i>work-life-balance</i> , <i>stress</i> , <i>Pflege</i> , <i>Pflegekraft</i> , <i>Prävention</i> .

	La ricerca, come si capisce da questi termini, è stata impostata principalmente in inglese ed in parte in tedesco, in quanto sono due lingue usate largamente in ambito scientifico e con cui avevo più probabilità di trovare del valido materiale.
Caratteri jolly	L'uso del troncamento con l'asterisco permette di allargare il campo (per esempio: digitando <i>nurs*</i> si troverà tutto ciò che contiene il termine <i>nurse</i> , ma anche <i>nursing</i> , ...). L'uso delle virgolette può essere utile per forzare il sistema a cercare due termini legati fra loro e restringere il campo (per esempio: digitare "prevenzione burnout" nella stringa di Google limita la ricerca da 589'000 a 7'800 risultati).
Operatori booleani	I più utilizzati sono stati soprattutto AND e OR, ma anche NOT.
Database MeSH e subheading	La ricerca per mezzo di termini MeSH disponibile su PubMed rende il processo più preciso in quanto si seleziona il sinonimo che meglio si presta (per esempio: cercando "burnout", il termine MeSH corrispondente è "burnout, professional"). In aggiunta al MeSH scelto, si possono selezionare gli ambiti di maggior interesse (per esempio: "education", "organization and administration", "prevention and control")
Filtri	I più utilizzati sono stati: la data di pubblicazione (dal 2010 ad oggi, e talvolta al 2019 per scartare gli articoli inerenti la pandemia); la specie (umana, non animale); ...
Funzione "Correlati / Articoli simili"	Dopo aver letto un <i>abstract</i> interessante, vale la pena dare una rapida occhiata anche agli articoli simili suggeriti, poiché in questo modo si ha l'occasione di ampliare ulteriormente la ricerca.

Un'altra utile strategia è stata la definizione di criteri di inclusione e di esclusione, per meglio indirizzare la ricerca.

3.2.1 Criteri di inclusione ed esclusione

Al fine di selezionare soltanto gli articoli più pertinenti con la domanda di ricerca, è stata usata una serie di criteri di inclusione e di esclusione.

Gli studi sono stati inclusi dall'analisi di ricerca se:

- Sono reperibili, accessibili e leggibili interamente;
- Il campione riguarda solo la classe lavorativa degli infermieri oppure include gli infermieri in quanto parte di personale sanitario in generale;
- La popolazione è professionalmente attiva: questo perché, per definizione, la sindrome da stress lavoro-correlato implica che la persona sia attiva lavorativamente;
- La lingua è conosciuta o facilmente traducibile: degli articoli scelti (N=11), dieci sono in inglese mentre uno è in tedesco (sono stati consultati anche articoli in italiano, francese, spagnolo e portoghese, ma scartati per via di altri criteri di inclusione non soddisfatti);
- La data di pubblicazione è recente: i filtri temporali sono stati impostati dal 2010 ad oggi, in modo da ottenere risultati attuali ed aggiornati.

Gli studi sono stati esclusi dall'analisi di ricerca se:

- La popolazione non è attiva professionalmente (sono esclusi per esempio: studenti di infermieristica, infermieri disoccupati, infermieri pensionati);
- La lingua è difficilmente comprensibile (tra gli articoli selezionati non figurano lingue orientali, lingue slave, lingue arabe, ...);
- La data di pubblicazione non è troppo recente: talvolta i filtri sono stati impostati fino al 2020, così da scartare gli articoli inerenti la pandemia da COVID-19;
- Articoli a pagamento.

Inoltre, una decisione metodologica che ho preso fin dall'inizio del lavoro è stata quella di non prediligere una branca particolare delle cure infermieristiche, ovvero di non rimanere vincolata ad un'unica figura di specialista, bensì di dedicarmi al ruolo dell'infermiere in generale. Questa scelta volontaria è dovuta al fatto che la tematica del *burnout* abbraccia ogni branca della disciplina infermieristica e allo stesso modo, nel mio lavoro, non ho voluto tralasciare nessuno.

Sebbene alcune specializzazioni siano più interessate di altre dalla sindrome (tra cui l'anestesia, l'oncologia, la psichiatria, le cure urgenti e di pronto soccorso), non ho voluto restringere il raggio proprio per avere modo di consultare più materiale e per rendere il lavoro meno selettivo, alla portata di ogni infermiere che vorrà leggerlo.

4 Analisi

La ricerca della letteratura scientifica consultata per svolgere questo Lavoro di Tesi mi ha portata a raccogliere e leggere molto materiale inerente alle possibili misure preventive in caso di stress lavoro-correlato e *burnout*, con lo scopo di trovare una risposta alla mia domanda di ricerca iniziale.

L'analisi critica della letteratura consultata permette di interpretare con accuratezza i risultati degli studi presi in esame: per esempio, se un intervento è supportato da più studi è bene metterlo in evidenza, e viceversa se si sono riscontrate delle incongruenze.

In questo quarto capitolo esporrò in sintesi i risultati emersi dall'analisi degli articoli selezionati.

4.1 Selezione degli articoli

Al termine della consultazione nelle varie banche dati e riviste tematiche, sono undici gli articoli ritenuti definitivamente validi per questa revisione della letteratura, in base ai criteri illustrati in precedenza.

In totale, la selezione degli articoli racchiude al suo interno diverse metodologie: articoli quantitativi (N=9), articoli qualitativi (N=2).

Per quanto concerne le date di pubblicazione, l'articolo più datato risale al 2013 (Ballweg et al., 2013), mentre gli articoli più recenti sono dello scorso anno (Cosentino et al., 2021; Monroe et al., 2021). Il *range* tra le date di pubblicazione è ristretto, di appena otto anni. Poiché la letteratura in materia è molto vasta, la scelta di restringere il campo anche a livello temporale è stata voluta, come spiegato precedentemente.

I Paesi di provenienza degli studi sono sei: Svizzera (Ballweg et al., 2013; Siebenhüner et al., 2020), Italia (Cosentino et al., 2021), Stati Uniti d'America (Wei et al., 2019; Couser et al., 2020; Sarazine et al., 2020; Van Horne et al., 2020; Monroe et al., 2021), Israele (Goussinsky & Livne, 2016), Iran (Emani et al., 2020) e Cina (Xie et al., 2020).

Ricordo che tutti gli articoli considerati per la redazione di questa revisione della letteratura sono scritti in lingua inglese, tranne uno che è in lingua tedesca.

Alle pagine seguenti è riportata una tabella riassuntiva degli articoli presi in esame per questa revisione di letteratura (N=11), dove per ognuno di essi sono illustrati:

- Titolo, autori, e anno di pubblicazione;
- Metodologia utilizzata con descrizione del campione e del procedere;
- Obiettivi e scopo dello studio;
- Risultati ottenuti.

Tabella 8

Tabella riassuntiva degli articoli scientifici

NR	TITOLO AUTORI ANNO	METODOLOGIA	OBIETTIVI	RISULTATI
1)	<p><i>Coping with interpersonal mistreatment: the role of emotion regulation strategies and supervisor support</i> Goussinsky R. Livne Y. 2016</p>	<p>Studio quantitativo. Il campione comprende infermieri (N=105), attivi professionalmente e al contempo studenti del Master. Sono stati sottoposti dei questionari anonimi.</p>	<p>Determinare se l'impatto del maltrattamento da parte dei pazienti sul <i>burnout</i> negli infermieri può essere esacerbato o attenuato a seconda delle strategie di regolazione delle emozioni. Due possibili strategie qui indagate sono il <i>surface acting</i> e il <i>deep acting</i>. La prima richiede un grande autocontrollo per sopprimere l'emozione, con bassa autenticità. La seconda è percepita dall'interlocutore come una reazione sincera, ma spesso è difficile attuarla perché richiede impegno. Inoltre, determinare qual è il ruolo del supervisore in tali dinamiche di autoregolazione.</p>	<p>L'aumento del <i>burnout</i> è verosimilmente spiegabile sia dai maltrattamenti stessi sia dall'uso di strategie di regolazione delle emozioni poco efficaci (<i>surface acting</i>). Infatti, una valida strategia di regolazione delle emozioni (<i>deep acting</i>) aiuta a ridurre l'impatto della violenza subita, limitando la depersonalizzazione e a sua volta il tasso di <i>burnout</i>. Il supporto da parte di un infermiere con un ruolo di responsabilità può influenzare le strategie di regolazione delle emozioni in positivo, proteggendo l'infermiere da un'inadeguata risposta allo stressore: se è sostenuto dal proprio supervisore, il curante tende a favorire tecniche quali il <i>deep acting</i>. Quindi, si può dire che la scelta di regolazione dipende in parte dal supporto circostante.</p>
2)	<p><i>Developing a course to promote self-care for nurses to address burnout</i> Couser G. Chesak S. Cutshall S. 2020</p>	<p>Studio quantitativo. Il campione comprende membri del personale di cura (N=134), principalmente infermieri, che hanno partecipato al corso <i>Optimizing Provider Potential</i>. Il corso è moderato da uno psichiatra e strutturato su 5 moduli per tematica.</p>	<p>Determinare se la proposta del corso educativo <i>Optimizing Provider Potential</i> è efficace nella prevenzione del <i>burnout</i> del personale clinico ed infermieristico, presso la clinica Mayo a Rochester, in Minnesota (USA). Il corso è stato sviluppato proprio per promuovere la <i>self-care</i> e affrontare il <i>burnout</i>.</p>	<p>Per essere dei curanti sani ed in equilibrio, è imperativo che ci si supporti l'un l'altro per ottimizzare il benessere. Gli autori si rivolgono agli infermieri con un ruolo di responsabilità, i quali hanno il delicato compito di proporre e promuovere programmi che supportino comportamenti sani al fine avere lavoratori sani. Bisogna lavorare per creare luoghi di lavoro in cui regni la cultura del benessere del collaboratore, per esempio ricordando l'importanza dell'alimentazione, del sonno e del riposo, dell'esercizio fisico.</p>
3)	<p><i>Educational intervention versus mindfulness-based intervention for ICU nurses with</i></p>	<p>Studio quantitativo controllato parallelo.</p>	<p>Determinare se un corso di <i>mindfulness</i> 8 settimane abbia un effetto a lungo termine di</p>	<p>Dopo il trattamento, i livelli di <i>mindfulness</i> sono aumentati e rimasti tali anche nei mesi seguenti, dimostrando l'efficacia degli interventi. Inoltre, i gradi di esaurimento emotivo e di</p>

	<p>occupational burnout: a parallel, controlled trial</p> <p>Xie C. Zeng Y. Lv Y. Li X. Xiao J. Hu X. 2020</p>	<p>Il campione comprende N=106 infermiere donne di area critica. Sono previsti follow-up tramite questionari a 1 settimana, poi a 1 e a 3 mesi di distanza dal trattamento.</p> <p>Le sessioni si tengono una volta alla settimana per 2,5 ore. Ogni sessione si compone di una parte teorica, una parte pratica e degli esercizi da svolgere a domicilio o al lavoro.</p>	<p>riduzione dei sintomi del <i>burnout</i> tra gli infermieri di area critica.</p>	<p>depersonalizzazione sono significativamente ridotti. Dunque, praticare la <i>mindfulness</i> può effettivamente alleviare i segni e sintomi del <i>burnout</i>.</p> <p>La pratica della <i>mindfulness</i> incrementa le effettive risorse individuali di <i>coping</i> e si accompagna ad una miglior salute fisica e mentale. Essa aiuta l'infermiere che la mette in campo a mantenere un equilibrio emozionale e a ridurre frustrazione e rabbia, favorendo la comunicazione con i pazienti e con i colleghi.</p>
4)	<p>Effectiveness of expressive writing protocol in palliative care healthworkers: a quantitative study</p> <p>Cosentino C. D'apice C. Del Gaudio M. Bertolotti C. Bini M. Liotti M. C. Melli E. Tesa F. Sarli L. Artioli G. 2021</p>	<p>Studio quantitativo sperimentale prospettivo.</p> <p>Il campione comprende membri del personale di cura (N=50), tra cui infermieri, cui sono stati sottoposti dei questionari (per sondare: resilienza, emozioni, qualità di vita professionale, ...) e un compito di scrittura. Nel gruppo sperimentale (N=22), il compito consiste nello scrivere per 20 minuti consecutivi a proposito di un evento traumatico, stressante ed emotivamente significativo vissuto al lavoro.</p> <p>Questo esercizio, a seconda del gruppo (sperimentale vs controllo), è stato ripetuto per altre 3 sessioni al proprio domicilio, dedicandosi sempre allo stesso evento traumatico.</p>	<p>Investigare gli effetti oggettivi e soggettivi della scrittura creativa nei curanti di cure palliative.</p> <p>Poiché questi specialisti sono esposti ad un alto rischio di stress e <i>burnout</i>, metodi quali la scrittura potrebbero incentivare fattori protettivi quali la soddisfazione e la resilienza.</p>	<p>Il gruppo sperimentale ha effettivamente beneficiato delle sessioni di scrittura creativa, considerabile una vera e propria terapia.</p> <p>L'autoproduzione di un testo su un trauma vissuto in reparto aiuta ad elaborarlo e comporta benessere psicofisico tra chi adotta questo metodo. Tramite la rielaborazione, infatti, si prevencono conseguenze negative di salute legate allo stress, migliorando per esempio eventuali disturbi del sonno, la gestione della rabbia e delle richieste di aiuto.</p> <p>La scrittura creativa non si è invece dimostrata significativamente influente nell'aumento della resilienza.</p>
5)	<p>Impact of chromotherapy on professional quality of life in intensive care unit nurses: a randomized controlled trial</p> <p>Emani R. Ghavami H.</p>	<p>Studio quantitativo sperimentale randomizzato controllato.</p> <p>Il campione comprende N=80 infermieri di area critica.</p>	<p>Investigare l'impatto della cromoterapia sulla qualità di vita percepita dagli infermieri di area critica.</p>	<p>Il gruppo sperimentale ha riportato aumentati livelli di qualità di vita a seguito degli interventi di cromoterapia, che dunque sono stati efficaci.</p>

	Radfar M. Khalkhali H. R. 2020	Gli interventi attuati nel gruppo sperimentale (N=40) sono stati 3: - Cambiare il colore delle decorazioni ambientali - Fornire una <i>cover</i> del telefono e un astuccio per matite ad ogni infermiere - Tre sessioni educative sulla cromoterapia, seguite da sessioni settimanali per 3 mesi di consulenza individualizzata sulla cromoterapia applicata nella vita personale e nella casa.		La reazione dell'organismo ai colori è essenzialmente inconscia; tuttavia, essa è in grado di influenzare il benessere e la qualità di vita. Altri studi hanno dimostrato che la cromoterapia elimina la pressione neurale sul luogo di lavoro, creando maggior rilassamento e meno stress tra il personale curante. Inoltre, essa aumenterebbe la produttività dei lavoratori. Questo genere di studi è da considerare valido in previsione di un programma di prevenzione del <i>burnout</i> lavorativo.
6)	<i>Mindfulness workshops effects on nurses' burnout, stress, and mindfulness skills</i> Sarazine J. Heitschmidt M. Vondracek H. Sarris S. Marcinkowski N. Kleinpell R. 2020	Studio quantitativo. Il campione comprende N=52 infermieri che hanno partecipato ad un seminario di 4 ore sulla <i>mindfulness</i> . È prevista la compilazione di quesitonari pre-trattamento e post-trattamento, a 1 mese e a 6 mesi di distanza dal trattamento.	Determinare se un corso di 4 ore in cui vengono insegnati i principi della <i>mindfulness</i> abbia un effetto a lungo termine di riduzione dello stress e di prevenzione del <i>burnout</i> .	Dopo 6 mesi dal <i>workshop</i> , vi è un significativo aumento nella percezione della consapevolezza, un'aumentata autorealizzazione personale, un ridotto esaurimento emotivo, nonché una ridotta percezione di stress (soprattutto dopo il 1° mese). Questi risultati dimostrano che le istituzioni devono prendere coscienza che è possibile prevenire, riconoscere e gestire lo stress e il <i>burnout</i> tramite programmi di prevenzione e politiche di promozione della salute. Anche l'ANA (<i>American Nurses Association</i>) incoraggia gli infermieri a prendersi cura della propria salute: corsi come quello proposto sono delle opportunità per ridurre livelli di stress e rafforzare il benessere.
7)	<i>Nurse leaders' strategies to foster nurse resilience</i> Wei H. Roberts P. Strickler J. Webb Corbett R. 2018	Studio qualitativo descrittivo. Il campione comprende N=20 infermieri con un ruolo di responsabilità (tra cui: capireparto, capisettore, esperti clinici, manager), sottoposti ad un'intervista qualitativa individuale circa le proprie esperienze in qualità di promotori di resilienza.	Identificare delle strategie attuabili da parte dei responsabili per promuovere una cultura che favorisca la resilienza negli infermieri. La resilienza è un processo grazie al quale le persone sono in grado di adattarsi alle avversità che incontrano mantenendosi positive; nell'ambito sanitario, essa ha un grande potere protettivo di riduzione del <i>burnout</i> e di promozione del benessere.	Sono state identificate 7 strategie: 1) Facilitare la creazione di buoni rapporti interpersonali, ovvero mantenere un clima di lavoro favorevole (p. es: promuovere eventi sociali e attività all'aperto, mettere in atto la gentilezza, ...) 2) Promuovere la positività, ovvero aiutando i colleghi a vedere gli eventi da una prospettiva positiva in un ambiente lavorativo sano (p. es: essere un esempio per gli altri, praticare la gratitudine, " <i>Three good things</i> ",) 3) Far emergere le risorse del singolo, affinché si favoriscano soddisfazione, sicurezza di sé e coinvolgimento lavorativo (p. es: stimolare la creatività, ...) 4) Promuovere la crescita del singolo, ponendosi come supporto a livello professionale e personale (p. es:

			<p>Ricerche precedenti hanno dimostrato che solo 1/5 degli infermieri sono classificabili come "altamente resilienti".</p>	<p>costruire relazioni di fiducia con le figure di riferimento, introdurre figure di <i>mentoring</i> per neoassunti, ...)</p> <ol style="list-style-type: none"> 5) Incoraggiare la cura di sé (p. es: ambiente supportivo, sonno adeguato, dieta alimentare bilanciata, esercizio fisico regolare, ...) 6) Promuovere la pratica della <i>mindfulness</i>, in quanto è dimostrata essere una valida tecnica per dirigere l'attenzione altrove, con un effetto benefico (p. es: trovare tecniche per renderla efficace ed attuabile anche nella propria quotidianità, come la respirazione controllata, ...) 7) Trasmettere altruismo, col fine di creare un legame di fiducia con i propri collaboratori (p. es: riconoscimento da parte dei responsabili, ascoltare, curare linguaggio verbale e non verbale, ...) <p>Grazie a queste strategie, gli infermieri con un ruolo di responsabilità aiutano i colleghi a sviluppare resilienza e a prevenire il <i>burnout</i>. Essi hanno un ruolo chiave nel favorire un ambiente di lavoro sano: promuovendo maggior resilienza si riduce il <i>burnout</i>.</p>
8)	<p>SymBalance: ein theoriebasiertes, integratives Therapiekonzept zur Behandlung von Burnout</p> <p>Ballweg T. Seeher C. Tschitsaz A. Bridler R. Cattapan K. 2013</p>	Articolo originale qualitativo	<p>Descrizione del Modello 3D del <i>burnout</i> e del concetto di trattamento SymBalance in confronto ad altri approcci terapeutici.</p>	<p>Secondo il Modello 3D, il <i>burnout</i> è una sindrome complessa causata da uno squilibrio tra le risorse e le richieste nel contesto lavorativo. Questo squilibrio si identifica su 3 dimensioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oggettiva: mancata corrispondenza tra le competenze della persona e le richieste esterne. Può essere causato da fattori individuali, organizzativi o sociali. 2. Soggettiva: la persona sopravvaluta le richieste esterne o sottovaluta le proprie risorse 3. Esistenziale: sentimenti di insufficienza ed incapacità personale, ridotte autostima e autoefficacia, ... sono integrati nell'identità <p>La terapia integrativa SymBalance ambisce a ristabilire un equilibrio tra queste 3 dimensioni. Alcuni possibili interventi suddivisi per dimensione sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Promozione delle risorse individuali (p. es. attività sportiva e sedute di fisioterapia, attività di rilassamento e di meditazione, piano alimentare equilibrato ai bisogni, musico- e arteterapia o altre terapie complementari, ...); trattamento medico di disturbi somatici e psichici (terapia individuale o di gruppo, eventuale terapia farmacologica, ...); programmi di formazione sul disturbo; acquisizione di strategie individuali di gestione dello stress (terapia individuale, <i>job coaching</i>, ...); adeguamento delle richieste

				<p>esterne in collaborazione col datore di lavoro (p. es. ridurre percentuale d'impiego, modifica del ruolo professionale, ...); ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Valutazione realistica delle proprie aspettative e delle proprie competenze (terapia cognitivo-comportamentale per correggere schemi e abitudini disfunzionali); training di competenza emotiva e di regolazione delle emozioni (gestione delle reazioni emotive, rafforzamento della resilienza individuale); promuovere la cultura del <i>feedback</i> in collaborazione col datore di lavoro (un <i>feedback</i> regolare sul posto di lavoro permette una valutazione realistica delle proprie competenze); ... 3. Promozione della fiducia in sé stessi; reintegrazione nella propria identità delle aree della vita privata non legate al lavoro; ...
9)	<p><i>Supporting the well-being through the implementing of education and a relaxing re-treat space</i></p> <p>Van Horne S. Downing V. Farley H. 2020</p>	<p>Studio quantitativo prospettivo.</p> <p>I partecipanti (N=63) sono infermieri di vari reparti di cure acute, a cui è stato proposto il progetto OASIS.</p> <p>Il programma prevede una prima parte educativa, in cui il campione svolge 6 moduli basati sulla psicologia positiva che contengono strategie di promozione del benessere sul luogo di lavoro.</p> <p>In seguito, una stanza all'interno del reparto (OASIS <i>room</i>) viene adibita a scopo educativo e rigenerante: in questo luogo pacifico, il personale può rilassarsi, riflettere, ricaricarsi e recuperare, praticare strategie di <i>self-care</i>, ...</p>	<p>Determinare se la diffusione del programma OASIS (<i>Opportunity to Achieve Staff Inspiration and Strengths</i>) I, sia in grado di migliorare la qualità di vita e di ridurre il <i>burnout</i> tra gli infermieri.</p>	<p>Secondo certi criteri, l'OASIS si è dimostrato benefico, utile ed efficace, ed è un possibile strumento nella prevenzione al <i>burnout</i>.</p> <p>È fondamentale che gli infermieri (che spesso nel loro quotidiano vivono la pressione indotta della mancanza di tempo) ricevano un'educazione circa il loro stesso benessere e vengano sollecitati per far qualcosa al riguardo. In questo senso, i datori di lavoro possono essere un grande supporto e risorsa.</p>
10)	<p><i>Temporal work stressors and satisfaction with work, life and health among health professionals in Switzerland</i></p> <p>Siebenhüner K.</p>	<p>Studio quantitativo osservazionale trasversale non randomizzato.</p> <p>Il campione comprende N=1'232 professionisti della salute (di cui</p>	<p>Capire se gli stressori temporali sul luogo di lavoro incidono in maniera diretta o indiretta sulla soddisfazione in ambito lavorativo e privato e sulla salute.</p>	<p>Il numero di ore di lavoro e di straordinari non è un fattore che influisce direttamente sulla soddisfazione professionale.</p> <p>Tuttavia, è vero che il sovraccarico di lavoro in termini di tempo (inteso come dedicare molte ore di lavoro in più rispetto al dovuto, oppure essere costantemente sotto pressione per</p>

	Battegay E. Hämmig O. 2020	N=705 infermieri), ai quali è stato sottoposto un questionario anonimo. Sono stati indagati vari domini, tra cui: condizioni di lavoro, ore di lavoro contrattuali e straordinarie, condizioni di salute, risorse personali allo stress, ...		<p>manca di tempo), genera molto stress, specialmente tra la popolazione degli infermieri. Lo stress a sua volta è il maggior predittore di insoddisfazione e può avere ripercussioni sulla salute anche piuttosto gravi.</p> <p>Gli autori ricordano che è importante trovare strategie sia individuali sia organizzative per compensare alle conseguenze negative legate ai fattori temporali, tra cui: maggior autonomia, buon clima di lavoro, <i>locus of control</i> interno, migliori condizioni di lavoro (flessibilità, <i>work-life-balance</i>, stipendi, ...).</p>
11)	<p><i>The value of intentional self-care practices: The effects of mindfulness on improving job satisfaction, teamwork, and workplace environments</i></p> <p>Monroe C. Loresto F. Horton-Deutsch S. Kleiner C. Eron K. Varney R. Grimm S. 2020</p>	<p>Studio quantitativo osservazionale trasversale retrospettivo.</p> <p>I partecipanti (N=non definito) sono infermieri di un reparto di cure acute, a confronto con altre unità. Essi sono stati sottoposti volontariamente ad un programma di consapevolezza chiamato <i>Project7</i>.</p> <p>Il Progetto contiene 7 accordi o affermazioni, che mirano a coltivare la consapevolezza e l'intelligenza emotiva, migliorando anche le relazioni tra i membri:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mi impegno ad essere qui 2. Mi impegno ad essere preparato 3. Mi impegno ad essere umile 4. Mi impegno a guardare ciò che ho 5. Mi impegno a guardare come posso aiutare 6. Mi impegno a puntare all'eccellenza 7. Mi impegno ad avere forza e coraggio <p>Ogni mese la frase guida, posta in vista affinché sia d'ispirazione durante il turno, cambia.</p>	<p>Dimostrare se pratiche di <i>self-care</i> e di <i>mindfulness</i> sul luogo di lavoro siano misure efficaci per migliorare la soddisfazione lavorativa, il lavoro di team e il clima generale.</p> <p>Visti i numeri sempre crescenti di stress cronico e <i>burnout</i>, i sistemi sanitari e le organizzazioni cercano soluzioni per ridurre questi tassi. Tra tutte, le strategie basate sulla consapevolezza sono in aumento tra gli infermieri. I benefici della <i>mindfulness</i> sono dimostrati da tempo: essa riduce i livelli di stress, potenzia le abilità di coping, promuove il benessere, è una misura protettiva contro il <i>burnout</i>.</p>	<p>Gli infermieri che hanno eseguito il programma di consapevolezza proposto riportano un elevato appagamento lavorativo rispetto ad altri colleghi di controllo. Riguardo al lavoro di team, il <i>Project7</i> non ha comportato un miglioramento significativo.</p> <p>In concreto, i tassi statistici di cadute sono ridotti in seguito all'intervento educativo, suggerendo che il <i>Project7</i> è un programma di <i>mindfulness</i> praticabile e sostenibile da parte dei datori di lavoro, ed è inoltre attuabile senza costi gravosi.</p> <p>Gli autori suggeriscono alle organizzazioni e ai datori di lavoro di incrementare tali misure di profilassi, al fine di aumentare la soddisfazione sul posto di lavoro e migliorare l'ambiente, prevenendo fenomeni come il <i>burnout</i>.</p>

		Le cadute dei pazienti sono il parametro di riferimento sull'arco temporale dello studio (pre-, durante e post-intervento) per valutare la qualità delle cure erogate.		
--	--	--	--	--

5 Discussione dei risultati

La lettura e l'analisi degli articoli sopracitati ha fatto emergere analogie e differenze.

5.1 Interventi di prevenzione

Fin dalle prime ricerche è stato chiaro che, al fine di ottenere una prevenzione mirata e funzionale della sindrome del *burnout*, è fondamentale agire lungo due binari paralleli, integrando due macrocategorie di interventi, ovvero di tipo individuale ed organizzativo (Ballweg et al., 2013; Van Horne et al., 2020). Infatti, da un lato è necessario lavorare sull'individuo, ovvero sull'infermiere stesso, sulle attitudini e sullo stile di vita. In questo modo, tuttavia, si otterrà un successo minimo se, dall'altro lato, non si lavora al contempo anche con l'istituzione, ovvero con la struttura e le figure responsabili, su fattori di tipo organizzativo e qualitativo.

Gli interventi di prevenzione che di seguito sono stati raccolti e riassunti sono suddivisi proprio in base a questo criterio, per una semplificazione di lettura.

5.1.1 Area d'intervento individuale: lavorare sulla persona

"... nurses are generally hardworking people, many with a 'pull yourself up by the bootstraps' mentality that leaves them thinking they are required to be invincible. ... Nurses are not invincible; like everyone else they are susceptible to the drain of daily stressors"
(Couser et al., 2020)

La prevenzione del *burnout* parte da lontano, dall'individuo: prendendo in analisi la sfera personale, infatti, sono molteplici gli interventi che il singolo infermiere può mettere in atto per proteggere sé stesso e, indirettamente, colleghi e pazienti. Gli interventi che seguono non sono ordinati per priorità: infatti, ogni individuo conosce le proprie caratteristiche personali, i propri punti di forza e le proprie fragilità, e può trovare che alcune tra le misure proposte siano più realizzabili di altre.

Un primo essenziale intervento preventivo consiste nel mantenimento di uno stile di vita che si possa definire sano (Ballweg et al., 2013; Wei et al., 2018; Couser et al., 2020). Esso include dei comportamenti e delle abitudini di vita salubri, che permettano all'infermiere di compensare allo stress lavoro-correlato garantendo una stabilità tra la mente e il corpo: spesso infatti la tendenza dei curanti, operatori abituati a prendersi cura del prossimo, è quella di trascurare sé stessi (Couser et al., 2020).

Greg Couser, medico consulente presso dipartimenti sia di Medicina Preventiva sia di Psichiatria e Psicologia, ha focalizzato parte della propria pratica clinica nell'aiutare i colleghi infermieri ad affrontare problemi di salute mentale, incluso il *burnout* sul luogo di lavoro (Couser et al., 2020). Assieme ad altri autori, Couser ribadisce l'importanza dei comportamenti di base della cura di sé come misura preventiva primaria, tra cui spiccano: mangiare bene (con un'eventuale consulenza nutrizionale), dormire bene e a sufficienza (badare alla quantità del riposo in termini di ore, ma anche alla qualità) ed essere fisicamente in movimento facendo attività sportiva (Ballweg et al., 2013; Wei et al., 2018; Couser et al., 2020). È importante, sottolineano gli autori, ritagliarsi degli spazi di tempo libero all'infuori del lavoro nei quali svolgere attività piacevoli, rilassanti e rigeneranti, siano esse di cultura, di svago, di hobby, di attività fisica e sport.

Gli infermieri sono professionisti che conoscono molto bene i comportamenti salutari da incentivare, in quanto essi stessi ne sono i promotori e gli educatori nei confronti dei pazienti (Couser et al., 2020). Tuttavia, pur possedendone le nozioni teoriche, quello che succede è che molto spesso queste conoscenze non vengano applicate nella pratica da parte degli infermieri stessi. Al contrario invece, i bisogni primari (tra cui: bere, mangiare, fare delle pause durante il turno, andare in bagno, ...) sono delle priorità e non devono venir sottovalutati in funzione dei bisogni del paziente, affermano Couser e colleghi (2020). Non si tratta di egoismo, poiché l'intero sistema sanitario ne giova: infatti, il curante dovrebbe sempre trovarsi nelle condizioni migliori possibili al fine di essere focalizzato sul lavoro e sulle cure al paziente, evitando errori clinici ed infortuni professionali (Couser et al., 2020).

Altrettanto essenziale è coltivare un progetto basato sulle proprie passioni ed interessi in parallelo alla carriera professionale, non limitandosi a fare il pendolare tra la casa e il lavoro bensì ricordando che la vita è all'infuori dell'orario di lavoro (Ballweg et al., 2013). Infatti, è fondamentale trovare un equilibrio tra le richieste lavorative e le richieste della vita privata (*work-life-balance*), in particolar modo per le infermiere donne: un aspetto della vita non deve prevalere significativamente sull'altro (Ballweg et al., 2013).

Inoltre, è importante consolidare una buona rete sociale interpersonale, sia con i colleghi di lavoro sia esterna al contesto lavorativo, con la famiglia e con gli amici, che rappresenti un sostegno sincero (Cosentino et al., 2021). Possedere delle relazioni significative garantisce un rifornimento di energia costante, poiché l'uomo è un essere sociale e necessita di costruire legami affettivi duraturi.

Alcuni autori sostengono che non essere in grado di condividere un'esperienza emotivamente intensa con la propria rete sociale è persino più dannoso che non avere affatto una solida rete sociale: pertanto, una caratteristica fondamentale tanto quanto la presenza degli affetti è la condivisione con essi (Cosentino et al., 2021).

Un'altra misura di prevenzione di grande valore consiste nell'imparare delle efficaci strategie di regolazione delle emozioni e di gestione dello stress (Ballweg et al., 2013; Goussinsky & Livne, 2016).

Gli infermieri durante i turni lavorativi si servono spesso delle cosiddette *display rules* per gestire le proprie emozioni, ma sovente in maniera disfunzionale: essi tendono a mostrare ciò che ci si aspetta dal loro ruolo, come cortesia, ottimismo ed empatia, senza che trapelino stanchezza, malumori o frustrazione, comunque presenti ma sopiti (Goussinsky & Livne, 2016). Sopprimere le emozioni a lungo termine è dannoso e richiede un enorme dispendio di energie, tanto che: "...*modifying expressions through faking or suppressing felt emotions ... is linked to stress and job burnout*" (Brotheridge & Lee, 2002; Baumeister et al., 2007; Kammeyer Mueller et al., 2013; in: Goussinsky & Livne, 2016, p. 1111).

Acquisire consapevolezza del ruolo delle proprie emozioni nella relazione d'aiuto col proprio paziente è necessario affinché l'infermiere sviluppi l'intelligenza emotiva e capisca che lo stress e l'emotività (tra cui sentimenti di paura, rabbia, ansia, frustrazione, ...) sono inevitabili in questo lavoro: l'aspetto essenziale è imparare a riconoscerlo e a gestirlo in maniera funzionale (Monroe et al., 2021). Allo stesso modo, è importante imparare a identificare e riconoscere le proprie risorse e strategie di *coping* e anche i propri limiti, al fine di chiedere aiuto quando il carico emotivo diventa ingestibile (Wei et al., 2019).

Molti sono gli studi che hanno dimostrato l'effetto positivo e i benefici delle varie attività di rilassamento e di meditazione, tra cui la *mindfulness* e il respiro concentrato (Ballweg et al., 2013; Xie et al., 2020; Monroe et al., 2021; Sarazine et al., 2021).

La *mindfulness* è considerata una valida ed efficace strategia di *coping* e permette di migliorare la salute fisica e mentale di chi la attua (Xie et al., 2020). Esercitarla aiuta ad assumere autoconsapevolezza della propria persona e del proprio vissuto, a prestare maggior attenzione all'esperienza che si sta vivendo nel momento presente, a sviluppare l'intelligenza emotiva (Monroe et al., 2021). Secondo degli studi, in concreto ciò porta a numerosi vantaggi e benefici sul luogo di lavoro: migliora il coinvolgimento e l'impegno, aumenta il grado di resilienza, riduce i livelli di stress, di insoddisfazione professionale e di depersonalizzazione, migliora la comunicazione interpersonale con colleghi e pazienti (Xie et al., 2020; Monroe et al., 2021).

Esistono numerosi programmi e corsi strutturati di *mindfulness* che, in un'ottica di promozione della salute, si sono dimostrati efficaci a incrementare la soddisfazione lavorativa e a prevenire e ridurre i tassi di *burnout* (Xie et al., 2020; Monroe et al., 2021; Sarazine et al., 2021).

Altri autori hanno rivolto la propria attenzione verso altre terapie complementari, tra cui la musicoterapia, l'arteterapia e la cromoterapia (Ballweg et al., 2013; Emani et al., 2020). La cromoterapia, per esempio, permette di avere un ambiente lavorativo creativo e colorato e ciò ha un impatto psicologico molto positivo sul personale curante, dimostrato tramite: maggior rilassamento, aumento della produttività, limitazione della possibilità di errori stress-correlati (Emani et al., 2020). L'uso di colori quali verde, giallo e arancione riduce la stanchezza, migliora l'umore ed eroga vitalità, favorendo la concentrazione dei professionisti.

Gli autori suggeriscono che la cromoterapia sia utilizzata non solo sul luogo di lavoro (per esempio negli uffici infermieristici e nei reparti, installando pannelli, utilizzando matite colorate, ...), bensì anche al proprio domicilio e nella vita privata (Emani et al., 2020).

In ottica preventiva (sia prima che il *burnout* si presenti sia quando esso è già insorto e può essere più o meno grave) l'infermiere può decidere di rivolgersi ad un professionista di salute mentale ed intraprendere un percorso di psicoterapia. Una terapia che si è molto studiata e sembra essere utile in materia è la terapia cognitivo-comportamentale (Ballweg et al., 2013). La terapia cognitivo-comportamentale è una psicoterapia che si orienta verso lo sviluppo di abilità e l'apprendimento di nuovi comportamenti positivi per cambiare i modelli di pensiero negativi o dannosi. Si tratta quindi di un percorso guidato da un professionista allo scopo di migliorare per esempio le capacità di gestione dello stress e delle emozioni, aumentare la resilienza, imparare tecniche di rilassamento.

Una forma di autoterapia che si è rivelata estremamente efficace è la scrittura creativa (Cosentino et al., 2021). La redazione più o meno regolare di un diario personale o di piccole note in cui lasciar andare i pensieri, le emozioni, le aspettative sul domani o i traumi vissuti sul luogo di lavoro, aiuta ad elaborare i sentimenti e migliora il benessere psicofisico (Cosentino et al., 2021). Secondo gli autori, tramite la rielaborazione si previene una larga parte delle conseguenze dello stress lavoro-correlato che impattano sulla salute (tra cui il *burnout*), migliorando per esempio la sintomatologia somatica, la regolazione delle emozioni, la capacità di chiedere aiuto.

Qualora la sintomatologia del *burnout* fosse fortemente invalidante per il funzionamento della persona, vale la pena introdurre in parallelo una terapia farmacologica, che aiuti a gestire e lenire i segni più spiacevoli del problema (Ballweg et al., 2013). In genere, si tratta di farmaci antidepressivi, ansiolitici oppure sedativi-ipnotici, a seconda delle manifestazioni cliniche del soggetto.

5.1.2 Area d'intervento organizzativa: lavorare sull'istituzione

*"Finding ways to ... promote nurse well-being presents an urgency
for health care leadership"*
(Wei et al., 2019, p. 681)

Le organizzazioni hanno un potere determinante nell'insorgenza e nella prevenzione del *burnout*. Sono da intendere come organizzazione: ospedali, cliniche, case per anziani, associazioni e servizi sanitari, scuole sanitarie e università professionali, ma anche dirigenti, infermieri con un ruolo di responsabilità, dinamiche d'équipe.

Un iniziale approccio di prevenzione primaria riguarda l'informazione: tematizzare la problematica, spiegare in cosa consiste il fenomeno, che cosa si può fare e a chi potersi rivolgere in caso di difficoltà (Ballweg et al., 2013). La sensibilizzazione dovrebbe iniziare già a livello universitario, per poi continuare con regolarità a carriera avviata, per esempio tramite la presenza di volantini e brochure nelle bacheche delle infermerie, oppure programmi e training di formazione sul benessere. Figure quadro quali capireparto e capiservizio dovrebbero rammentare regolarmente ai propri collaboratori l'importanza del mantenimento del proprio benessere, al fine di tutelare la propria salute psicofisica nonché la sicurezza e l'incolumità dei pazienti in cura (Wei et al., 2018; Couser et al., 2020; Van Horne et al., 2020).

Chi lavora quotidianamente a stretto contatto con gli infermieri (si pensi a figure quadro e di responsabilità) ha il compito di riconoscere quegli operatori maggiormente esposti a rischio di sviluppare un *burnout* e di individuare precocemente fattori ed elementi predittivi di cedimento psicofisico tra i propri colleghi (Wei et al., 2018). Per far ciò, potrebbe essere utile: monitoraggio regolare ed osservazione di eventuali segni e sintomi; sottoporre questionari come MBI o affini; disponibilità di assistenza, consulenza e supporto professionale (quali *counselor*, *job coaching*, psicoterapeuta, ...).

Migliorare le condizioni di lavoro degli infermieri rappresenterebbe un passo successivo nel raggiungimento di un equilibrio psicofisico, riducendo molti dei fattori di stress che oggi pesano ed infieriscono sulla pratica clinica (Siebenhüner et al., 2020). Integrando i risultati dello studio di Siebenhüner e colleghi (2020) condotto all'Università di Zurigo con altri risultati precedentemente illustrati, i fattori che maggiormente incidono sulla qualità di vita degli operatori sanitari sono: il numero di ore di lavoro (turni scombusolati, pause irregolari, interrotte e talvolta annullate, straordinari, ...), la scarsa autonomia di lavoro, un clima interpersonale non sempre ottimale, poca flessibilità e *work-life-balance* non garantito, stipendi percepiti come inferiori alle necessità, sproporzione del numero di pazienti per infermiere.

A questo proposito, una più equa redistribuzione del lavoro consentirebbe al curante una maggior soddisfazione professionale, allontanando stress aggiuntivi e permettendogli di focalizzarsi al massimo nelle cure infermieristiche da erogare. Le istituzioni dovrebbero impegnarsi per garantire un'ottimizzazione di questi fattori, che attualmente sono fonte di stress e di *burnout* e complicano il lavoro di chi cura (Siebenhüner et al., 2020).

Un ulteriore spunto che emerge dalla letteratura è quello di garantire a tutto il personale infermieristico dei programmi e *training* di formazione continua e di aggiornamento permanente, dando così la possibilità di ottenere e assicurare ai pazienti un livello professionale ottimale (Wei et al., 2018).

Nella stessa direzione, assicurare supervisioni regolari e momenti di condivisione di situazioni ed emozioni rivolti all'intera équipe possono essere fonte di sviluppo, crescita ed

arricchimento personale e professionale, ed essere fonte di unione e di legami interpersonali (Goussinsky & Livne, 2016).

La *leadership*, che nella pratica infermieristica può essere riconosciuta nella figura di un infermiere con un ruolo di responsabilità (caporeparto, caposervizio, esperto clinico, ...), ha un compito molto delicato quanto influente nell'agevolazione di un ambiente sano, nella risoluzione di ostacoli e nella costruzione della resilienza per l'intera équipe (Wei et al., 2019).

Questa persona dovrebbe rappresentare un modello da seguire per i colleghi sia nella pratica clinica sia nella vita extra lavorativa, ad esempio per quello che riguarda la cura di sé e il mantenimento del benessere, ponendosi inoltre come promotore di positività, ovvero aiutando i propri collaboratori a vedere gli eventi da una prospettiva positiva (Goussinsky & Livne, 2016; Wei et al., 2019).

Inoltre, il *leader* dovrebbe essere una risorsa e un supporto a cui poter attingere: mostrare apprezzamento, riconoscimento e gratitudine, essere una presenza fisica disponibile in reparto per fornire aiuto concreto, avere un dialogo aperto con i membri della squadra, sono solo alcune delle misure che facilitano l'apertura e l'instaurazione di un rapporto di fiducia interpersonale (Wei et al., 2019). La figura *leader* dev'essere in grado infatti di favorire un clima di lavoro positivo, in cui possano instaurarsi buone e supportive relazioni interpersonali aumentando il senso di appartenenza e di identità di gruppo e favorendo il *teamworking* e la collaborazione interprofessionale (Wei et al., 2019).

Vari studi hanno messo in luce quanto sia fondamentale la promozione della cultura del benessere del collaboratore: essa può avvenire sostenendo programmi che supportino comportamenti sani e la cura di sé ed il benessere in generale, come per esempio la pratica della *mindfulness* e le attività di meditazione e di rilassamento, corsi come l'*Optimizing Provider Potential*, programmi come l'OASIS (Wei et al., 2019; Couser et al., 2020; Van Horne et al., 2020).

Valorizzare il singolo infermiere significa prestare attenzione alle sue esigenze, alle sue difficoltà e alle sue richieste e farne emergere le risorse, affinché si favoriscano soddisfazione professionale, sicurezza di sé e coinvolgimento lavorativo: in questo modo, si promuove la crescita personale e professionale (Wei et al., 2019).

Infine, la sintesi svizzera condotta da Ballweg (2013) evidenzia la promozione della cultura del *feedback* come utile e vantaggiosa, in quanto permette al singolo infermiere di avere un riscontro oggettivo e realistico delle proprie competenze, soprattutto in caso di difficoltà.

Laddove le difficoltà di un infermiere diventino insostenibili oppure il *burnout* abbia già messo radici, sarebbe buona cosa fare un adeguamento delle richieste esterne in collaborazione col datore di lavoro, al fine di non aggravare ulteriormente il quadro clinico e di andare incontro alle esigenze del collaboratore evitando assenteismo (Ballweg et al., 2013). Tra le possibili misure d'intervento possono esserci: ridurre la percentuale d'impiego, cambiare la turnistica, limitare la routine, cambiare reparto o area d'impiego,

...

6 Conclusioni

“Health professionals involved are already able to maintain good levels of compassion satisfaction through self-care strategies developed over time such as: regular exercise, adequate hours of sleep, healthy nutrition, compensation in personal life, opportunities for relaxation, stress reduction, meditation practices, spirituality, communication skills, psychological support in the workplace, ability to ask for help, ability to set limits on time and use of one’s mental, physical and psychological resources”
(Cosentino et al., 2021, pag. 6)

L’obiettivo di questo Lavoro di Bachelor era quello di mettere in evidenza una serie di misure di intervento per prevenire l’insorgenza della sindrome del *burnout* professionale nelle infermiere e negli infermieri. Questa Tesi vuole porsi come uno strumento pratico che gli infermieri attivi professionalmente possano consultare per salvaguardare sé stessi e colleghi.

L’implementazione di strategie di prevenzione dal *burnout* nell’ambito sanitario è fortemente consigliata, al fine di avere dei curanti in salute e protetti. Gli infermieri possono e devono attivarsi in prima persona per salvaguardare la propria salute mentale e fisica. Per il personale infermieristico è infatti fondamentale conoscere l’esistenza di strumenti di prevenzione e di promozione della salute per un’adeguata tutela dall’insorgenza del *burnout* e per una sua eventuale appropriata gestione. D’altra parte, è necessario che le istituzioni e i datori di lavoro vengano incontro ai bisogni dei propri collaboratori e che ne facilitino la quotidianità lavorativa.

Grazie ad un primo inquadramento teorico del costrutto è stata rilevata una serie di fattori facilitanti e di rischio su cui è possibile lavorare d’anticipo al fine di evitare l’insorgenza del *burnout*, come per esempio: fattori individuali, lavorativi, organizzativi, socio-demografici. Tuttavia, è stato presto chiarito che esso non è riconducibile ad una causa univoca, bensì all’interazione di molteplici fattori in correlazione.

Grazie alla selezione, all’analisi e all’interpretazione degli studi discussi in precedenza, si può dire che l’iniziale domanda di ricerca che mi ero posta (ovvero: “Quali misure, strategie, strumenti e interventi possono mettere in atto gli infermieri per ridurre lo stress lavoro-correlato e prevenire il rischio di *burnout*?”) abbia trovato una risposta scientificamente fondata e motivata tra queste pagine e che gli obiettivi di partenza siano stati raggiunti.

Durante la stesura di questo Lavoro, ho partecipato ad un corso di formazione dell’ASI sui disturbi da stress e sul *burnout* tenuto da parte dell’Ufficio cantonale dell’ispettorato del lavoro.

L’offerta formativa di tale corso rivolta al personale sanitario, assieme all’esistenza di tantissimo materiale sull’argomento (come manuali e libri, articoli scientifici, ma anche blog e articoli su Internet, che ho scoperto nel corso della mia ricerca), sottolineano l’attualità e la serietà della questione e l’interesse della comunità scientifica e non.

Si può (e si dovrebbe) fare ancora tanto per migliorare le condizioni di lavoro delle infermiere e degli infermieri e per limitare l’insorgenza di nuovi casi, e lo dimostrano i risultati di questa revisione. Ben vengano allora la prevenzione a livello personale e il lavoro su sé stessi; tuttavia, le organizzazioni non possono più pensare che il problema riguardi esclusivamente la persona interessata. Bisogna intervenire su più fronti.

6.1 Limiti della ricerca e potenziali sviluppi

Un limite di questo lavoro di ricerca è rappresentato dal numero degli articoli (N=11). Essi sono un numero discreto e sufficiente per svolgere una revisione narrativa di letteratura per un Lavoro di Bachelor, ma penso che varrebbe la pena cercare altre fonti per individuare eventuali ulteriori strategie di prevenzione, che verosimilmente in questa Tesi sono state omesse.

Mi sarebbe piaciuto molto sentire le voci dei diretti interessati andando personalmente sul campo a raccogliere le testimonianze, per esempio tramite dei questionari oppure tramite delle interviste individuali o di gruppo, anche se ho spiegato in precedenza i motivi che mi hanno portata a favorire questo tipo di metodologia.

Penso che a distanza di qualche tempo, quando il segno lasciato dal COVID-19 non sarà più così fresco negli infermieri e in tutti gli operatori sanitari come lo è attualmente, sarebbe molto interessante svolgere un'indagine qualitativa sul tema del *burnout* nelle cure infermieristiche in Ticino.

6.2 Riflessioni personali

Scrivere questo Lavoro di *Bachelor* mi ha permesso di indagare approfonditamente una tematica tanto complessa quanto affascinante qual è la sindrome del *burnout*. Trovo che la prevenzione in ambito di salute mentale sia un tema bellissimo, motivante e stimolante. Per la prima volta ho avuto modo di applicare le competenze metodologiche apprese nel corso degli anni di istruzione accademica e, sebbene talvolta durante il percorso di revisione abbia avuto qualche difficoltà, è stato coinvolgente immergersi nella ricerca della letteratura scientifica: leggere, esplorare, informarsi, consultare, selezionare, analizzare.

Anche se durante i periodi di stage è stato difficile organizzare lavoro, studio, volontariato e vita privata, ho sempre lavorato alla Tesi con regolarità, interesse e piacere. Mi ritengo soddisfatta del risultato finale e sono fiera di me stessa per la costanza e la dedizione che so averci rivolto.

Prima di intraprendere il cammino per diventare un'infermiera, ero iscritta alla Facoltà di Psicologia all'Università di Zurigo: uno studio molto differente dall'attuale sotto diversi punti di vista. Solo ora mi accorgo, tuttavia, che la salute mentale è il filo rosso tra i due percorsi da me intrapresi e, forse, fare un Lavoro di Diploma in questa direzione delle cure infermieristiche è un po' come chiudere un cerchio.

Per concludere, spero che questa Tesi sia utile ad accrescere il grado di consapevolezza circa la sindrome del *burnout* professionale nelle cure infermieristiche. Se anche un solo infermiere, leggendo queste pagine, troverà un aiuto, una mano tesa, o semplicemente uno spunto di riflessione, ne sarei estremamente felice e avrei la conferma che questo Lavoro (con la cura e l'impegno dedicati) ha senso di esserci.

Ringraziamenti

Con la fine di questo lavoro di Bachelor si conclude un percorso accademico tortuoso ma bellissimo, che tre anni fa mi ha portata qua alla SUPSI aprendomi un mondo. *But the best is yet to come...*

Poche parole per ringraziare chi ho incontrato strada facendo e chi c'è da sempre.

Grazie alla mia famiglia, che mi ha permesso di inseguire il sogno di diventare infermiera e ha creduto in me quando non ho avuto la forza di farlo io stessa.

Grazie a tutto il personale del Servizio Autoambulanza del Mendrisiotto, tanto ai professionisti quanto ai volontari come me. Svolgete una missione nobile e speciale e sono orgogliosa di essere parte di questa famiglia.

Grazie a Stefano. Sei luce e bellezza.

Un ringraziamento di cuore a Mariano Cavolo, il mio Direttore di Tesi, il quale fin dall'inizio mi ha supportata e rassicurata con pazienza, disponibilità e grande entusiasmo. Grazie!

Bibliografia

- Ballweg, T., Seeher, C., Tschitsaz, A., Bridler, R., & Cattapan, K. (2013). SymBalance: Ein theoriebasiertes, integratives Therapiekonzept zur Behandlung von Burnout. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 164(05), 170–178.
<https://doi.org/10.4414/sanp.2013.00170>
- Brocchi, P., Proietti, M. G., Esposito, M., & Esposito, G. (2012). Strategie manageriali per la riduzione del turnover infermieristico. *G Med Mil.*, 1(162), 57–70.
- Chiari, P., Mosci, D., & Naldi, E. (2006). *L'infermieristica basata su prove di efficacia. Guida operativa per l'Evidence Based Nursing* (1^a ed.). McGraw-Hill.
- Confederazione Svizzera (2018). *Messaggio concernente l'iniziativa popolare «Per cure infermieristiche forti (Iniziativa sulle cure infermieristiche)»*, FF 2018 6465. Berna, 6465–6486.
- Converso, D., & Falchetta, R. (2007). *Burnout e non solo. Valutazione del rischio, prevenzione e benessere nelle organizzazioni sociosanitarie*. Centro Scientifico Editore.
- Cosentino, C., D'apice, C., Del Gaudio, M., Bertolotti, C., Bini, M., Liotti, M. C., Melli, E., Tesa, F., Sarli, L., & Artioli, G. (2021). Effectiveness of expressive writing protocol in palliative care healthworkers: A quantitative study. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 92(Suppl 2), e2021010.
<https://doi.org/10.23750/abm.v92iS2.11468>
- Couser, G., Chesak, S. S., & Cutshall, S. (2020). Developing a Course to Promote Self-Care for Nurses to Address Burnout. *Online Journal of Issues in Nursing*, 25(3).
<https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol25No03PPT55>
- Damico, V., Demoro, G., & Russello, G. (2020). Sindrome di Burnout tra il personale infermieristico italiano durante l'emergenza COVID 19. Indagine conoscitiva multicentrica. *Professioni Infermieristiche*, 73, 8.
- Emani, R., Ghavami, H., Radfar, M., & Reza Khalkhali, H. (2020). Impact of chromotherapy on professional quality of life in intensive care unit nurses: A randomized controlled trial. *Fatigue: Biomedicine, Health & Behavior*, 8(3), 121–129.
<https://doi.org/10.1080/21641846.2020.1782058>
<https://doi.org/10.4037/ccn2017508>
- Goussinsky, R., & Livne, Y. (2016). Coping with interpersonal mistreatment: The role of emotion regulation strategies and supervisor support. *Journal of Nursing Management*, 24(8), 1109–1118.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12415>
- Hasselhorn, H.-M. (2005). *Berufsausstieg bei Pflegepersonal: Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Wirtschaftsverlag NW, Verlag für Neue Wissenschaft.
- Hasselhorn, H.-M., Müller, B. H., & Tackenberg, P. (2005). *NEXT Scientific Report*. Università di Wuppertal.
- Hochstrasser, B., Brühlmann, T., Cattapan, K., Hättenschwiler, J., Holsboer-Trachsler, E., Kawohl, W., Schulze, B., Seifritz, E., Schaufeli, W., Zemp, A., & Keck, M. E. (2016). Burnout-Behandlung Teil 2: Praktische Empfehlungen. *Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum*, 16(2627).
<https://doi.org/10.4414/smf.2016.02698>
- Johnson, J., Hall, L. H., Berzins, K., Baker, J., Melling, K., & Thompson, C. (2018). Mental healthcare staff well-being and burnout: A narrative review of trends, causes, implications, and recommendations for future interventions. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 20–32.
<https://doi.org/10.1111/inm.12416>

- Klenke, F., & Vögtli, S. (2019). *Stress- Selbstmanagement zur Burnout- Prävention bei Pflegefach- personen im Akutspital. Praxisnahe Interventionen und Strategien für Pflegefachpersonen im Umgang mit Stress zur Prävention eines Burnouts* [Bachelor, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW].
<https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/18615>
- Lasalvia, A., Bodini, L., Amaddeo, F., Porru, S., Carta, A., Poli, R., & Bonetto, C. (2021). The Sustained Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers One Year after the Outbreak: A Repeated Cross-Sectional Survey in a Tertiary Hospital of North-East Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13374.
<https://doi.org/10.3390/ijerph182413374>
- Lazzari, D. (2009). *La bilancia dello stress. Uno strumento per capire, misurare e gestire*. Liguori Editore.
- Leupold, J. (2021). *Burnout e depressione da esaurimento. Informazioni per le persone che ne sono affette e i loro familiari*. Lundbeck.
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2002). *Metodologia della ricerca infermieristica* (5^a ed.). McGraw-Hill.
- Lobsiger, M., & Liechti, D. (2021). Personnel de santé en Suisse: Sorties de la profession et effectif. Une analyse sur la base des relevés structurels de 2016 à 2018. *Observatoire suisse de la santé OBSAN*.
https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2021-08/obsan_01_2021_rapport_0.pdf
- Logan Chullen, C. (2018). Should I Stay or Should I Go Now: Nurse Burnout & Turnover Intentions. *SAM Advanced Management Journal* (07497075), 83(3), 45–60.
- Magalhães, A. M. M., Dall’Agnol, C. M., & Marck, P. B. (2013). Nursing workload and patient safety: A mixed method study with an ecological restorative approach. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(spe), 146–154.
<https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700019>
- Mariani, G. (2020). *Il fenomeno dell’abbandono nella professione infermieristica correlato a stress e burnout. Revisione della letteratura* [Bachelor, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana SUPSI].
<https://tesi.supsi.ch/3456/1/Mariani%20Giacomo.pdf>
- Marquis, J. F. (2019). *Nel 2017 nel mondo professionale sono aumentati stress e rischi psicosociali*. Ufficio Federale di Statistica UFS.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2000). *Burnout e organizzazione. Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro*. Erickson.
- McLennan, S., Engel, S., Ruhe, K., Leu, A., Schwappach, D., & Elger, B. (2013). Implementation status of error disclosure standards reported by Swiss hospitals. *Swiss Medical Weekly*.
<https://doi.org/10.4414/smw.2013.13820>
- Monroe, C., Loresto, F., Horton-Deutsch, S., Kleiner, C., Eron, K., Varney, R., & Grimm, S. (2021). The value of intentional self-care practices: The effects of mindfulness on improving job satisfaction, teamwork, and workplace environments. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(2), 189–194.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.10.003>
- Moosler, G. (2006). *Ausprägung von Burnout bei Krankenpflegepersonal* [Master, Interuniversitäres Kolleg Graz / Schloss Seggau].
http://www.pflegeportal.ch/pflegeportal/pub/Auspraegung_von_Burnout_Masterarbeit_1076_1.pdf
- Peeters, M. C. W., Montgomery, A. J., Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2005). Balancing

- Work and Home: How Job and Home Demands Are Related to Burnout. *International Journal of Stress Management*, 12(1), 43–61.
<https://doi.org/10.1037/1072-5245.12.1.43>
- Pellegrino, F. (2009). *La sindrome del burn-out* (2^a ed.). Centro Scientifico Editore.
- Santinello, M., & Negrisolo, A. (2009). *Quando ogni passione è spenta. La sindrome del burnout nelle professioni sanitarie*. McGraw-Hill.
- Schwendimann, R., Ausserhofer, D., & De Geest, S. (2014). *Das Pflegefachpersonal in Schweizer Spitälern im europäischen Vergleich*. OBSAN.
https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_bulletin_2014-03_d.pdf
- Segreteria di Stato dell'Economia SECO. (2010). *Lo stress tra la popolazione attiva in Svizzera. Correlazioni tra condizioni di lavoro, caratteristiche personali, benessere e salute*. Dipartimento Federale dell'Economia.
- Selye, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British Medical Journal*, 1383–1392.
- Siebenhüner, K., Battegay, E., & Himmig, O. (2020). Temporal work stressors and satisfaction with work, life and health among health professionals in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*.
<https://doi.org/10.4414/smw.2020.20175>
- Siegel, D. J. (2013). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale* (2^a ed.). Cortina Raffaello Editore.
- Suter, J., Kowalski, T., Anaya-Montes, M., Chalkley, M., Jacobs, R., & Rodriguez-Santana, I. (2020). The impact of moving to a 12h shift pattern on employee wellbeing: A qualitative study in an acute mental health setting. *International Journal of Nursing Studies*, 112, 103699.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103699>
- Van Horne, S., Downing, V., & Farley, H. (2020). Supporting Well-being Through the Implementation of Education and a Relaxing Retreat Space. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 50(12), 655–662.
<https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000955>
- Wei, H., Roberts, P., Strickler, J., & Corbett, R. W. (2019). Nurse leaders' strategies to foster nurse resilience. *Journal of Nursing Management*, 27(4), 681–687.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12736>
- WHO (2019, maggio 28). *Burn-out an «occupational phenomenon»: International Classification of Diseases*. World Health Organization.
<https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- Xie, C., Zeng, Y., Lv, Y., Li, X., Xiao, J., & Hu, X. (2020). Educational intervention versus mindfulness-based intervention for ICU nurses with occupational burnout: A parallel, controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 52, 102485.
<https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102485>
- Zanotti, P. (2014). *Cure per i curanti. Burnout prevention*. Ente Ospedaliero Cantonale.
<https://www.eoc.ch/dms/site-eoc/documenti/pallclick/sintomi/Cure20per20i20curanti.pdf>
- Zuniga, F., Ausserhofer, D., Bassal, C., De Geest, S., Serdaly, C., & Schwendimann, R. (2013). *SHURP Swiss Nursing Homes Human Resources Project. Rapporto finale sull'indagine del personale infermieristico e assistenziale nelle case per anziani svizzere*. Università di Basilea, Istituto di Scienze Infermieristiche.
https://shurp.unibas.ch/wp-content/uploads/2017/12/Schlussbericht-SHURP-IT-140221_REVISSED.pdf

Indice di immagini e tabelle

1) Immagine in copertina (p. 2)

Tratta da: Whittington, K. D., Shaw, T., McKinnies, R. C., & Collins, S. K. (2021). Emotional exhaustion as a predictor for burnout among nurses. *Nursing Management*, 52(1), 22–28, pag. 23.

<https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000724928.71008.47>

2) Tabella 1 (p. 12): Esaurimento emotivo del personale infermieristico ed assistenziale: studio SHURP

Tratta da: Zuniga, F., Ausserhofer, D., Bassal, C., De Geest, S., Serdaly, C., & Schwendimann, R. (2013). SHURP Swiss Nursing Homes Human Resources Project. Rapporto finale sull'indagine del personale infermieristico e assistenziale nelle case per anziani svizzere. Università di Basilea, Istituto di Scienze Infermieristiche, pag. 71.

https://shurp.unibas.ch/wp-content/uploads/2017/12/Schlussbericht-SHURP-IT-140221_REVISED.pdf

3) Tabella 2 (p. 12): Abbandono della professione per categoria professionale in Svizzera dal 2016 al 2018

Tratta da: Lobsiger, M., & Liechti, D. (2021). Personnel de santé en Suisse: Sorties de la profession et effectif. Une analyse sur la base des relevés structurels de 2016 à 2018. OBSAN, pag. 8.

https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2021-08/obsan_01_2021_rapport_0.pdf

4) Tabella 3 (p. 16): Rapporto medio di pazienti per infermiere in Europa

Tratta da: Schwendimann, R., Ausserhofer, D., & De Geest, S. (2014). Das Pflegefachpersonal in Schweizer Spitälern im europäischen Vergleich. OBSAN, pag. 1.

https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_bulletin_2014-03_d.pdf

5) Tabella 4 (p. 19): Il grado di soddisfazione della remunerazione percepito dagli infermieri in Europa in rapporto ai propri bisogni

Tratta da: Hasselhorn, H.-M., Müller, B. H., & Tackenberg, P. (2005). NEXT Scientific Report. Università di Wuppertal, pag. 61.

6) Tabella 5 (p. 20): Segni e sintomi del *burnout*

Tabella ricostruita grazie a varie fonti elencate in bibliografia.

7) Immagine 1 (p. 21): Le 7 fasi evolutive del *burnout*

Sequenza ricostruita e riadattata da: Leupold, J. (2021). Burnout e depressione da esaurimento. Informazioni per le persone che ne sono affette e i loro familiari. Lundbeck, pag. 23.

8) Tabella 6 (p. 27): Modello PICO

Tabella ricostruita e riadattata da: Chiari, P., Mosci, D., & Naldi, E. (2006). *L'infermieristica basata su prove di efficacia. Guida operativa per l'Evidence Based Nursing*. McGraw-Hill, pp. 14-15.

9) Tabella 7 (pp. 29-30): Strumenti di ricerca

Tabella ricostruita e riadattata da:

Chiari, P., Mosci, D., & Naldi, E. (2006). *L'infermieristica basata su prove di efficacia. Guida operativa per l'Evidence Based Nursing*. McGraw-Hill.

LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2002). *Metodologia della ricerca infermieristica* (5^a ed.). McGraw-Hill.

10) Tabella 8 (pp. 33-39): Tabella riassuntiva degli articoli scientifici

Tabella ricostruita grazie a varie fonti elencate in bibliografia.

Indice degli allegati

1) Allegato 1: Maslach Burnout Inventory

Copia del questionario tratta da: Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, Roma.

<http://old.fimmgroma.org/modules/NewsFimmgRoma/allegati/Questionario%20MASLACH%20del%20Burn%20Out.pdf>

Domande	Quanto spesso?
1. Mi sento coinvolta/o emotivamente nel mio lavoro	0 1 2 3 4 5 6
2. Alla fine di una giornata lavorativa mi sento un oggetto	0 1 2 3 4 5 6
3. Mi sento stanca/o sin dal mattino all'idea di dover affrontare un altro giorno di lavoro	0 1 2 3 4 5 6
4. Mi immedesimo facilmente nei sentimenti dei miei pazienti	0 1 2 3 4 5 6
5. Mi accorgo di trattare alcuni pazienti come degli oggetti	0 1 2 3 4 5 6
6. Lavorare con la gente tutto il giorno per me è un vero stress	0 1 2 3 4 5 6
7. Affronto molto bene i problemi dei miei pazienti	0 1 2 3 4 5 6
8. Mi sento consumata/o dal mio lavoro	0 1 2 3 4 5 6
9. Mi sento positivamente influenzato dal vissuto degli altri nel mio lavoro	0 1 2 3 4 5 6
10. Sono diventata/o più insensibile verso gli altri da quando faccio questo lavoro	0 1 2 3 4 5 6
11. Mi preoccupa che questo lavoro mi stia indurendo	0 1 2 3 4 5 6
12. Mi sento piena/o di energia	0 1 2 3 4 5 6
13. Mi sento molto frustrata/o dal mio lavoro	0 1 2 3 4 5 6
14. Non mi interessa quello che succede ai miei pazienti	0 1 2 3 4 5 6
15. Mi sembra di lavorare troppo	0 1 2 3 4 5 6
16. Lavorare a diretto contatto con la gente è molto stressante	0 1 2 3 4 5 6
17. Riesco facilmente a creare un'atmosfera rilassata con i miei pazienti	0 1 2 3 4 5 6
18. Mi sento esaurita/o dopo una giornata di lavoro a contatto con i pazienti	0 1 2 3 4 5 6
19. Ho avuto molte gratificazioni da questo lavoro	0 1 2 3 4 5 6
20. Mi sento sul ciglio del baratro	0 1 2 3 4 5 6
21. Nel mio lavoro affronto i problemi emotivi con molta calma	0 1 2 3 4 5 6
22. Mi sembra che i pazienti si sfoghino con me dei loro problemi	0 1 2 3 4 5 6

Età:.....Sesso: F/M.....MMG dal.....

Legenda:

Mai = 0 Qualche volta l'anno = 1 Una volta al mese = 2 Qualche volta al mese = 3
 Una volta la settimana = 4 Diverse volte la settimana = 5 Tutti i giorni = 6

Interpretazione:

(da consegnare separatamente)

Esaurimento emotivo : Domande 1,2,3,6,8,13,14,16,20

Totale inferiore a 17: basso

Totale tra 18 e 29: moderato

Totale superiore a 30: alto

Depersonalizzazione: Domande 5,10,11,15,22

Totale inferiore a 5: bassa

Totale tra 6 e 11: moderata

Superiore a 12: alta

Gratificazione personale: Domande 4,7,9,12,17,18,19,21

Totale superiore a 40 : bassa

Totale tra 34 e 39: moderata

Totale inferiore a 36

Grado di burn out	Alto	Moderato	Basso	Domande
Esaurimento emotivo	> 30	18-29	<17	1,2,3,6,8,13,14,16,20
Depersonalizzazione	>12	6-12	<5	5,10,11,15,22
Gratificazione personale	<36	34-39	>40	4,7,9,12,17,18,19,21



Questa pubblicazione, “Prendersi cura del curante. La prevenzione del *burnout* tra il personale infermieristico. Una revisione della letteratura”, scritta da Camilla Valsangiacomo, è rilasciata sotto Creative Commons Attribuzione – Non commerciale 4.0 Unported License.

L'autrice è l'unica responsabile dei contenuti di questo Lavoro di Tesi.