

# SUPSI

Scuola universitaria professionale della Svizzera Italiana  
Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale  
(Area sanità)

Corso di laurea in Cure Infermieristiche

## Il vissuto emotivo dell'infermiere e lo stress lavoro correlato

Revisione della letteratura

Lavoro di Tesi  
(Bachelor Thesis)

di

Tommy  
Barros Pereira

Jan  
Bigioli

Alessandro  
Mastaglio

Direttore di Tesi  
Giorgio Tarabra

Manno, 06.08.2023

# SUPSI

Scuola universitaria professionale della Svizzera Italiana  
Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale  
(Area sanità)

Corso di laurea in Cure Infermieristiche

## Il vissuto emotivo dell'infermiere e lo stress lavoro correlato

Revisione della letteratura

Lavoro di Tesi  
(Bachelor Thesis)

di

Tommy  
Barros Pereira

Jan  
Bigioli

Alessandro  
Mastaglio

Direttore di Tesi  
Giorgio Tarabra

Manno, 06.08.2023

“Gli autori sono gli unici responsabili dei contenuti del Lavoro di Tesi”



# ABSTRACT

## Background

Nel contesto sanitario, il ruolo degli infermieri è fondamentale nell'erogare cure adeguate e garantire il benessere dei pazienti. Negli ultimi anni si è evidenziato come il loro ruolo risulta impegnativo in quanto sottoposto quotidianamente a problematiche che portano elevati livelli di *stress*, il che comporta conseguenze poco sottovalutabili.

## Scopo

Con il seguente lavoro si intende qualificare il carico emotivo e lo *stress* a cui l'infermiere è sottoposto, ricercando ed evidenziando le strategie di *coping* utilizzabili per fare fronte al disagio derivatovi.

## Metodologia

La metodologia consiste nella revisione della letteratura. Le banche dati a cui è stato fatto riferimento sono *PubMed*, *EBSCO* e *Ovid*. Nella revisione sono stati adoperati 13 articoli.

## Risultati

Dagli articoli revisionati risulta che la professione infermieristica è caratterizzata da un importante carico di *stress* che, protraendosi nel tempo, influisce sulla salute psico-fisica del singolo infermiere con ripercussioni sulla propria vita privata e sulla qualità delle cure fornite. Inoltre, questo può portare alla sindrome di *burnout*, con conseguente aumento dell'incidenza di abbandono precoce della professione.

## Conclusioni

Lo *stress* correlato al lavoro, e le sue conseguenze, sono una situazione riconosciuta e studiata a livello globale. Risulta importante per gli operatori sanitari, in quanto non solo professionisti ed esperti in cure infermieristiche ma anche promotori della salute, non sottovalutare la propria salute e sviluppare delle strategie salutogeniche, seppure tuttora ancora poco riconosciute, che consentano loro di promuovere il proprio benessere e la propria capacità di gestire situazioni con alto carico di *stress*.

## Parole chiave

*Burnout, Compassion fatigue, Coping strategies, Health, Nurse, Resilience, Salutogenesis, Stress.*

## Indice

1. Introduzione all'oggetto di ricerca.....	7
1.1. Presentazione e rilevanza della tematica .....	7
1.2. Motivazioni personali.....	8
2. Quesito di ricerca e obiettivi .....	10
3. Background teorico.....	11
3.1. L'infermiere e il suo vissuto nel contesto lavorativo .....	11
3.2. L'infermiere e lo <i>stress</i> lavoro correlato .....	14
3.2.1. Le conseguenze patogeniche dello <i>stress</i> e il <i>burnout</i> .....	16
3.2.2. L'abbandono della professione infermieristica.....	21
3.3. L'infermiere e l'approccio salutogenico allo <i>stress</i> lavoro correlato .....	22
3.3.1. Le strategie di <i>coping</i> .....	22
3.3.2. La resilienza .....	23
3.3.3. La salutogenesi .....	24
3.3.4. Il benessere .....	27
4. Metodologia.....	29
4.1. Metodologia scelta .....	29
4.2. Obiettivi della metodologia scelta.....	30
4.3. Strumenti e chiavi di ricerca .....	30
4.4. Criteri di inclusione e di esclusione .....	31
5. Revisione della letteratura.....	32
5.1. Sintesi del reperimento documenti: il diagramma PRISMA.....	32
5.2. Risultati: tabelle di estrazione dei dati .....	33
5.3. Analisi degli articoli della letteratura.....	40
5.4. Discussione.....	50
5.5. Implicazioni per la pratica professionale.....	55
6. Conclusioni.....	56
6.1. Valutazione degli obiettivi prefissati.....	56
6.2. Valutazione personale del percorso .....	57
6.3. Raccomandazioni sullo sviluppo futuro .....	60
6.3.1. Per la pratica .....	60
6.3.2. Per la ricerca .....	60
7. Ringraziamenti.....	61
8. Bibliografia .....	63



# 1. Introduzione all'oggetto di ricerca

## 1.1. Presentazione e rilevanza della tematica

Il tema su cui abbiamo scelto di lavorare per il nostro lavoro di Bachelor riguarda l'infermiere e il suo vissuto emotivo nella presa in cura quotidiana degli utenti che assiste, con particolare attenzione alle strategie di *coping* utilizzate nel gestire tale vissuto.

Gli operatori della salute, proprio perché lavorano attraverso l'aiuto e l'assistenza alla sofferenza delle altre persone, sono più propensi, rispetto a individui che si occupano di altre tipologie di impiego, a risentire conseguenze in termini di emozioni e di *stress* lavorativo (Repubblica e Cantone Ticino, Dipartimento della sanità e della socialità, 2016).

Secondo una ricerca condotta da Happel et al. (2013), è stato infatti dimostrato come nell'ambito sociosanitario vi è una predisposizione maggiore allo *stress* lavorativo: all'incirca il 75% degli infermieri riferisce di sperimentarne elevati livelli.

Una definizione di *stress* verrà data nel capitolo "*L'infermiere e lo stress lavoro correlato*".

Il *burnout*, termine inglese che in italiano significa "bruciato", è quella sindrome che sorge in un contesto di *stress* cronico sperimentato nella quotidianità lavorativa e che si manifesta con una sensazione persistente di esaurimento delle proprie energie, accompagnata da una percettibile distanza mentale e assenza di concentrazione dal proprio impiego e, infine, da una diminuzione dell'efficacia lavorativa. Da notare che tale sindrome è causata anche da una gestione inefficace, tramite strategie di *coping*, dello *stress* lavorativo (World Health Organization, 2019).

In una ricerca effettuata in Sudafrica è risultato come l'incidenza del *burnout* negli infermieri non solo è maggiore rispetto a quella nelle persone con impieghi al di fuori di contesti di cura, ma lo è pure rispetto agli altri professionisti della salute (Khamisa et al., 2015).

In secondo luogo, tramite uno studio dell'Osservatorio svizzero della salute si evince che tra le cause che portano gli infermieri ad abbandonare il proprio lavoro e a cercarne uno nuovo non correlato al settore sanitario si trova un elevato carico di lavoro, lo *stress* lavorativo e il *burnout* (Addor et al., 2016).

In aggiunta, grazie a una serie di indagini si è evidenziato come un elevato carico di lavoro porta gli infermieri a provare una sensazione di insoddisfazione del proprio operato in quanto si rendono conto di non potere erogare e assicurare un'assistenza adeguata e personalizzata ad ogni utente, il che è relazionata con l'aumento della probabilità di abbandonare la professione (Kalisch & Xie, 2014).

Inoltre, uno studio effettuato in Islanda mostra come, tra il campione di infermieri presi in considerazione, un terzo pensa di lasciare il proprio lavoro, mentre tra i neo assunti si è visto che più della metà considera già l'eventualità di abbandono (Sveinsdóttir & Blöndal, 2014)

Per quanto concerne la Svizzera, i dati del 2013 puntualizzano che di tutti gli infermieri in età attiva solo il 54% persistevano con la propria professione, mentre il 46% avevano già abbandonato (Repubblica e Cantone Ticino, Dipartimento della sanità e della socialità, 2016).

## 1.2. Motivazioni personali

Abbiamo scelto di eseguire il Lavoro di Bachelor insieme perché ci interessava capire e indagare il vissuto emotivo dell'infermiere; dunque, comprendere meglio come vive emotivamente e affronta la quotidianità lavorativa.

Dal nostro punto di vista, ci pare poco espressa e studiata l'esperienza del professionista in relazione a quella del paziente, il quale, in quanto essere umano in continuo contatto con la sofferenza altrui, prova e risente carichi emotivi e *stress* da non sottovalutare.

Siamo persone che si ritengono aperte emotivamente e relazionalmente, nel rapporto con gli altri "giochiamo a carte scoperte", mettendo in luce e con sincerità la nostra personalità ed emozioni. Riconosciamo questo essere però un'arma a doppio taglio: se da una parte siamo genuini - e magari a tratti ingenui -, d'altro canto ci lasciamo influenzare molto da quello che ci succede e, di conseguenza, ne risentiamo emotivamente. Per esempio, durante gli stage effettuati, vi sono state esperienze che hanno avuto in noi un effetto piuttosto pesante nonostante fossimo consapevoli della situazione clinica dell'utente in questione, interrogandoci in un secondo momento sul motivo per cui questo avvenimento avesse avuto su di noi tale influenza rispetto ad altri. Ci siamo resi conto che la differenza stava proprio sia nella particolarità del rapporto che si instaura e si costruisce con pazienti diversi sia nel tempo passato assieme.

Successivamente, troviamo intrigante approfondire il tema della relazione di cura e della comunicazione tra operatore, utente e familiari; entrambi aspetti che sono stati per noi i principali motivi per cui abbiamo scelto di addentrarci in questo ambito lavorativo. Nonostante l'attenzione e la delicatezza che mettiamo nel cercare di esprimerci e relazionarci nel miglior modo possibile, anche in questo caso abbiamo incontrato delle difficoltà soprattutto nelle giornate in cui il carico lavorativo era alto e ci sentivamo sotto *stress*. Questo, infatti, non ci permetteva di essere completamente presenti nella relazione in quanto dovevamo rimanere concentrati su più aspetti, e siamo consapevoli che tale situazione avrebbe avuto ripercussioni sulla qualità della relazione stessa e sul benessere di entrambi.

Inoltre, fin da sempre abbiamo prestato particolare attenzione alle nostre emozioni e a quelle manifestate dalle persone che ci stanno accanto, cercando di abbattere le barriere e il distacco che talvolta mettiamo in atto automaticamente per prendere distanza da alcune situazioni e cercare di salvaguardare così il nostro benessere. Grazie all'attuale percorso formativo e a un grande lavoro personale siamo riusciti a coltivare la nostra emotività e sfruttarla quotidianamente attraverso vissuti personali e professionali.

Per le ragioni sopra descritte, consideriamo questo lavoro di tesi utile ad elaborare le nostre esperienze personali e lavorative, emotivamente segnate, e poter imparare dalle strategie utilizzate da altri infermieri per poi successivamente renderle nostre oppure



trovarne delle altre più adatte che ci aiutino a superare i momenti di difficoltà futuri, prevenire in codesto modo un eventuale *burnout* e diminuire la probabilità di abbandonare la professione infermieristica.

In vista del nostro futuro, per sopperire a queste difficoltà riteniamo che possa essere una buona strategia partire da sé stessi, chiedersi quali siano le barriere che vengono a crearsi nelle situazioni di alto carico lavorativo e quali sono gli strumenti adatti per abbatterle e per incrementare la capacità di vivere coscientemente le relazioni.

## 2. Quesito di ricerca e obiettivi

Il quesito di ricerca a cui cercheremo di rispondere è il seguente:

*“Come si correla l’esperienza di disagio di un infermiere in cure generali con la sua percezione di stress e con le strategie salutogeniche che possono essere adottate per farvi fronte?”*

Lo scopo generale di questo lavoro è quello di qualificare il carico emotivo e lo *stress* a cui l’infermiere deve fare fronte durante la giornata lavorativa riconoscendo le strategie di  *coping* che vengono utilizzate per gestire il disagio da essi derivante.

Lo scopo è declinato in cinque corrispondenti obiettivi:

- Riconoscere le situazioni e le cause che generano *stress* lavorativo tra gli infermieri in un contesto di cure generali;
- Identificare le emozioni che più frequentemente si associano ai vissuti di disagio emotivo dell’infermiere in questo contesto;
- Descrivere le risorse e le strategie di  *coping* efficaci per far fronte al carico emotivo e allo *stress* lavoro correlato;
- Comprendere come il vissuto emotivo proveniente dalla presa a carico degli utenti influenza l’infermiere nella professione stessa e nella vita privata;
- Riflettere sul ruolo professionale che l’infermiere ricopre nel contesto della promozione della salute individuale e del proprio gruppo di lavoro.

### 3. Background teorico

#### 3.1. L'infermiere e il suo vissuto nel contesto lavorativo

Nel corso della vita ogni individuo si mantiene in costante interazione con l'ambiente che lo circonda. L'identità personale e il significato che attribuiamo alle esperienze della nostra vita vengono formati, plasmati e maturati tramite lo scambio relazionale, ovvero l'influenza che ci porta la reciproca condivisione tra esseri umani (Mucchielli, 1983).

In ambito sanitario, il rapporto che si crea tra il paziente e la figura dell'infermiere è una sorta di alleanza esclusiva, detta relazione d'aiuto, caratterizzata in particolare modo da fiducia e riconoscimento. Gli sforzi e le fatiche impiegate dall'operatore si riflettono nel totale affidamento da parte del malato, che sarà riconoscente verso noi curanti e darà la possibilità alla relazione di instaurarsi in maniera molto marcata (Mucchielli, 1983).

La relazione d'aiuto e la continua ridefinizione del proprio ruolo infermieristico, il che avviene a dipendenza della tipologia di utenza con cui si lavora, costruiscono un processo continuo in cui le competenze tecniche sono affiancate da quelle emotive, non dimenticandosi soprattutto dell'ascolto e del contenimento emotivo da entrambe le parti (Ranci Ortigosa & Rotondo, 1996). Da notare come tale processo richiede ai due individui di riflettere sulle proprie aspettative: da un lato questa riflessione dovrebbe permettere all'infermiere di adattare il suo approccio e la sua strategia relazionale, dall'altro invece aiuta a confrontarsi con la realtà dei fatti e capire che, qualche volta, può capitare che non è possibile raggiungere tutti gli obiettivi che ci prefissiamo e nemmeno di riuscire ad assistere il paziente come vorremmo. Il tutto diventa dunque faticoso e dispendioso in termini di energia ed emozioni (Ranci Ortigosa & Rotondo, 1996).

Nel processo assistenziale, il rapporto tra curante e malato potrebbe essere indotto dai meccanismi inconsapevoli e inconsci dove quest'ultimo viene visto come "diverso" e magari "ridotto" alla propria patologia. Questo può confluire in un quadro dove l'infermiere esterna il proprio disorientamento e paura di fronte a una situazione complicata, delicata e sicuramente non facilmente comprensibile (Ranci Ortigosa & Rotondo, 1996).

In ambito di cure generali, troviamo pazienti ricoverati a lungo e altri che invece ritornano in clinica con una certa regolarità, il che comporta una situazione in cui i curanti conoscono bene gli utenti a cui prestano assistenza. Infatti, tra infermiere e paziente si instaura una particolare confidenza, in cui a tempo debito sia uno sia l'altro parlano di sé, quindi della propria emotività, dei problemi e paure e anche di relazioni esterne. Questo può sfociare in relazioni complesse, soprattutto con pazienti emotivamente instabili, dove si alternano momenti di amore, inteso come stima e apprezzamento, e altri di odio (Chicaud, 2000).

Di conseguenza, l'accoglienza svolge un ruolo chiave: secondo gli autori, è quella competenza fondamentale che si rispecchia con l'ascolto attivo, attraverso il quale viene permesso al nostro interlocutore di esprimere le sue esperienze ed emozioni senza venire giudicato ma ascoltato e osservato sia con gli occhi ma anche con il cuore, ovvero con dignità e tatto umano. Viene così facilitata la valutazione globale dell'utente, nei suoi vari aspetti (Bicego et al., 2008).

Ciò che spetta ai curanti è di dimostrare la loro professionalità e la loro capacità di recepire in tempi opportuni quale sia la domanda del paziente. Ordunque, oltre ad accogliere le emozioni, è necessaria pure una certa sensibilità che permetta di comprendere non solo le domande esplicite ma anche quelle che vengono tenute, volontariamente o non, nascoste da situazioni complesse. Fondamentale dunque la tempistica, in quanto una certa rapidità nel comprendere in maniera globale il paziente corrisponde a un fattore favorevole ad evitare decorsi avversi (Bicego et al., 2008).

Un altro aspetto di fondamentale importanza nella relazione con l'utente è quello di essere sé stessi, questo perché il paziente nel colloquio non ci deve vedere come "esseri perfetti" ma essere umani con punti deboli, ferite e limiti proprio come lui: il professionista deve vivere pienamente i suoi sentimenti ed esperienze (Rogers, 2013).

Chiaramente con ciò non si intende che bisogna mettere sé stessi al centro e dimenticarsi dell'altro, ma che non bisogna in qualche modo evitare di tenere nascoste le proprie emozioni (Rogers, 2013).

Per quanto concerne il vissuto nel contesto lavorativo, l'infermiere è coinvolto nella totalità della sua persona: questo perché, da un lato, deve garantire delle buone prestazioni assistenziali e terapeutiche, dall'altra si ritrova coinvolto in ciò che concerne la relazione ed emotività che lo legano con i vari utenti (Ferrandes et al., 2004).

Lavorare a contatto con utenti, e dunque con la loro serie di patologie e acuzie, agli infermieri può portare episodi di intensa emotività e di *stress*, stimolando loro a sviluppare delle strategie di difesa che hanno lo scopo di evitare un eccessivo coinvolgimento emotivo e limitare così emozioni come la tristezza e la paura, ma anche lo *stress*, la delusione o sofferenza che sono comunque stati nei quali ci si potrebbe provare durante il percorso terapeutico (Varrasi, 2001).

Le risposte più frequenti degli infermieri a questi episodi, culminati da un disequilibrio nella relazione d'aiuto tra aspettative, risultati e impegno da entrambe le parti, sono tipicamente due risposte di eccesso: o sono "troppo" oppure sono "troppo poco" (Ranci Ortigosa & Rotondo, 1996).

Tra i vari segnali che caratterizzano una troppa vicinanza, e dunque uno sbilanciato coinvolgimento dell'infermiere, si denotano lo stabilire contatti sociali e il pensare soventemente al paziente al di fuori dal contesto lavorativo, come anche il responsabilizzarsi verso aspetti della vita dell'utente non strettamente correlati alla situazione di malattia (Barraclough, 2002).

L'eccessivo coinvolgimento può crearsi in tre particolari occasioni. La prima riguarda le situazioni in cui le caratteristiche del paziente, come il sesso e la personalità, sono sovrapponibili a quelle dell'infermiere. La seconda rispecchia il concetto di *transfert*, dove il paziente trasferisce i sentimenti e delle rappresentazioni inconscie sulla figura dell'operatore. La terza invece concerne il cosiddetto *controtransfert*, ovvero quando il *transfer* avviene da parte dell'operatore (Galimberti, 1992).

Questa condizione porta ad una diseguaglianza nell'organizzazione dell'assistenza rispetto agli altri utenti: il tempo trascorso e le energie spese con i pazienti considerati "speciali rispetto agli altri" prendono un'importanza maggiore nella ripartizione della giornata lavorativa (Barraclough, 2002).

A seguito dei motivi sopracitati, si evince quanto sia opportuno per l'operatore apprendere come gestire tutto ciò che accompagna la relazione d'aiuto con il paziente

e, per farlo, è necessaria la ricerca di un continuo bilanciamento fra “una giusta vicinanza” e una “giusta distanza”. L’obiettivo è quello di aiutare e accogliere in migliore modo l’utente, garantendo dignità, stabilità e competenza a entrambi (Ranci Ortigosa & Rotondo, 1996).

Le emozioni che colpiscono l’infermiere nel contesto lavorativo sono dovute alla sua vicinanza umana e intreccio con il paziente durante il percorso terapeutico, perciò troviamo una proporzionalità diretta tra l’intricarsi dell’intreccio e le soddisfazioni, le gioie ma anche l’ansia da prestazione, la rabbia e la paura: all’aumentare della prima aumentano anche le altre (Galgani, 2010).

Nonostante le emozioni e le sensazioni provate dall’infermiere possono fare parte anche del vissuto dei familiari del paziente, è opportuno notare che hanno forme e risvolti differenti. Per esempio, seppur sia un familiare e l’infermiere possano provare paura verso l’incertezza del percorso terapeutico, questo potrebbe tramutarsi per il secondo soggetto in un meccanismo di difesa che lo porta distaccarsi oppure, invece, potrebbe spingerlo ad avvicinarsi emotivamente e vivere la situazione su di sé (Galgani, 2010).

A questo punto sorge spontanea una domanda: l’infermiere è veramente in grado di elaborare gli eventi vissuti a lavoro e staccare la cosiddetta “spina” una volta finito il turno? Lo *stress* e l’insoddisfazione sono all’ordine del giorno: *stress* per la mancanza di personale ma anche per il poco tempo a disposizione, come l’insoddisfazione per non essere riusciti a passare quei due minuti in più con il paziente che ci ha confidato di sentirsi solo e giù di morale.

Questo potrebbe portare a nascondere tutto sotto “il tappeto” nutrendo l’esigenza di proteggersi da ciò che si vive durante il turno. Così facendo però ci si separa dalla ricerca di tutti quei fattori promotori della salute e quindi, nel lungo miraggio, tali problemi risorgeranno e una volta accumulati saranno più difficili da affrontare.

Infatti, tutto il carico che l’operatore si porta dietro, se lasciato lì dove si trova, non viene elaborato, per cui bisogna invece osservarlo, valutarlo, capirlo, dosarlo e trovare strategie che permettano di elaborarlo e di ridurre e contenere i carichi che si presenteranno in futuro. Il carico, gli *stress*, le emozioni e i vissuti impressi nella nostra mente sono già di per sé condizioni frustranti, ma diventano ancora più aggravati qualora mancasse una loro elaborazione (Morasso et al., 2011).

In conclusione, si ritiene fondamentale riportare quanto affermato da Galgani (2010), secondo il quale le persone esterne al mondo sanitario si aspettano una certa figura professionale dimenticandosi che dietro alla divisa dell’infermiere vi è un essere umano come tutti gli altri, con delle passioni, emozioni, vissuti e storie alle spalle.

Queste aspettative esterne giocano un ruolo importante in quanto l’operatore sanitario rischia di farsi completamente assorbire da esse, venendo quindi etichettato ed etichettandosi lui stesso come “aspettativa prestazionale”, il che a sua volta si aggiunge al bagaglio di carico che ci si porta dietro, facendo aumentare in questo la sensazione di dovere essere più performante per potere adempiere a tali aspettative.

Seguendo la logica per cui dietro all’infermiere si cela un essere umano, capiamo perché non sia facile lasciare andare le questioni di lavoro quando si torna a casa. Il modo in cui si torna a casa dipende anche dalla capacità e abitudine ad elaborare i vissuti e le loro emozioni: lo star bene degli operatori della salute rispecchia questa attitudine (Morasso et al., 2011).

### 3.2. L'infermiere e lo *stress* lavoro correlato

Prima di parlare di *stress* vorremmo dare la definizione di salute mediante una visione sistemica: la salute è un'esperienza di benessere raggiunto tramite un equilibrio non omeostatico ma dinamico tra aspetti fisici, mentali e psicologici dell'individuo, considerando anche le interazioni personali con il proprio ambiente circostante (Capra & Luisi, 2014).

Come riporta L. Mortari c'è una cura che preserva e ripara la vita da quello che la minaccia e quella che la fa fiorire. La prima consiste in un approccio patogenico, il cui focus è quello di prevenire la malattia e curarla, mentre la seconda, che consiste in un approccio salutogenico, è focalizzata nel fare fiorire e quindi offrire possibilità di crescita e di imparare (Mortari, 2006).

In questo capitolo ci si focalizzerà sul primo approccio, incentrato sulla malattia e tutto quello che la circonda, come per esempio le sue cause (Simonelli & Simonelli, 2010).

Come si legge dall'enciclopedia Treccani, lo *stress* è la risposta fisiologica e funzionale attraverso cui l'organismo risponde e fa fronte a uno stimolo di qualsiasi tipo (interno o esterno) che viene interpretato come minaccioso al proprio equilibrio di benessere. Esso reagisce tramite vari fenomeni neuro-ormonali, tra cui in particolare si verifica un aumento da parte del surrene della secrezione del cortisolo, il quale a sua volta aumenta i livelli di glucosio e di grassi nel sangue: ciò che consente all'organismo di usufruirne in maggior quantità per far fronte allo *stressor* (Treccani, n.d.).

La ricerca sullo *stress* sorge in ambito biologico rispetto all'equilibrio e al disequilibrio di un organismo analogamente al suo contesto. Nel Novecento, Walter Cannon, fisiologo statunitense, definì il processo di regolazione, e quindi della ricerca di equilibrio e di stabilità, come "omeostasi", ed elaborò la teoria della risposta "attacco o fuga" che consiste in quella che chiama "reazione di emergenza, ovvero l'esigenza di reagire di fronte ad uno stimolo minaccioso per la propria omeostasi. In particolare, evidenzia due modalità di reazione: la "lotta" per eliminare l'elemento intimidatorio e la "fuga" per allontanarsi dall'elemento ostile. Questa reazione è influenzata sul rilascio di catecolamine prodotte dalle ghiandole surrenali che provocano in seguito una serie di alterazioni fisiologiche funzionali alla risposta, tra cui per esempio l'aumento del battito cardiaco e della pressione arteriosa, ma si verifica anche la sudorazione e una vasocostrizione periferica. Cannon tenne inoltre in considerazione l'importanza del ruolo delle emozioni rispetto alla risposta individuale (Ferrara Cariota & La Barbera, 2006).

Secondo Hans Selye, invece, lo *stress* è inteso come un processo di adattamento del corpo: è una risposta intelligente, generale e aspecifica dell'essere umano a uno stimolo. Nella quotidianità non si può evitare lo *stress*, bensì lo si può affrontare efficacemente e trarre vantaggio imparando dai suoi meccanismi per ripristinare la condizione precedente di omeostasi, ovvero una condizione di stabilità interna, anche con stimoli esterni e interni, intesi come *stress* (Ferrara Cariota & La Barbera, 2006).

Lazarus e Folkman propongono un modello per il quale lo *stress* viene definito come un normale processo di transazione bidirezionale attraverso cui l'individuo è in costante interazione e adattamento con l'ambiente esterno. Lo *stress* quindi è sia stimolo sia risposta, ovvero l'insieme di tutti i processi che portano all'equilibrio. Gioca un ruolo importante la persona, che viene considerata capace di modificare l'impatto degli agenti

stressogeni sulla propria vita attraverso strategie emotive e cognitive e tecniche di *coping*. Questo è il modello transazionale (Lazarus & Folkman, 1984).

Importante notare come queste variazioni sono ritenute efficaci se sussistono per un lasso di tempo limitato. Se invece protratti per lunga durata possono portare a disequilibri psico-fisici, come disturbi della salute mentale, patologie corporee e *burnout* (Happel et al., 2013).

Per quanto concerne il settore infermieristico, Happel et al. (2013) evidenziano i seguenti come principali agenti stressogeni:

1. Carico di lavoro elevato. Questo dato è da interpretare secondo tre indicatori:
  - a. Rapporto tra numero di pazienti per ogni singolo operatore
  - b. Personale infermieristico insufficiente
  - c. Mancanza di tempo da dedicare agli utenti e agli interventi infermieristici;
2. Rapporti non soddisfacenti con gli altri collaboratori presenti in clinica;
3. Mancanza di *leadership* autorevole e la gestione dell'*équipe*;
4. *Équipe* non coesa e assenza di un'adeguata supervisione;
5. Presa a carico dei vissuti emotivi degli utenti e delle loro famiglie a seguito di diagnosi o morte (e dunque la loro ripercussione sull'infermiere);
6. Turnistica lavorativa;
7. Ricompense lavorative scarse e mancata crescita professionale.

Altri autori, in relazione al carico di lavoro elevato, sostengono che questo porterebbe gli infermieri a non poter soddisfare e adempiere alle varie richieste dei propri pazienti, il che ha una potenziale influenza sul morale e sulle emozioni del personale stesso e che, di conseguenza, si ripercuote dall'assistenza fornita (Khamisa et al., 2015).

Inoltre, Khamisa et al. (2015) indicano come altro fattore stressogeno tra gli infermieri i loro colleghi che non svolgono le proprie mansioni in maniera appropriata. In aggiunta, l'assenza di risorse, quali i farmaci, le attrezzature e i materiali per gli esami, hanno ripercussioni, e dunque compromettono, sia la cura del paziente sia la soddisfazione personale del proprio lavoro.

Uno strumento utile per leggere e interpretare lo *stress* è la "bilancia dello *stress*" di Lazzari (2009): è un metodo che consente di analizzare e valutare la differenza tra il primo piatto della bilancia, in cui vediamo le risorse interne (strategie di *coping* e tecniche che aiutano l'individuo a superare le difficoltà) ed esterne (sostegno di altri, relazioni sociali), e il secondo piatto, caratterizzato invece dalle richieste interne (i propri obiettivi e aspettative) ed esterne (pressione lavorativa, familiare, economica, aspettative esterne legate alla professione...). Se vi è una maggiore quantità nelle risorse, allora vi sarà una situazione di benessere. Qualora il piatto delle richieste si trovasse più in basso indicherebbe un evidente *stress* potenziale (Lazzari, 2009).

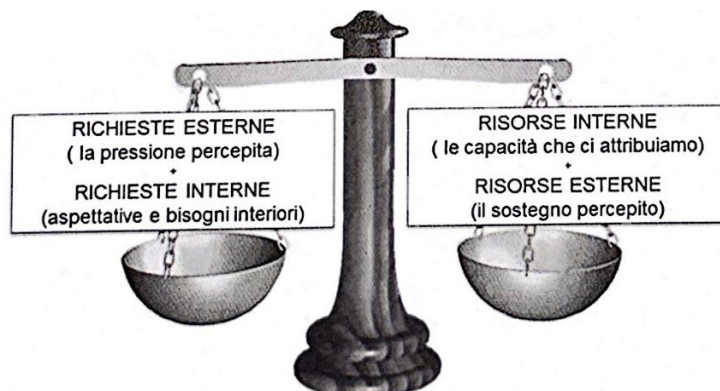


Figura 1: Modello raffigurante la bilancia dello stress (Lazzari, 2009).

### 3.2.1. Le conseguenze patogeniche dello *stress* e il *burnout*

Lo *stress* provocato da un evento particolarmente intenso ed eccessivo viene definito "acuto", al contrario, quando si ha uno stimolo non intenso ma che si ripete di frequente e si protrae nel tempo ci si riferisce allo *stress* "cronico" (Lazzari, 2009).

Da notare la differenza tra l'*eustress* e il *distress*. Il primo è definito da Selye come una serie di stimolazioni costruttive e interessanti, esterne e interne all'organismo, mentre il secondo si riscontra quando le risorse a cui può accedere l'individuo non sono sufficienti per far fronte agli agenti stressogeni provocando così scompensi emotivi e fisici non facilmente risolvibili (Ferrara Cariota & La Barbera, 2006).

Come riportato nel testo di Ferrara Cariota e La Barbera (2006), Hans Selye sviluppa successivamente la teoria della Sindrome Generale di Adattamento (SGA), caratterizzato da tre fasi:

- La Fase I corrisponde alla reazione d'allarme, ovvero una situazione in cui l'organismo riconosce e si pone in relazione con lo *stress* iniziando a mettere in moto le proprie difese. In questo caso si parla di stato allostatico.
- La Fase II, quella di resistenza, indica invece il contesto in cui il corpo, nel caso persista la minaccia, cerca di combattere e di mettere resistenza allo *stressor* producendo risposte ormonali. Qui l'organismo si trova nel cosiddetto carico allostatico.
- Infine, vi può essere o il raggiungimento di una nuova stabilità dopo aver neutralizzato gli effetti degli agenti stressogeni o la Fase III, la quale corrisponde all'esaurimento, cioè una condizione stressante continua, detto anche sovraccarico allostatico. In questo caso si parla di *distress* e, in questa fase, possono comparire i cosiddetti disturbi da adattamento.

Si ritiene opportuno evidenziare qui di seguito la differenza tra lo stato, il carico e il sovraccarico allostatico.

Innanzitutto, per allostasi si intende il meccanismo adattivo che attraverso cambiamenti fisiologici e comportamentali permette di mantenere l'individuo in equilibrio di omeostasi (Ventriglia & Murgia, 2011).

L'allostasi è la condizione in cui l'organismo, attraverso cambiamenti fisiologici e comportamentali messi in atto, cerca di affrontare in modo predittivo gli stimoli e le sfide interne ed esterne. Quando l'individuo raggiunge un nuovo stato di adattamento, l'allostasi contribuisce al raggiungimento di un nuovo livello omeostatico (Fava et al., 2011).

Se le condizioni dello stato allostatico perdurano per un breve periodo, si entra nel carico allostatico, situazione in cui si ricercano risultati adattivi (Fava et al., 2011).

Se lo stato di carico allostatico perdura nel tempo, ecco che si internalizza lo *stress* dovuto a un'insufficienza di risorse interne ed esterne e questo porta al sovraccarico allostatico, situazione di *stress* cronico (Fava et al., 2011).

Il sovraccarico allostatico, studiato nella SGA di Selye, è il passaggio dalla condizione di *stress* a una in cui la persona non solo è sottoposta al *distress*, ma pure a una serie di conseguenze psicologiche e fisiche, che portano verso un deterioramento del livello di *performance* (Selye, 1956).



La relazione che allora intercorre tra lo *stress* e la patologia vera e propria è di tipo circolare e non di causa-effetto; tutto lo *stress* in eccesso a carico dell'individuo causa una lenta e progressiva alterazione dell'allostasi, che di conseguenza comporta una riduzione in termini di efficienza del funzionamento interno dell'organismo e del suo comportamento (Lazzari, 2007)

È importante sottolineare come lo *stress* ha la capacità di influenzare la vulnerabilità individuale e di conseguenza anche la patogenesi. Qualsiasi evento ed episodio, forte o meno, porta con sé la possibilità di essere stressante in quanto non bisogna solo guardare i fattori biologici e psicologici dell'organismo, bensì anche le caratteristiche sociali e le interazioni tra di essi, considerando anche il funzionamento del singolo individuo: da qui si spiega il motivo per cui uno stesso evento vissuto da persone diverse conduca a *outcome* differenti e non induca lo sviluppo di disturbi e *deficit* debilitanti e persistenti (Fava et al., 2011).

Di seguito un sintetico elenco di alcune situazioni di malattia alle quali lo *stress* può portare (Lazzari, 2007):

- **Cervello:** alterazione dei livelli di neurotransmettitori e della capacità di giudizio e di attenzione, deterioramento dell'ippocampo
- **Affettività:** disturbi dell'umore, maggiore tendenza a esprimere emozioni negative
- **Sistema gastrointestinale:** disturbo dell'appetito e della mucosa gastrica, diarrea/stipsi
- **Ritmo circadiano:** insonnia
- **Sistema immunitario:** nello *stress* acuto le difese aumentano, nello *stress* cronico per disregolazione dei sistemi omeostatici si ha abbassamento delle difese immunitarie
- **Sindrome metabolica:** obesità, dislipidemia, iperglicemia insulino-resistente, ipertensione

Dal punto di vista della psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI), che consiste in un approccio sistemico attraverso il quale si studia l'individuo come un'unità complessa e interconnessa in cui i vari sistemi si condizionano e si influenzano a vicenda, si nota come queste condizioni sono a loro volta interdipendenti (Bottaccioli & Bottaccioli, 2017).

Si vede infatti come nelle situazioni di *stress* è nota l'aumentata risposta ortosimpatica, o simpatica, la quale funge da eccitante e influisce fisiologicamente sul nostro corpo attraverso la stimolazione dei neuroni dell'ipotalamo a liberare CRH, ovvero l'ormone che rilascia la corticotrina che a sua volta influenza la secrezione di cortisolo: in condizioni di *stress* la secrezione di cortisolo potrebbe aumentare anche di dieci volte rispetto alle condizioni fisiologicamente nella norma (Thibodeau, 2005).

Tra le reazioni note si possono individuare l'aumento della frequenza e della gittata sistolica a livello cardiaco, la vasocostrizione negli organi di riserva ematica (cute, rene e la maggior parte dei visceri) e la dilatazione dei vasi nei muscoli scheletrici. Queste tre reazioni fisiologiche comportano a loro volta l'aumento della pressione sistolica (Thibodeau, 2005).

Inoltre, avviene una diminuzione di secrezione delle ghiandole del tubo digerente e da questo ne consegue una diminuita peristalsi e un'alterata digestione. A livello delle ghiandole midollari del surrene si manifesta un rapido aumento di produzione di

adrenalina il che, a sua volta, aumenta l'attività della risposta ortosimpatica, creandosi così un circolo vizioso a *feedback* positivo. Oltre all'adrenalina, anche il glucosio a livello ematico aumenta perché il fegato innalza la sua attività glucogenolitica il che provoca una diminuzione del catabolismo del glucosio e aumento dei catabolismi dei grassi, portando l'individuo ad essere in uno stato di iperglicemia (Thibodeau, 2005).

Come altro effetto, l'aumentata produzione di glucocorticoidi e quindi il rilascio di cortisolo porta a un'atrofia del timo e ciò fa diminuire la riproduzione di linfociti ed eosinofili, portando così rispettivamente a una ridotta immunità e ridotte risposte allergiche. Da questo risulta una risposta infiammatoria attenuata (McEwen, 1998). Questo fa capire il perché sotto *stress* ci si ammala più facilmente.

Successivamente, il cortisolo ha ripercussioni sul sistema muscolo-scheletrico perché riduce le fibre dei muscoli e la formazione ossea, inibisce l'attività degli osteoblasti e aumenta il riassorbimento osseo. Questi effetti favoriscono l'insorgere di osteoporosi, cioè la riduzione formazione ossea, e della miopatia steroidea, ovvero della riduzione fibre muscolari (McEwen, 1998).

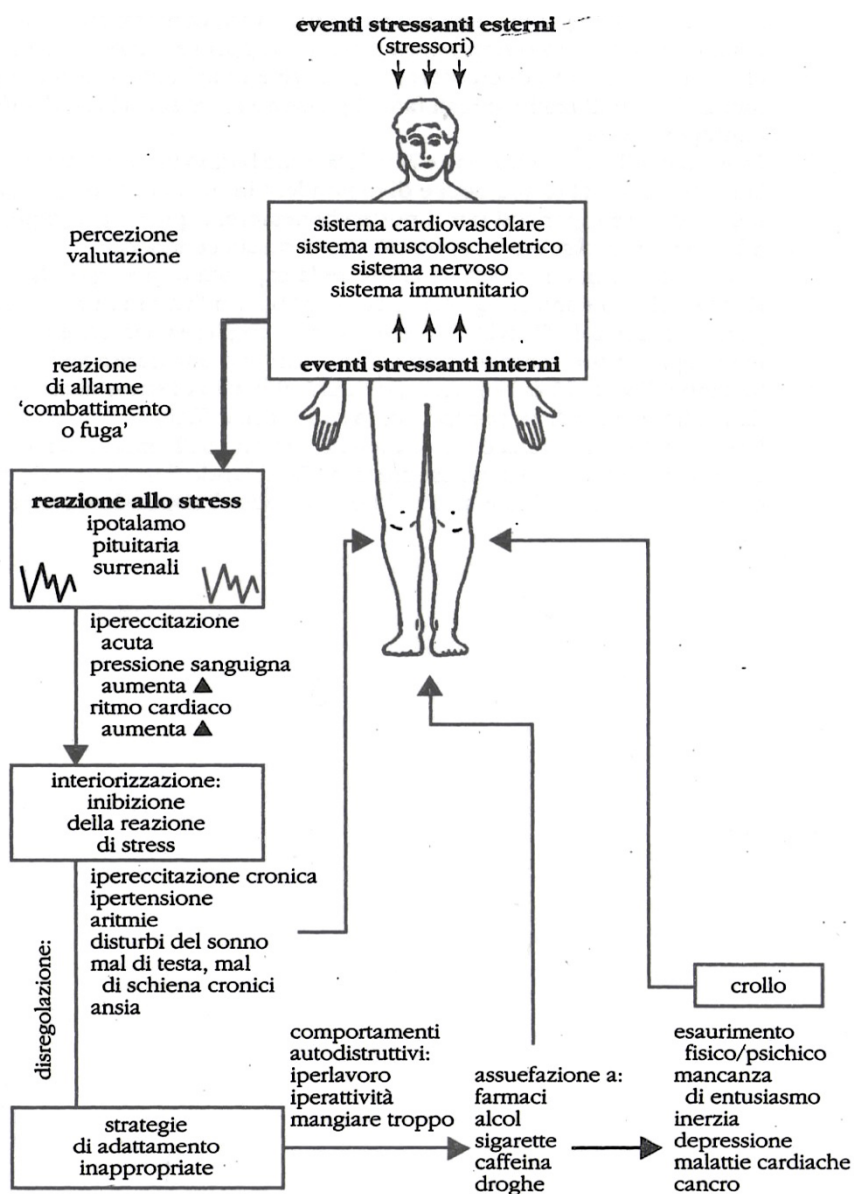


Figura 2: Il ciclo della reattività allo stress (Kabat-Zinn, 2021).

Non da meno, può avvenire una aumentata suscettibilità alle emozioni negative e disturbi dell'umore, mentre a livello cognitivo può manifestarsi un'alterazione della capacità di pensiero critico, di giudizio, di pensiero autoriflessivo, di attenzione, di memoria, di volontà, di abilità di problem setting (McEwen, 1998).

Oltre a queste condizioni troviamo il *burnout*, che Maslach definisce come una condizione caratterizzata, in particolare modo, da un esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale, che colpisce nella maggioranza dei casi coloro che appartengono alle helping professions (Maslach & Persico, 1997).

Inoltre, Khamisa et al. (2015) definiscono tale condizione come una risposta allo squilibrio dell'omeostasi dove l'organismo non è in grado di affrontare l'esposizione prolungata ad agenti stressogeni provocando così danni al proprio sistema biologico. Si crea così una condizione cronica di esaurimento sul piano fisico, mentale ed emotivo. È una forma di *stress* professionale che non si riesce a gestire adeguatamente, in seguito del quale non si è più in grado di affrontare il carico lavorativo e ci si imbatte in un esaurimento cronico delle proprie energie che può influire anche nella vita privata.

I disturbi del *burnout* sono molto vari tra di loro e interessano la sfera somatica, psichica e lavorativa: questa condizione di malattia si presenta infatti come una costellazione di segni e sintomi (Pellegrino, 2009).

Si rilevano sensazioni di impotenza, di rassegnazione, di sfinimento, di irritazione quotidiana, di distacco mentale dal proprio lavoro e da un calo dell'efficienza lavorativa, il che porta ripercussioni sulla propria produttività e soddisfazione rispetto al lavoro, e dunque sul prendersi a carico i pazienti (Khamisa et al., 2015).

Tutto ciò porta progressivamente ad apatia e alla perdita di obiettivi e di motivazioni (Pellegrino, 2009).

In relazione alla professione infermieristica, Pellegrino (2009) descrive i sette sintomi fondamentali del *burnout*, evidenziati dallo psicologo Burisch:

1. **Quadro iniziale:** consiste nei sintomi premonitori, in cui si denota un maggiore impegno dell'operatore verso gli obiettivi, che porta successivamente a un esaurimento delle risorse;
2. **Riduzione dell'impegno:** riduzione dell'impegno verso i pazienti e in generale verso il lavoro stesso, accompagnato talvolta da atteggiamenti vendicativi nei confronti dei colleghi e, esternamente al lavoro, anche in quelli dei familiari;
3. **Reazioni emotive e colpevolizzazione:** abbassamento del tono dell'umore e può inoltre presentarsi un'aggressività nei confronti degli altri;
4. **Declino:** l'infermiere perde le proprie motivazioni e trova difficoltoso rimanere concentrato durante il turno lavorativo, diventa apatico;
5. **Appiattimento:** appiattimento e inaridimento della vita emotiva, sociale e psichica;
6. **Reazioni psicosomatiche:** tra cui cefalee, stanchezza, ipertensione, disturbi gastrointestinali e del sonno, aumento nel consumo di alcool, di tabacco e di psicofarmaci;
7. **Disperazione:** l'operatore perde ogni speranza rispetto alla propria capacità di cambiare la situazione e alla possibilità di un miglioramento, il che lo porta progressivamente ad una profonda angoscia.

Nella tabella sotto riportata vi sono i sintomi da *stress* lavorativo, individuati da Cherniss, che definiscono la sindrome da *burnout*. Tali sintomi sono stati suddivisi e raggruppati a seconda della tipologia di alterazioni che comportano (Cherniss, 1983).

Alterazioni comportamentali	Alterazioni fisiche	Alterazioni cognitive
Alta resistenza ad andare al lavoro e alto assenteismo	Senso di esaurimento tutto il giorno	Rabbia e risentimento
Negativismo	Notevole affaticamento post turno	Senso di colpa e disistima
Isolamento e ritiro	Insonnia	Scoraggiamento e indifferenza
Rigidità di pensiero e resistenza al cambiamento	Difficoltà a concentrarsi e di porre attenzione all'utente	Cinismo e perdita di sentimenti positivi per i pazienti
Osservare di continuo l'orario	Utilizzo di tranquillanti e altri farmaci	Atteggiamento colpevolizzante il malato
Evitamento di discussioni sul lavoro con i colleghi	Frequenti cefalee	Sensazione di fallimento
Conflitti relazionali	Frequenti influenze e disturbi gastrointestinali	Preoccupazione per sé

Tutto questo fa risaltare il motivo per cui è importante capire la correlazione tra la professione infermieristica, lo *stress* lavoro correlato e la salute degli infermieri, per i quali prendersi cura della propria igiene mentale diviene sempre più importante non solo per un benessere personale, ma anche per potere erogare cure di qualità.

Correlato a quanto appena scritto, Benedetti (2012) sostiene che al giorno d'oggi i farmaci somministrati e le parole espresse nella comunicazione con il paziente si collocano sullo stesso meccanismo d'azione: proclama così l'esistenza di una farmacologia e tossicologia delle parole stesse.

Secondo l'autore, esiste un meccanismo neurofisiologico per il quale quando l'operatore dice all'utente che "le algie adesso diminuiranno" il cervello, entrando in una condizione di anticipazione del beneficio terapeutico, attiva il rilascio di neurotrasmettitori come i cannabinoidi e le endorfine, i quali hanno un effetto analgesico e riducono lo *stress*. In questo modo, l'esito di ogni terapia dipende sia dall'effetto specifico del farmaco somministrato, cioè la componente farmacologica, e dall'aspettativa del paziente del beneficio terapeutico, ovvero la componente psicologica (Benedetti, 2012).

Il valore terapeutico del somministrare un farmaco non è più circoscritto a sé stesso, bensì va inserito in un contesto psicosociale in cui la qualità delle cure erogate, che deriva non solo dalla comunicazione e dalla relazione terapeutica di fiducia ma anche dall'operato del singolo infermiere, crea e porta aspettative di miglioramento che portano con essi effetti benefici (Benedetti, 2012).

Come sostengono altri autori, al fine di prestare sostegno e assistenza adeguati è necessario che l'infermiere raggiunga, coltivi e mantenga una determinata stabilità emotiva in quanto, in caso contrario, il ruolo e l'attività lavorativa vengono influenzati negativamente (De Araújo et al., 2004).

Una cura prestata in tempi brevi o prolungati a pazienti afflitti da particolare sofferenza può portare alla cosiddetta *compassion fatigue*, termine coniato negli anni Novanta, attraverso il quale si intende lo stato emotivo con conseguenze a livello bio-psico-sociale negative derivanti dall'assistenza erogata. Tale stato emotivo produce degli effetti che possono essere distinti in sintomi cognitivi, tra cui una diminuzione della concentrazione e apatia, sintomi emotivi, come ansia, senso di colpa, rabbia e impotenza, e sintomi comportamentali, per esempio irritabilità e *fatigue* (Perry et al., 2011).

Uno studio canadese ha suddiviso le cause, i fattori peggiorativi e gli esiti relativi della *compassion fatigue*. Tra le cause principali è stata individuata la mancanza di supporto: alcuni infermieri, per non mostrarsi fragili agli occhi dei colleghi, faticano ad ammettere di necessitare supporto. Per quanto riguarda i fattori peggiorativi e aggravanti, vi sono l'eccessivo coinvolgimento emotivo, protratto anche al di fuori dell'orario di lavoro, e la presenza di fattori di *stress* fisici ed emotivi estranei al contesto lavorativo. Invece, tra gli esiti vi sono inizialmente la profonda fatica fisica e, successivamente, le influenze negative rispetto alle relazioni personali, in quanto si tende all'isolamento, fino al convincersi di abbandonare la professione (Perry et al., 2011).

### **3.2.2. L'abbandono della professione infermieristica**

Come detto in precedenza, gli operatori della salute, proprio perché si occupano dell'assistenza alla sofferenza delle altre persone, sono più propensi, rispetto a individui con altri impieghi, a risentire conseguenze in termini di emozioni e di *stress* lavorativo (Repubblica e Cantone Ticino, Dipartimento della sanità e della socialità, 2016).

Secondo una ricerca condotta da Happel et al. (2013), è stato infatti dimostrato come nell'ambito sociosanitario vi è una predisposizione maggiore allo *stress* lavorativo: all'incirca il 75% degli infermieri riferisce di sperimentarne elevati livelli.

Interessante a questo punto è indagare quali siano le motivazioni più comuni che spingono il personale infermieristico a lasciare il posto di lavoro nel mondo sanitario e prendere altre direzioni.

Innanzitutto, attraverso una ricerca sistematica si è riscontrato come la mancanza di opportunità di crescita professionale e una insoddisfacente retribuzione economica sono caratteristiche spesso indicate per l'abbandono o il cambiamento del lavoro (Tummers et al., 2013).

In aggiunta, anche la propria salute fisica rientra tra le motivazioni per cui gli infermieri lasciano il lavoro: si è visto infatti che a causa dell'impegno fisico che le mansioni a loro addebitate richiedono porta problemi di salute, tra cui i più frequenti sono lesioni a livello della schiena (Schofield & Beard, 2005).

Come descritto da Elinorm Ostrom, l'obiettivo delle istituzioni dovrebbe essere puntare all'agevolazione e allo sviluppo degli esseri umani e aiutarli a esprimere il loro

potenziale inteso come apprendimento, adattamento e di raggiungimento di esiti più efficaci, equi e sostenibili (Crivelli & Rotondi, 2023).

L'Osservatorio svizzero della salute evidenzia inoltre che la turnistica di lavoro, che risulta diversificata maggiormente rispetto ad altri lavori, il carico lavorativo inteso come rapporto tra numero di pazienti presi in cura e il numero di infermieri per turno, lo *stress* lavoro correlato e il *burnout* sono fattori che contribuiscono allo scontento del personale e di conseguenza lo rendono propenso alla cessazione dell'attività nel settore sanitario (Addor et al., 2016).

Inoltre, da uno studio si evince che una carenza di infermieri e la rispettiva mole di lavoro vengono percepiti dal personale come fonte di *stress* e questo induce loro a prendere in considerazione la possibilità di abbandonare la professione anche dopo anni dall'inserimento nel mondo del lavoro (Sveinsdóttir & Blöndal, 2014).

Non da meno, una ricerca dell'Associazione Svizzera Infermieri e Infermiere (ASI) mostra come un sesto degli infermieri attivi lavoramente pensa spesso a lasciare il proprio posto di lavoro mentre un terzo pensa spesso a cambiare impiego a causa di condizioni difficili di conciliazione del tempo tra lavoro e famiglia, la pressione e la mancanza di tempo sul luogo di lavoro, mancato appoggio dai superiori e supervisioni, orari di lavoro irregolari (Associazione svizzera infermiere e infermieri (ASI), 2019).

Un ultimo aspetto che incide sulla scelta di cambiare mestiere ricade sulla qualità della *leadership* (Tummers et al., 2013).

### **3.3. L'infermiere e l'approccio salutogenico allo *stress* lavoro correlato**

#### **3.3.1. Le strategie di *coping***

Con il termine *coping* ci si riferisce alla risposta che il singolo individuo adotta per affrontare gli eventi e le situazioni che sono percepiti dal proprio corpo come problematici e stressanti su più livelli, come per esempio quello personale e professionale (Simonelli & Simonelli, 2010).

È importante sottolineare che le strategie di *coping* tendono a mutare a seconda delle situazioni a cui si deve far fronte e, in particolare modo, consistono in atteggiamenti cognitivi, emotivi e comportamentali per gestire le richieste, sia esterne che interne che sono in conflitto con risorse personali (Lazarus, 1991).

Lazarus e Folkman individuano due possibili modalità di *coping*. La prima è quella centrata sul problema, attraverso la quale l'individuo cerca di comprendere e analizzare la specifica situazione che percepisce come problematica e di elaborare, successivamente, possibili soluzioni di tipo comportamentale o cognitivo. La seconda, invece, è quella centrata sull'emozioni, la quale, rispetto alla precedente, si dirige verso la gestione e il controllo della tensione emozionale mediante tecniche come la meditazione, l'esercizio fisico e la ricerca di sostegno da altri (Lazarus & Folkman, 1984).

Per quanto concerne la modalità di *coping* centrata sul problema, questa può essere divisa in due sottogruppi (Latack, 1986):

- a. *Coping* basato su una strategia *control-oriented*: ne fanno parte tutte quelle strategie che consentono un approccio cognitivo al problema e che ne facilitano una gestione adeguata;
- b. *Coping* basato su una strategia *escape-oriented*: ne fanno parte le strategie e comportamenti che portano ad un atteggiamento di fuga dai problemi.

Le strategie di *coping control-oriented* sono state comparate con quelle *escape-oriented* e si è evidenziato come le prime sono più vantaggiose per l'individuo nel lungo periodo, mentre nel breve termine permettono di trarre maggiore beneficio le seconde (Mullen & Suls, 1982).

Ferrara Cariota e La Barbera (2006) riportano gli indicatori di un *coping* efficace, cioè che permette di far fronte alle richieste che l'individuo si trova a dover affrontare:

- Soluzione del conflitto, risultato raggiunto
- Contenimento degli effetti collaterali
- Quantità e qualità di risorse impiegate
- Moderazione delle reazioni fisiologiche
- Riduzione del disagio emotivo
- Strategie adeguate alla complessità sociale
- Equilibrio del benessere
- Autostima, autoefficacia, senso di controllo e di competenza

Si ritiene opportuno sottolineare come le tecniche di *coping*, se utilizzate efficacemente, hanno un effetto determinante sulla salute siccome non vanno solo a influenzare la capacità di gestire lo *stress*, ma anche la capacità di individuare soluzioni creative alle problematiche e di migliorare le relazioni interpersonali (Simonelli & Simonelli, 2010).

### 3.3.2. La resilienza

Oltre alle strategie di *coping*, troviamo un'altra abilità individuale che permette di resistere allo *stress* e di sapersi adattare mediante la messa in atto di reazioni positive all'esposizione agli *stressors*: la resilienza (Malaguti, 2005).

Questa è la capacità di far fronte, di resistere e di essere in grado di affrontare situazioni avverse e di riorganizzare costruttivamente la propria vita anche se si sono vissute dinamiche che hanno spinto a credere che non ci sarebbe stato un risvolto positivo (Malaguti, 2005).

La resilienza può essere però definita anche come l'*outcome* tra la resistenza individuale, ovvero i fattori protettivi, e la vulnerabilità, cioè la propria percezione della gravità del trauma e della sofferenza da esso derivante. Si può quindi affermare che la resilienza e la vulnerabilità sono due facce della stessa medaglia (Eshel & Kimhi, 2016).

Vi sono tre variabili che incidono sulla vulnerabilità complessiva: l'ambiente e il contesto in cui si trova l'individuo, il tipo di evento traumatico e il materiale, inteso come grado di fragilità, della persona (Malaguti, 2005).

È importante tenere conto che la resilienza è inversamente proporzionale al carico allostatico (Southwick et al., 2014). Di conseguenza, non si tratta solo di resistere allo stress (in riferimento al modello proposto da Selye), ma anche di superare le difficoltà (vedi modello di Antonovsky) (Malaguti, 2005).

La resilienza richiede dunque un lavoro di rielaborazione psico-comportamentale della rappresentazione della sofferenza attraverso il quale la persona prende le distanze dal dolore stesso allo scopo di darle un senso relativo alla propria vita (Casula, 2011).

Alcune difese mature ed efficaci nel tempo che la persona resiliente dovrebbe coltivare e sviluppare sono le seguenti (Cyrulnik & Malaguti, 2005):

- Umore
- Creatività (non intesa come fantasia)
- Altruismo
- Ottimismo (non equivalente al diniego o rimozione)

Malaguti (2005) ripropone il modello per designare la costruzione della resilienza proposto da BICE: “la casita”. Questo schema ha una forma a casa e indica che nel percorso di sviluppo della resilienza è necessario partire dalle fondamenta per potere aggiungere tasselli fino ad arrivare al tetto.



Figura 3: Il modello della costruzione della resilienza (Malaguti, 2005).

### 3.3.3. La salutogenesi

L'approccio salutogenico consiste nell'imparare a stare bene in una condizione di equilibrio. Antonovsky utilizza la metafora del fiume: secondo un approccio patogenico, il fiume rappresenta la malattia e la persona che cammina lungo l'argine cercherà di costruire strumenti che la proteggono dal rischio di precipitarsi. Secondo l'approccio salutogenico, invece, il fiume rappresenta la vita: quando si nasce si viene buttati in un fiume sempre in movimento, e quindi si è chiamati a sviluppare una serie di competenze per stare bene nel fiume (Eriksson & Lindström, 2008).



Come viene evidenziato nella Carta di Ottawa, il processo mediante il quale si può aumentare il controllo sulla propria salute e migliorarla attraverso lo sviluppo delle risorse interne ed esterne viene chiamato "promozione della salute". Questo processo va di pari passo con l'approccio salutogenico (Simonelli & Simonelli, 2010).

Come riportato da Simonelli e Simonelli (2010), Eriksson e Lindström definiscono il concetto della salutogenesi come un percorso complesso di produzione di una migliore, persistente e sostenibile salute volta al raggiungimento completo del potenziale umano mediante le risorse interne, dunque le potenzialità proprie dell'individuo, ed esterne alle persone, ovvero le potenzialità relative al contesto di vita.

È interessante relazionare il concetto della salutogenesi al paradigma ecologico. Quest'ultimo offre una visione sistemica del mondo, per la quale la realtà è una rete di relazioni ed è dipendente dai metodi che si utilizzano per osservare: vi è dunque uno stretto rapporto tra oggetto e soggetto che osserva (Mortari, 2007).

Detto ciò, si può affermare che vi sono più punti di vista attraverso i quali osservare e conoscere il mondo, e questo può offrire ai curanti un'opportunità di conoscere meglio sé stessi, l'altro e la realtà in maniera sistemica, senza tralasciare aspetti importanti, tra cui la dimensione emotiva e spirituale, e senza cadere nell'illusione dell'oggettività.

Il curante ecologico è allora competente nell'approccio tecnico ma è anche interessato alla relazione e alla totalità del paziente, dunque sta molto attento a curare la dimensione psicofisica dell'altro poiché sa che lo spirito e le emozioni hanno effetti sul corpo, negando quindi il dualismo, definito da Morin come una corrente filosofica che determina una doppia visione del mondo per cui per conoscere la realtà bisogna separare il soggettivo dall'oggettivo, separando quindi la mente e le emozioni dal corpo (Morin, 2008).

Per fare questo, l'infermiere ecologico deve mettersi in gioco, elaborare le proprie vulnerabilità e impegnarsi a stabilire una relazione tramite cui conoscere le ragioni e le cornici di riferimento dell'altro, togliendosi quindi i propri occhiali.

In merito a quanto appena scritto, Morin individua due differenti comprensioni. La prima è quella intellettuale, che corrisponde alla comprensione di un materiale, di una storia o, in generale, di qualcosa di oggettivo. La seconda, invece, è la comprensione umana, dunque la comprensione intersoggettiva dell'altra persona, la quale richiede innanzitutto la comprensione di sé stessi, in seguito la capacità di identificarsi con l'altro. Secondo Morin, questa tipologia di comprensione necessita del ben pensare, cioè il sapere apprendere e cogliere insieme il contesto e il testo, quindi tenere insieme le parti e l'intero (Morin, 2000). Tale aspetto è anche presente nel paradigma ecologico, per il quale l'uomo va considerato e studiato nel suo insieme e non suddividendolo nelle sue parti più piccole.

Tramite l'approccio sistemico si definisce l'uomo come un sistema complesso e quindi per capirlo è importante non definirlo per una sua parte, e quindi cadere in quello che Morin chiama spirito riduttore, ma è necessario osservarlo nel suo insieme (Simonelli & Simonelli, 2010).

L'approccio ecologico permette di osservare e studiare meglio i determinanti della salute e le interazioni tra di loro, focalizzandosi sui differenti sistemi di appartenenza dell'individuo (Simonelli & Simonelli, 2010).

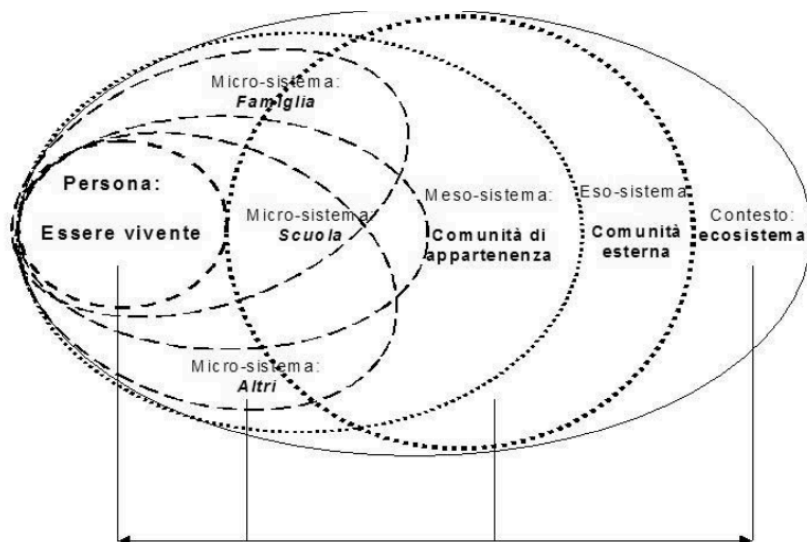


Figura 4: Modello raffigurante i determinanti di salute (Simonelli & Simonelli, 2010).

È stato proposto il modello dell'ombrello della salutogenesi, uno schema che racchiude tutti quegli approcci, i fattori e le risorse che una persona ha a disposizione per affrontare la vita in termini salutogenici volti dunque alla promozione della salute (Eriksson & Lindström, 2007).

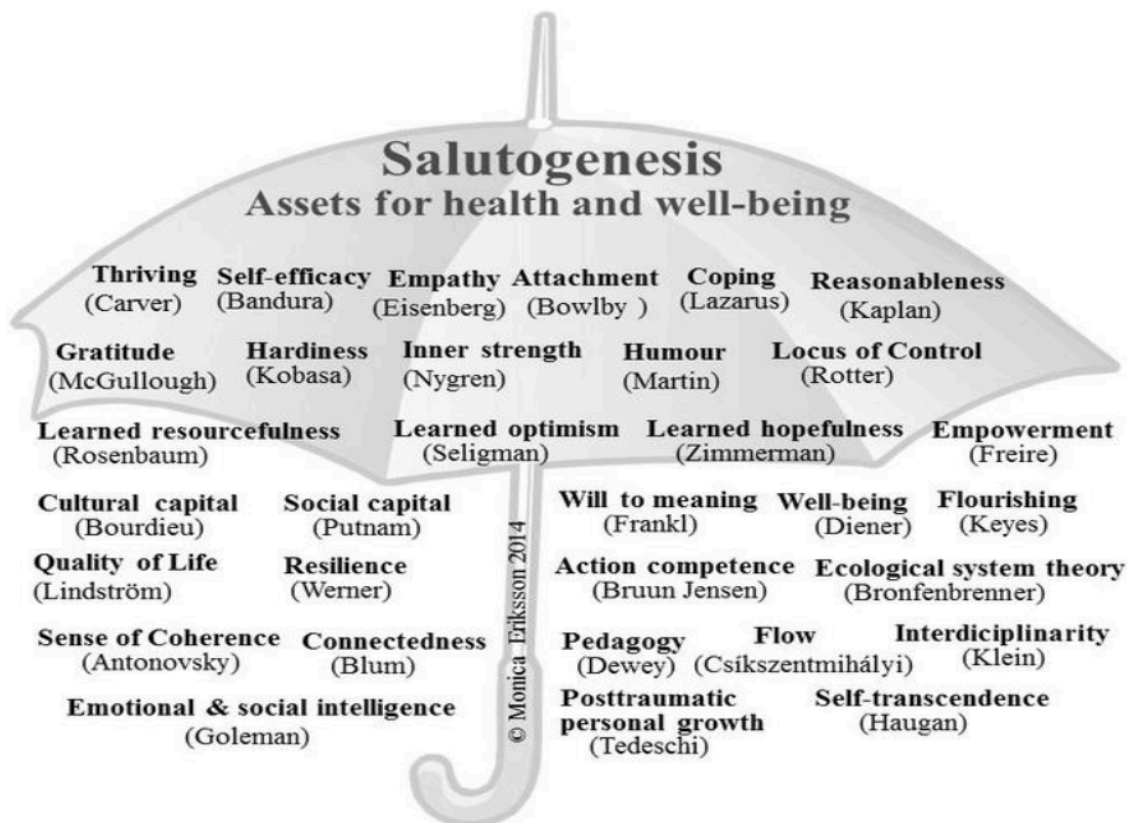


Figura 5: Modello raffigurante l'ombrello della salutogenesi teorizzato da Eriksson e Lindström (2007).

Riguardo a quanto prima scritto, Antonovsky si pose una domanda: perché, a pari condizioni, vi sono individui che stanno meglio di altri? Egli riscontrò che ogni persona, nel corso della propria vita, si colloca in una linea continuum tra salute e malattia e che la presenza di fattori salutogenici portano la persona verso la condizione di salute (Antonovsky, 1996).

Ma quali sono allora tali fattori che promuovono lo stato di salute?

Le persone rimangono sane perché sviluppano il *sense of coherence* (SOC), ovvero un orientamento globale, un forte, continuo e duraturo senso di fiducia nel fatto che il mondo è prevedibile e che c'è possibilità che le cose, in futuro, riusciranno e saranno come ci si aspetta. È una capacità individuale e rappresenta un fattore salutogenico interno, che secondo il sociologo della salute si forma a partire dall'infanzia e arriva a una maturazione intorno ai 30 anni (Simonelli & Simonelli, 2010).

Gli elementi che compongono il SOC sono la comprensibilità, cioè il saper cogliere gli stimoli interni ed esterni, l'affrontabilità, ovvero riconoscere di disporre di risorse per affrontare efficacemente tali stimoli e richieste, e la significatività, mettere impegno e cercare un significato nella vita e in ogni stimolo che si incontra. Più questi tre elementi sono sviluppati e più la persona sarà in grado di compiere azioni adeguate e agire attraverso strategie adatte alle varie situazioni (Simonelli & Simonelli, 2010).

Le Risorse Generali di Resistenza (GRR), necessarie per lo sviluppo del *sense of coherence*, possono essere di tipo fisico, biochimico, materiali, cognitive, emotive, attitudinali, interpersonali-relazionali e socioculturali. La risorsa generale di resistenza è una caratteristica di un individuo, di un gruppo primario, di una subcultura o di una società che è efficace nell'evitare o combattere una vasta gamma di agenti stressogeni e fa in modo che la tensione non venga trasformata in *stress* (Lindström & Eriksson, 2018).

Tali prerequisiti, oltre che risorse interne dell'individuo, possono essere anche ambientali come il denaro e l'abitazione, quindi materiali, o viceversa non materiali, per esempio le conoscenze, le credenze, i propri valori, le relazioni sociali e l'autostima. Le attività significative, le repere esistenziali, i contatti con i propri sentimenti e le relazioni sono le quattro risorse generali di resistenza che devono essere presenti e devono saper essere utilizzate nella maniera adeguata affinché si sviluppi un forte *sense of coherence* (Lindström & Eriksson, 2018).

### 3.3.4. Il benessere

Come riportano Simonelli e Simonelli (2010), l'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1948 definì il concetto di salute come uno stato di totale benessere bio-psico-socio-spirituale, e dunque non semplicemente l'assenza di uno stato di malattia.

Secondo la teoria proposta da Seligman, il benessere si compone sull'acronimo PERMA (Seligman, 2012):

- **P** → *positive emotions*: si focalizza sul "qui e ora" per cui centrale sono le emozioni positive, mentre la felicità costituisce una delle componenti;
- **E** → *engagement*: consiste nella condizione di *flow*, nella quale è presente il piacere, e nel coinvolgimento retrospettivo, dove si trovano invece i pensieri;
- **R** → *relationship*: per cui gli altri sono il miglior antidoto contro i momenti negativi della vita, inteso come la capacità di essere amati;
- **M** → *meaningful life*: dare e ricercare significato alla propria vita;
- **A** → *accomplishment*: la realizzazione nella sua forma momentanea e la vita piena di realizzazione nella sua forma estesa.

Nel 1966, Seppilli riformula la definizione di salute sopra esposta introducendo ulteriori aspetti correlati al rapporto e influenza continua, e non statica, tra l'ambiente, l'individuo e il suo mondo interno. Infatti, definisce la salute come una condizione di armonico equilibrio fisico e psichico dell'individuo stesso, dinamicamente partecipante nel proprio ambiente naturale e sociale (Simonelli & Simonelli, 2010).

Successivamente, Antonovsky amplia maggiormente il concetto di salute, affermando che questa è un continuum tra un polo positivo, ovvero lo stato di salute, e uno negativo, cioè di malattia, sostenendo che ogni organismo nel percorso della propria vita si troverà in posizioni ambivalenti sulla linea tracciata tra i due poli (Simonelli & Simonelli, 2010).

Con questo concetto si potrebbe fare un collegamento con il modello transazionale proposto da Lazarus e Folkman, che definiscono lo *stress* come un processo transazionale bidirezionale attraverso il quale l'individuo è costantemente in relazione e adattamento con l'ambiente esterno. Lo *stress* risulta quindi in un insieme di processi per raggiungere l'equilibrio, sia stimolo che risposta, lasciando alla persona la capacità di modificare per mezzo di strategie emotive, cognitive e tecniche di *coping* l'impatto degli agenti stressogeni sulla propria vita (Lazarus & Folkman, 1984).

In relazione alla definizione sopra descritta (sintetizza definizione Lazarus e Folkman), in ambito del *nursing* è fondamentale possedere un approccio salutogenico, attraverso il quale non si guardano solo i fattori patogenici ma anche quelli che generano salute con l'obiettivo di promuovere e sviluppare il benessere (Lazarus, 1991).

Come infatti sostiene Mortari, vi è una cura che ripara la vita quando si creano fessure di sofferenza e quella che invece la fa fiorire (Mortari, 2006).

## 4. Metodologia

### 4.1. Metodologia scelta

Nello svolgimento del lavoro di Tesi si è utilizzata, come metodologia, la revisione della letteratura. Questo si tratta di un metodo rigoroso di sintesi, critica e valutazione scritta dei lavori, studi ed evidenze scientifiche pubblicate in libri, riviste e banche dati volti su un argomento e quesito di ricerca specifico (Polit & Beck, 2018).

Una revisione della letteratura è una pubblicazione secondaria, ovvero un lavoro che rielabora e riassume i risultati e i dati ricavati da studi primari, cioè quelli sperimentali e osservazionali, e talvolta da ulteriori studi secondari (Saiani & Brugnolli, 2010).

In particolare, si è preferito adoperare questa metodologia ad altre in quanto permette di trovare e analizzare fonti diversificate tra di loro. Questo consente di valutare le analogie e differenze in ambito infermieristico tra le varie parti del mondo, evitando così dati strettamente circoscritti a livello Ticinese, come invece lo sarebbero se si eseguisse uno studio primario.

Per avere un migliore rigore metodologico, si è seguito il modello proposto da Saiani e Brugnolli (2010). Questo è suddiviso in tre fasi, spiegate qui di seguito.

La **prima fase** consiste nella preparazione di una revisione della letteratura attraverso:

- Individuare l'argomento, definire il problema e formulazione del quesito
- Ricercare e selezionare gli articoli pertinenti da includere
- Organizzare gli articoli scelti tramite tavole riassuntive di estrazione dei dati
- per l'analisi
- Scegliere e uniformare la modalità di citazione

La **seconda fase** concerne la scrittura della revisione, composta da:

- Introduzione
- Corpo centrale
- Conclusioni
- Definizione del titolo
- Adeguare citazioni e referenze

La **terza e ultima fase** riguarda il controllo finale della revisione:

- Revisione dei contenuti
- Stesura finale della revisione con un buon stile

## 4.2. Obiettivi della metodologia scelta

Una revisione della letteratura si pone come obiettivo principale quello di fornire un resoconto di conoscenze integrando le evidenze di ricerca in un unico testo destinato a lettori interessati all'argomento trattato, e che potrà servire anche come base da cui partire per un nuovo studio di ricerca (Polit & Beck, 2018).

L'obiettivo principale della revisione della letteratura è quello di produrre un progetto volto a rispondere un quesito di ricerca fornendo una panoramica dello *state of art* della letteratura di studi primari presente nelle banche dati, senza fornire un copia-incolla dei singoli articoli (Polit & Beck, 2018).

Rispondendo alla domanda di ricerca si espone e si descrive un preciso fenomeno amplificando così le conoscenze ed evidenziando le eventuali lacune. Da notare che la revisione della letteratura è uno studio secondario fondato su evidenze scientifiche pertinenti e rigorose, ma non sostituisce le fonti primarie in quanto queste forniscono dati aggiornati (LoBiondo-Wood & Haber, 2010).

## 4.3. Strumenti e chiavi di ricerca

Per la ricerca della letteratura si sono consultate le seguenti banche dati: *PubMed*, *CINAHL Complete (EBSCO)* e *Medline (Ovid)*.

Per formulare la domanda di ricerca si è utilizzato il metodo PI(C)O, che aiuta a ottenere in maniera più facile un quesito di ricerca chiaro e specifico. La **P** sta per popolazione presa in considerazione, la **I** concerne gli interventi, la **C** il paragone tra trattamenti e la **O** è l'*outcome* (Aromataris & Pearson, 2014).

In questo caso si adopera l'acronimo PIO, definito in questo caso nel seguente modo:

- **P**: Infermieri in cure generali
- **I**: Approcci adottati per affrontare il carico emotivo e lo stress lavoro correlato
- **O**: Mantenimento omeodinamico del benessere bio-psico-sociale.

Le *keywords* impiegate durante la ricerca nelle banche dati sono le seguenti:

- *Burnout*
- *Compassion fatigue*
- *Coping strategies*
- *Health*
- *Nurse*
- *Resilience*
- *Salutogenesis*
- *Stress*

Nella ricerca sulle banche dati, le *keywords* sono state raggruppate in stringhe composte da più termini uniti con l'operatore booleano "AND", cosicché si trovino risultati precisi e specifici. Da notare che per ogni singola *keyword* si è utilizzato il

vocabolario MeSH per l'indicizzazione degli articoli, il quale permette di utilizzare terminologie differenti per gli stessi concetti (Polit & Beck, 2018).

Nel capitolo *“Risultati: tabelle di estrazione dei dati”* gli articoli selezionati dalle banche dati che sono considerati adatti e idonei per la ricerca verranno presentati in tabelle riassuntive per ordinare i dati principali. In particolare, le tabelle avranno le seguenti voci: *“Autore e data”, “Titolo”, “Design”, “Scopo”, “Campione”, “Risultati”, “Criticità e punti di forza”*.

#### **4.4. Criteri di inclusione e di esclusione**

Sono stati adottati i seguenti criteri d'inclusione:

- Articoli pubblicati dal 2005 al 2023;
- Studi primari e revisioni della letteratura;
- Campione preso in considerazione:
  - Infermieri in cure generali;
  - Età dei partecipanti compresa tra i 19 e 64 anni;
- In lingua inglese.

Invece, i criteri di esclusione sono:

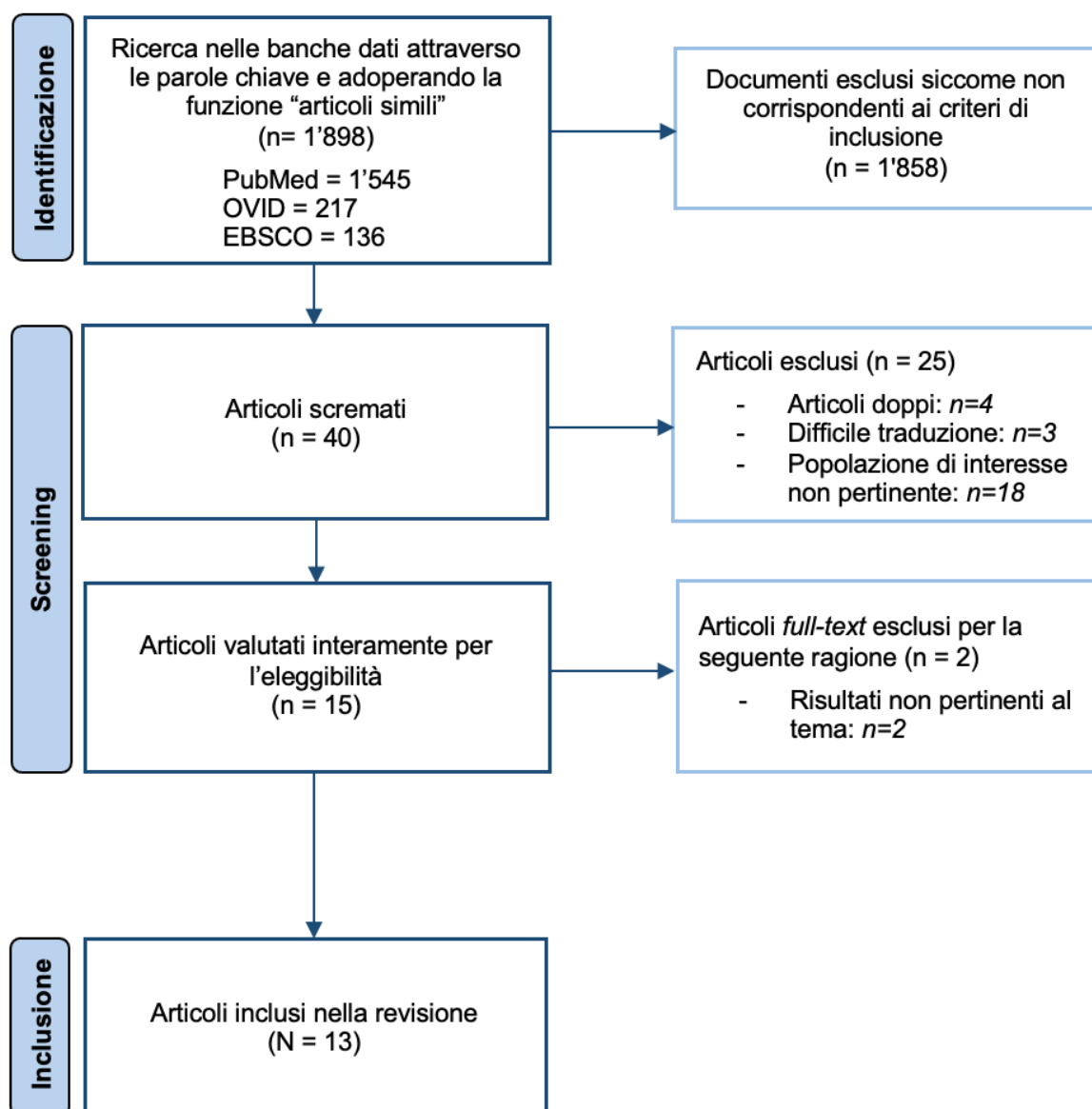
- Articoli completi non reperibili;
- Focus degli articoli diverso dallo *stress* e dal *burnout*;
- Articoli doppi;
- Personale infermieristico in formazione.

Si ritiene opportuno dovere eseguire una prima lettura dei titoli e *abstract* degli articoli ricercando le *keywords* presenti e, in seguito, una lettura dei testi integrali degli articoli che rispettano i criteri di inclusione per valutare se un articolo possa o meno essere inerente al quesito di ricerca.

## 5. Revisione della letteratura

### 5.1. Sintesi del reperimento documenti: il diagramma PRISMA

Di seguito, per riassumere il processo di selezione degli articoli trovati in letteratura, si riporta il diagramma PRISMA, uno strumento che, in una revisione di letteratura, permette di tenere traccia ed evidenziare il flusso di selezione degli articoli partendo da quelli identificati ed estrapolati inizialmente dalle banche dati (Page et al., 2021).



Come si vede dal diagramma sopra riportato, dalle banche dati consultate, dopo aver escluso quelli non corrispondenti ai criteri di inclusione, sono stati raccolti 40 articoli. Successivamente, dopo una lettura degli *abstract* sono stati scartati 25 articoli. In seguito, dei 15 articoli rimasti ne sono stati esclusi 2 in quanto non totalmente pertinenti al tema. Infine, solo 13 articoli sono stati valutati come idonei e di conseguenza inclusi nella revisione.



## 5.2. Risultati: tabelle di estrazione dei dati

### a. Articolo nr. 1

<b>Autore e data</b>	Akbar, E., Elahi, N., Mohammadi, E., & Khoshknab, M. F. (2015)
<b>Titolo</b>	<i>What strategies do the nurse apply to cope to the work stress?</i>
<b>Design</b>	Studio qualitativo.
<b>Scopo</b>	Esplorare le esperienze degli infermieri per identificare le strategie che hanno utilizzato per far fronte allo <i>stress</i> da lavoro.
<b>Campione</b>	18 infermieri, di cui 11 donne, di 3 ospedali in Iran con esperienze lavorative differenti. I criteri di inclusione erano: contratto di lavoro a tempo pieno e avere almeno una laurea in infermieristica.
<b>Risultati</b>	Sono emersi sei principali strategie di <i>coping</i> utilizzate dagli infermieri per far fronte allo <i>stress</i> lavorativo, che includono: controllo situazionale delle condizioni, ricerca di aiuto, monitoraggio preventivo della situazione, autocontrollo, evitamento e fuga e <i>coping</i> spirituale.
<b>Criticità e punti di forza</b>	<u>Criticità</u> : campione ridotto. <u>Punto di forza</u> : articolo recente.

### b. Articolo nr. 2

<b>Autore e data</b>	Chang, E. M., Hancock, K. M., Johnson, A., Daly, J., & Jackson, D. (2005)
<b>Titolo</b>	<i>Role stress in nurses: review of related factors and strategies for moving forward.</i>
<b>Design</b>	Revisione di letteratura.
<b>Scopo</b>	Analizzare i fattori correlati allo <i>stress</i> negli infermieri e fornire possibili tecniche e strategie per affrontare questo problema, riflettendo in seguito sulle potenziali aree di sviluppo e ricerca.
<b>Campione</b>	Sono stati revisionati articoli pubblicati dal 2000 al 2003 relativi a infermieri negli Stati Uniti, nel Regno Unito e in Australia, indipendentemente dal posto di lavoro.
<b>Risultati</b>	Si evidenziano multipli fattori lavorativi che portano allo <i>stress</i> , come per esempio uno scarso supporto tra i colleghi e le lacune nelle risorse materiali e organizzative. Inoltre, vengono proposti metodi di riduzione dello <i>stress</i> lavoro correlato, tra cui educare il personale alla gestione dello <i>stress</i> , favorire momenti di <i>teambuilding</i> e fornire supporto psicologico.
<b>Criticità e punti di forza</b>	<u>Criticità</u> : gli articoli presi in considerazione sono datati. <u>Punto di forza</u> : è possibile fare paragoni sulla problematica a livello internazionale.

**c. Articolo nr. 3**

<b>Autore e data</b>	Chen, Y-C., Guo, Y-L. L., Chin, W-S., Cheng, N-S., Ho, J-J., & Shiao, J. S-C. (2019)
<b>Titolo</b>	<i>Patient-Nurse Ratio is Related to Nurses' Intention to Leave Their Job through Mediating Factors of Burnout and Job Dissatisfaction.</i>
<b>Design</b>	Revisione della letteratura.
<b>Scopo</b>	Indagare il rapporto numerico medio giornaliero paziente-infermiere (ADPNR), la prevalenza di <i>burnout</i> nel personale infermieristico, l'insoddisfazione lavorativa e l'intenzione di abbandono.
<b>Campione</b>	Lo studio ha analizzato i dati di due indagini trasversali raccolte nel 2013 e nel 2014. Complessivamente, il campione risulta di 1'409 infermieri a tempo pieno nei reparti di medicina e chirurgia di 24 ospedali di Taiwan. La maggior parte dei partecipanti era di sesso femminile (97,2%) e l'età media era di 29,9 anni.
<b>Risultati</b>	Un ADPNR elevato è correlato a livelli maggiori di <i>stress</i> e <i>burnout</i> del personale e a un'insoddisfazione sul lavoro, ciascuno dei quali aumenta l'incidenza di lasciare il proprio lavoro attuale. Tuttavia, gli autori ritengono che vi siano altri fattori correlati alla scelta dell'abbandono del proprio mestiere, come la violenza, una scarsa organizzazione e ingiustizia sul posto di lavoro.
<b>Criticità e punti di forza</b>	<u>Criticità</u> : prende in considerazione prevalentemente le donne. <u>Punto di forza</u> : articolo recente.

**d. Articolo nr. 4**

<b>Autore e data</b>	Golbasi, Z., Kelleci, M., & Dogan, S. (2008)
<b>Titolo</b>	<i>Relationship between coping strategies, individual characteristics and job satisfaction in a sample of hospital-nurse: a cross-sectional questionnaire survey.</i>
<b>Design</b>	Studio quantitativo.
<b>Scopo</b>	Descrivere e confrontare la soddisfazione sul lavoro, le strategie di <i>coping</i> , le caratteristiche personali e organizzative tra gli infermieri che lavorano in un ospedale in Turchia.
<b>Campione</b>	Sono stati applicati dei limiti nella ricerca degli infermieri partecipanti come età e tipologia del contratto di lavoro: 186 è il numero degli intervistati. Il 33% ha un'età dai 21-25 anni, il 40% tra 26-30, il 15% dai 31-35 e il 12% con più di 36 anni. Sul totale, 130 infermieri hanno un contratto a tempo indeterminato.
<b>Risultati</b>	La soddisfazione sul lavoro è risultata a un livello moderato. Seppure non sia stata evidenziata una differenza significativa dei risultati medi del MSQ ( <i>Minnesota Satisfaction Questionnaire</i> ) in base alle variabili come età, stato civile e livello di istruzione, si è

	notato complessivamente un punteggio migliore di MSQ negli infermieri a contratto determinato. Per quanto concerne le strategie di <i>coping</i> , si evince che gli infermieri fiduciosi in se stessi e con approcci ottimisti hanno una maggiore soddisfazione sul lavoro. I risultati sono statisticamente significativi ( $p < 0,05$ ). Altre e caratteristiche individuali degli infermieri non sono risultate associate alla soddisfazione sul lavoro.
<b>Criticità e punti di forza</b>	<u>Criticità</u> : campione raccolto da un solo istituto. <u>Punto di forza</u> : vengono spiegati bene gli strumenti utilizzati.

**e. Articolo nr. 5**

<b>Autore e data</b>	Happel, B., Dwyer, T., Reid-Searl, K., Burke, K. J., Caperchione, C. M., & Gaskin, C. J. (2013)
<b>Titolo</b>	<i>Nurses and stress: recognizing causes and seeking solutions.</i>
<b>Design</b>	Studio qualitativo.
<b>Scopo</b>	Identificare i fattori di <i>stress</i> lavoro correlato e le possibili strategie del posto di lavoro per poter affrontarli.
<b>Campione</b>	Sono stati formati 6 gruppi <i>focus group</i> con un totale di 38 infermieri che ricoprono diversi livelli della gerarchia.
<b>Risultati</b>	Sono state rilevate 12 fonti di <i>stress</i> , tra cui per esempio l'elevato carico di lavoro, l'indisponibilità dei medici e i problemi tra colleghi, e vengono fornite delle strategie per ridurre tale problematica, come modificare il carico lavorativo e assicurare le giuste pause durante il turno.
<b>Criticità e punti di forza</b>	<u>Criticità</u> : campione studiato proveniente dalla stessa località. <u>Punto di forza</u> : vengono espresse strategie a livello della struttura sanitaria.

**f. Articolo nr. 6**

<b>Autore e data</b>	Happell, B., Reid-Searl, K., Dwyer, T., Caperchione, C. M., Gaskin, C. J., & Burke, K. J. (2013).
<b>Titolo</b>	<i>How nurses cope with occupational stress outside their workplaces.</i>
<b>Design</b>	Studio qualitativo.
<b>Scopo</b>	I ricercatori hanno condotto uno studio per esplorare e identificare come gli infermieri affrontano lo <i>stress</i> legato al lavoro al di fuori dal contesto lavorativo.

<b>Campione</b>	Composto da 38 infermieri di varie funzioni in un ospedale australiano. Sono stati condotti sei <i>focus group</i> separati per grado di responsabilità al fine di evitare la possibilità che la differenza di ruolo influenzasse le risposte degli altri partecipanti.
<b>Risultati</b>	Si identificano 11 strategie di <i>coping</i> : bere alcolici, fumare, fare parte di <i>social club</i> , utilizzare i <i>social network</i> , fare esercizio, attività familiari, attività domestiche, attività all'aperto, evitare le persone, spostamento e sonno.
<b>Criticità e punti di forza</b>	<u>Criticità</u> : campione raccolto da un solo ospedale. <u>Punto di forza</u> : focus group diversificati.

**g. Articolo nr. 7**

<b>Autore e data</b>	Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., & Ilic, D. (2015)
<b>Titolo</b>	<i>Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses.</i>
<b>Design</b>	Studio quantitativo.
<b>Scopo</b>	Questo studio mirava a identificare le relazioni tra lo <i>stress</i> correlato al lavoro, il <i>burnout</i> , la soddisfazione sul lavoro e la salute generale tra gli infermieri.
<b>Campione</b>	Sono stati selezionati infermieri in modalità casuale da quattro ospedali in tutta la provincia di Gauteng (Sud Africa). Hanno partecipato 895 infermieri e la maggior parte dei partecipanti erano donne (85%) di colore (46%). Il 28% aveva più di 50 anni e il 27% aveva più di 25 anni di esperienza lavorativa.
<b>Risultati</b>	Lo <i>stress</i> correlato ai problemi del personale ha un'elevata rilevanza nell'insorgenza del <i>burnout</i> e dell'insoddisfazione sul lavoro. Si è evidenziato come il <i>burnout</i> ha un forte impatto sulla salute mentale e fisica degli infermieri, il che si ripercuote sulla produttività la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti.
<b>Criticità e punti di forza</b>	<u>Criticità</u> : alti livelli di criminalità e violenza politica nel contesto sudafricano. <u>Punto di forza</u> : campione con alto numero di partecipanti.

**h. Articolo nr. 8**

<b>Autore e data</b>	Letvak, S., Ruhm, C., & Lane, S. (2011)
<b>Titolo</b>	<i>The impact of nurses' health on productivity and quality of care.</i>
<b>Design</b>	Studio qualitativo.
<b>Scopo</b>	Rimarcare le influenze che i problemi di salute e gli agenti stressogeni all'interno degli ospedali hanno sulle cure erogate.

<b>Campione</b>	Sono stati selezionati in modalità random 28 infermieri che lavorano in sei ospedali della North Carolina, che sono stati poi suddivisi in gruppi da 3 a 7 individui. Tra i partecipanti, 25 infermieri erano di razza bianca, di età varia, solo un uomo. Sono stati creati 2 gruppi <i>focus</i> per 3 tipi di gruppi differenti di infermieri: il primo gruppo consiste in infermieri con problemi di salute, il secondo concerne infermieri in salute che lavorano con colleghi che presentano problemi di salute e l'ultimo gruppo riguarda gli infermieri con ruolo di manager che supervisionano infermieri con problemi di salute.
<b>Risultati</b>	Gli infermieri che hanno problemi di salute portano ripercussioni all'interno dell'équipe e nella qualità di cure.
<b>Criticità e punti di forza</b>	<u>Criticità</u> : tra i partecipanti vi è solo un uomo. <u>Punto di forza</u> : partecipanti selezionati a <i>random</i> in sei ospedali.

**i. Articolo nr. 9**

<b>Autore e data</b>	Lim, J., Bogossian, F., & Ahern, K. (2010)
<b>Titolo</b>	<i>Stress and coping in Australian nurses: a systematic review.</i>
<b>Design</b>	Revisione sistematica della letteratura.
<b>Scopo</b>	Identificare i fattori che contribuiscono allo <i>stress</i> negli infermieri australiani e gli effetti dello <i>stress</i> sulla salute e sul benessere degli infermieri, considerando le strategie di <i>coping</i> che usano.
<b>Campione</b>	Sono stati presi in considerazione 15 studi primari dal 1996 al 2008, di cui 12 hanno studiato lo <i>stress</i> negli infermieri che attualmente lavorano in ospedali e/o case di cura.
<b>Risultati</b>	I fattori di <i>stress</i> includevano il sovraccarico di lavoro, i conflitti di ruolo ed eventi di aggressione a lavoro. Le strategie di <i>coping</i> adoperate dagli infermieri sono la ricerca di supporto, la risoluzione dei problemi interpersonali e l'autocontrollo. È stato riportato come lo <i>stress</i> abbia effetti dannosi sul benessere fisico e mentale degli infermieri con ricaduta sulle loro relazioni familiari e sociali.
<b>Criticità e punti di forza</b>	<u>Criticità</u> : alcuni articoli presi in considerazione sono datati. <u>Punto di forza</u> : si evidenzia gli effetti dello <i>stress</i> sul benessere.

**j. Articolo nr. 10**

<b>Autore e data</b>	Masanotti, G. M., Paolucci, S., Abbafati, E., Serratore, C., & Caricato, M. (2020)
<b>Titolo</b>	<i>Sense of Coherence in Nurses: A Systematic Review.</i>
<b>Design</b>	Revisione sistematica della letteratura.

<b>Scopo</b>	Dimostrare le correlazioni tra salute fisica e mentale, angoscia, <i>burnout</i> , insoddisfazione lavorativa e SOC, ponendo attenzione alle influenze di questo ultimo se sviluppato in maniera adeguata.
<b>Campione</b>	Vengono revisionati articoli di studi primari, caratterizzati da ricerche effettuate sul campo, e hanno come campione qualsiasi infermiere, indipendentemente dalle aree lavorative. Sono stati esclusi gli infermieri disoccupati e gli insegnanti di infermieristica.
<b>Risultati</b>	Dalla revisione sistematica si è potuto notare come il SOC funge da fattore protettivo verso stati depressivi, <i>burnout</i> e insoddisfazione lavorativa. Inoltre, si è riscontrato che un SOC sviluppato promuove la salute psico-fisica.
<b>Criticità e punti di forza</b>	<u>Criticità</u> : la maggiore parte del campione è di sesso femminile. <u>Punto di forza</u> : offre una panoramica ampia in quanto offre uno sguardo su più studi primari.

#### k. Articolo nr. 11

<b>Autore e data</b>	Orly, S., Rivka, B., Rivka, E., & Dorit, S. E. (2012)
<b>Titolo</b>	<i>Are cognitive-behavioral interventions effective in reducing occupational stress among nurses?</i>
<b>Design</b>	Randomized controlled trial.
<b>Scopo</b>	Analizzare l'effetto della terapia cognitivo-comportamentale (CBI) nei confronti del benessere e del SOC degli infermieri.
<b>Campione</b>	Sono stati considerati 36 infermieri provenienti da diversi reparti di un ospedale del sud di Israele. Il campione è stato diviso in due gruppi: uno di studio in cui 20 partecipanti hanno partecipato alla CBI, e un gruppo di controllo di 16 individui abbinati per età, istruzione, stato civile e reparto ospedaliero. Gli infermieri nel campione sono stati reclutati secondo i seguenti criteri: avevano almeno 5 anni di esperienza nell'assistenza infermieristica e l'età doveva essere compresa tra 28-60 anni.
<b>Risultati</b>	I dati sono stati raccolti in due punti di misurazione (t1 e t2). A tempo t2, dopo 4 mesi, si è evidenziato come la CBI faciliti l'elaborazione cognitiva di situazioni lavorative stressanti: alterando la modalità cognitiva, gli infermieri del gruppo di studio si dimostravano maggiormente in grado di affrontare lo <i>stress</i> rispetto a quelli del gruppo di controllo. Tuttavia, si è riscontrato che l'umore depresso e la rabbia sono meno inclini al CBI.
<b>Criticità e punti di forza</b>	<u>Criticità</u> : campione di piccole dimensioni. <u>Punto di forza</u> : sottolinea l'efficacia della CBI.

### ***l. Articolo nr. 12***

<b>Autore e data</b>	Shah, M. K., Gandrakota, N., Cimiotti, J. P., Ghose, N., Moore, M., & Ali, M. K. (2021)
<b>Titolo</b>	<i>Prevalence of and Factors Associated With Nurse Burnout in the US.</i>
<b>Design</b>	Revisione di letteratura.
<b>Scopo</b>	Identificare i fattori che portano al <i>burnout</i> ed esaminare i fattori associati all'abbandono della professione.
<b>Campione</b>	Proveniente dal sondaggio del 2018 nel <i>National Sample Survey of Registered Nurses</i> negli USA. I 3'957'661 infermieri intervistati erano per lo più donne bianche e l'età media era di 48,7 anni.
<b>Risultati</b>	Tra gli infermieri che hanno abbandonato il lavoro nel 2017, il 31,5% ha segnalato il <i>burnout</i> come motivazione. Si è visto che rispetto a chi lavora meno di 20 ore alla settimana, gli infermieri che ne lavorano più di 40 hanno una maggiore probabilità di avere diagnosi di <i>burnout</i> e di identificare questo come motivo di abbandono. Gli intervistati che hanno riferito di aver lasciato o considerato di lasciare il lavoro hanno riportato un ambiente lavorativo stressante e personale sanitario inadeguato.
<b>Criticità e punti di forza</b>	<u>Criticità</u> : non è stato evidenziato il diploma e il grado di funzione che ha il singolo infermiere. <u>Punti di forza</u> : articolo recente, ampio campione

### ***m. Articolo nr. 13***

<b>Autore e data</b>	Zhang, Y. Y., Zhang, C., Han, X. R., Li, W., & Wang, Y. L. (2018)
<b>Titolo</b>	<i>Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing: A correlative meta-analysis.</i>
<b>Design</b>	Meta-analisi.
<b>Scopo</b>	Rivedere sistematicamente la letteratura per l'identificazione di articoli pubblicati che riportano associazioni correlative tra benessere infermieristico, <i>compassion fatigue</i> o <i>burnout</i> e fattori che possono influenzare queste condizioni per effettuare una meta-analisi dei coefficienti di correlazione.
<b>Campione</b>	Sono inclusi undici articoli. Ci sono stati 4'054 intervistati e il tasso di risposta complessivo è stato del 64,34%. L'età media dei partecipanti era di 39 anni. Gli individui selezionati prestavano servizio come infermieri negli ultimi 13 anni.
<b>Risultati</b>	Lo <i>stress</i> e i sentimenti negativi promuovono la <i>compassion fatigue</i> , mentre i sentimenti positivi e la socialità possono promuovere il benessere degli infermieri. Complessivamente, la <i>compassion fatigue</i> è fortemente associata al <i>burnout</i> , mentre il benessere infermieristico aveva una moderata correlazione inversa con il <i>burnout</i> .
<b>Criticità e punti di forza</b>	<u>Criticità</u> : perdita dei dati dei singoli studi. <u>Punto di forza</u> : sintesi di multipli studi primari.

### 5.3. Analisi degli articoli della letteratura

**Autore:** Akbar, E., Elahi, N., Mohammadi, E., & Khoshknab, M. F.

**Titolo:** “*What strategies do the nurse apply to cope to the work stress?*”

Lo scopo di questo studio è di esplorare l'esperienza degli infermieri iraniani al fine di identificare le strategie che usano per far fronte allo *stress* lavoro correlato.

L'analisi qualitativa è stata condotta attraverso interviste non strutturate faccia a faccia. I dati sono stati raccolti da febbraio 2013 a maggio 2015. Le interviste sono durate 45/60 minuti e sono state eseguite in un luogo tranquillo nelle unità di lavoro dei partecipanti.

La popolazione campione comprendeva 18 infermieri, di cui 11 donne, con un'età media di 32,7 anni, di 3 ospedali in Iran. Sono stati reclutati mediante campionamento di variazione per ottenere partecipanti di genere, esperienze lavorative e livello di istruzione differenti. I criteri di inclusione comprendevano: avere un contratto di lavoro come infermiere a tempo pieno e avere almeno una laurea in infermieristica.

Il ricercatore ha posto agli intervistati domande come: “Quali sono stati i tuoi pensieri o le tue azioni per ridurre lo *stress*?”

Dall'analisi delle interviste sono emersi sei temi principali sulle strategie utilizzate dagli infermieri per far fronte allo *stress* lavorativo, che includono:

- **Controllo situazionale delle condizioni;**
- **Ricerca di aiuto:** il supporto dei colleghi o dei membri della famiglia;
- **Monitoraggio preventivo della situazione:** gli infermieri effettuano il monitoraggio inteso come azioni di *follow-up*, di controllo, di aumento della precisione, della concentrazione e della sicurezza al fine di prevenire le situazioni di tensione;
- **Autocontrollo:** concentrarsi emotivamente e cognitivamente sull'autocontrollo piuttosto che su condizioni esterne stressanti e aumentare il loro adattamento alla situazione che interrompe l'equilibrio di questi aspetti, come per esempio il pensiero positivo, la tolleranza, l'accettazione forzata e l'uso di attività ricreative e sportive;
- **Evitamento e fuga:** nelle situazioni stressanti in cui si preferisce evitare o fuggire da esse piuttosto che affrontarle;
- **Coping spirituale:** pratiche spirituali, come la preghiera o la lettura del Corano, cercando l'aiuto di Dio e il sostegno di una forza superiore.

**Autore:** Chang, E. M., Hancock, K. M., Johnson, A., Daly, J., & Jackson, D.

**Titolo:** “*Role stress in nurses: review of related factors and strategies for moving forward.*”

Lo scopo di questo articolo è di raccogliere diversi studi sui fattori correlati allo *stress* e presentare in seguito strategie per affrontare questo problema, considerando le potenziali aree di sviluppo e ricerca.



La revisione della letteratura è stata condotta utilizzando le banche dati *CINAHL*, *PsychINFO* e *SSCI*, ricercando articoli pubblicati nel 2000-2003. Le parole chiave includevano “stress lavorativo”, “infermiere” e “burnout”. Questa ricerca ha prodotto circa 500 articoli, di cui 68 quelli utilizzati.

I fattori comuni stressogeni relativi all'ambiente di lavoro sono stati: avere scarso controllo sul proprio lavoro, elevate richieste di lavoro e scarse relazioni di supporto, affrontare la morte e il morire, essere spostato tra diverse unità di cura, carenza di risorse essenziali (compreso il personale infermieristico) e sovraccarico di lavoro.

La revisione ha identificato quattro aree principali che contribuiscono alla carenza infermieristica: l'invecchiamento della forza lavoro infermieristica, calo delle iscrizioni ai corsi di laurea infermieristici, il cambiamento del clima lavorativo e l'associata immagine "povera" dell'assistenza infermieristica ritratta nella comunità.

Uno studio ha rilevato invece che il morale basso, l'insoddisfazione sul lavoro, il *burnout* e l'intenzione di lasciare la professione erano comuni in tutto il campione. Inoltre, gli infermieri hanno riportato un aumento del carico di lavoro con conseguente diminuzione della capacità di completare i compiti infermieristici e non. Questa condizione ha il potenziale per contribuire in modo significativo a una diminuzione della qualità di cure erogate.

In seguito, da un studio di *focus group* qualitativo australiano è emerso che l'aumento del *turnover* e la gravità dello stato di salute dei pazienti senza adeguati livelli di competenza del personale era una grande fonte di *stress* per gli infermieri. Altri fattori di *stress* identificati dallo studio includevano: maggiori responsabilità e ruoli, svolgere compiti diversi dalla loro specialità a causa della mancanza di personale e l'aumento del carico di lavoro.

Un ulteriore studio di ricerca ha scoperto che i neolaureati avevano sperimentato una significativa ambiguità di ruolo correlata alla loro insoddisfazione lavorativa durante i primi 12 mesi. La transizione al loro nuovo ruolo è stata associata alla mancanza di informazioni chiare e coerenti sulle proprie mansioni e competenze.

Gli infermieri sono inoltre a maggior rischio di aggressione sul posto di lavoro rispetto ad altri professionisti, la possibilità di essere esposti a tale aggressione si traduce in ansia e si correla a congedi per malattia, *burnout* e tassi elevati di abbandono.

Hanno anche scoperto che la mancanza di supporto e l'uso dell'evitamento della fuga come *coping* non erano utili in termini di mantenimento della salute mentale. Questa ricerca suggerisce che per affrontare eventi stressanti, piuttosto che evitarli, bisogna fornire supporto all'interno del posto di lavoro agli operatori.

Alcuni esempi discussi in questo articolo includono l'uso di strategie educative e di gestione dello *stress* per ridurre gli effetti negativi di quest'ultimo:

- **Strategie di *teambuilding***;
- Miglioramento del **supporto sociale** come attività sociali e supporto tra pari;
- **Flessibilità** nell'orario di lavoro;
- Protocolli per affrontare la **violenza**;
- **Maggiori opportunità** di autonomia e *feedback* tempestivi;
- Rimuovere l'**età pensionabile** obbligatoria e incoraggiare ad una formazione continua;
- Aumentare le iscrizioni infermieristiche mediante **strategie attrattive**.

**Autore:** Chen, Y-C., Guo, Y-L.L., Chin, W-S., Cheng, N-S., Ho, J-J., & Shiao, J.S-C.

**Titolo:** “*Patient-Nurse Ratio is Related to Nurses' Intention to Leave Their Job through Mediating Factors of Burnout and Job Dissatisfaction.*”

L'obiettivo di questo studio è indagare gli effetti della proporzione numerica del rapporto infermiere-pazienti sull'intenzione di abbandonare la professione infermieristica, considerando il ruolo del *burnout* e dell'insoddisfazione lavorativa.

Sono state condotte due indagini trasversali nel 2013 e nel 2014 con un questionario strutturato e autosomministrato, approvato dalla *Research Ethics Committee* (REC) del *National Taiwan University Hospital*, mediante campionamento casuale per un totale di 1'409 infermieri a tempo pieno. La maggior parte dei partecipanti era di sesso femminile (97,2%), single (71,4%), l'età media era di 29,9 anni e avevano un livello di istruzione universitario. Il tasso di risposta effettiva totale è stato del 59,2%.

I fattori correlati all'intenzione di abbandonare la professione possono essere raggruppati in due gruppi: i dati demografici, come età, sesso, stato civile, livello di istruzione e durata del lavoro; e il contesto lavorativo, come personale infermieristico inadeguato, carico di lavoro, ingiustizia sul posto di lavoro, violenza sul posto di lavoro, relazioni interpersonali, *burnout* e insoddisfazione sul lavoro.

In primo luogo, è stata valutata l'associazione tra il rapporto medio giornaliero pazienti-infermiere, l'incidenza di *burnout* del personale e l'insoddisfazione lavorativa. In secondo luogo, si sono studiate le associazioni tra l'intenzione degli infermieri di abbandonare con il rapporto medio giornaliero pazienti-infermiere e il *burnout*.

Gli studi hanno indicato che la violenza sul posto di lavoro e l'assenza di supporto-supervisione sono associati positivamente al *burnout* e associati negativamente alla soddisfazione sul lavoro, per cui potrebbero essere predittori dell'intenzione di abbandonare la professione infermieristica.

Al contrario, essere sposati, la giustizia sul posto di lavoro, rapporti positivi tra infermieri e medici e un carico di lavoro adeguato riducono l'intenzione di andarsene.

**Autore:** Golbasi, Z., Kelleci, M., & Dogan, S.

**Titolo:** “*Relationship between coping strategies, individual characteristics and job satisfaction in a sample of hospital-nurse: a cross-sectional questionnaire survey.*”

Lo studio si propone di descrivere la relazione tra la soddisfazione lavorativa, le strategie di coping e le caratteristiche personali tra gli infermieri che lavorano in un ospedale in Turchia.

Questo sondaggio trasversale è stato eseguito in un ospedale universitario nel settembre 2005. Sono stati invitati 250 infermieri (di cui solo 186 parteciparono effettivamente) del *Cumhuriyet University Hospital and Practice Hospital* a completare in modo volontario e anonimo i vari test, tra cui il *Minnesota Satisfaction Questionnaire* (MSQ), il quale permette di indagare la soddisfazione lavorativa degli impiegati mediante diversi *items* relativi al lavoro in maniera intrinseca, estrinseca e generale, e il *Ways of Coping Inventory* (WCI), documento sviluppato da Folkman e Lazarus per determinare i modi impiegati dagli individui per far fronte a condizioni stressanti attraverso 30 elementi valutati su un intervallo di scala Likert a 4 punti da 0 a 3.

È stato determinato che più gli infermieri usano approcci "fiduciosi in sé stessi" e "ottimisti" maggiore è la loro soddisfazione sul lavoro, ma d'altra parte, più usano l'approccio "impotente", minore è la loro soddisfazione sul lavoro.

**Autore:** Happel, B., Dwyer, T., Reid-Searl, K., Burke, K. J., Caperchione, C. M., & Gaskin, C. J.

**Titolo:** "*Nurses and stress: recognizing causes and seeking solutions.*"

Questa ricerca qualitativa ha lo scopo di identificare i fattori di *stress* lavoro correlato e le possibili strategie del posto di lavoro per poter affrontarli.

Gli infermieri sono stati intervistati all'interno di sei *focus group* svolti presso un ospedale regionale del Queensland, in Australia. Le interviste sono state audioregistrate e trascritte.

I partecipanti erano 38 infermieri con diversi gradi di occupazione e che ricoprivano diversi livelli della gerarchia, inclusi quattro direttori infermieristici, tredici responsabili di unità infermieristiche e ventuno infermieri di reparto.

Agli infermieri sono state poste in particolare due questioni a risposta aperta per guidare la discussione iniziale: "Quali sono le fonti di *stress* per te nei tuoi ruoli infermieristici in questo ospedale?" e "Cosa potrebbe essere introdotto nel tuo posto di lavoro che farebbe la differenza per i livelli di *stress* che provi?"

Dai dati raccolti all'interno dei sei *focus group* sono emerse dodici fonti di *stress*: elevati carichi di lavoro, indisponibilità dei medici, mancanza di supporto, problemi di risorse umane, problemi interpersonali, parenti dei pazienti, lavoro a turni, scarsa disponibilità di parcheggio auto, consegna infermieristica di bassa qualità, nessuno spazio comune per gli infermieri, nessuna possibilità di crescita professionale e il disagio emotivo proveniente dalla relazione con pazienti con una pessima salute mentale.

Nel materiale dei sei *focus group* si evidenziavano undici iniziative per ridurre lo *stress*: modifica del carico di lavoro, iniziative non basate sui reparti, cambio dell'orario dei turni, inoltre di suggerimenti per il cambiamento, musica nei reparti, eventi speciali, sviluppo organizzativo, pause durante l'orario di lavoro, massaggiatori nei reparti, riconoscimento da parte della direzione e della leadership all'interno del reparto.

**Autore:** Happell, B., Reid-Searl, K., Dwyer, T., Caperchione, C. M., Gaskin, C. J., & Burke, K. J.

**Titolo:** "*How nurses cope with occupational stress outside their workplaces.*"

Il presente studio tenta di comprendere e valutare le modalità di coping degli infermieri australiani che adoperano nella vita privata per affrontare lo *stress* lavoro correlato.

Questo studio qualitativo ha coinvolto un campione di 38 infermieri impiegati in un ospedale australiano, suddivisi in 4 direttori infermieristici, 13 responsabili di unità infermieristiche e 21 infermieri di reparto. Sono stati condotti un totale di sei *focus group* al fine di evitare che la presenza dei direttori infermieristici influenzasse le risposte sono stati creati dei focus group separati. Durante ogni sessione, i membri del *team* di ricerca hanno incoraggiato i partecipanti a condividere i propri pensieri, convinzioni e opinioni

su una serie di argomenti di discussione tramite domande semi-strutturate per guidare la discussione, per esempio: "Come hai gestito il tuo *stress* lavoro-correlato al di fuori dell'ambiente di lavoro?". Tutte le sessioni sono state audio registrate, in accordo con *University and the Health Service Districts Human Research Ethics Committees* e le trascrizioni sono state utilizzate come materiale per l'analisi attraverso l'identificazione dei passaggi rilevanti che supportassero i temi da sviluppare.

Dalle discussioni del *focus group* sono emerse 11 strategie di coping, tra cui bere alcolici, fumare tabacco, fare parte di *social club*, utilizzare i *social network*, fare esercizio fisico, fare attività familiari, fare attività domestiche, fare attività all'aperto, evitare le persone, proiettare la rabbia sugli altri e dormire. Altri hanno affermato che socializzare con i colleghi fosse una strategia efficace per fronteggiare lo *stress*, al contrario altri partecipanti dello studio hanno affermato tecniche di evitamento o comunque un'incapacità di socializzare. Una parte di infermieri ha menzionato comportamenti considerati "antisociali": evitare le altre persone o proiettare la rabbia sugli altri, tali meccanismi di *coping* hanno avuto un impatto negativo sulle proprie relazioni. Alcuni infermieri hanno riferito di impegnare il loro tempo in altre attività così da dimenticare il lavoro e ridurre i livelli di *stress*.

In conclusione, il presente studio dimostra che il supporto sociale è un meccanismo di *coping* comunemente utilizzato dagli infermieri come mezzo per far fronte allo *stress* lavoro correlato, anche se si deduce che talvolta vengono utilizzate sia strategie adattive che disadattive. Strategie come bere alcolici, fumare tabacco, evitare le persone e distaccarsi possono avere tutte conseguenze negative sulla persona. Fare esercizio fisico viene indicata come una modalità di *coping* che potrebbe essere efficace anche sugli altri professionisti, grazie ai benefici per la salute.

In questo studio non sono state considerate le modalità di *coping* incentrate sul problema in quanto lo studio era focalizzato sul modo in cui gli infermieri affrontano lo *stress* lavoro correlato al di fuori dell'orario di lavoro.

**Autore:** Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., & Ilic, D.

**Titolo:** "*Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses.*"

Questo studio trasversale, condotto nel 2013, a cui hanno partecipato 895 infermieri su un totale di 1200 invitati di quattro ospedali situati nella provincia di Gauteng (Sud Africa), ha identificato la relazione tra *stress* lavoro correlato, *burnout*, soddisfazione lavorativa e stato di benessere degli infermieri. Per determinare le associazioni significative, il *burnout* e la soddisfazione lavorativa sono stati inseriti come variabili indipendenti, mentre la salute generale come variabile dipendente.

Ai partecipanti è stato richiesto di completare cinque questionari approvati dal *Human Science Research Council* (HSRC) distribuiti in modo casuale un totale di 300 infermieri per ogni ospedale. Un primo questionario socio-demografico (SDQ) composto da domande relative all'età, al sesso, al livello di istruzione e al numero di ore lavorative alla settimana. Un secondo questionario, *Nursing Stress Inventory* (NSI), per misurare in modo specifico la frequenza e la gravità di cinque specifici fattori di *stress* identificati tra gli infermieri sudafricani: l'assistenza ai pazienti, i problemi del personale, i problemi di supervisione/gestione, gli straordinari e le richieste di lavoro. Successivamente, viene fornito il *Maslach Burnout Inventory* e *Human Services Survey* (MBI-HSS), elaborato per identificare il *burnout* tra i professionisti sanitari e composti da 22 item sotto forma di

affermazioni basate su sentimenti e atteggiamenti personali. Il questionario *Job Satisfaction Survey* (JSS) misura la soddisfazione sul lavoro, è composto da 36 domande e indaga nove aspetti: retribuzione, promozione, supervisione, benefici, premi, condizioni lavorative, colleghi, natura del lavoro e comunicazione. Infine, vi è il *General Health Questionnaire* (GHQ-28) sviluppato per rilevare gli stati psicologici attuali e la qualità della vita percepita che possono avere conseguenze sulla salute psico-fisica, composto da 28 item e valuta elementi come ansia e insonnia, disfunzione sociale e sintomi depressivi gravi.

Dallo studio sono risultati cinque principali fattori che contribuiscono allo *stress* lavorativo: poca sicurezza sul posto di lavoro, risorse materiali scarse, numero di infermieri insufficiente, scarsa motivazione a lavorare e i problemi del personale. Quest'ultimo è il più frequentemente associati al *burnout* e alla soddisfazione sul posto di lavoro. Il *burnout* è altamente correlato in negativo alla salute generale degli infermieri. Lo studio ha rilevato che lo *stress* derivante dai problemi del personale era associato a tutte e tre le dimensioni del *burnout*, ovvero l'esaurimento emotivo, la depersonalizzazione e la non realizzazione personale, e sovente gli infermieri presentavano altrettanto ansia e insonnia. Quanto appena riportato potrebbe compromettere la produttività e le prestazioni, oltre a influenzare la qualità della cura del paziente.

Riguardo alla sicurezza sul posto di lavoro, in quanto nel contesto sudafricano vi sono elevati livelli di criminalità, gli infermieri riferiscono spesso insicurezza e paura e di conseguenza l'erogare cure di qualità diventa meno importante in quanto risulta prioritaria soddisfare i bisogni di livello inferiore come la sicurezza, come rappresentato nella Piramide di Maslow.

In conclusione, la ricerca riporta che i programmi che insegnano la gestione dello *stress* a livello della formazione possono fornire un evidente supporto agli infermieri. Inoltre, viene rimarcata anche l'efficacia degli approcci centrati sull'organizzazione del lavoro. In seguito, si sottolinea come un ambiente in cui vi è una libera comunicazione sui problemi lavorativi equivale a una risorsa contro l'esaurimento emotivo.

**Autore:** Letvak, S., Ruhm, C., & Lane, S.

**Titolo:** “*The impact of nurses' health on productivity and quality of care.*”

Questo studio qualitativo ha condotto due *focus group* per indagare le influenze che i problemi di salute degli infermieri e gli agenti stressogeni all'interno degli ospedali hanno sulle cure erogate.

I partecipanti erano 28 infermieri, di diverse età e solo uno di sesso maschile, reclutati tramite pubblicazione di volantini, annunci alle riunioni del personale e passaparola, che lavoravano in sei ospedali differenti della Carolina del Nord.

Sono stati creati due gruppi *focus* per tre tipi di gruppi: il primo gruppo consiste in infermieri con problemi di salute, il secondo concerne infermieri in salute che lavorano con colleghi che presentano problemi di salute e l'ultimo gruppo riguarda gli infermieri con ruolo di manager che supervisionano infermieri con problemi di salute. Per garantire che ad ogni gruppo di infermieri fossero poste domande simili, sono state utilizzate dodici domande guida semi-strutturate.

I principali temi emersi dai *focus group* sono stati: la salute degli infermieri e le problematiche da esse derivanti, la produttività e la qualità dell'assistenza, la mancanza di conoscenze e l'ambiente di lavoro. Nel dettaglio, gli infermieri sentivano che i loro problemi di salute influivano sulla loro capacità di completare le attività lavorative in modo tempestivo, influenzando le interazioni interpersonali con colleghi e pazienti, alterando la loro memoria, e interferendo con la loro capacità di documentare correttamente.

Questo studio documenta che anche gli infermieri, oltre ai pazienti, risentono della precarietà della propria salute e quella dei loro colleghi, con un impatto sulla produttività del personale e sulla qualità delle cure.

**Autore:** Lim, J., Bogossian, F., & Ahern, K.

**Titolo:** “*Stress and coping in Australian nurses: a systematic review.*”

L'obiettivo di questa revisione sistematica è di identificare i fattori che contribuiscono allo *stress* negli infermieri australiani sottolineando gli effetti sulla salute e di considerare le strategie di *coping* che utilizzano valutando il loro effetto sul proprio benessere.

Sono stati analizzati 27 articoli pubblicati nelle riviste infermieristiche *Contemporary Nurse*, *Journal of Advanced Nursing*, *International Journal of Nursing Studies* e *Nursing and Health Sciences* dal 1996 al 2008 sullo *stress* e sulle modalità di *coping* all'interno della popolazione infermieristica australiana. Le parole chiave adoperate sono le seguenti: “Australia”, “infermiere”, “*stress*”, “*stress* lavoro correlato” e “*coping*”.

La maggiore parte degli studi ha utilizzato metodi quantitativi: quattro di questi hanno riportato che il carico di lavoro è la principale fonte di *stress* per gli infermieri, risultato evidenziato tramite la *Nursing Stress Scale*, utilizzata per identificare i fattori di *stress* percepiti dagli infermieri sul lavoro. L'87,8% dei partecipanti ha riferito di sperimentare *stress* relativo al carico di lavoro.

In seguito, tre studi hanno evidenziato episodi di aggressione sul posto di lavoro correlata ai livelli di *stress* degli infermieri: in Tasmania 270 infermieri hanno riportato tra le fonti maggiormente stressogene l'aggressività tra colleghi (25%), l'aggressività rivolta agli infermieri stessi dai parenti dei pazienti (16%) e l'aggressività dal medico (11%).

I restanti articoli hanno trovato una correlazione tra lo *stress* e la turnistica di lavoro, il mancato sostegno sociale e le pressioni e le aspettative esterne.

Alcuni studi sottolineano come gli effetti negativi dello *stress* abbiano ripercussioni anche sulle relazioni familiari e sociali degli infermieri. Da notare che il supporto sociale risulta altrettanto importante nella percezione dello *stress* da parte degli infermieri: in assenza di tale supporto sociale, gli operatori sanitari percepiscono maggiori livelli di *stress*.

In generale, la revisione sostiene che lo *stress* mette a rischio la salute fisica e mentale degli infermieri e contribuisce a un elevato *turnover* accompagnato ad un'elevata intenzione di lasciare la professione.

Questa revisione ha analizzato anche 11 studi incentrati sulle strategie di *coping* degli infermieri australiani: tre studi riportano che vengono adoperate strategie di *coping*



incentrate sul problema, uno studio afferma invece che il *coping* incentrato sulle emozioni è prevalente rispetto all'altro mentre gli articoli restanti hanno rilevato che nella maggiore parte dei casi gli individui fanno riferimento a una combinazione di strategie di *coping* incentrate sia sul problema sia sulle emozioni. In particolare, il *problem solving* insieme alle strategie di autocontrollo e di ricerca di supporto sociale risultano le tecniche più frequentemente riportate, seguita dall'autocontrollo e dalla ricerca di supporto sociale. In aggiunta, gli studi specificano che il *coping* incentrato sulle emozioni influiva negativamente sul benessere degli infermieri.

Secondo la revisione, ulteriori strategie di *coping* utilizzate dagli infermieri consistono nella fuga-evitamento e distacco emotivo. Gran parte degli studi ha evidenziato che gli infermieri utilizzano strategie di *coping* incentrate sul problema (associato in generale a risultati di buona salute mentale e benessere) più che strategie di *coping* incentrate sulle emozioni (generalmente associate a una salute mentale e un benessere peggiori).

**Autore:** Masanotti, G. M., Paolucci, S., Abbafati, E., Serratore, C., & Caricato, M.

**Titolo:** “*Sense of Coherence in Nurses: A Systematic Review.*”

Lo scopo di questo lavoro è analizzare come diverse variabili lavorative e individuali vengono influenzate dal *sense of coherence* (SOC) e verificare se questo riesca a prevenire effetti negativi per la salute.

La ricerca sistematica, conclusa a gennaio 2019, è stata condotta sulle banche dati *PubMed*, *Web of Science* e *Scopus*. Sono stati inclusi i seguenti termini: “*sense of coherence*”, “infermiere”, “infermieri”, “infermieristica”, “*caregiver* formali”. Sono stati ottenuti un totale di 876 documenti.

Gli studi trasversali sono stati esaminati per correlazioni tra salute fisica e mentale, ansia, *burnout*, soddisfazione lavorativa e il SOC, con studi di intervento utilizzati per valutare l'influenza che sviluppo del SOC negli infermieri ha sul proprio benessere.

È stata scientificamente provata una correlazione inversa tra il SOC, appiattimento emotivo e distacco mentale. Inoltre, è stata osservata una correlazione positiva tra il SOC, adattabilità sul posto di lavoro e soddisfazione sul lavoro. Oltre a ciò, il *burnout* e il SOC sono risultati inversamente correlati: tecniche salutogeniche più forti sono associate a punteggi più alti nella realizzazione personale, a livelli inferiori di esaurimento emotivo e depersonalizzazione.

Si evidenzia successivamente che gli infermieri che non hanno mai subito un evento traumatico avevano il SOC più forte: la motivazione potrebbe essere duplice, o che gli infermieri con un SOC forte non sono in condizioni di percepire un evento come traumatico oppure, invece, non ne hanno mai subito uno.

In conclusione, la revisione ha rilevato che il SOC è un fattore preventivo di stati depressivi, di *burnout*, di insoddisfazione lavorativa e incide significativamente sulle assenze dal posto di lavoro e sulle malattie: il SOC pertanto risulta essere una risorsa che promuove la salute.

**Autore:** Orly, S., Rivka, B., Rivka, E., & Dorit, S. E.

**Titolo:** “*Are cognitive-behavioral interventions effective in reducing occupational stress among nurses?*”

Lo scopo di questo studio di tipo *randomized controlled trial* è quello di analizzare l'effetto di un corso cognitivo-comportamentale (CBI) sul benessere e sul SOC degli infermieri. Lo studio ha confrontato il *sense of coherence*, lo *stress* percepito e gli stati d'animo di 20 infermieri che avevano partecipato al corso cognitivo-comportamentale con quello di 16 partecipanti di controllo utilizzando una metodologica di *pre* e *post test* a t1 (inizio dello studio) e t2 (dopo 4 mesi dal completamento del CBI).

Questo studio comprende un campione di 36 infermieri di un ospedale di Israele divisi in due gruppi. Vi è un gruppo di studio ( $n = 20$ ) che ha partecipato a un corso cognitivo-comportamentale e un gruppo di controllo ( $n = 16$ ). Gli infermieri selezionati dovevano rispettare i seguenti criteri: almeno 5 anni di esperienza ed avere un'età compresa tra 28-60 anni.

I dati sono stati identificati tramite un questionario strutturato autosomministrato a t1 e a t2: tra i due momenti predefiniti il gruppo di studio ha avuto occasione di partecipare a 16 incontri di CBI per un totale di 64 ore, in cui sono stati spiegati e divulgati concetti teorici e pratici, come tecniche di respirazione e l'allenamento muscolare progressivo.

Per valutare l'efficienza di tale corso si è utilizzata la *Perceived Stress Scale*, che misura il grado di stress fornito a situazioni della propria vita, e il *Profile of Mood States*, strumento che consiste in 58 *item* che rilevano tensione, ansia, depressione, appiattimento emotivo, rabbia, vigore, affaticamento e confusione.

A t1 non sono state riscontrate differenze significative tra i due gruppi in termini di *sense of coherence*, *stress* percepito e stati dell'umore. A t2, solo tra i partecipanti al corso cognitivo-comportamentale sono stati riscontrati un aumento significativo di tali variabili.

I risultati hanno mostrato che gli infermieri partecipanti al corso cognitivo-comportamentale avevano un livello di *sense of coherence* più alto, più vigore, meno *stress* percepito da situazioni quotidianamente stressanti e meno affaticamento, probabilmente per un ristrutturamento funzionale a livello cognitivo. Si segnala però che non vi sono state differenze tra i due gruppi per quanto concerne le emozioni, come la rabbia, e lo stato depressivo.

**Autore:** Shah, M. K., Gandrakota, N., Cimiotti, J. P., Ghose, N., Moore, M., & Ali, M. K.

**Titolo:** “*Prevalence of and Factors Associated With Nurse Burnout in the US.*”

Questa revisione di letteratura ha utilizzato i dati del sondaggio condotto negli Stati Uniti, da aprile ad ottobre 2018, su oltre 3,9 milioni di infermieri raccolti dal *Department of Health and Human Services' Health Resources and Service Administration National Sample Survey of Registered Nurses* (NSSRN). Lo scopo è quello di indagare in che modo l'ambiente lavorativo influenza e porta gli infermieri ad abbandonare il lavoro e la professione sanitaria.

Le variabili prese in considerazione per valutare il *burnout* e l'abbandono della professione infermieristica sono le seguenti: anni lavorativi, posizione ricoperta e



sull'ambiente di lavoro, la percentuale di occupazione e il motivo del cambiamento del posto di lavoro o le ragioni che contribuirebbero a tale decisione. La valutazione delle risposte al sondaggio è stata fatta mediante statistiche descrittive.

Sul totale degli infermieri intervistati, il 9,5% aveva lasciato una posizione lavorativa recentemente indicando il burnout come motivazione, e la stessa motivazione è stata data dal 43,4% degli infermieri che considerano di abbandonare il mestiere. Gli altri fattori predisponenti sono: ambiente lavorativo stressante, personale inadeguato, mancanza di *leadership*, migliori retribuzioni o altri benefici. Dallo studio è emerso una correlazione tra un alta percentuale lavorativa (più di 40 h/settimana) e lasciare il lavoro a causa del *burnout*. Rispetto a lavorare meno di 20 ore/settimana, la probabilità di identificare il *burnout* come motivo di lasciare la propria posizione aumentava del doppio lavorando da 20 a 30 ore/settimana, del triplo lavorando da da 31 a 40 ore/settimana e quasi il quadruplo se più di 40 h/settimana.

In particolare, l'età media degli infermieri che hanno lasciato il lavoro a causa del *burnout* era di 42,0 anni. L'associazione più comune che porta ad abbandonare il lavoro o anche solo a pensare di farlo è con la variabile del *burnout*, dell'ambiente di lavoro stressante, del personale inadeguato e della mancanza di supporto dalla *leadership*.

**Autore:** Zhang, Y. Y., Zhang, C., Han, X. R., Li, W., & Wang, Y. L.

**Titolo:** “*Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing: A correlative meta-analysis.*”

Lo scopo di questa meta-analisi è di valutare i fattori che influenzano sia la soddisfazione, che deriva dal sentirsi competente e in grado di svolgere bene il proprio lavoro, sia la *compassion fatigue* e il *burnout* nell'assistenza infermieristica.

Attraverso la ricerca della letteratura nei *database* sono stati individuati undici studi che riportano i risultati di sondaggi pertinenti, dai quali è stata successivamente eseguita un'estrazione dei dati. Il costrutto ( $r$ ) indica i coefficienti di correlazione: più ( $r$ ) si avvicina a zero, più non si evidenzia una correlazione tra le variabili, un valore di ( $r$ ) positivo più vicino a +1 equivale a una proporzionalità diretta delle variabili e mentre indiretta se il valore è negativo e si avvicina al -1.

Il campione era costituito da 4'054 intervistati, prevalentemente donne (87%) con età media di 40 anni. Solo il 64% ha effettivamente partecipato allo studio, il quale ha utilizzato la scala della qualità professionale della vita (ProQoL), un questionario di 30 item che indaga la *compassion fatigue*, il *burnout* e la soddisfazione lavorativa tra gli operatori sanitari. Sono stati esclusi gli articoli che riportavano studi di tipo qualitativo o campioni con studenti infermieri.

Dallo studio emerge una forte correlazione positiva tra la *compassion fatigue* e il *burnout* ( $r = 0,59$ ), mentre la soddisfazione lavorativa viene lievemente correlata negativamente con la *compassion fatigue* ( $r = -0,226$ ) ma fortemente correlato con il *burnout* ( $r = -0,446$ ). Lo *stress* viene spesso associato positivamente con la *compassion fatigue* ( $r = 0,405$ ) ma debolmente correlato con il *burnout* ( $r = 0,119$ ).

In conclusione, questa meta-analisi esplicita come lo *stress* e i sentimenti negativi promuovano la *compassion fatigue*, mentre al contrario i sentimenti positivi e la socialità promuovono il benessere.

## 5.4. Discussione

### ***Stress e burnout***

Dagli articoli selezionati e studiati appare evidente la forte presenza dello *stress*, e delle conseguenze da esso derivate, in ambito infermieristico.

Nell'articolo di revisione pubblicato da Chang et al. (2005) vengono presentati gli *stressors* più comuni relativi all'ambiente lavorativo, tra cui, in particolar modo, l'elevato carico di lavoro e la carenza di risorse essenziali, l'aumento del *turnover* e le scarse relazioni di supporto. È importante notare che il sovraccarico di lavoro crea negli infermieri una sensazione di inadeguatezza a portare a termine le mansioni a loro assegnate e questo, attraverso un circolo a *feedback* positivo, va ad aumentare lo *stress* percepito fino a sfociare in *burnout*.

Non meno importante, da questo studio risulta altrettanto rilevante la correlazione tra la gestione di pazienti complessi con lo *stress* lavorativo. Questo trova particolare riscontro nel quadro teorico, in quanto come sostenuto da Varrasi (2001), lavorare a contatto con utenti, e dunque con la loro serie di patologie e acuzie, agli infermieri può portare episodi di intensa emotività e di *stress*.

Invece, lo studio eseguito da Chen et al. (2019) in Taiwan ha dimostrato, attraverso due indagini trasversali, che vi è una chiara associazione tra il rapporto numerico medio giornaliero di pazienti e infermiere e l'incidenza di *burnout*: un persistente carico di lavoro elevato porta lo sviluppo della sindrome di *burnout* tra gli infermieri, il che comporta a un'insoddisfazione lavorativa. Inoltre, se da una parte è stato possibile indicare che le violenze subite sul posto di lavoro e l'assenza di un adeguato supporto sono variabili associate positivamente al *burnout*, dall'altro lato si evince che la giustizia sul posto di lavoro, la presenza di rapporti positivi tra infermieri e medici e un carico di lavoro adeguato aumentano i livelli di soddisfazione.

In seguito, dalla ricerca del 2013 di Happel et al. "*Nurses and stress: recognizing causes and seeking solutions*" in cui sono stati intervistati 38 infermieri australiani divisi in sei *focus group*, emergono dodici principali fonti di *stress*, che sono: elevati carichi di lavoro, indisponibilità dei medici, mancanza di supporto a livello istituzionale, problemi di risorse umane, problemi interpersonali, parenti dei pazienti, lavoro a turni, scarsa disponibilità di parcheggio auto, consegna infermieristica di bassa qualità, nessuno spazio comune per gli infermieri, nessuna possibilità di crescita professionale e il disagio emotivo proveniente dalla relazione con pazienti con una pessima salute mentale.

Oltre a ciò, lo studio di revisione di letteratura di Lim et al. (2010) ha identificato, a livello australiano, le cause di *stress* lavoro correlato: anche in questo caso appare l'elevato carico di lavoro seguito dalle pressioni e aspettative esterne e dall'aggressività non solo tra colleghi ma anche dal medico e dai parenti dei pazienti. In generale, la revisione sostiene che lo *stress* mette a rischio la salute fisica e mentale degli infermieri.

Successivamente, un'ulteriore revisione di letteratura negli Stati Uniti, "*Prevalence of and Factors Associated With Nurse Burnout in the US.*" del 2021, sottolinea una correlazione tra un'alta percentuale lavorativa (più di 40 ore/settimana) e l'incidenza del *burnout*. Rispetto a lavorare meno di 20 ore/settimana, la probabilità di riscontrare il

*burnout* aumentava del doppio lavorando da 20 a 30 ore/settimana, del triplo lavorando da da 31 a 40 ore/settimana e quasi il quadruplo se più di 40 ore/settimana.

Infine, la meta-analisi elaborata da Zhang et al. (2018) fa emergere una forte proporzione diretta tra la *compassion fatigue* e il *burnout*, mentre la soddisfazione lavorativa viene lievemente correlata negativamente con la *compassion fatigue* ma fortemente correlata con il *burnout*. Lo *stress* viene spesso associato positivamente con la *compassion fatigue*. In conclusione, questa meta-analisi esplicita come lo *stress* e i sentimenti negativi promuovano la *compassion fatigue*.

In grandi linee, i vari articoli sopra citati riportano ed evidenziano gli stessi agenti stressogeni che si possono riassumere in: carico di lavoro elevato da interpretare come eccessivo rapporto tra numero di pazienti per ogni singolo operatore e personale infermieristico insufficiente, rapporti non soddisfacenti con gli altri collaboratori presenti in clinica, mancanza di *leadership* autorevole e la gestione dell'*équipe*, presa a carico dei vissuti emotivi degli utenti e delle loro famiglie a seguito di diagnosi o morte (e dunque la loro ripercussione sull'infermiere), ardua turnistica lavorativa e ricompense lavorative scarse e mancata crescita professionale.

In aggiunta, questi articoli sono la dimostrazione scientifica di quando teorizzato da Lazzari (2007): la relazione che intercorre tra lo *stress* e la patologia vera e propria è di tipo circolare in cui tutto lo *stress* in eccesso a carico dell'individuo comporta una riduzione in termini di efficienza del funzionamento interno dell'organismo e del suo comportamento. Da come si evince infatti dagli articoli, lo *stress* prolungato porterebbe al *burnout*, una condizione caratterizzata da un esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale. È una forma di *stress* professionale in seguito del quale non si è più in grado di affrontare il carico lavorativo e ci si imbatte in un esaurimento cronico delle proprie energie che può influire anche nella vita privata (Maslach & Persico, 1997).

Ma dunque l'infermiere è veramente in grado di elaborare gli eventi vissuti a lavoro e staccare la cosiddetta "spina" una volta finito il turno?

### **Le conseguenze a livello lavorativo**

Innanzitutto, lo studio di Khamisa et al. (2015), avvenuto in Sud Africa, delinea i cinque principali fattori che contribuiscono allo *stress* lavorativo e che più sono frequentemente associati al *burnout* e alla soddisfazione sul posto di lavoro: poca sicurezza sul posto di lavoro, risorse materiali scarse, numero di infermieri insufficiente, scarsa motivazione a lavorare e i problemi del personale. Da notare che lo *stress* derivante dai problemi del personale era associato a tutte e tre le dimensioni del *burnout*, ovvero l'esaurimento emotivo, la depersonalizzazione e la non realizzazione personale, e sovente gli infermieri presentavano altrettanto ansia e insonnia. Il *burnout* è altamente correlato in negativo alla salute generale degli infermieri e questo nel tempo compromette la produttività e le prestazioni, oltre a influenzare la qualità delle cure erogate.

Oltre a quanto già detto, Chen et al. (2019) hanno rimarcato i fattori correlati all'intenzione di abbandonare la professione e quelli più incidenti appartengono al contesto lavorativo, come l'ingiustizia e la violenza sul posto di lavoro, le relazioni interpersonali, il *burnout*, l'insoddisfazione sul lavoro, il personale infermieristico carente e l'eccessivo carico di lavoro.

Relativamente a quanto appena detto, Chang et al. (2005) hanno identificato quattro aree principali che contribuiscono alla carenza del personale infermieristico: l'invecchiamento della forza lavoro infermieristica, calo delle iscrizioni ai corsi di laurea infermieristici, l'abbandono precoce della professione e l'associata immagine "povera" dell'assistenza infermieristica ritratta nella comunità.

È qui interessante notare come il *burnout* porta ad abbandonare la professione, e l'abbandono precoce del mestiere influisce sull'eccessivo carico di lavoro aumentando così i livelli di *stress* tra gli infermieri ancora attivi: si tratta di un ciclo a *feedback* positivo.

Dalla ricerca del 2011 di Letvak et al., "*The impact of nurses' health on productivity and quality of care.*", in cui sono stati condotti due *focus group* in Carolina del Nord per indagare le influenze che i problemi di salute degli infermieri e gli agenti stressogeni all'interno degli ospedali hanno sulle cure erogate. È risultato che gli infermieri stessi percepivano i loro problemi di salute come influenze negative in relazione alla loro capacità di completare le attività lavorative in modo tempestivo e di stabilire interazioni interpersonali con colleghi e pazienti adeguati.

Infine, lo studio di revisione della letteratura di Shah et al. (2021), avvenuto negli Stati Uniti, rileva che la variabile relativa al lavoro che porta maggiormente ad abbandonare il lavoro o anche solo a pensare di farlo è il *burnout*. Altri fattori meno incidenti ma comunque rilevanti sono l'ambiente di lavoro stressante e il mancato supporto dalla *leadership*.

Dagli articoli appena esposti si potrebbe trarre la conclusione che la precarietà della propria salute e quella dei propri colleghi ha un impatto sulla produttività del personale e sulla qualità delle cure. In aggiunta, potrebbe magari succedere che un infermiere, con uno stato di salute psico-fisica fragile, consapevole di non riuscire a soddisfare e adempiere alle varie richieste dei propri pazienti subisce un calo della morale e delle emozioni il che, di conseguenza, si ripercuote nuovamente nell'assistenza fornita.

Come già riportato nel quadro teorico, anche a livello svizzero si evidenzia che il carico lavorativo inteso come rapporto tra numero di pazienti presi in cura e il numero di infermieri per turno, lo *stress* lavoro correlato e il *burnout* sono fattori che contribuiscono allo scontento del personale e alla cessazione dell'attività nel settore sanitario (Addor et al., 2016).

### **Le ripercussioni a livello privato**

L'unico articolo che si occupa in maniera breve della sfera privata è quello di Lim et al. (2010), nel quale viene rimarcato che lo *stress* lavoro correlato e la conseguente situazione di *burnout* ha ripercussioni anche sulle relazioni familiari e sociali degli infermieri.

Purtroppo non viene specificato esattamente di che tipo di ripercussioni si tratta, però nel quadro teorico si è enunciato Cherniss (1983), il quale sostiene che le ripercussioni di carattere privato che si riscontrano in condizioni di *burnout* sono, tra le varie, i conflitti relazionali, l'isolamento, l'insonnia, il senso di esaurimento tutto il giorno, la rabbia e la sensazione di fallimento.

Nonostante vi sono poche evidenze trasversali tra gli articoli riguardo questa tematica, si è comunque deciso di inserirla in quanto parte della domanda di ricerca.

### ***Le strategie salutogeniche e le risorse***

Prima di tutto, Akbar et al. (2015) hanno intervistato degli infermieri iraniani al fine di identificare le strategie che usano per far fronte allo *stress* lavoro correlato. Dall'analisi delle interviste sono emersi sei principali strategie: controllo situazionale delle condizioni, ricerca di aiuto e supporto, monitoraggio preventivo della situazione inteso come azioni di *follow-up* e della concentrazione, autocontrollo, evitamento e fuga e *coping* spirituale.

Attraverso la ricerca del 2013 di Happel et al., "*How nurses cope with occupational stress outside their workplaces*" si sono valutate le modalità di *coping* degli infermieri australiani che adoperano nella vita privata per affrontare lo *stress* lavoro correlato. Dalle discussioni del *focus group* sono emerse 11 strategie di *coping*, tra cui bere alcolici, fumare tabacco, fare parte di *social club*, utilizzare i *social network*, fare esercizio fisico, fare attività familiari, fare attività domestiche, fare attività all'aperto, evitare le persone, proiettare la rabbia sugli altri e dormire. Altri hanno affermato che socializzare con i colleghi fosse una strategia efficace per fronteggiare lo *stress*, al contrario altri partecipanti dello studio hanno affermato tecniche di evitamento o comunque un'incapacità di socializzare. Una parte di infermieri ha menzionato comportamenti considerati "antisociali": evitare le altre persone o proiettare la rabbia sugli altri, tali meccanismi di *coping* hanno avuto un impatto negativo sulle proprie relazioni. Alcuni infermieri hanno riferito di impegnare il loro tempo in altre attività così da dimenticare il lavoro e ridurre i livelli di *stress*. Il presente studio dimostra che il supporto sociale è un meccanismo di *coping* comunemente utilizzato dagli infermieri. Strategie come bere alcolici, fumare tabacco, evitare le persone e distaccarsi possono avere tutte conseguenze negative sulla persona.

Oltre a ciò, lo studio di revisione di letteratura di Lim et al. (2010) ha analizzato, a livello australiano, anche 11 studi incentrati sulle strategie di *coping* degli infermieri australiani: tre studi riportano che vengono adoperate strategie di *coping* incentrate sul problema, uno studio afferma invece che il *coping* incentrato sulle emozioni è prevalente rispetto all'altro mentre gli articoli restanti hanno rilevato che nella maggiore parte dei casi gli individui fanno riferimento a una combinazione di entrambe le strategie di *coping*. In particolare, il *problem solving* insieme alle strategie di autocontrollo e di ricerca di supporto sociale risultano le tecniche più frequentemente adoperate. Secondo la revisione, ulteriori strategie di *coping* utilizzate dagli infermieri consistono nella fuga-evitamento e distacco emotivo. Gran parte degli studi ha evidenziato che gli infermieri utilizzano strategie di *coping* incentrate sul problema (associato in generale a risultati di buona salute mentale e benessere) più che strategie di *coping* incentrate sulle emozioni (generalmente associate a una salute mentale e un benessere peggiori).

Come spiegato anche nel quadro teorico, le strategie di *coping control-oriented* sono state comparate con quelle *escape-oriented* e si è evidenziato come le prime sono più vantaggiose per l'individuo nel lungo periodo, mentre nel breve termine permettono di trarre maggiore beneficio le seconde (Mullen & Suls, 1982).

Si ritiene opportuno sottolineare come le tecniche di *coping*, se utilizzate efficacemente, hanno un effetto determinante sulla salute siccome non vanno solo a influenzare la capacità di gestire lo *stress*, ma anche la capacità di individuare soluzioni creative alle problematiche e di migliorare le relazioni interpersonali (Simonelli & Simonelli, 2010).

Inoltre, lo studio proseguito da Chang et al. (2005) riporta alcuni esempi di uso di strategie educative e di gestione dello *stress* per ridurre gli effetti negativi di quest'ultimo: strategie di *teambuilding*, miglioramento del supporto sociale come attività sociali e supporto tra pari, flessibilità nell'orario di lavoro, protocolli per affrontare la violenza, maggiori opportunità di autonomia e *feedback* tempestivi, rimuovere l'età pensionabile obbligatoria e incoraggiare ad una formazione continua e aumentare le iscrizioni infermieristiche mediante strategie attrattive.

È qui opportuno fare riferimento agli indicatori di un *coping* efficace, cioè che permette di far fronte alle richieste che l'individuo si trova a dover affrontare (Ferrara Cariota & La Barbera, 2006): soluzione del conflitto, contenimento degli effetti collaterali, quantità e qualità di risorse impiegate, moderazione delle reazioni fisiologiche, riduzione del disagio emotivo, strategie adeguate alla complessità sociale, equilibrio del benessere e sviluppo di autostima, autoefficacia, senso di controllo e di competenza.

Lo studio *randomized controlled trial* di Orly et al. (2012) aveva come scopo quello di analizzare l'effetto di un corso cognitivo-comportamentale (CBI) sul benessere e sul SOC degli infermieri. I risultati hanno effettivamente mostrato che gli infermieri partecipanti al corso cognitivo-comportamentale avevano un livello di *sense of coherence* più alto, più vigore, meno *stress* percepito da situazioni quotidianamente stressanti. È di dovere però che non vi sono state differenze tra i due gruppi per quanto concerne le emozioni, come la rabbia, e lo stato depressivo.

In relazione al concetto appena descritto, Masanotti et al. (2020) hanno scientificamente provato una correlazione inversa tra il SOC, l'appiattimento emotivo e il distacco mentale del *burnout*. Inoltre, è stata osservata una correlazione positiva tra il SOC e la soddisfazione sul lavoro. Oltre a ciò, il *burnout* e il SOC sono risultati inversamente correlati: tecniche salutogeniche più forti sono associate a punteggi più alti nella realizzazione personale, a livelli inferiori di esaurimento emotivo e di depersonalizzazione.

Ma da dove proviene questo effetto del SOC? Il *sense of coherence* è un orientamento globale, un forte, continuo e duraturo senso di fiducia nel fatto che il mondo è prevedibile e che c'è possibilità che le cose, in futuro, riusciranno e saranno come ci si aspetta. È una capacità individuale e rappresenta un fattore salutogenico interno che si forma a partire dall'infanzia e arriva a una maturazione intorno ai 30 anni. Gli elementi che compongono il SOC sono la comprensibilità, l'affrontabilità e la significatività: più questi tre elementi sono sviluppati e più la persona sarà in grado di agire attraverso strategie adatte alle varie situazioni (Simonelli & Simonelli, 2010).

Infine, si ritiene opportuno sottolineare che al fine di prestare un sostegno e un'assistenza adeguati è necessario che l'infermiere raggiunga, coltivi e mantenga una determinata stabilità emotiva in quanto, in caso contrario, il ruolo e l'attività lavorativa vengono influenzati negativamente (De Araújo et al., 2004).

## 5.5. Implicazioni per la pratica professionale

A partire dai dati emersi dalla revisione, si potrebbero stabilire delle relazioni con il profilo di competenze del ruolo infermieristico SUP. Siccome si è visto precedentemente che l'infermiere, se non in buone condizioni di salute, non solo non è in grado di garantire la qualità delle cure erogate, ma porta anche conseguenze alla sua sfera privata.

Detto ciò, il primo ruolo del profilo SUP che si relaziona a questo è il **“ruolo di professionista”** (Conférence Spécialisée Santé des Hautes écoles spécialisées suisses, 2021). Come riportato dal documento stesso, l'infermiere, in quanto professionista, è chiamato a sapere essere competente nella propria professione e dunque essere in grado di lavorare adeguatamente per fornire un'assistenza di qualità: per potere adempiere ai suoi doveri, l'operatore sanitario deve sapere essere responsabile della propria salute e sapersi impegnare per il suo mantenimento.

Il secondo ruolo correlato a questa tematica è il **“ruolo di esperto in cure infermieristiche”** (Conférence Spécialisée Santé des Hautes écoles spécialisées suisses, 2021). Come si evince dal documento in questione, l'infermiere deve sapere essere capace di autogestire i propri bisogni, con ciò si intende anche saper gestire la propria salute e la propria malattia attraverso metodi di prevenzione e di trattamento. Qui vale il concetto di dover “stare bene per fare del bene”.

In seguito, il terzo ruolo che si ritiene essere in concomitanza con il discorso è il **“ruolo di promotore della salute”** (Conférence Spécialisée Santé des Hautes écoles spécialisées suisses, 2021). Siccome l'infermiere sa che deve stare in buona salute per potersi occupare di quella degli altri, diviene importante riconoscere il proprio stato di bisogni e di non benessere e quindi sapersi attivare per riacquistare la propria salute e la qualità di vita. Di conseguenza, è essenziale che l'infermiere sia capace di sfruttare delle strategie di promozione alla salute e di prevenzione delle malattie, consapevole dell'importanza di queste ultime nel contesto delle loro attività di cura.

Infine, l'ultimo ruolo che risulta opportuno sottolineare è il **“ruolo di collaboratore”** (Conférence Spécialisée Santé des Hautes écoles spécialisées suisses, 2021). L'infermiere, in quanto membro di un'équipe, ha alle sue spalle la responsabilità della coordinazione delle cure, per cui non solo deve preoccuparsi della salute dei pazienti e della propria, ma sarebbe auspicato che egli sappia sostenere e guidare i colleghi verso una maggiore consapevolezza di loro stessi e che divulghi le proprie conoscenze per aiutare chi potrebbe averne bisogno.

## 6. Conclusioni

### 6.1. Valutazione degli obiettivi prefissati

Per rispondere in maniera pertinente al quesito di ricerca si sono prefissati obiettivi che avrebbero aiutato nello svolgimento di questo Lavoro di Tesi. In grandi linee è afferabile che tali obiettivi sono stati adeguatamente raggiunti

Per quanto concerne il primo obiettivo, che riguarda la ricerca delle cause che generano *stress* lavoro correlato tra gli infermieri, gli articoli ricercati nelle banche dati hanno offerto sufficienti motivazioni e spiegazioni in merito al tema, sottolineando le diverse nature stressogene.

In seguito, il secondo obiettivo concerne l'identificazione delle emozioni che più frequentemente si associano ai vissuti di disagio emotivo dell'infermiere in cure generali. In questo caso, vi sono stati alcuni articoli che hanno potuto dimostrare le più comuni emozioni che insorgono qualora gli infermieri si trovano in una condizione di insoddisfazione o incapacità di potere svolgere le proprie mansioni come desiderato. D'altro canto, è stato difficile reperire studi che approfondissero tale questione in merito alla presa in cura dei singoli pazienti.

Il terzo obiettivo tratta invece di descrivere le risorse e le strategie di *coping* per far fronte al carico emotivo e allo *stress* lavoro correlato. Come già precedentemente scritto, si sono incontrati moderati articoli che portavano abbondanti argomentazioni riguardo questa tematica, fornendo sia le strategie adoperate effettivamente dagli infermieri sia proponendone delle altre.

Successivamente, il quarto obiettivo richiedeva di comprendere l'influenza che il vissuto emotivo derivante dalla presa a carico degli utenti ha verso la qualità delle cure erogate dall'infermiere e verso la sua vita privata. Dagli articoli analizzati non si è riuscito a valutare tale relazione e di conseguenza non si è potuto rispondere adeguatamente a questo obiettivo. È stato però scientificamente affermato che la professione infermieristica è ricca di agenti stressogeni, tra cui il carico lavorativo, e che questi hanno delle effettive conseguenze negative non solo sulle cure fornite ma anche sulla vita privata dell'infermiere se quest'ultimo non possiede adeguate risorse salutogeniche per farvi fronte.

Infine, l'ultimo obiettivo si riferiva a riflettere sul ruolo professionale che l'infermiere ricopre nel contesto della promozione della salute individuale e del proprio gruppo di lavoro. Attraverso gli articoli selezionati e studiati si è potuto evidenziare come sia importante "stare bene per fare del bene" e relazionandosi al profilo di competenze SUP si ha avuto modo di sottolineare come il ruolo di professionista, il ruolo di collaboratore e quelli di esperto in cure infermieristiche e di promotore della salute giochino una parte fondamentale nel promuovere la salute del singolo ma anche del proprio gruppo di lavoro.



## 6.2. Valutazione personale del percorso

### **Tommy**

Nonostante lavorassi insieme a due altre persone alla realizzazione di questo Lavoro di Tesi, siamo riusciti a trovare un tema che tutti troviamo intrigante. Io, in particolare modo, ero attratto da questa tematica in quanto volevo approfondire la mia personale conoscenza in merito a questa problematica che, seppure ancora allievo infermiere, ho già avuto modo di incontrare nei periodi di stage: questo lavoro è per me un modo di essere più consapevole di cosa mi aspetterà una volta infermiere diplomato e riconoscere metodologie appropriate per reagire a situazioni lavorativamente stressanti. In aggiunta, come già ho avuto modo di sperimentare nell'ultimo periodo di pratica, le conoscenze apprese tramite questa ricerca sono per me essenziali da divulgare ai colleghi in quanto membro di *équipe*.

A quasi percorso terminato, posso ritenermi orgoglioso e soddisfatto di quanto analizzato e sviluppato: sono riuscito, seppure non in maniera esaustiva, a schiarirmi le idee e creare un quadro nella mia mente più nitido riguardo questa tematica.

### Difficoltà

Due sono le principali difficoltà che ho riscontrato nel percorso di stesura del lavoro. La prima risiede nel fatto che nonostante avessi bene in chiaro la tematica che mi sarebbe piaciuto trattare, dovevo trovare un terreno comune agli altri autori della tesi e riconosco che non è stato proprio semplice. In seguito, anche dopo avere stabilito insieme il tema che avremmo studiato, è stato complicato incanalare immediatamente il quadro teorico verso la direzione corretta. La seconda, invece, quando ho dovuto inizialmente ricercare gli articoli sulle banche dati: avendo avuto poche occasioni precedentemente per imparare ad utilizzare tale strumento, ho avuto difficoltà ad adoperarle in maniera corretta e a stabilire delle stringhe di ricerca che mi consentissero di trovare in modo più semplice gli studi più pertinenti alla domanda di ricerca.

### Limiti

Questo Lavoro di Bachelor trovo abbia mostrato limitazioni di varia natura. Prima di tutto, come pensavo sin dall'inizio, non è stato possibile reperire articoli a livello Ticinese: è vero che avremmo potuto adoperare una metodologia di indagini sul campo, ma il nostro intento era quello di raccogliere le informazioni a livello mondiale e trovare le analogie e differenze tra i vari ambienti lavorativi. In secondo luogo, come già scritto in precedenza, la maggiore parte degli studi si dedicava al paziente stesso o ad atti prettamente tecnici, pochi invece relativi alla relazione di cura e al disagio emotivo da questa proveniente.

### Potenzialità

Oltre a credere sinceramente che questa tematica sia di centrale importanza, secondo la mia opinione, a questo punto la ricerca dovrebbe andare ad approfondire e sperimentare maggiormente tecniche e strategie volte ridurre lo *stress* lavoro correlato

sia a livello individuale, per cui stimolare gli infermieri a promuovere la propria salute, sia a livello istituzionale. In questo modo, sono convinto si possano mantenere le risorse infermieristiche già presenti e rendere tale professione più attrattiva evitando un abbandono precoce della stessa.

## **Jan**

A fine percorso credo di potere essere soddisfatto di me e di quanto imparato: se da un lato mi rendo conto di essere stato in grado di produrre un elaborato che inizialmente pensavo fosse un compito troppo grande per le mie competenze, dall'altro sono cosciente di avere imparato a lavorare in un gruppo in cui i singoli individui hanno desideri e idee differenti per cui risulta alquanto complicato cercare di trovare un terreno in comune.

### Difficoltà

Per me la maggiore difficoltà si è presentata nel momento della ricerca degli articoli sulle banche dati: molti degli studi erano incentrati sul paziente e più di rado l'infermiere veniva preso in considerazione come individuo al centro dell'attenzione. Chiaramente nell'ambito della cura il paziente va messo in primo piano ma questo aspetto ha sicuramente posto delle difficoltà sia a livello di ricerca degli articoli sia a livello personale in quanto talvolta pensavo di non essere in grado di effettuare le ricerche in maniera adeguata.

### Limiti

A mio parere il limite principale è correlato agli articoli scientifici: alcuni dei risultati erano abbastanza ripetitivi e questo ha influenzato in maniera negativa la discussione degli stessi. Inoltre, avendo selezionato articoli i cui campioni di infermieri provengono da nazioni e ambienti diversificati i risultati potrebbero non essere sovrapponibili in quanto la cultura di appartenenza e la formazione infermieristica potrebbero avere influenze sostanziali nell'approccio lavorativo che ogni operatore sanitario possiede.

### Potenzialità

Sono convinto che il tema da noi trattato sia fortemente attuale e di rilevante importanza. Questo lavoro mi ha fatto capire che lavorare sulla gestione dello *stress* ed essere sensibilizzati sul tema del *burnout* non solo incrementare il proprio benessere, ma va a garantire la qualità delle cure erogate. Secondo il mio punto di vista questo argomento non è ancora sufficientemente trattato e soprattutto viene sottovalutato dai neolaureati: un esempio è che questa è l'unica tesi di questo anno ad essere incentrata su questo tema.

Trovo che la potenzialità di questo lavoro risieda anche nel avere avuto modo di analizzare situazioni infermieristiche a livello globale, per cui ha contribuito a dare una visione internazionale della problematica.

## **Alessandro**

Giunto al termine di questa prima esperienza, mi trovo a riflettere sul percorso svolto e soprattutto sulla collaborazione tra noi autori.

Per quanto riguarda lo sviluppo del percorso, ritengo che ci sia stata un'evoluzione da parte mia in quanto fin dal momento che ci è stato comunicato di dover svolgere questo lavoro in cooperazione con altri compagni di corso e non individualmente, ho accolto le idee degli altri autori modificando strada facendo il campo di ricerca e focalizzando il lavoro su un argomento di interesse comune: credo dunque di essere riuscito a collaborare in modo discretamente buono anche grazie alle strategie apprese durante il percorso formativo. Grazie al nostro direttore di tesi siamo riusciti ad indirizzare questo lavoro verso un campo di ricerca che mi ha appassionato fin dall'inizio e tuttora mi lascia la possibilità di approfondire argomenti di grande interesse e utilità sia nel campo professionale che nella vita privata.

Per quanto riguarda la collaborazione tra noi autori, trovo che questo lavoro rappresenta una grande risorsa per confrontarsi con l'interprofessionalità prima dell'ingresso nel mondo del lavoro dove, soprattutto in ambito sanitario, la collaborazione fra colleghi e le diverse figure professionali è di fondamentale importanza per poter trascorrere le ore di lavoro in modo sereno e rispettoso verso gli altri.

### Difficoltà

La modalità di lavoro in gruppo presenta non poche difficoltà, se all'apparenza può sembrare una facilitazione nella stesura del documento, lavorare in tre persone che ragionano in maniera differente sullo stesso testo ha prodotto varie volte delle incomprensioni tra di noi ed occasioni di confronto che non hanno per niente semplificato il lavoro.

### Limiti

Il limite principale che ho riscontrato è che spesso si comincia un lavoro in una direzione con obiettivi ben precisi, ma successivamente si finisce per scoprire nuovi ambiti di maggior interesse che nutrono in noi la voglia di approfondirli. In particolare modo, in questo caso, la scelta di approfondire un argomento invece che un altro è subordinata all'approvazione da parte degli altri autori.

### Potenzialità

La potenzialità di questo Lavoro di Bachelor credo risieda nella possibile evoluzione a livello territoriale che può avere la tematica da noi affrontata. Sempre più frequentemente ci confrontiamo con professionisti affetti da *burnout* o che utilizzano la parola *stress* in più occasioni e il nostro lavoro fornisce una panoramica del tema a livello mondiale: si potrebbe per esempio indagare la qualità di vita dei professionisti sanitari della realtà svizzera e le strategie di *coping* da loro adottate.

## **6.3. Raccomandazioni sullo sviluppo futuro**

### **6.3.1. Per la pratica**

Per quanto concerne il livello pratico, ci auguriamo che sia nelle formazioni infermieristiche sia a livello della struttura sanitaria in cui si lavora venga ampliato lo spazio dedicato a trattare il tema della salutogenesi: è scientificamente provato che tali strategie non solo promuovono il benessere psico-fisico, ma vanno anche a garantire agli infermieri di poter fornire cure adeguate. Purtroppo, spesso questa tema viene sottovalutato perché non si è davvero a conoscenza di quello che comporta.

A livello individuale, troviamo sia importante che l'infermiere sappia usufruire o organizzare efficientemente il proprio tempo libero: questo permette infatti di staccare la spina da ciò se si vive durante i giorni lavorativi. Per esempio, ricercare e costruire rapporti relazionali esterni al luogo di lavoro e coltivare dei propri *hobbies* che stimolino la mente e la crescita personale.

Infine, non sono da sottovalutare i rapporti interpersonali lavorativi, in quanto seppur si tratti di colleghi è essenziale che ci sia un clima accogliente e di benessere dove ognuno può fungere, tramite accoglienza e ascolto attivo non giudicante, da sostegno per altri e diminuire lo *stress* e la tensione.

### **6.3.2. Per la ricerca**

Dopo lo svolgimento di questo Lavoro di Tesi, riteniamo sia opportuno che la ricerca venga maggiormente approfondita in termini di indagini sul campo sia a livello Ticinese/Svizzero ma anche in scala europea e globale: questo permetterebbe di avere un quadro più completo su cui riflettere. Inoltre, crediamo che in futuro sia importante dovere indagare non solo lo *stress* dell'infermiere in relazione alle condizioni di lavoro, ma considerare altrettanto il vissuto emotivo correlato alla propria presa in cura dei pazienti in reparti non strettamente specialistici: oltre a fornire una visione più chiara della problematica, potrebbero sorgere nuove strategie salutogeniche.

## 7. Ringraziamenti

### **Tommy**

Eccomi qui, arrivato alla fine della stesura del mio lavoro di Bachelor. Sono stati anni in cui ho avuto momenti di “up” e momenti di “down”, il che più volte mi faceva credere di non essere all'altezza di arrivare all'ultima tappa di un percorso che non pensavo nemmeno sarei stato in grado di iniziare. Col tempo però mi sono reso conto che “essere all'altezza delle cose” è solo un punto di vista: ciò che invece è importante è farle e portarle al termine. Vorrei dunque ringraziare tutte quelle persone che mi hanno immensamente supportato e permesso di arrivare fino a qui e che hanno contribuito alla realizzazione di questo lavoro di Bachelor.

In primis, un ringraziamento speciale va al nostro relatore, Giorgio Tarabra, per il tempo dedicatoci e per essere stato un punto di riferimento durante tutto il percorso, consigliandoci al meglio nei momenti di bisogno.

Grazie anche ai miei compagni di tesi, Alessandro e Jan, per il loro supporto incondizionato e costante impegno senza i quali la stesura di questo lavoro non sarebbe stata uguale e non avrei avuto modo di crescere stimolando la mia capacità di lavorare in un gruppo.

Successivamente, vorrei ringraziare i miei genitori e mia sorella che non solo hanno gioito con me i miei successi, ma mi hanno ascoltato e sostenuto nei momenti di sconforto e di difficoltà.

Mi sembra opportuno ringraziare anche tutti quei colleghi che nei vari periodi di stage hanno saputo prendermi e affiancarmi con premura e attenzione, cercando di trasmettermi nozioni e tecniche adeguate aumentando così il mio bagaglio personale e nutrendo la mia passione per questo lavoro.

Infine, un importante ringraziamento lo rivolgo agli amici più stretti: Alessia e Dorotea, persone stupende che ho avuto la fortuna di conoscere durante il percorso liceale e con le quali condivido tutto, momenti di felicità e di dolore. Durante gli anni universitari mi hanno aiutato a credere in me stesso, spronandomi a diventare la migliore versione di me. La nostra amicizia è per me una colonna portante della mia vita e senza di voi non sarei diventato il ragazzo che sono: spero il nostro rapporto perduri nel tempo.

### **Jan**

Il primo ringraziamento lo porgo al *team* infermieristico dell'SPS di Bellinzona e, in particolare, a Simona D'Amore, la mia infermiera referente. L'équipe mi ha permesso di riflettere sull'importanza prendersi del tempo per rielaborare le proprie emozioni e i propri vissuti e trovare strategie per affrontare al meglio questo lavoro che, arrivato alla fine di questo lungo percorso, riconosco essere al contempo fantastico e impegnativo.

Inoltre, trovo doveroso ringraziare anche il *team* di pediatria di Bellinzona, il quale mi ha trasmesso alcuni consigli riguardo le strategie di coping e le tecniche di rilassamento che oggi ritengo mi siano utili. Mi sento fortunato ad essere capitato due volte in un'équipe in cui il tema del benessere personale atto a “lavorare meglio” sia messo allo stesso piano di altre competenze. Tutto ciò ha significato tanto per me.

In seguito, vorrei ringraziare i docenti che hanno preso parte al modulo di “Epistemologia della cura”, “Salutogenesi” e “Percorso di sviluppo personale e professionale”. In particolare modo, ringrazio Sergio Piasentin, Lara Pellizzari e Laura Canduci, docenti che hanno saputo instaurare in me un senso di appartenenza e di attenzione particolare verso il tema del “sapersi volere bene”. Ho apprezzato molto la loro disponibilità nell’ascoltare i miei vissuti e i miei disagi, aiutandomi a rivalutare e considerare le mie risorse.

Per ultimo ma non per importanza, ci tengo a ringraziare di cuore i miei due compagni che hanno collaborato al mio fianco nella realizzazione di questa tesi e il nostro tutor Giorgio Tarabra. Alessandro e Tommy sono stati ottimi compagni di viaggio in quanto nonostante le difficoltà e ostacoli incontrati ci siamo sempre sostenuti e abbiamo cercato di trovare una soluzione per far vivere a ognuno di noi questo percorso in maniera tranquilla e serena. Giorgio, invece, è stato per me un eccellente relatore perché, oltre a fornire spunti interessanti e arricchenti, è stato sempre presente.

## **Alessandro**

Innanzitutto, voglio ringraziare me stesso: nonostante questo percorso non sia stato facile e ci sono stati momenti di fragilità, ho dimostrato di avere la giusta perseveranza e dedizione per raggiungere questo traguardo. Spero di poter sempre sperimentare la gioia e la soddisfazione di essere un infermiere.

Desidero ringraziare tutti i nostri docenti, ci hanno guidato e insegnato con impegno e dedizione. Un ringraziamento speciale va al nostro relatore, Giorgio Tarabra, per il suo costante sostegno durante la stesura di questa tesi e per averci fornito preziosi consigli e suggerimenti. Grazie per aver condiviso la vostra conoscenza e per averci ispirato a diventare i migliori professionisti possibili.

Vorrei rivolgere un sentito ringraziamento a tutti gli operatori sanitari che hanno collaborato con me durante le esperienze di stage per avermi permesso di acquisire conoscenze ed esperienze fondamentali per la mia formazione professionale. Desidero esprimere la mia gratitudine a tutti i pazienti che ho incontrato durante il mio percorso di studi e di lavoro. Siete stati la mia fonte di ispirazione e mi avete insegnato tanto sulla vita, sulla malattia e sulla resilienza umana.

Ringrazio di cuore i miei genitori, i miei nonni e la mia famiglia per il sostegno morale e affettivo che mi hanno sempre dimostrato, soprattutto nei momenti di difficoltà. In particolare voglio ringraziare mia mamma per avermi trasmesso l’amore per la conoscenza e la passione per il lavoro in campo sanitario. Grazie per aver creduto in me e per aver condiviso la mia gioia e la mia fatica.

Infine, voglio ringraziare tutti coloro che, in modo diretto o indiretto, mi hanno sostenuto e incoraggiato durante gli anni universitari, ai miei compagni di corso con cui ho condiviso momenti di studio e di crescita professionale.

In particolare voglio ringraziare i miei amici con cui ho condiviso molte esperienze indimenticabili e mi hanno motivato a dare il meglio di me.

## 8. Bibliografia

- Addor, V., Schwendimann, R., Gauthier, J.-A., Wernli, B., Jäckel, D., & Paignon, A. (2016, maggio 3). «Nurses at work» – Studio sui percorsi professionali in campo infermieristico in Svizzera negli ultimi 40 anni. Osservatorio svizzero della salute. <https://www.obsan.admin.ch/it/pubblicazioni/2016-nurses-work-studio-sui-persorsi-professionali-campo-infermieristico-svizzera>
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11, 11–18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Aromataris, E., & Pearson, A. (2014). The Systematic Review: An Overview. *American Journal of Nursing*, 114(3), 47–58. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000444496.24228.2c>
- Associazione svizzera infermiere e infermieri (ASI). (2019). *Krankenpflege: Was pflegeschpersonen erwarten, um langfristig im beruf zu bleiben*.
- Barraclough, J. (2002). *Cancro ed emozioni. Aspetti emozionali e psicologici nel paziente oncologico*. (Capello, Trad.). Centro Scientifico Editore.
- Benedetti, F. (2012). *L'effetto placebo. Breve viaggio tra mente e corpo*. Carocci.
- Bicego, L., Brandolin, C., Cociani, A., Fasci, A., & Semeria, N. (2008). *Salute mentale e organizzazione che cura. Infermieri, spazi, azioni e vissuti di cura*. (1<sup>a</sup> ed.). Maggioli Editore.
- Bottaccioli, F., & Bottaccioli, A. G. (2017). *Psiconeuroendocrinoimmunologia e scienza della cura integrata. Il manuale*. Edra.
- Capra, F., & Luisi, P. L. (2014). *Vita e natura. Una visione sistemica*. Aboca.
- Casula, C. (2011). *La forza della vulnerabilità*. Franco Angeli.
- Cherniss, C. (1983). *La sindrome del burn-out*. Centro Scientifico Torinese.

- Chicaud, M.-B. (2000). *La crisi della malattia grave*. Borla.
- Crivelli, L., & Rotondi, V. (2023). *Economia comportamentale: Ecco come la psicologia sta cambiando le scienze economiche*. Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana. <https://www2.supsi.ch/cms/iride/>
- Cyrulnik, B., & Malaguti, E. (2005). *Costruire la resilienza. La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi*. Erickson.
- De Araújo, M. M. T., Da Silva, M. J. P., & Francisco, M. C. P. B. (2004). Nursing the dying: Essential elements in the care of terminally ill patients. *International Nursing Review.*, 51(3), 149–158. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2004.00225.x>
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: A systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(11), 938–944.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, 23(2), 190–199. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan014>
- Eshel, Y., & Kimhi, S. (2016). Determinants of individual resilience following missile attacks: A new perspective. *Personality and Individual Differences.*, 95, 190–195.
- Fava, G. A., Grandi, S., & Rafanelli, C. (2011). *Manuale di psicosomatica*. Il Pensiero Scientifico.
- Ferrandes, G., Longo, E., & Valenta, P. T. (2004). *Le emozioni dei malati e dei curanti*. Centro Scientifico Editore.
- Ferrara Cariota, P., & La Barbera, F. (2006). *Stress, individui e società. Prospettive psicosociali e ambiti di intervento*. Liguori Editore.



- Galgani, M. (2010). *Sto con te. Accompagnare sé stessi e gli altri verso la fine della vita*. L'Età dell'Acquario.
- Galimberti, U. (1992). *Dizionario di psicologia*. UTET.
- Happel, B., Dwyer, T., Reid-Searl, K., Burke, K. J., Caperchione, C. M., & Gaskin, C. J. (2013). Nurses and stress: Recognizing causes and seeking solutions. *Journal of Nursing Management*, 21(4). <https://doi.org/10.1111/jonm.12037>
- Kabat-Zinn, J. (2021). *Vivere momento per momento*. (A. Sabbadini, Trad.). Corbacci.
- Kalisch, B. J., & Xie, B. (2014). Errors of Omission: Missed Nursing Care. *Western Journal of Nursing Research*, 36(7), 875–890. <https://doi.org/10.1177/0193945914531859>
- Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., & Ilic, D. (2015). Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(1), 652–666. <https://doi.org/10.3390/ijerph120100652>
- Latack, J. C. (1986). Coping with job stress: Measures and future directions for scale development. *Journal of Applied Psychology*, 71, 377–385.
- Lazarus, R. S. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist*, 46(8), 819–834. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.8.819>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer.
- Lazzari, D. (2007). *Mente e salute. Evidenze, ricerche e modelli per l'integrazione*. Franco Angeli.
- Lazzari, D. (2009). *La «Bilancia dello stress». Uno strumento per capire, misurare e gestire*. Liguori Editore.

- Lindström, B., & Eriksson, M. (2018). *Salutogenesi: Una guida per promuovere la salute*. (G. Masanotti, A. c. Di; G. Bauleo, Trad.). Cultura e salute.
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2010). *Nursing research: Methods and critical appraisal for evidence-based practice*. (7<sup>a</sup> ed.). Mosby Elsevier.
- Malaguti, E. (2005). *Educarsi alla resilienza. Come affrontare crisi e difficoltà e migliorarsi* (1–erik). Erickson.
- Maslach, C., & Persico, G. (1997). *La sindrome del burnout. Il prezzo dell'aiuto agli altri*. (A. R. V. Lucentini, Trad.; 2<sup>a</sup> ed.). Cittadella.
- McEwen, B. S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *The New England Journal of Medicine*, 338(3), 171–179.
- Morasso, G., Caruso, A., & Ravenna, A. R. (2011). *Le competenze comunicative in oncologia. Un percorso formativo*. Franco Angeli.
- Morin, E. (2000). *La testa ben fatta. Riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero* (S. Lazzari, Trad.). Cortina.
- Morin, E. (2008). *Il metodo 4. Le idee: Habitat, vita, organizzazione, usi e costumi*. (A. Serra, Trad.). Cortina.
- Mortari, L. (2006). *La pratica dell'aver cura*. Mondadori.
- Mortari, L. (2007). *Cultura della ricerca pedagogica. Prospettive epistemologiche*. Carocci.
- Mucchielli, A. (1983). *Le reazioni di difesa nelle relazioni interpersonali*. Cittadella.
- Mullen, B., & Suls, J. (1982). The effectiveness of attention and rejection as coping styles: A meta-analysis of temporal differences. *Journal of Psychosomatic Research*, 26, 43–49.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville,

- J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pellegrino, F. (2009). *La sindrome del burn-out*. Centro Scientifico Editore.
- Perry, B., Toffner, G., Merrick, T., & Dalton, J. (2011). An exploration of the experience of compassion fatigue in clinical oncology nurses. *Canadian Oncology Nursing Journal.*, 21(2), 91–105. <https://doi.org/10.5737/1181912x2129197>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Fondamenti di Ricerca infermieristica* (A. Palese, A c. Di; 2<sup>a</sup> ed.). McGraw-Hill Education.
- Ranci Ortigosa, E., & Rotondo, A. (1996). *Assistenza ai malati terminali in ospedale e a domicilio. Aspetti relazionali, organizzativi, formativi*. Franco Angeli.
- Repubblica e Cantone Ticino, Dipartimento della sanità e della socialità. (2016). *Indicatori delle professioni socio-sanitarie e delle cure*. Ricavato da: [https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/StatsSanitarie/Risultati\\_statistici/3\\_Personale/2\\_Indicatori\\_personale\\_curante/2016\\_12\\_Rapporto\\_sugli\\_Indicatori.pdf](https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/StatsSanitarie/Risultati_statistici/3_Personale/2_Indicatori_personale_curante/2016_12_Rapporto_sugli_Indicatori.pdf)
- Rogers, C. R. (2013). *La terapia centrata sul cliente*. Giunti Editore.
- Saiani, L., & Brugnolli, A. (2010). *Come scrivere una revisione della letteratura*. Università degli Studi di Verona, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Area Formazione Professioni Sanitarie.
- Schofield, D. J., & Beard, J. R. (2005). The Medical Journal of Australia. *Baby boomer doctors and nurses: demographic change and transitions to retirement*, 183(2), 80–83. <https://doi.org/doi:10.5694/j.1326-5377.2005.tb06928.x>
- Seligman, M. E. P. (2012). *Fai fiorire la tua vita. Una nuova, rivoluzionaria visione della felicità e del benessere*. Anteprema.

- Selye, H. (1956). *The Stress of life*. McGraw-Hill.
- Simonelli, I., & Simonelli, F. (2010). *Atlante concettuale della salutogenesi: Modelli e teorie di riferimento per generare salute*. Angeli.
- Southwick, S. M., Litz, B. T., Charney, D., & Friedman, M. J. (2014). *Resilienza e salute mentale. Le sfide nel corso della vita*. Fioriti Editore.
- Sveinsdóttir, H., & Blöndal, K. (2014). Surgical nurses' intention to leave a workplace in Iceland: A questionnaire study. *Journal of nursing management*, 22(5), 543–552.
- Thibodeau, A. (2005). *Anatomia e Fisiologia*. Casa Editrice Ambrosiana.
- Treccani. (n.d.). Stress. In *Treccani, Il vocabolario on line*.  
<https://www.treccani.it/vocabolario/stress/>
- Tummers, L. G., Groeneveld, S. M., & Lankhaar, M. (2013). Why do nurses intend to leave their organization? A large-scale analysis in long-term care. *Journal of advanced nursing*, 69(12), 2826–2838. <https://doi.org/10.1111/jan.12249>
- Varrasi, G. (2001). *È possibile oggi un'assistenza adeguata al malato inguaribile?* Rosini.
- Ventriglia, G., & Murgia, V. (2011). *Il modello dell'omeostasi. Salute, malessere, malattia*. Aboca edizioni.
- World Health Organization. (2019). *Burn-out an «occupational phenomenon»*.  
*International Classification of Diseases*.  
[https://www.who.int/mental\\_health/evidence/burn-out/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/)



*Questa pubblicazione, Il vissuto emotivo dell'infermiere e lo stress lavoro correlato, scritta da Tommy Barros Pereira, Jan Bigioli e Alessandro Mastaglio, è rilasciata sotto Creative Commons Attribuzione – Non commerciale 4.0 Unported License.*