UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BRESCIA

DIPARTIMENTO DI SPECIALITA' MEDICO-CHIRURGICHE, SCIENZE RADIOLOGICHE E SANITA' PUBBLICA

Corso di Laurea
in Infermieristica

Elaborato finale

L'infermiere e il Burnout: stato dell'arte e possibili interventi risolutivi.

Referente: Dott.ssa Galli Alessandra

Laureando:
Griess Marco

Matricola n. 716935

Anno Accademico 2018/2019

Alla mia famiglia,
che è sempre stata presente
in questo lungo percorso
a voi devo tutto, letteralmente
ai miei amici,
che mi hanno sempre sostenuto.

INDICE

1. INTRODUZIONE 1
2. INQUADRAMENTO TEORICO DEL PROBLEMA 3
2.1 Definizione di burnout 3
2.2 Popolazione professionale colpite e unità operative più a rischio 4
2.3 Fattori scatenanti 5
2.4 Manifestazioni e sintomi 8
2.5 Strategie per fermare, affrontare, superare e prevenire il burnout 9
2.6 Scale e strumenti utili ad identificare la sindrome da Burnout 15
3.1 Obiettivo dello studio 16
3.2 Metodologia per la ricerca bibliografica 16
3.3 Metodologie per la ricerca sul campo 17
3.4 Strumento d'indagine 17
3.5 Definizione del campione 19
4.1 Analisi oggettiva dei risultati 20
4.2 Analisi della risposta alla domanda aperta 26
4.3 Risposte intervista al Medico del lavoro 28
4.4 Risposte intervista al Direttore del SITRA 29
5. CONCLUSIONI 31
6. BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO
ALLEGATO I
ALLEGATO II
ALLEGATO III

1. INTRODUZIONE

Questo lavoro di ricerca è nato dal desiderio di indagare la presenza della sindrome da burnout che può nascere tra gli infermieri nelle vare unità operative e servizi.

Soprattutto poiché oggigiorno si sente spesso parlare di questo genere di problemi che si possono manifestare in qualunque professionista della salute. Inoltre, a lezione il tema viene affrontato con poche nozioni che stimolano la curiosità ma non riescono a soddisfarla.

Ho deciso quindi di affrontare questo argomento data la sua attualità e la sua crescente prevalenza nelle così dette "helping professions", ricordando che il burnout, come lo definisce la letteratura si intende una serie di fenomeni di affaticamento, logoramento, improduttività lavorativa, registrati in particolar modo tra gli operatori della sanità. Si tratta di una particolare forma di stress lavorativo tipica delle professioni di aiuto in cui il rapporto con l'utente ha un'importanza centrale in termini di significato e di lavoro in sé, pertanto anche la professione infermieristica può esserne colpita.

L'infermiere come professionista della salute e come parte attiva del SSN, viene a contatto ogni giorno, seppur in forma diversa, con le problematiche dei vari pazienti, ed è chiamato a progettare ed attuare interventi per risolvere problematiche di ogni genere, dalle più banali alle più complesse che spesso richiedono un approccio multidisciplinare al problema.

Queste situazioni se accumulate nel tempo e non trattate possono portare ad un aumento del livello dello stress a livello del professionista, e a lungo andare provocare le varie sindromi stress – correlate tra cui il burnout è probabilmente la più conosciuta.

Il mio studio è stato spinto soprattutto da una curiosità rispetto alla patologia e al come si manifesta negli operatori oltre che dalle esperienze effettuate nei vari tirocini, in cui si va a toccare con mano le problematiche delle persone, entrando spesso nelle sfere più intime, personali e complesse delle stesse. Inoltre, i ritmi spesso veloci, con poco tempo per fermarsi, portano ad un aumento dello stress, e questo si ripercuote in primis sulla non – ottimale assistenza che si andrà ad erogare, in secondo luogo si ripercuote sull'operatore, che sottoposto ad un livello sempre maggiore di stress, può arrivare al manifestare uno dei domini del burnout oppure, nei casi peggiori, si può arrivare alla manifestazione di tutti i

domini della sindrome e all'esaurimento dell'operatore con tutte le conseguenze come assenteismo, fuga dalla relazione, perdita di autocontrollo, fino al consumo di sostanze psicoattive.

L'obiettivo di questo elaborato è cercare di valutare quantitativamente, tramite somministrazione del MBI, il livello di burnout tra gli infermieri delle varie unità operative e servizi dell'ASST-Franciacorta cercando di paragonare i risultati sia tra U.O similari, sia U.O e letteratura.

Prima di tutto si è voluto dare un'idea su cosa fosse la sindrome, sul come si manifestasse e sulle strategie per prevenirla – trattarla, attraverso la ricerca bibliografica sulle varie banche dati. Si è cercato di definire la popolazione professionale più colpita e le U.O più a rischio per la sindrome.

Successivamente si è individuato uno strumento validato che andasse a valutare il rischio di burnout negli infermieri, nel modo più oggettivo e valido possibile. Si è trovata la scala di Maslach, un questionario validato e adattato alla versione italiana, composto da ventidue item più una domanda aperta facoltativa.

Infine, assieme alla compilazione dei questionari e alla raccolta dei dati, si è voluto intervistare il medico competente e il direttore del SITRA dell'ASST-Franciacorta, ponendo domande il più specifico possibili per capire al meglio come l'Azienda stessa cerca di prevenire e di intervenire per i dipendenti sospettati di presentare la sindrome.

2. INQUADRAMENTO TEORICO DEL PROBLEMA

2.1 Definizione di burnout

La sindrome del burnout, nata come nosologia clinica nella metà degli anni ’70 negli Stati Uniti è attualmente una problematica a livello internazionale che, seppur ancora in maniera esigua, sta cominciando ad interessare anche i paesi in via di sviluppo. Secondo la definizione fornita da *Maslach* (*1996)* e che viene comunemente accettata e condivisa dalla maggioranza degli autori, il Burnout può essere descritto come una sindrome psicosomatica in cui coesistono tre dimensioni fondamentali:

1) Esaurimento emotivo” (EE): ovvero la sensazione di essere emotivamente inaridito e di sentirsi esaurito dal proprio lavoro,
2) Depersonalizzazione” (D): intesa come distacco e indifferenza nei confronti sia del lavoro che dell’utente a cui viene rivolto il proprio servizio,
3) Mancata realizzazione personale” (PA): che comporta sfiducia nelle proprie competenze ed inibizione del desiderio di successo.

Questa definizione da principio è stata applicata specificamente ai lavori che richiedono contatto ed interazione con l’utente ed è stata quindi prevalentemente studiata nei lavoratori che operano nell’ambito socio-assistenziale. A livello normativo è presente un disegno di Legge (443/2008) che porta il titolo di : “Norme a tutela dei mestieri e delle professioni di aiuto alla persona dalla sindrome di burnout” in cui si parla della sindrome, della prevenzione e delle disposizioni finanziarie a cui i soggetti colpiti possono essere soggetti. Tale particolare sindrome oltre che nel settore sanitario, dove coinvolge soprattutto medici ed infermieri, viene riscontrata in tutti quegli ambiti lavorativi che prevedono un importante impegno ed un’offerta assistenziale nell’ambito sociale per cui non è raro riscontrare i segni di questa sindrome negli insegnanti, operatori sociali, addetti al controllo dei pubblici servizi e guardie carcerarie.

Le tre componenti sintomatiche configurano il burnout come una sindrome multi-dimensionale e si susseguono in una evoluzione dinamica che vede come fattore chiave, per l’avvio del processo, l’esaurimento emotivo.

Tale esaurimento iniziale pone anche le basi per l’instaurarsi delle altre due condizioni. Infatti la depersonalizzazione rappresenta una risposta allo stress tipica del burnout e si

configura come una reazione all'esaurimento emotivo quando quest'ultimo non viene fronteggiato con adeguate strategie di coping.

Per quanto riguarda la diminuzione della soddisfazione lavorativa, essa risulterebbe solo in parte conseguente ad elevati livelli di depersonalizzazione, essendo influenzata anche da numerosi altri quali: capacità di interagire con gli altri, autostima, livello di conoscenza e/o esperienza, salario, premi lavorativi, ecc. (*G. Tomei, Cinti M., et al., 2008)*

2.2 Popolazione professionale colpite e unità operative più a rischio

Diversi studi dimostrano un'incidenza maggiore in strutture che si occupano prevalentemente di patologie croniche, nello specifico oncologia *(Barnard et al., 2006; Medland et al., 2004; Gentry & Baranowsky, 1998),* psichiatria, malattie infettive *(Zenobi & Stefanile, 2007).* Il coinvolgimento emotivo che si viene a creare con il paziente ha ricadute sugli operatori che tendono a percepire il fallimento della cura, come un fallimento personale *(Perry B. 2008; Sherman A.C. et al. , 2006; Simon et al , 2005).* La patologia neoplastica, la complessità dei trattamenti, la morte, le questioni etiche correlate risultano fattori stressogeni che influenzano l'operatività quotidiana *(Najjar et al., 2009).* Gli studi che riguardano l'incidenza del fenomeno nelle terapie intensive sono scarsi e discordanti. In Europa si parla del coinvolgimento del 30% degli infermieri e del 40-50% dei medici *(Michalsen & Hillert, 2011).* Nello specifico degli infermieri che lavorano in reparti di terapia intensiva, risulta un basso esaurimento emotivo, fattore di rischio per la sindrome (Tummers et al., 2002), ma alti livelli di spersonalizzazione assistenziale (Viotti et al. 2012). In generale, il livello di insoddisfazione degli infermieri dei reparti per patologie acute risulta due volte superiore, presumibilmente per un maggior carico di lavoro, insieme a una riduzione dei tempi relazionali (Violante et al., 2009). Uno studio italiano riporta che sugli elementi del *burnout*, esaurimento emotivo, realizzazione personale e depersonalizzazione, non emergono differenze statistiche tra i reparti di cronicità e acuzie. Per quanto riguarda l'esaurimento emotivo, risulta nettamente superiore negli infermieri del dipartimento emergenza-urgenza; la spersonalizzazione, invece, risulta assente in tale area, ma elevata nei reparti per patologie croniche (Burla F. et al, 2013). Nonostante in letteratura esista un consenso generale nel considerare il *burnout* un fenomeno con un'incidenza maggiore agli esordi della carriera lavorativa (Sentinello & Negrisolo, 2009), si rileva che i soggetti anagraficamente e professionalmente più anziani,

risultano significativamente più insoddisfatti, dunque a rischio di *burnout* (Violante et al. 2009).

Dai risultati ottenuti si evince che il *burnout* non è un fenomeno legato alla contingenza dell'inserimento lavorativo, ma si aggrava nel tempo, in modo graduale. (*Duzzi B., Giovanardi I, et al 2014).*

Un altro studio su 3100 infermieri cinesi nell'area oncologica di fine 2018, ha mostrato che il 30,16% del personale ha un alto livello di esaurimento emotivo, il 19,97% mostra livelli di depersonalizzazione ed il 47,28% mostra una diminuita soddisfazione personale, tutti fattori che possono portare all'instaurarsi della sindrome da burnout. *(Shen, Aomei MS et al 2018).*

Mentre attraverso studio su 337 infermieri di area critica ed emergenza in Andalusia, si è dimostrato che il livello di burnout era del 38,5%, l'esaurimento emotivo era presente nel 10,5% dei dipendenti, la depersonalizzazione nel 16,8% mentre la diminuita soddisfazione personale era nel 63,3% degli infermieri. *(Cañadas-de la Fuente GA, Albendín-García L et al 2018)*

Infine, in uno studio su 4531 infermieri di varie specialità, in Belgio del 2017, si è dimostrato che il personale infermieristico nelle specialità come urologia, stomatologia, chirurgia maxillofacciale, gastroenterologia, pneumologia e nelle specialità di emergenza – urgenza, è a maggior rischio di sviluppo di burnout, raggiungendo un range di rischio di sviluppare la sindrome, tra il 25% e il 60% in base alla specialità in cui si lavora. *(Vandenbroeck S, Van Gerven E., et al 2017).*

2.3 Fattori scatenanti

Nelle professioni sociali, dove il contatto interpersonale stretto gioca un ruolo importante, è importante essere coinvolti e rispondere alle situazioni difficili delle persone che cercano aiuto. Questa situazione faticosa può causare un fenomeno noto come burnout occupazionale. Gli infermieri, da un lato, godono di grande fiducia sociale, e dall'altro sono gravati da un'alta responsabilità per i compiti svolti. Un alto coinvolgimento e cura per il benessere dei pazienti sono spesso la causa del fenomeno del burnout tra gli infermieri Secondo i ricercatori che si occupano del problema del burnout, gli infermieri appartengono a un gruppo professionale che, a causa dello stretto contatto con la

sofferenza umana, le condizioni di lavoro spesso difficili e gli stipendi bassi, è particolarmente vulnerabile allo stress professionale. Questo a sua volta può portare alla sindrome di burnout. La professione infermieristica, fin dall'inizio della ricerca sul burnout occupazionale, è stata al centro dell'interesse dei ricercatori. L'infermiere è un professionista competente, che deve prendere decisioni indipendenti e organizzare l'assistenza infermieristica nel sistema sanitario. La professionalizzazione della professione non è solo un onore, ma soprattutto implica un'enorme responsabilità per le attività svolte e requisiti sempre crescenti per avere un livello appropriato di conoscenza e competenza. *(Bartosiewicz A, Januszewicz P. 2019).*

Sebbene il burnout sia causato da una miriade di fattori, degli studi condotti sul personale sanitario hanno contribuito ad identificare i temi comuni. Medscape fornisce al personale sanitario un elenco di possibili cause di esaurimento e chiede loro di classificare il loro significato. Negli ultimi cinque anni, i fattori più influenti sull'attività lavorativa che sono stati individuati da Medscape sono:

1) I troppi compiti burocratici,
2) Passare troppe ore a lavoro,
3) Aumento dell'informatizzazione *(Reith Thomas, 2018)*

Mentre uno studio meta – analitico del 2008 dell'università della Sapienza di Roma ha individuato alcuni fattori che possono predisporre l'insorgenza della sindrome del Burnout dividendo questi fattori in due categorie: ambientali ed individuali:

I fattori ambientali riguardano soprattutto i seguenti aspetti:

1) Caratteristiche del lavoro: in vari studi è stata riscontrata una correlazione significativa tra l'insorgenza del burnout e lo stress causato da:
    a. carico di lavoro esageratamente elevato;
    b. scadenze pressanti;
    c. conflitti di ruolo ed ambiguità di ruolo;
    d. mancanza di supporto da parte dello staff e dei supervisori;
    e. mancanza d'informazione;

f. scarsa partecipazione nelle decisioni

2) Tipo di lavoro: in diverse ricerche è stato osservato che il burnout ha una maggiore prevalenza nei seguenti settori occupazionali: medicina con particolare rilevanza per l'ambito relativo alla salute mentale, attività di docenza, servizi sociali, attività di controllo dei pubblici servizi ed ambiente carcerario. In particolare, tra i lavoratori del settore assistenziale è frequente riscontrare il burnout nei settori della psichiatria, oncologia, chirurgia dei trapianti, dialisi ed in molti altri campi clinici.

3) Caratteristiche organizzative: riguardano soprattutto la violazione delle aspettative circa la distribuzione degli spazi, la presenza di gerarchie, regolamenti operativi, risorse.

I fattori individuali riguardano soprattutto i seguenti aspetti:

1) Caratteristiche demografiche: l'incidenza del burnout sembra essere maggiore nelle persone di età superiore ai 30-40 anni, non sposate e con livello culturale più elevato mentre il sesso sembra non essere correlato all'incidenza della sindrome;

2) Tratti psicologici: i soggetti che affrontano le difficoltà con atteggiamento passivo e difensivo sono più a rischio di sviluppare burnout, così come i soggetti che abbiano caratteristiche predominanti che inducono un comportamento ostile, ansioso, vulnerabile o che non mostrino apertura verso il cambiamento con disposizione al minimo coinvolgimento nelle attività quotidiane e con una percezione di scarso controllo delle proprie capacità di gestione degli eventi.

3) Atteggiamento verso il lavoro: le persone che lavorano molto e duramente, perché nutrono notevoli aspettative nella loro professione, sia per la possibilità di successo e guadagno sia perché vogliono rendere il loro lavoro sempre entusiasmante e soddisfacente, sono più a rischio di burnout quando non vedono realizzare i propri progetti.

È necessario sottolineare che la correlazione che i fattori lavorativi hanno con la sindrome del burnout è più forte rispetto a quella esistente con i fattori individuali e ciò pone l'accento sul fatto che tale disturbo dovrebbe essere considerato un disagio di origine ambientale piuttosto che individuale. *(G. Tomei, Cinti M., et al., 2008)*

2.4 Manifestazioni e sintomi

I sintomi con cui si manifesta questa sindrome si possono dividere in:

1) Sintomi fisici – somatici
2) Segni psicologici
3) Segni comportamentali – aspecifici

Sintomi fisici - somatici

1) Disfunzioni gastrointestinali: gastrite, ulcera, colite, stitichezza e diarrea,
2) Disfunzioni a carico del SNC: astenia, cefalea, emicrania,
3) Disfunzioni sessuali: impotenza, frigidità, calo del desiderio,
4) Malattie della pelle: dermatite, eczema, acne, afte, orzaiolo,
5) Allergie ed asma,
6) Insonnia e altri disturbi del sonno,
7) Disturbi dell'appetito,
8) Componenti psicosomatiche di artrite, cardiopatia, diabete.
   (Bernstein - Halaszyn 1989, Cherniss 1983)

Segni psicologici

1) Senso di rabbia,
2) Negativismo,
3) Isolamento e ritiro, conseguente incapacità a chiedere aiuto,
4) Rigidità di pensiero,
5) Alterazione tono dell'umore – esaurimento emotivo,
6) Perdita dell'ideale – perdita dell'entusiasmo e di fantasie onnipotenti iniziali in processo di burnout,
7) Ottundimento della coscienza, essere freddo ed insensibile,
8) Collasso della motivazione,
9) Caduta dell'autostima,
10) Perdita di controllo – la sensazione che il lavoro lo "invada" anche nella vita privata.
    (Cherniss 1980)

Segni comportamentali - aspecifici

1) Assenteismo,
2) "fuga dalla relazione", apatia e stanchezza,
3) Progressivo ritiro dalla realtà lavorativa (disinvestimento): presenziare senza intervenire, senza alcuna partecipazione emotiva, e solo per lo stretto necessario;
4) Difficoltà a scherzare sul lavoro, irrequietezza,
5) Ricorso a misure di controllo o allontanamento nei confronti degli utenti,
6) Perdita dell'autocontrollo: reazioni emotive violente, impulsive, verso utenti e/o colleghi,
7) Tabagismo e assunzione di sostanze psicoattive: alcool, psicofarmaci e stupefacenti.

   (Cherniss 1980)

2.5 Strategie per fermare, affrontare, superare e prevenire il burnout

Riconoscere la *sindrome del burnout* non è così facile, spesso si tende a ricondurre il tutto come un problema dell'individuo e non del contesto lavorativo nel suo insieme. Le organizzazioni quasi sempre ignorano questo problema e questo rappresenta un errore molto pericoloso, in quanto il burnout può incidere pesantemente sull'economia dell'intera organizzazione.

La risoluzione del fenomeno *burnout* dovrebbe essere affrontata sia a livello organizzativo che a livello individuale, l'organizzazione che si assume la responsabilità di affrontare il burnout, lo può gestire in modo garantirsi il proprio personale produttivo nel tempo.

L'aiuto maggiormente efficace per la singola persona è sicuramente un intervento da parte di un professionista competente in materia che possa fornire strumenti cognitivi, favorire una maggiore comprensione/consapevolezza del problema, aiutare a comprendere le relazioni esistenti tra il comportamento personale, il proprio vissuto ed il contesto di vita e lavorativo, modificare il proprio comportamento e i propri atteggiamenti in coerenza con quanto acquisito.

Ma tali interventi sul singolo non sono semplici: il singolo può avere difficoltà a rivolgersi ad uno psicologo per farsi aiutare, ciò a causa sia di pregiudizi verso la categoria di

professionisti che si occupa di tali problematiche, sia perché spesso non è in grado di chiedere aiuto e/o si imbatte in altre categorie di professionisti non competenti in tali materie. Purtroppo, ancor oggi molti preferiscono pensare di avere un problema organico invece di accettare l'idea di poter avere un problema psicologico anche se causato da fattori esterni.

In letteratura ci sono molte strategie per la prevenzione del burnout. Anche la Maslach indica la necessità di focalizzarsi sia sull'individuo sia sul luogo di lavoro. È dunque consigliabile l'adozione di un approccio preventivo per affrontare il problema burnout.

Esempi di azioni:

Azioni possibili a livello individuale:

1) Porsi degli obiettivi realistici,
2) Variare la routine,
3) Fare delle pause,
4) Prevenire il coinvolgimento eccessivo nei problemi della vittima,
5) Favorire il benessere psicologico e bilanciare frustrazione e gratificazione
6) Applicare tecniche di rilassamento fisico e mentale
7) Separare lavoro e vita privata, per evitare la propagazione del malessere nella vita familiare

Azioni possibili a livello sociale:

1. Rafforzamento della relazione con amici e familiari allo scopo di compensare i sentimenti di fallimento e frustrazione legati alla vita lavorativa, volontariato, ecc.

2. Rafforzamento delle relazioni positive con altri soccorritori da cui possono derivare riscontri positivi, sostegno, utili confronti.

Azioni possibili a livello istituzionale:

1. Incontri con il personale dei diversi livelli per fluidificare i rapporti e risolvere le conflittualità,

2. Riorganizzazione del lavoro per renderlo più vario ed interessante,
3. Promuovere il confronto tra le aspettative delle vittime e gli obiettivi del servizio, per evitare equivoci.

A livello organizzativo sono necessarie strategie volte a promuovere l'impegno professionale e l'armonia tra operatore e posto di lavoro, di seguito alcuni esempi:

1) Condividere la gestione del carico di lavoro con il gruppo,
2) Creare e alimentare il senso di squadra,
3) Partecipare attivamente al processo decisionale: personalizzazione dello stile, adattamento degli orari,
4) Comunicare: chiarezza dei messaggi; obiettivi realistici e credibili,
5) Riconoscere una ricchezza nelle diversità: cogliere le potenzialità positive nell'incontro con alunni, operatori e colleghi,
6) Crescere professionalmente: formazione e cultura approfondita. *(Castello A, Borgia I. 2009)*

Inoltre, la letteratura propone delle pratiche di "auto – cura", per riuscire a superare le difficoltà che compaiono con la Sindrome da burnout quali:

Sostegno sociale

Il sostegno sociale può assumere la forma di gruppi di amici, gruppi di sostegno formale, relazioni intime o comunità spirituale. Coltivare relazioni sociali che permettano di esplorare le difficoltà e offrano una fuga significativa è un'importante strategia di auto-cura per chi presta assistenza.

La meditazione

La meditazione ha ricevuto attenzione negli ultimi anni perché insegna efficacemente le capacità di affrontare le situazioni difficili. Gli studi dei meditatori regolari mostrano un aumento dell'effetto positivo, una maggiore capacità di prestare attenzione, e un maggiore senso di significato e connessione. La meditazione regolare è stata correlata a livelli più alti di compassione e livelli più bassi di burnout. Gli studi interventistici hanno anche dimostrato che le persone che sono addestrate nella meditazione della consapevolezza hanno meno probabilità di sperimentare il burnout e lo stress traumatico secondario

rispetto a coloro che non sono addestrati. Molti operatori sanitari trovano difficile avviare una pratica meditativa, forse perché hanno addestrato per anni ad usare la loro mente per risolvere i problemi e sono abituati ad essere altamente competenti.

Impegno religioso e spirituale

Ci sono meno studi su altre forme di impegno spirituale, come la preghiera e il rituale. Sebbene non siano state studiate pratiche religiose e spirituali individuali, le persone che si descrivono come religiose o spiritualmente impegnate hanno livelli inferiori di disagio legato al lavoro.

Esercizio fisico

L'esercizio aerobico è noto per essere un trattamento efficace per la depressione, e la maggior parte delle persone trovano che il loro umore migliora con l'esercizio fisico regolare. Non sorprende che l'esercizio fisico regolare sia anche correlato a livelli più bassi di burnout. Infatti, un piccolo studio di 12 settimane di esercizio fisico in persone con alti punteggi di burnout ha mostrato una diminuzione dei livelli della sindrome stessa.

Interessi esterni al lavoro

Godere di interessi esterni o hobby è stato correlato con livelli inferiori di burnout. Creare arte, danzare, giardinaggio, scrivere, fare musica, fare birdwatching, escursioni, cucinare, ecc.
Qualsiasi attività creativa, gioiosa e coinvolgente può essere di supporto al benessere personale.

Evitare comportamenti dannosi

Nessuna discussione sul benessere dei professionisti è completa senza menzionare il fatto che gli operatori sanitari sono ad alto rischio di sviluppare disturbi da uso di sostanze. Il forte consumo di alcool o droghe, come meccanismo di gestione, è inefficace e può diventare distruttivo. Molti luoghi di lavoro offrono programmi che aiutano i sanitari che sviluppano modelli malsani o di consumo di sostanze; chi si avvale di questi servizi può constatare un netto miglioramento del proprio benessere. Un operatore sanitario in stato di ebbrezza, hung over o in astinenza può causare gravi danni ai pazienti. Oltre alle droghe e

all'alcool, molte persone si trovano a fare uso di cibo, televisione, gioco d'azzardo o altre attività improduttive per far fronte allo stress legato al lavoro. Il passaggio a strategie di coping più produttive e soddisfacenti, anche se non facile, è generalmente molto più soddisfacente nel lungo periodo.

Rapporti interpersonali

La qualità delle proprie relazioni con i colleghi e i pazienti è predittiva della soddisfazione della compassione e del burnout. Gli operatori sanitari che sentono di potersi fidare dei propri colleghi e che si sentono sostenuti da loro hanno maggiori probabilità di sentirsi soddisfatti del proprio lavoro e meno soggetti a burnout. Più in particolare, gli operatori che si sentono sicuri nel discutere di errori e cattivi risultati hanno meno probabilità di essere traumatizzati da questi eventi e di utilizzarli più facilmente per la crescita personale e professionale. Allo stesso modo, i fornitori che hanno relazioni significative e ricche con i loro pazienti hanno maggiori probabilità di trarre soddisfazione dal loro lavoro. Prendersi il tempo per coltivare queste relazioni produrrà benefici non solo per il paziente, ma anche per il fornitore di servizi.

Unirsi ad un team

Distinta dalle relazioni personali, l'appartenenza ad un team funzionale è un fattore protettivo dal burnout. Mentre spetta al management e ai leader istituzionali creare sistemi che promuovano il lavoro di squadra, alla fine, i membri stessi del team fanno funzionare un team. Imparare a condividere le responsabilità, a comunicare in modo chiaro e rispettoso e a fidarsi dei membri del team può essere difficile, ma i benefici sono significativi.

Micro-Break

Il lavoro in sanità può essere estremamente veloce ed esigente, e gli operatori sanitari a volte scoprono che le ore sono passate senza pause. Costruire deliberatamente piccole pause giornaliere può sostenere la salute fisica e mentale sul lavoro. Questo potrebbe significare l'uso di un'applicazione online che suona un allarme ogni 30 minuti come promemoria per staccare un momento. Può anche significare una pausa prima dell'incontro di ogni paziente per ristabilire il proprio stato emotivo tra un paziente e l'altro. Ad ogni attivazione, l'operatore si impegna a fare una pausa e a intraprendere un'azione. L'azione

può essere un respiro profondo, un coprispalle per rilassare le spalle, la visualizzazione, una preghiera, una frase pronunciata, l'impostazione dell'intenzione, o qualsiasi altra azione che l'operatore trova utile. Come per tutte le pratiche di auto-cura, le micro-break sono le migliori quando sono fatte su misura e flessibili. Oltre a queste pause molto brevi, può anche essere utile fare pause leggermente più lunghe, nell'ordine dei minuti, per un breve ringiovanimento durante il giorno. Queste possono assumere la forma di una pausa per guardare fuori da una finestra, allungare i muscoli rigidi, camminare su e giù per una scala, stringere amicizia con un collega, o sedersi ad occhi chiusi. Anche in un ambiente clinico affollato, questi piccoli momenti di quiete possono essere di notevole aiuto e possono effettivamente portare ad un aumento della produttività.

Formazione specialistica

Una formazione specializzata nelle aree che causano il maggior disagio lavorativo può aiutare a prevenire il burnout e promuovere la soddisfazione della compassione. Questa formazione fornisce un contesto per la sofferenza di cui sono testimoni e le strategie per lavorare efficacemente con essa, ed è stato dimostrato che riduce il burnout.

Le vacanze

Non c'è sostituto per una vera vacanza. Se è utile fare piccole pause durante il giorno e nel fine settimana, è anche necessario prendere periodicamente lunghi periodi di riposo. Le vacanze non solo permettono di sottrarsi allo stress legato al lavoro e alle opportunità di gioco e di ricongiungimento con amici e familiari, ma possono anche offrire l'opportunità di riesaminare i propri valori e il significato del proprio lavoro (*Coffa, D 2019).*

2.6 Scale e strumenti utili ad identificare la sindrome da Burnout

La letteratura è abbastanza esaustiva in riferimento a scale validate per la valutazione clinica (individuazione e quantificazione psicometrica) del burnout, esistono difatti tre test specifici tra cui:

1) Questionario Maslach Burnout Inventory (MBI), composto da 22 item che misurano 3 dimensioni indipendenti della BOS: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione personale. La frequenza con cui il soggetto sottoposto al test prova le sensazioni relative a ciascuna scala è saggiata usando una modalità di risposta a 6 punti, i cui estremi sono definiti da "mai" e "ogni giorno".

2) Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBSHP).

3) Perceptual Job Burnout Inventory (PJBY).

4) Burnout Measure (BM).

Ad essi si aggiungono strumenti di valutazione generica dello stato di salute mentale e di benessere psicologico come:

1) General Health Questionnaire (GHQ), che è uno dei questionari più ampiamente utilizzati per la rilevazione del rischio di disturbi psichiatrici minori a carattere acuto o per la misurazione del benessere psicologico a breve termine, rivelatosi efficace a monitorare nel tempo lo stato di salute mentale di una popolazione lavorativa in dipendenza di un evento esterno che esplica la sua azione nel tempo;
2) Nottingham Health Profile (NHP), che è costituito da una serie di domande che mirano ad accertare il grado di disagio fisico, emotivo e sociale del soggetto e consiste in un questionario formato da 38 item; è suddiviso in 6 parti che riguardano: reazioni emotive, grado di energia, mobilità fisica, dolore, sonno, disagio sociale.

(*Carlini L, Fidenzi L, et al. 2016)*

3. MATERIALI E METODI

3.1 Obiettivo dello studio

In particolare, gli obiettivi di questo studio sono:

- Approfondire il tema della sindrome da burnout, quali sono gli operatori più a rischio di sviluppare la sindrome ed i fattori che la scatenano,
- Identificare gli strumenti e le scale validate che possano meglio riconoscere gli operatori in burnout,
- Identificare gli interventi per la gestione del burnout,
- Identificare a livello di unità operative più a rischio, le strategie e gli interventi attuati per la gestione del burnout,
- Indagare sul campo quali strategie vengono utilizzate per affrontare, superare e prevenire la sindrome.

3.2 Metodologia per la ricerca bibliografica

La revisione della letteratura è stata svolta seguendo le principali banche dati bio-mediche generali e specialistiche online, abstract, meta-analisi, revisioni sistematiche, guideline, randomized controlled trials, riviste a tema sanitario e dalla bibliografia citata da articoli trovati su internet.

Le principali banche dati online consultate per tale scopo sono state PubMed, SBBL, Medline. I criteri di inclusione utilizzati per selezionare il materiale sono stati principalmente l'adeguatezza del tema alla ricerca ed il tempo di pubblicazione considerando quelli più attuali, considerando il 2015 come articoli più datati.

Le parole chiave utilizzate per la ricerca bibliografica sono state: "burnout AND treatment", "department AND nurse AND burnout", "causes AND nurse AND burnout", "validated AND tools AND nurse AND burnout",

Le domande di ricerca, identificabili con l'acronimo PICOM si articolano in:

P (problema): presenza della sindrome da burnout negli infermieri di varie U.O

I (intervento): presenza di correlazione tra l'U.O di appartenenza e la presenza di sindrome da burnout

C (confronto): nessuno

O (obiettivo): identificare la presenza/assenza di sindrome da burnout negli infermieri ed i vari interventi attuati o attuabili per prevenire o superare la stessa

M (metodo): revisione sistematica della letteratura, RCT e linee guida

3.3 Metodologie per la ricerca sul campo

Per analizzare lo stato dell'arte del personale infermieristico che presta servizio presso l'Azienda Socio Sanitaria della Franciacorta, è stata richiesta l'autorizzazione alla Direzione Medica, di poter somministrare un questionario validato in letteratura la scala Maslach Burnout Inventory.

Inoltre, si è scelto di intervistare il Direttore SITRA e il Medico di Medicina del lavoro dell'Azienda per conoscere, in base alla loro esperienza lavorativa e al loro ruolo, la loro percezione l'entità del problema nell'azienda, segni e sintomi e come viene gestito. (Allegato 2-3)

L'indagine di tipo quantitativo è stata effettuata nel periodo fra Settembre ed Ottobre 2019 presso le diverse U.O. e/o servizi dell'azienda.

Per la realizzazione di questo lavoro è stata effettuata un'indagine attraverso la somministrazione di questionari con la scala Maslach Burnout Inventory, uno strumento validato e adattato alla versione italiana per gli infermieri delle diverse U.O e servizi citati.

3.4 Strumento d'indagine

Lo strumento di indagine è il questionario Maslach Burnout Inventory, uno strumento validato in letteratura e adattato alla versione italiana per gli infermieri delle varie U.O. e/o servizi citati dalla letteratura come essere "più a rischio" per la sindrome. (Allegato I).

Il MBI è un questionario costituito, nella sua versione definita, da 22 item in base ai quali il soggetto deve valutare la frequenza e l'intensità con cui sperimenta sintomi, effetti, stati emotivi connessi con il suo lavoro. Nella versione consigliata della scala vi è una domanda aperta a cui l'operatore può rispondere come meglio crede in forma anonima. Le diverse domande indagano:

- l'Esaurimento Emotivo analizzato in nove domande,
- la Depersonalizzazione indagata attraverso cinque domande,
- la Realizzazione / gratificazione lavorativa sondata da otto quesiti.

L'ordine delle domande non è in ordine sequenziale, ma è sparso.

A ciascuna domanda l'infermiere risponde "*quanto frequentemente*" e assegna un valore da zero a sei in base a "*quanto spesso*" si presenta la situazione richiesta dalla domanda, dove a "zero" corrisponde il "mai", "uno" qualche volta all'anno, "due" una volta al mese, "tre" qualche volta al mese, "quattro" una volta alla settimana, "cinque" qualche volta alla settimana e "sei" ogni giorno.

Ogni questionario è composto da una parte introduttiva volta a far comprendere al soggetto lo scopo della ricerca; sono stati consegnati nei diversi contesti previo appuntamento alle Coordinatrici dopo una breve illustrazione dello strumento di indagine e sul sistema di compilazione, concordando il tempo di permanenza dei questionari nell'U.O. e /o servizio.

L'intervista al Direttore SITRA e al Medico di Medicina del Lavoro è stata da me elaborata, dopo l'analisi della letteratura, con lo scopo di indagare in base al loro ruolo e la loro esperienza lavorativa (Allegato II-III):

- la percezione del problema nel personale infermieristico dell'azienda,
- l'utilizzo di strumenti, segni o sintomi per individuare la sindrome di Burnout,
- l'eventuale segnalazione di personale in Burnout,
- rilevazione di similitudine nel personale per genere, età, U.O. di provenienza
- provvedimenti finalizzati alla tutela del lavoratore e alla qualità delle cure erogate,
- la presenza di personale specialista dedicato per la gestione della sindrome.

3.5 Definizione del campione

La selezione del campionamento è non probabilistica: l'indagine è rivolta a infermieri ove la letteratura individua essere maggiormente a rischio di Burnout. Il campione di professionisti ha aderito su base volontaria all'indagine. Il campione di indagine è costituito dagli infermieri che lavorano nelle varie U.O/servizi dell'Azienda delle seguenti U.O:

1) C.R.A. Comunità Riabilitativa alta Assistenza (Rovato),
2) Rianimazione (Chiari),
3) UTIC (Chiari),
4) Pronto Soccorso (Chiari),
5) Chirurgia (Chiari),
6) Emodialisi (Chiari),
7) Medicina (Chiari)
8) Sub Acuti (Orzinuovi),
9) Cure di fine vita (Orzinuovi)
10) A.D.I. (Rovato – Chiari).

Si cerca di avere un campione sufficientemente vario di operatori; è stato incluso nello studio qualsiasi infermiere operante nelle U.O su base volontaria, in forma anonima chiedendo appunto di rispondere sinceramente ai quesiti posti.

4. RISULTATI

4.1 Analisi oggettiva dei risultati

Dal 4 settembre 2019 è cominciata la distribuzione dei questionari nelle unità operative e nei servizi dei diversi presidi ospedalieri dell'azienda.

Complessivamente sono stati consegnati 170 questionari e di questi ne sono stati ritirati 120 completati, l'ultima data di ritiro dei questionari è stata il 15 Ottobre 2019, è stata scelta una data così lontana dalla consegna per avere la maggior aderenza possibile al questionario. Il campione è costituito dagli infermieri che lavorano nelle varie U.O./servizi dell'azienda, precisamente le U.O. di:

- CRA Comunità Riabilitativa alta Assistenza (Rovato),
- Rianimazione (Chiari),
- UTIC (Chiari),
- Pronto Soccorso (Chiari),
- Chirurgia (Chiari),
- Emodialisi (Chiari),
- Medicina (Chiari)
- Sub acuti (Orzinuovi),
- Cure di fine vita (Orzinuovi)
- ADI (Rovato – Chiari).

Grafico I

Nel Grafico I si può vedere l'aderenza del 70%, poiché dei 170 questionari consegnati, 120 sono stati compilati mentre 50 non sono stati compilati.

Nel Grafico II invece, si può notare l'aderenza divisa per U.O./servizio nel dettaglio:

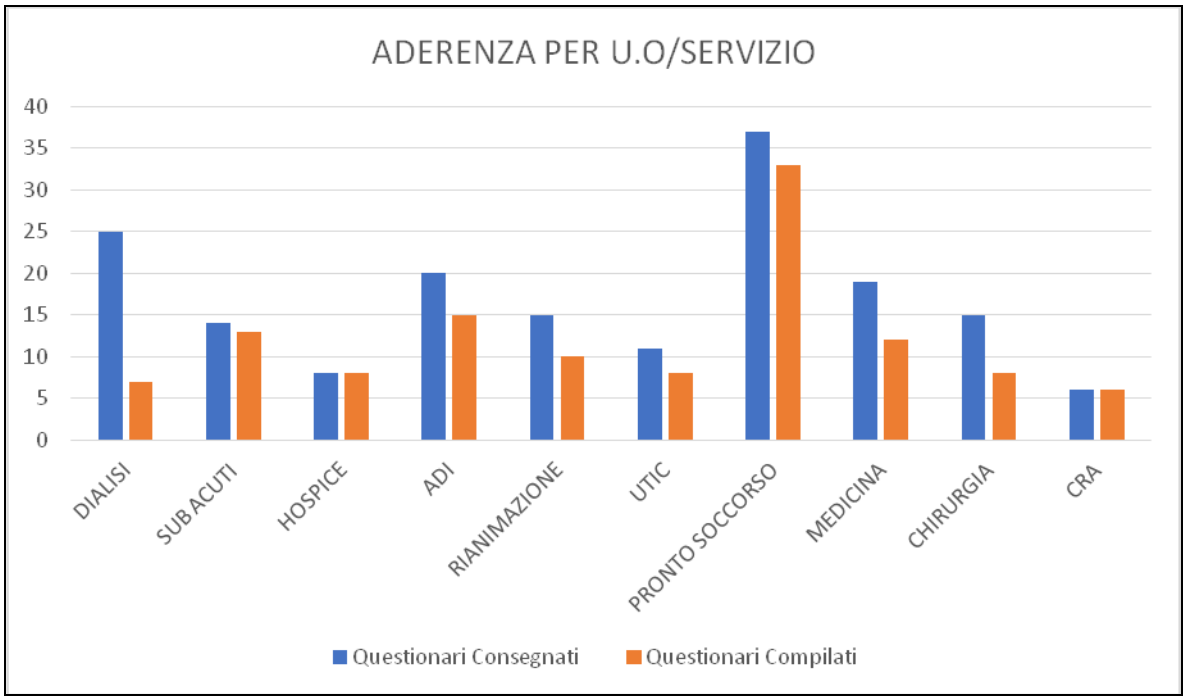

Grafico II

Successivamente per un'elaborazione dei dati migliore, si è preferito dividere i tre domini quali: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e gratificazione personale del Burnout, classificandoli in livello basso, medio, alto in base alle risposte dei questionari ritirati per ogni infermiere, raggruppandoli per ogni U.O. e suddividendo le varie U.O in:

1) U.O di cronicità (Grafico III): sono presenti i dati delle U.O. di CRA, SUB acuti, Dialisi;
2) U.O di area critica – emergenza (Grafico IV): sono presenti i dati di Rianimazione, P.S., UTIC;
3) U.O di base (Grafico V): sono presenti Chirurgia generale e vascolare, Medicina generale;
4) U.O di Cure fine vita (Grafico VI): sono presenti Hospice e ADI (presente progetto di OCPDOM).

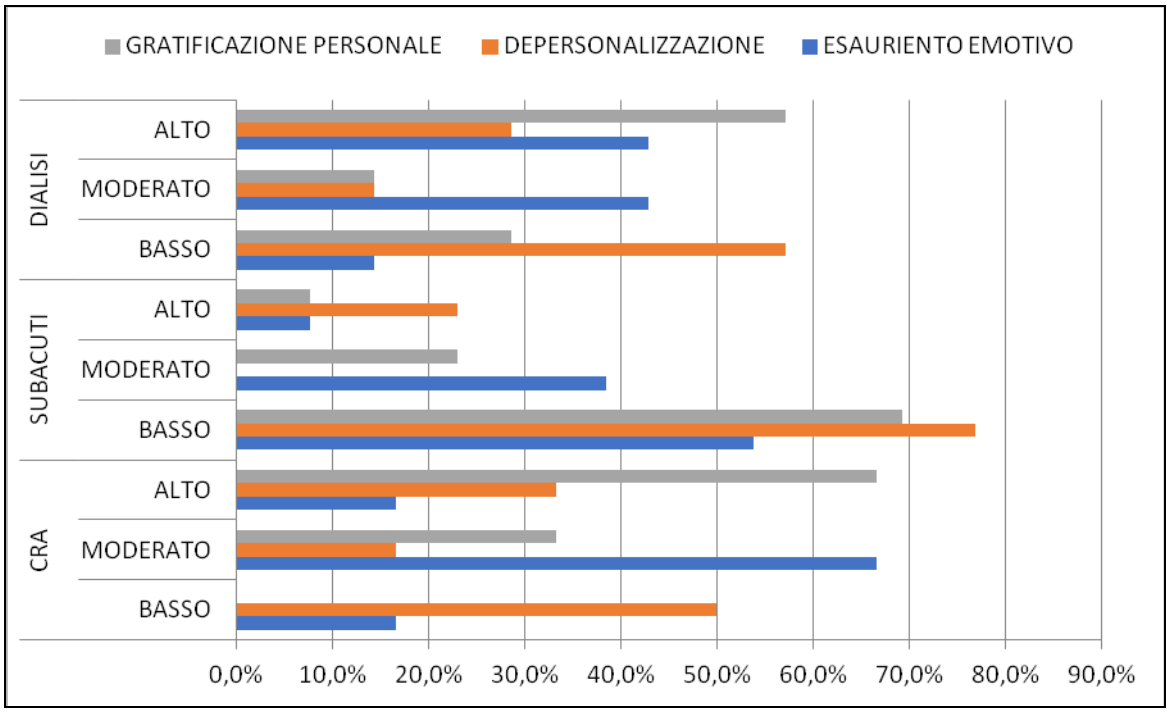

Grafico III: U.O. di cronicità

Analizzando invece le U.O. che gestiscono maggiormente la cronicità, si può notare come un livello alto di esaurimento emotivo significativo sia presente solo in Dialisi, anche se dai dati si evince che è una delle U.O. con livello di depersonalizzazione più basso, mentre per le restanti U.O. e servizi il livello di esaurimento emotivo è moderato. (Grafico III)

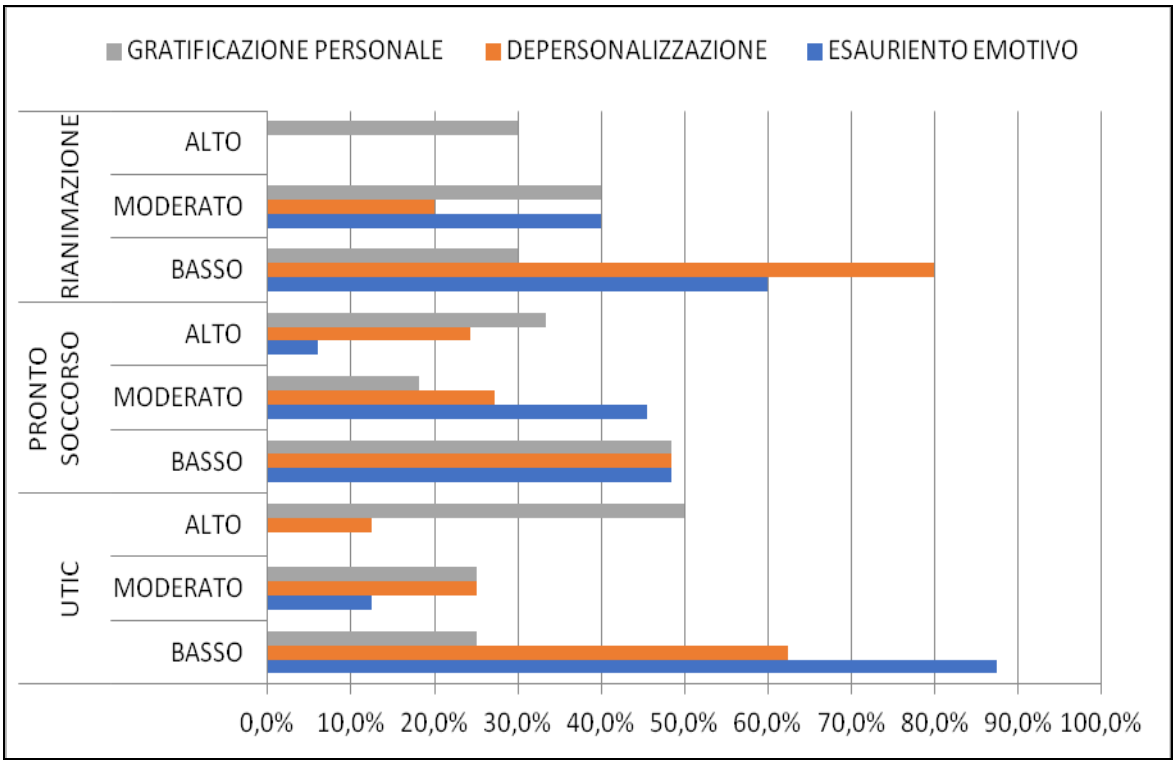

Grafico IV: U.O. di area critica - emergenza

Analizzando la tabella si nota che nelle U.O. definite "critiche" per eccellenza, dalla letteratura quali Rianimazione, Pronto Soccorso e UTIC, si ha un livello di depersonalizzazione che oscilla tra il basso ed il moderato come si può vedere nel Grafico III. Mentre il livello di depersonalizzazione in queste U.O. risulta prevalentemente basso, come si può vedere nel Grafico IV.

Mentre analizzando la gratificazione personale si può notare che il livello complessivo è tendente al moderato – basso tranne per l'UTIC in cui si ha un livello di gratificazione personale tendenzialmente alto. (Grafico IV)

La letteratura di riferimento, (Tummers et al., 2002), indica che nello specifico gli infermieri che lavorano in U.O di terapia intensiva, risultano avere più facilmente un basso esaurimento emotivo, ma alti livelli di depersonalizzazione assistenziale.

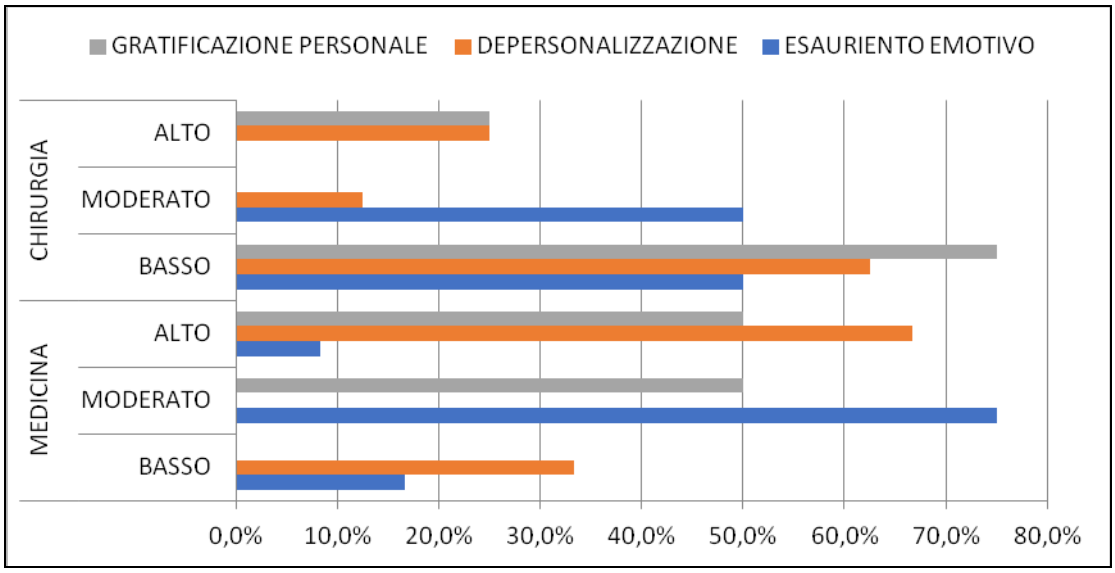

Grafico V: U.O. di Base

Si può notare che l'U.O di Medicina è quella in cui si è riscontrato un più alto livello di depersonalizzazione, anche se risulta essere una delle U.O con il più alto grado di gratificazione personale. (Grafico V)

Infine, paragonando due U.O di base come la Medicina e la Chirurgia si nota che i valori di esaurimento emotivo sono più alti in Medicina pur essendo comunque a livello moderato, mentre in Chirurgia il grado di depersonalizzazione è nettamente più basso rispetto al reparto di confronto. Il livello di gratificazione personale infine è prettamente più alto in Medicina. (Grafico VI).

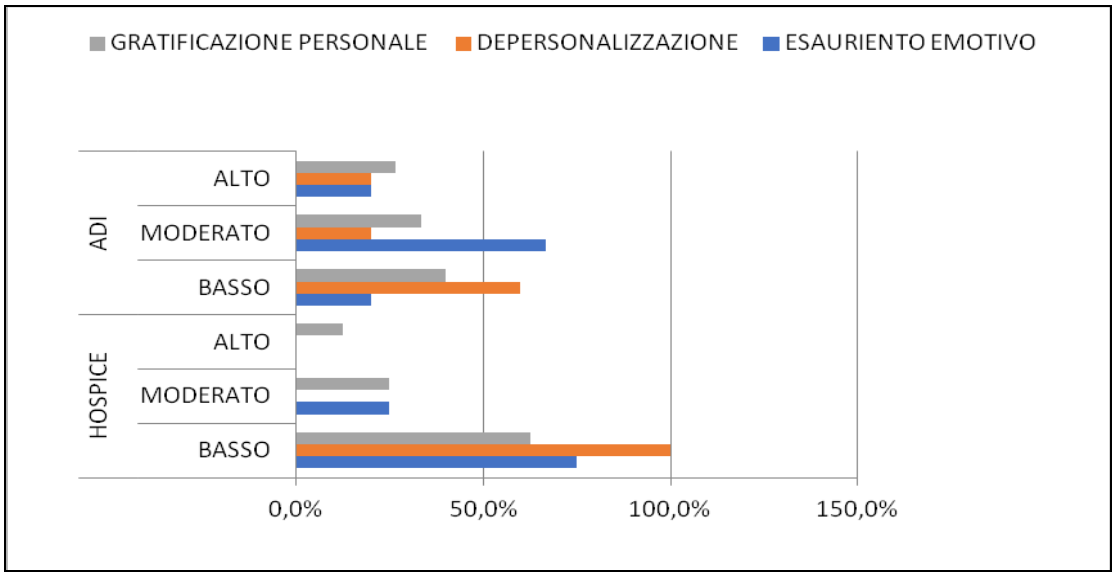

Grafico VI:U.O. Cure di fine vita

Si nota inoltre che l'Hospice, pur essendo un reparto ad alta complessità per il tipo di pazienti presente è l'U.O. con il più basso livello di depersonalizzazione ed esaurimento emotivo, anche se risulta essere una delle U.O. con il più basso livello di gratificazione personale assieme All'U.O. di Subacuti.

La letteratura di riferimento (Burla F. et al, 2013), in questo caso indica la presenza di un alto grado di depersonalizzazione nelle U.O per patologie croniche.

4.2 Analisi della risposta alla domanda aperta

Il questionario proposto ai professionisti analizzato in precedenza contiene, come ultima, una domanda aperta, facoltativa a cui il professionista può decidere se rispondere o meno e la domanda è: "*Cosa consiglieresti per migliorare il tuo posto di lavoro*?"

Su 120 questionari compilati le risposte sono state solo 36, avendo un'aderenza del 30%, Successivamente si è calcolata la percentuale di questionari completati suddivisi per ogni U.O/servizio come si può vedere nella Tabella II.

UNITA' OPERATIVA/ SERVIZIO	QUESTIONARI CONSEGNATI	ADERENZA PER U.O/SERVIZIO
CRA	6	66%
ADI	15	33%
SUBACUTI	13	7%
HOSPICE	8	25%
DIALISI	7	0%
UTIC	8	12%
CHIRURGIA	8	87%
PRONTO SOCCORSO	33	30%
RIANIMAZIONE	10	20%
MEDICINA	12	33%
TOTALE RISPOSTE	120	30,3%

Tabella II

Si sono registrate le varie opinioni dei professionisti in una tabella considerando che alcuni operatori hanno espresso più di una preferenza all'interno della loro risposta. Le risposte emerse dai professionisti vanno a toccare tutte le possibilità inserite nella tabella anche se si può notare che il 22% del personale è d'accordo sulla necessità di una modifica all'orario di servizio, mentre il 27% consiglierebbe l'aumento del personale; si nota inoltre che solo il 9% del personale che ha risposto alla domanda indicherebbe la necessità di un supporto psicologico e una miglior organizzazione dell'U.O. di appartenenza. Tabella III

LEGENDA	N° DI RISPOSTE DATE	PERCENTUALE RISPOSTE
Miglior orario di lavoro	12	22,22%
Miglior stipendio	6	11,11%
Miglior organizzazione del reparto	5	9,26%
Miglior collaborazione con il personale	3	5,56%
Rallentare i ritmi	1	1,85%
Incontri d'equipe	3	5,56%
Supporto psicologico	5	9,26%
Aumento personale	15	27,78%
Corsi di formazione	1	1,85%
Altro	3	5,56%
TOTALE RISPOSTE	54	

Tabella III

Rapportando l'aderenza delle risposte con i domini del Burnout presenti nelle U.O. si può notare che i reparti con l'aderenza più alta alla risposta sono anche i reparti in cui il livello di gratificazione personale è più basso. Tabella IV.

U.O	ADERENZA ALLA RISPOSTA	BASSO	MODERATO	ALTO	DOMINI DEL BURNOUT
CRA	66%	16,7%	66,7%	16,7%	ESAURIMENTO EMOTIVO
		50,0%	16,7%	33,3%	DEPERSONALIZZAZIONE
		0,0%	33,3%	66,7%	GRATIFICAZIONE PERSONALE
ADI	33%	20,0%	66,7%	20,0%	ESAURIMENTO EMOTIVO
		60,0%	20,0%	20,0%	DEPERSONALIZZAZIONE
		40,0%	33,3%	26,7%	GRATIFICAZIONE PERSONALE
SUBACUTI	7%	53,8%	38,5%	7,7%	ESAURIMENTO EMOTIVO
		76,9%	0,0%	23,1%	DEPERSONALIZZAZIONE
		69,2%	23,1%	7,7%	GRATIFICAZIONE PERSONALE
HOSPICE	25%	75,0%	25,0%	0,0%	ESAURIMENTO EMOTIVO
		100,0%	0,0%	0,0%	DEPERSONALIZZAZIONE
		62,5%	25,0%	12,5%	GRATIFICAZIONE PERSONALE
DIALISI	0%	14,3%	42,9%	42,9%	ESAURIMENTO EMOTIVO
		57,1%	14,3%	28,6%	DEPERSONALIZZAZIONE
		28,6%	14,3%	57,1%	GRATIFICAZIONE PERSONALE
UTIC	12%	87,5%	12,5%	0,0%	ESAURIMENTO EMOTIVO
		62,5%	25,0%	12,5%	DEPERSONALIZZAZIONE
		25,0%	25,0%	50,0%	GRATIFICAZIONE PERSONALE
CHIRURGIA	87%	50,0%	50,0%	0,0%	ESAURIMENTO EMOTIVO
		62,5%	12,5%	25,0%	DEPERSONALIZZAZIONE
		75,0%	0,0%	25,0%	GRATIFICAZIONE PERSONALE
PRONTO SOCCORSO	30%	48,5%	45,5%	6,1%	ESAURIMENTO EMOTIVO
		48,5%	27,3%	24,2%	DEPERSONALIZZAZIONE
		48,5%	18,2%	33,3%	GRATIFICAZIONE PERSONALE
RIANIMAZIONE	20%	60,0%	40,0%	0,0%	ESAURIMENTO EMOTIVO
		80,0%	20,0%	0,0%	DEPERSONALIZZAZIONE
		30,0%	40,0%	30,0%	GRATIFICAZIONE PERSONALE
MEDICINA	33%	16,7%	75,0%	8,3%	ESAURIMENTO EMOTIVO
		33,3%	0,0%	66,7%	DEPERSONALIZZAZIONE
		0,0%	50,0%	50,0%	GRATIFICAZIONE PERSONALE

Tabella IV

4.3 Risposte intervista al Medico del lavoro

Il 10 Settembre è stata effettuata l'intervista al Medico Competente dell'Azienda (Allegato II). Le risposte sono riportate in forma discorsiva.

Il Medico Competente afferma che da quando ha in incarico questo ruolo, in azienda, non ha mai dovuto segnalare la presenza di Burnout in infermieri, anche se in caso di sospetto o dichiarato malessere da parte degli infermieri si è preferito approfondire la presenza/assenza di sindrome da Burnout con dei questionari ed attraverso una visita più accurata; secondo l'opinione del medico competente inoltre in presenza di personale con dipendenza da sostanze stupefacenti o di dipendenza da alcol è stato possibile affermare che questo non fosse associato alla presenza della sindrome, ma che fosse un problema legato ad altre tematiche. La rivalutazione dell'idoneità professionale dell'infermiere quando sono presenti segni/sintomi da Burnout avviene in ordine di frequenza con:

1) Visita ordinaria,
2) Richiesta da parte del professionista,
3) Richiesta da parte del coordinatore, anche se la legge vieta la possibilità che si eseguano "visite a persone specifiche".

Inoltre, nell'esperienza lavorativa del Medico competente presso l'azienda non sono state riscontrate similitudini tra del professionista che presenta burnout (età, genere, U.O di appartenenza). Il medico competente riferisce inoltre che in azienda è facile avere una richiesta di cambio di sede, anche se questo non è imputabile direttamente alla sindrome da burnout ma più che altro ad un voler cambiare "aria" da parte del professionista, più che per una vera e propria "stanchezza" dal reparto precedente.

Infine, è giusto ricordare come dice il medico del lavoro, che in azienda sono attivi gli incontri con dei professionisti competenti in materia, e che nel caso qualsiasi operatore si sentisse in bisogno, il personale è a piena disposizione con incontri, l'esempio più classico è in Hospice dove è presente del personale ordinariamente che si interpone l'obiettivo di aiutare sia i pazienti che i dipendenti, in alcuni momenti più critici ottenendo un buon indice di efficienza.

4.4 Risposte intervista al Direttore del SITRA

In data 27 Agosto è stata effettuata l'intervista al Direttore del SITRA (Allegato 3). Qui di seguito sono riportate in forma discorsiva le risposte:

Il direttore del SITRA afferma che da quando ha questo ruolo a livello aziendale, non sono stati riscontrati comportamenti aspecifici che possono simboleggiare la presenza di sindrome da Burnout come assenteismo, fuga dalla relazione, apatia e irrequietezza, nel personale infermieristico, inoltre mi è stato fatto notare che al momento in azienda il tasso di turnover è dell'8% e che essendoci un ricambio di personale davvero ampio è difficile che si manifestino segni o sintomi della sindrome, inoltre l'azienda possiede molti dipendenti giovani rispetto a quelli più anziani, e quindi avendo iniziato da poco a lavorare è difficile che sviluppino la sindrome.

Normalmente le segnalazioni di presenza di segni – sintomi ricollegabili al Burnout vengono fatte dal medico di medicina del lavoro, oppure direttamente dal coordinatore dell'U.O o del servizio o dai colleghi della persona, inoltre è facile che il dipendente stesso arrivi a richiedere un trasferimento quando non si sente più in grado di lavorare all'interno dell'U.O o del servizio.

Inoltre, il direttore SITRA afferma che nella sua esperienza lavorativa non ha riscontrato similitudini tra la letteratura e l'azienda, difatti come esempio è stata presa la rianimazione che da letteratura dovrebbe essere uno dei reparti più a rischio data la complessità dei pazienti e la loro criticità, mentre in azienda al momento non risultano infermieri con segni o sintomi da Burnout o comunque senza un malcontento dato appunto dal lavoro. L'unica realtà con cui si trovano similitudini è il blocco operatorio, che a detta del direttore del SITRA essere probabilmente l'unità che al momento risulta più a rischio di Burnout a livello aziendale , mentre l'Hospice in cui ci si interfaccia ogni giorno con pazienti complessi, e che da letteratura dovrebbe essere un U.O con un alto rischio di Burnout, non risulta, al momento, essere a rischio della sindrome.

Inoltre, il responsabile SITRA riferisce che a livello aziendale sono individuati percorsi ed interventi per individuare i professionisti a rischio di Burnout attraverso una stretta collaborazione con il medico competente, mentre a livello organizzativo non essendoci appunto un rischio vero e proprio a livello aziendale, non sono stati individuati degli interventi appositi per la sindrome.

Infine, viene riferito che non essendoci un rischio imminente di Burnout a livello aziendale, non vengono attivati incontri con professionisti competenti in materia, pur essendo questi presenti in azienda.

5. CONCLUSIONI

Gli obiettivi che mi ero posto nella prima fase della stesura del mio elaborato sono stati soddisfacenti.

La ricerca bibliografica attraverso le banche dati mi ha permesso di approfondire l'argomento in modo più che esaustivo, inoltre mi ha permesso di trovare uno strumento validato per riconoscere i primi segni – sintomi della patologia: la scala *Maslach (1994)* adattata in Italiano è stato uno strumento più che valido da somministrare agli infermieri per poter valutare il grado di depersonalizzazione, esaurimento emotivo e gratificazione generale, data la sua attinenza all'argomento trattato, e visto che riesce a toccare tutti i domini del burnout.

Dai risultati ottenuti 47 infermieri risultano avere uno o più item di grado "alto" oppure due o più item di grado "moderato", segno di un possibile rischio di presenza di patologia. Le U.O. in cui si è trovata una prevalenza maggiore di questi operatori è la Medicina ovviamente il dato è rapportato solamente sul numero di infermieri che hanno aderito all'indagine e non a tutta l'U.O. quindi il dato può essere attendibile ma non riferitivo a tutta l'U.O.

Dall'indagine si può notare che un livello di esaurimento emotivo rilevante, si presenta solo in Dialisi, mentre in Medicina il dominio più rilevante è la depersonalizzazione che raggiunge un livello più che significativo.

Inoltre, per quanto riguarda le U.O. in cui vengono trattati i pazienti cronici, come ad esempio la Dialisi o la CRA, la letteratura *(Burla F. et al, 2013),* le indica come U.O. ad elevata depersonalizzazione e, osservando i dati raccolti nell'indagine sul campo, si riscontrano similitudini con la letteratura per la Dialisi che ha un livello di depersonalizzazione alto, mentre per i Subacuti e per il CRA si ha un livello alto di depersonalizzazione in un numero di operatori inferiore.

Mentre dall'analisi dei dati ricavati dall'ADI e dall'Hospice, si può notare come in Hospice vi sia un grado di depersonalizzazione e di esaurimento emotivo prevalentemente basso, anche se assieme a questi si ha un grado di gratificazione personale prettamente basso, probabilmente, come riportato in letteratura, dato dall'alto coinvolgimento emotivo che si viene a creare con il paziente che porta a ricadute sugli operatori che tendono a percepire il

fallimento della cura, come un fallimento personale. (*Perry B. 2008; Sherman A.C. et al. , 2006; Simon et al , 2005),* ma anche poiché in questo genere di U.O. ci si interfaccia con dei trattamenti complessi, oltre alla morte e a questioni etiche, che risultano essere fattori stressogeni che influenzano l'operatività quotidiana come dice *(Najjar et al., 2009).*

Mentre per l'ADI si può notare dai dati raccolti che si hanno livelli moderati di ogni dominio del burnout, anche se la letteratura per quanto scarsa possa essere nei riferimenti all'assistenza domiciliare, indica che nei reparti per patologie croniche, ci sia un'elevata depersonalizzazione, *(Burla F. et al, 2013),* dati discordanti con quelli rilevati nell'indagine.

È importante ricordare che la letteratura indica che gli infermieri che lavorano in U.O. di terapia intensiva, sono più soggetti ad alti livelli di depersonalizzazione assistenziale *(Viotti et al. 2012)* anche se dall'indagine effettuata le U.O. come Rianimazione e UTIC, risultano essere soggette ad un basso livello di depersonalizzazione, mentre per il Pronto Soccorso si ha un livello di depersonalizzazione relativamente più alto.

Inoltre confrontando uno studio Spagnolo effettuato nell'area critica ed emergenza, *(Cañadas-de la Fuente GA, Albendín-García L et al 2018),* in cui si è riscontrato una gratificazione personale bassa, con il livello di gratificazione personale degli operatori sottoposti all'indagine, si può notare come il livello di questo dominio negli infermieri Italiani sia in linea con quello che indica lo studio spagnolo, difatti come evidenziato anche dai dati riportati in precedenza, nelle U.O. di emergenza ed area critica, il livello di gratificazione personale si aggiri sul 50% in UTIC, mentre per il Pronto Soccorso siamo al 33% e per la Rianimazione siamo al 30%.

Infine dai dati rilevati emerge nell'U.O. di Medicina ci siano molti operatori con alti livelli di depersonalizzazione e moderato livello di esaurimento emotivo, anche se si ha un livello di gratificazione personale prettamente moderato – alto, mentre per l'U.O. di Chirurgia si può notare che c'è un basso livello di depersonalizzazione e di esaurimento emotivo, ma anche di gratificazione personale; questi dati, sono molto simili a quello che indica la letteratura, che indica le U.O. di gastroenterologia, pneumologia e chirurgia come reparti a rischio di manifestazione della sindrome, con valori tra il 25% ed il 60% in base alla specialità in cui si lavora. *(Vandenbroeck S, Van Gerven E., et al 2017).*

Uno dei limiti che si sono presentati durante lo svolgimento di quest'indagine è stata la non possibilità di avere un campione sufficientemente ampio per alcune realtà più soggette, secondo la letteratura, al rischio come la dialisi, l'oncologia, o l'area pediatrica; alcune di queste aree non sono state prese in esame dato il numero insufficiente di operatori oppure la mancanza all'interno dell'Azienda ASST-Franciacorta dell'U.O.

Un secondo limite che si è presentato è stata la scarsa aderenza di alcune U.O. probabilmente dato da uno scarso interesse verso l'argomento dello studio oppure semplicemente data dalla scarsità del tempo tra la consegna ed il ritiro.

Tra le varie difficoltà non è da sottovalutare quella dell'elaborazione dei dati che sono emersi dall'indagine, data la complessità quantitativa dei dati riscontrati e dall'elevato numero di grafici e tabelle elaborati.

Complessivamente sono riuscito a trarre delle nozioni abbastanza esaustive dallo studio, arrivando a dare una definizione il più in linea possibile con ciò che dice la letteratura.

Una strategia primaria come anche la Maslach indica, è la prevenzione: se si riesce a prevenire il burnout negli operatori, o comunque riuscire a intercettare tempestivamente gli operatori più a rischio, si avrà prima di tutto un'assistenza di qualità verso i pazienti, successivamente si avranno degli operatori molto più produttivi e meno stressati, così facendo si avrà di conseguenza meno assenteismo, un livello di rabbia verso l'attività lavorativa diminuita e l'assenza della perdita di ideale.

Per questo è fondamentale una corretta collaborazione sia con il Medico del Lavoro, sia con il Direttore del SITRA, poiché queste due figure, oltre a garantire, in forma diversa, l'idoneità degli operatori al servizio, hanno anche il compito di collaborare con gli stessi per la creazione di un ambiente di lavoro ideale e, come dice anche la letteratura, *(Castello A, Borgia I. 2009)*, hanno il compito di promuovere l'impegno professionale e l'armonia tra operatore e posto di lavoro, oltre al tutelare la salute dell'operatore.

Inoltre è importante e giusto ricordare che le patologie stress – correlate sono sempre in crescita poiché i ritmi sempre più frenetici ed i tempi sempre meno permissivi obbligano l'operatore a un ritmo lavorativo esagerato, e, secondo me, in un epoca come quella in cui viviamo, in cui non ci è permesso il minimo "off" dal lavoro, è importante riuscire, per

quanto possibile ovviamente, di ritagliarsi dei tempi in cui si dovrebbe appunto “spegnere” tutto e riuscire a distaccarsi dall’attività lavorativa.

È importante ricordare che riconoscere il burnout non è così semplice, poiché essendo il traguardo di un percorso individuale, spesso viene visto anche dall’operatore stesso come un problema solo di sé e non del contesto lavorativo; pensarla così è un errore, difatti gli studi in materia hanno ormai consolidato l’idea che sia il burnout sia chiaramente correlato al lavoro e non solo all’individualità dell’operatore.

Secondo me è importante che l’organizzazione in cui un operatore lavora faccia il primo passo, ponendo più attenzione prima di tutto anche allo stato psicologico dei dipendenti e non solo al loro lato produttivo, in secondo luogo che si attivi precocemente ad individuare quelle U.O. in cui è più facile che si presenti la sindrome e quindi riuscire a minimizzarne la possibilità di insorgenza.

Inoltre, altre strategie ottimali che può utilizzare l’Azienda, sono le riunioni d’equipe, in cui si discutono i casi più difficoltosi, o quelli che hanno scosso di più l’operatore, anche se ovviamente, data l’entità e la frenesia del lavoro, non sempre è possibile fermarsi ed organizzare questi incontri come indica anche la letteratura (*Coffa, D.2016).*

Un’ultima strategia che penso sia ottimale sono gli incontri con un professionista in materia, come potrebbe essere uno psicologo del lavoro, incaricato di porre degli interventi per diminuire lo stress lavoro – correlato.

Ovviamente l’organizzazione lavorativa non può prendersi carico di tutti i compiti, molto lo fa anche l’operatore, riuscendo a variare la routine, prendendosi dei momenti di pausa, e soprattutto evitando il coinvolgimento eccessivo con i problemi dell’assistito. Ma se riuscissimo a fare tutti questi interventi probabilmente si perderebbe anche la vena intrinseca della professione: l’infermiere, professionista della salute, e parte attiva del SSN, deve essere empatico ma non può permettersi un coinvolgimento eccessivo nei confronti dell’assistito.

Questo viene spiegato sin dai primi momenti di lezione in aula, ma lo si prova sulla propria pelle quando si comincia l’attività da tirocinante, in cui si entra in empatia con il paziente, capendo sì ciò che prova, ma non portandosi all’esterno le sofferenze dei pazienti. E questo

penso sia il comportamento migliore da adottare per evitare appunto che si manifestino i primi squilibri correlabili alla sindrome.

In conclusione, si può definire che il problema Burnout nell'Azienda ASST-Franciacorta risulta essere un problema conosciuto, come il Direttore del SITRA ed il Medico del Lavoro hanno affermato durante l'intervista, ma non trattato data la non manifestazione di segni – sintomi riconducibili alla stessa patologia.

È inoltre importante ricordare che presso l'Azienda è possibile usufruire di incontri con dei professionisti in materia che possono aiutare qualunque operatore a rischio.

6. BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

1- Burla F, et al. (2013) *Il burnout e le sue componenti: confronto tra infermieri di area critica e infermieri di reparto.*

2- Duzzi B., Giovanardi I et al. (2014) *La sindrome da Burnout negli infermieri.*

3- Violante S. et al. (*2009) Correlazione tra soddisfazione lavorativa e fattori di stress, burnout e benessere psicosociale tra infermieri che lavorano in differenti ambiti sanitari.*

4- Viotti S. et al. (2012) *Soddisfazione lavorativa e burnout in relazione alle caratteristiche del lavoro e alla tipologia dell'utenza: un confronto tra servizi di cura intensiva (ICU) e non intensivi (non-ICU).*

5- Michalsen A, Hillert A (2011) *Burnout in anesthesia and intensive care medicine. Epidemiology and importance for the quality of care.*

6- Najjar N. et al. (2009) *Compassion fatigue. A review of the research to date and relevance to cancer-care providers.*

7- Perry B. (2008) *Why exemplary oncology nurses seem to avoid compassion fatigue.*

8- Sherman AC, et al. (2006) *Caregivers stress and burnout in an oncology unit. Palliative and Supportive care.*

9- Simon CE, et al (2005) *Secondaty traumatic stress and oncology social work: protecting compassion from fatigue and compromissing the worker's worldview.*

10- Sentinello M, Negrisolo A. (2009) *Quando ogni passione è spenta. La sindrome del burnout nelle professioni sanitarie.*

11- Barnard D, et al (2006) *Relationship between stressors, work supports and burnout among cancer nurses.*

12- Medland J. (2004) *Fostering psychosocial wellness in oncology nurses.*

13- Gentry E, Baranowsky A. (1998) *Workbook for certified compassion fatigue specialist.*

14- Zenobi C. Stefanile et al. (2007) *Burnout e cure intensive.*

15- Cherniss C. (1980) *Staff burnout – job stress in the human services.*

16- Bernstein S. Halaszyn J. (1989) *Io, operatore sociale. Come vincere il burnout e rendere gratificante il mio lavoro.*

17- Thomas P. Reith. (2019) *Burnout in United States Healthcare Professionals: A Narrative Review*.

18- Tomei G., Cinti M. et al. (2008) *L'evidenza scientifica in medicina del lavoro: studio meta-analitico sulla sindrome del burnout.*

19- *Castello A. , Borgia I.* 2009. *Burnout, uno sguardo al fenomeno.*

20- Bartosiewicz A, Januszewicz P. (2018*). Readiness of Polish Nurses for Prescribing and the Level of Professional Burnout.*

21-Coffa, D (2019) "Caring for Ourselves While Caring for Others" Medical Management of Vulnerable and Underserved Patient.

22- Shen, Aomei MS. et al. (2018) *A Multicenter Investigation of Caring Behaviors and Burnout Among Oncology Nurses in China.*

23- Vandenbroeck S, Van Gerven E. et al. (2017) *Occupational Medicine*. pp 546-554.

24- Cañadas-de la Fuente G, Albendín-García L, et al. (2018) *Nurse burnout in critical care units and emergency departments: intensity and associated factors.*

SITOGRAFIA DI RIFERIMENTO

1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/
2. https://www.researchgate.net
3. http://www.psicologiadellavoro.org
4. https://academic.oup.com
5. https://insights.ovid.com
6. https:// http://www.fnopi.it

ALLEGATO I

Presentazione questionario

Gentile infermiere, sono Griess Marco, uno studente di infermieristica iscritto al terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Brescia, sezione di Chiari, sto effettuando la stesura dell'elaborato dell'argomento il "***L'infermiere e il Burnout: stato dell'arte e possibili interventi risolutivi".***

Per raccogliere i dati necessari alla redazione dell'elaborato ho deciso di somministrare la scala di Maslach Burnout Inventory (MBI), per il personale infermieristico di alcuni servizi, U.O. dipendenti dell'Azienda Sanitaria.

L'utilizzo dei dati raccolti avverrà in forma anonima, aggregata e solo per fini dell'elaborato e, non potranno essere ricondotti all'identità delle persone e/o i servizi /U.U.O.O. coinvolte.

Cordialmente

Firma

Il Maslach Burnout Inventory (MBI) è un questionario di 22 item, ognuno con 6 gradi di risposta su scala Likert, atto a valutare il livello di burn-out di un individuo. Il test è stato sviluppato nel 1981 da Christina Maslach e Susan Jackson.

LEGENDA

0	Mai
1	Qualche volta all'anno
2	Una volata al mese o meno
3	Qualche volta al mese
4	Una volta alla settimana
5	Qualche volta alla settimana
6	Ogni giorno

Domande		Livelli						
		0	1	2	3	4	5	6
1	Mi sento emotivamente sfinito dal mio lavoro.							
2	Mi sento sfinito alla fine della giornata.							
3	Mi sento stanco quando mi alzo alla mattina e devo affrontare							

	un'altra giornata di lavoro.							
4	Posso capire facilmente come la pensano i miei pazienti.							
5	Mi pare di trattare alcuni pazienti come se fossero degli oggetti.							
6	Mi pare che lavorare tutto il giorno con la gente mi pesi.							
7	Affronto efficacemente i problemi dei pazienti.							
8	Mi sento esaurito dal mio lavoro.							
9	Credo di influenzare positivamente la vita di altre persone attraverso il mio lavoro.							
10	Da quando ho cominciato a lavorare qui sono diventato più insensibile con la gente.							
11	Ho paura che questo lavoro mi possa indurire emotivamente.							
12	Mi sento pieno di energie.							
13	Sono frustrato dal mio lavoro.							
14	Credo di lavorare troppo duramente.							
15	Non mi importa veramente di ciò che succede ad alcuni pazienti.							
16	Lavorare direttamente a contatto con la gente mi crea troppa tensione.							
17	Riesco facilmente a rendere i pazienti rilassati e a proprio agio.							
18	Mi sento rallegrato dopo aver lavorato con i pazienti.							
19	Ho realizzato molte cose di valore nel mio lavoro.							
20	Sento di non farcela più.							
21	Nel mio lavoro affronto i problemi emotivi con calma.							
22	Ho l'impressione che i pazienti diano la colpa a me per i loro problemi.							
QUESITO OPZIONALE								
Cosa consiglieresti per migliorare il tuo posto di lavoro?								

ALLEGATO II

Domande poste nell'intervista al Medico di medicina del lavoro

1. Nella sua attività di Medico di Medicina del lavoro in questa Azienda Sanitaria, le è mai capitato di dover segnalare la presenza di Burnout in dipendenti infermieri?

2. In caso di sospetto o dichiarato malessere da parte di un professionista infermiere, sono utilizzati degli strumenti per identificare il livello di Burnout ? se sì, quali?

3. In caso di personale che dichiari o si è a conoscenza di dipendenze quali alcool, sostanze stupefacenti o altre dipendenze, secondo Lei può essere associato alla presenza di Burnout?

4. La rivalutazione dell'idoneità del professionista infermiere avviene in questi casi su segnalazione/richiesta da parte dello stesso, da parte del Coordinatore, da parte del Medico di Medicina del Lavoro, o nella visita medica ordinaria?

5. Nella sua esperienza lavorativa ha riscontrato delle similitudini del professionista che presenta Burnout: età, genere, U.O./servizio di appartenenza?

6. Sono individuati degli interventi per ridurre il Burnout nel professionista (es. sospensione dal lavoro, richiesta di cambio sede lavorativa)? Sono risultati efficaci e ed esaustivi? (se no perché secondo Lei?)

7. Per ridurre il Burnout nel professionista sono attivati incontri con professionisti competente in materia che possano fornire strumenti cognitivi, favorire una maggiore comprensione/consapevolezza del problema. In azienda è presente una figura preposta a questo compito? Sono risultati efficaci e ed esaustivi? (se no perché secondo Lei?)

ALLEGATO III

Domande poste al Direttore SITRA

1. Nella sua esperienza di Direttore SITRA, comportamenti aspecifici che possono simboleggiare la presenza della sindrome o di un suo inizio, come assenteismo, fuga dalla relazione, apatia e stanchezza, irrequietezza, si possono riscontrare a livello del personale infermieristico?

2. Nella sua attività di Direttore SITRA in questa Azienda Sanitaria, la segnalazione di personale infermieristico che presenta segni e sintomi di Burnout le vengono da parte:
    a. R.A.D. (responsabile area dipartimentale),
    b. Coordinatori,
    c. Infermieri colleghi,
    d. Professionista interessato (ad esempio attraverso un richiesta di trasferimento in altro servizio/U.O.)
    e. Segnalazione da parte degli utenti, attraverso reclami (URP)
    f. Medico di Medicina del lavoro
    g. Altro…

3. Nella sua esperienza lavorativa ha riscontrato delle similitudini del professionista che presenta Burnout: età, genere, U.O./servizio di appartenenza?

4. Sono individuati degli interventi per ridurre il Burnout nel professionista (es. sospensione dal lavoro, richiesta di cambio sede lavorativa), interventi di natura organizzativa (coinvolgimento in progetti per aumentare la propria motivazione, valutando se possibile di esonerarlo temporaneamente da altre attività)? Sono risultati efficaci e ed esaustivi? (se no perché?)

5. Per ridurre il Burnout nel professionista sono attivati incontri con professionisti competenti in materia che possano fornire strumenti cognitivi, favorire una maggiore

comprensione/consapevolezza del problema. In azienda è presente una figura preposta a questo compito? Sono risultati efficaci e ed esaustivi? (se no perché?)