



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
PADOVA**

**Dipartimento di Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e
Psicologia Applicata**

**Corso di laurea in Scienze Psicologiche
Sociali e del Lavoro**

Elaborato finale

**Il Burnout nei contesti lavorativi: gli effetti del Covid-19
sugli operatori socio-sanitari**

**Burnout in work contexts: the effects of Covid-19 on social and health
workers**

***Relatrice:*
Prof.ssa Maeran Roberta**

***Laureando:*
Cavasin Tommaso
Matricola:
1220496**

Anno accademico: 2021/2022

INDICE

Introduzione	3
Capitolo 1 - La Sindrome del Burnout	5
1.1 - La definizione del disagio	5
1.2 - Le caratteristiche del burnout	6
1.3 - Gli strumenti di misura del burnout	8
Capitolo 2 – L’impatto dell’emergenza “Covid-19” sulla gestione dei disagi organizzativi	11
2.1 - Il peso della pandemia.....	11
2.2 - Un’indagine globale sui fattori di rischio durante la pandemia .	13
2.3 - L’insorgenza di burnout, ansia e depressione negli operatori sanitari durante la pandemia.....	16
Capitolo 3 – Uno sguardo al futuro: implicazioni e strategie per fronteggiare il burnout	19
3.1 - Le strategie per ridurre il disagio.....	19
3.2 - Il boreout.....	21
3.3 - Le implicazioni future legate alla pandemia.....	23
Bibliografia	26
Ringraziamenti	28

INTRODUZIONE

Ho deciso di produrre questo elaborato con lo scopo di approfondire, tramite una ricerca bibliografica, il disagio causato dalla sindrome del burnout nei posti di lavoro.

La problematica in questione ha attirato il mio interesse perché ho sempre pensato che potesse possedere un forte legame con gli ambienti lavorativi odierni, dove spesso si manifestano episodi di esaurimento e stress dovuti a carichi di lavoro troppo elevati, a condizioni sfavorevoli in cui i soggetti sono costretti ad operare e ad una scarsa attenzione verso la formazione e la cura del benessere psicofisico dei dipendenti.

La situazione specifica creatasi a causa dell'emergenza sanitaria del Covid-19, negli ospedali e negli altri luoghi utilizzati per gli interventi sociosanitari di pronto intervento contro il virus, ha stimolato maggiormente la mia attenzione verso gli esiti futuri che un evento di tale portata può avere su chi, per fronteggiare la pandemia, ha risentito dell'impatto della crisi sanitaria in prima persona.

In questa trattazione, dunque, dopo aver analizzato il burnout da una prospettiva più generale, esaminando le diverse definizioni, la sintomatologia e le possibili strategie di intervento per prevenire o arginare la sindrome, mi sono focalizzato specialmente sulle ricerche scientifiche pubblicate fino ad oggi che hanno indagato nello specifico l'impatto del Covid-19 sugli operatori sociosanitari e le conseguenze che questo ha avuto sul tasso di burnout manifestato.

Gli studi citati all'interno dei paragrafi di questa tesi hanno evidenziato come effettivamente ci sia stato un aumento della percentuale di lavoratori del settore sanitario affetti dalla sindrome del burnout, ed hanno messo in luce quali siano stati i fattori che durante la pandemia hanno influito più degli altri sull'aggravarsi della situazione.

Non è da tralasciare però il fatto che questi studi sono molto recenti, essendo stati svolti durante le fasi più critiche della crisi, e di conseguenza i risultati non sono in grado di fornire una spiegazione completa del fenomeno, perché per poter identificare con precisione gli effetti del Covid-19 sul burnout in ambito sanitario sono necessari degli studi longitudinali nei prossimi anni.

Concludo questa introduzione sottolineando come a mio avviso, i dati emersi in questo elaborato siano molto utili per inquadrare i primi effetti che derivano dalla pandemia, e questo sicuramente permette di fornire un sostegno in termini di prevenzione a coloro che operano nel settore ospedaliero in questo momento. Il prossimo passo però sarà sicuramente quello di studiare il fenomeno negli anni, per riscontrare le conseguenze a lungo termine ed intervenire in modo appropriato per arginare correttamente il problema.

CAPITOLO 1

LA SINDROME DEL BURNOUT

1.1 LA DEFINIZIONE DEL DISAGIO

“Il burnout è una sindrome concettualizzata come risultante da uno stress cronico sul posto di lavoro che non è stato gestito con successo” (21). Questa è la definizione fornita dall’International Classification of Diseases (ICD-11), contenuta nell’ultima revisione della classificazione mondiale delle malattie redatta dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ed entrata in vigore tra gli stati membri dal gennaio 2022. Il burnout è stato inserito, all’interno dell’ICD-11, nel capitolo dedicato ai “*fattori che influenzano lo stato di salute*”. I fattori riportati in questa sezione non possono essere classificati come patologie o malattie, ma ad ogni modo, nell’ultima revisione, il burnout risulta essere differente, rispetto al passato, dai disturbi dell’umore, dall’ansia e dai disturbi associati al distress.

Il termine *burnout*, nel significato attuale, venne utilizzato per la prima volta da Freudenberg (1974) per indicare nello specifico una sindrome caratteristica che sembrava contraddistinguere soprattutto le persone che operavano all’interno di istituzioni sociosanitarie, per evidenziare come i lavoratori tendevano ad “esaurirsi, essere bruciati” con il passare del tempo.

Christina Maslach (1976; 1978) è tra gli autori più autorevoli in letteratura scientifica per quanto riguarda la sindrome del burnout e definisce quest’ultima sia come una perdita d’interesse per la gente con cui si lavora, a causa dell’elevato stress, sia come inclinazione a trattare i pazienti in modo sempre più distaccato e meccanico.

La sindrome del burnout (BOS) rappresenta un disagio di enorme importanza non solo per gli effetti nocivi che si ripercuotono sulla vita del singolo individuo, ma anche per le conseguenze associate alla comunità in termini di intenzioni di lasciare il lavoro e di assenteismo (13).

1.2 LE CARATTERISTICHE DEL BURNOUT

Maslach (1986) individua nel burnout una sindrome psicosomatica caratterizzata dalla coesistenza di tre dimensioni molto rilevanti (12-13):

- **Esaurimento Emotivo (EE):** una sensazione di esaurimento dal proprio lavoro e una percezione di essere emotivamente prosciugato;
- **Depersonalizzazione (D):** il distacco e l'indifferenza sia verso il lavoro, sia verso l'utente a cui è rivolto il proprio servizio;
- **Mancata realizzazione personale (PA):** la sfiducia nelle proprie competenze e progressiva diminuzione del desiderio di successo personale.

Con l'identificazione delle tre componenti sintomatiche, è possibile definire il burnout come una sindrome multidimensionale in cui le diverse dimensioni conducono ad una evoluzione dinamica che riconosce nell'*esaurimento emotivo* il fattore chiave che determina l'inizio del processo (20).

I fattori di rischio che secondo Maslach (1986) influenzano la comparsa della sindrome del burnout sono di due tipi (13):

- 1) **Fattori ambientali:** gli elementi che sono esterni all'individuo ed appartengono alle caratteristiche del lavoro (l'incidenza di burnout è più elevata nelle professioni con carichi di lavoro molto elevati, con scadenze stressanti o con poca assistenza da parte dello staff), alle caratteristiche organizzative (il burnout è correlato alla presenza di gerarchie o all'assenza di risorse) e al tipo di lavoro (il burnout ha maggiore incidenza nei settori lavorativi della medicina, della salute mentale, dei servizi sociali, della attività di docenza e nell'ambiente carcerario);
- 2) **Fattori individuali:** gli aspetti che sono interni all'individuo ed appartengono alle caratteristiche demografiche (l'incidenza è maggiore nelle persone di età superiore ai 30-40 anni, non sposate e con livello culturale più elevato), ai tratti psicologici (chi affronta le difficoltà con atteggiamento passivo e difensivo è più a rischio di sviluppare burnout) e all'atteggiamento verso il lavoro (le persone che lavorano di più e in maniera più dura, investendo molte energie fisiche e psicologiche nella loro mansione, sono più propense a sviluppare burnout nel momento in cui non vedono realizzarsi le proprie aspettative e i propri desideri).

La correlazione tra i fattori ambientali e la sindrome del burnout risulta essere maggiore rispetto alla correlazione tra i fattori individuali e la comparsa burnout, evidenziando come questo disturbo psicologico dovrebbe essere considerato come un disagio di origine ambientale piuttosto che organizzativo (20).

Secondo Cherniss (1980) il burnout è definibile come un processo transazionale composto da tre fasi specifiche, che si manifestano in risposta a situazioni di eccessivo stress o frustrazione, tanto da trasformare ciò che inizialmente era una vocazione in una sola attività lavorativa (1).

Le fasi che si presentano secondo quest'ordine specifico di comparsa sono:

- Uno squilibrio iniziale tra le risorse disponibili per operare correttamente e la richiesta ricevuta (*stress*);
- Una breve risposta emotiva che si rivela subito dopo alla sensazione di disagio suscitata dalla richiesta ricevuta, contraddistinta da sentori di ansietà, esaurimento, tensione e fatica (*strain*);
- Un insieme di cambiamenti relativi all'atteggiamento e al comportamento che sono caratteristici della Sindrome del Burnout, che producono una fuga psicologica e, allo stesso tempo, la rassicurazione che il soggetto non proverà ulteriore stress rispetto a quanto già percepito (*coping difensivo*) (5).

1.3 GLI STRUMENTI DI MISURA DEL BURNOUT

Diversi studiosi, analizzando il costrutto del burnout, si sono dovuti confrontare con il problema derivante dalla validità e l'attendibilità degli strumenti di misura utilizzati per le rilevazioni di questo disagio psicologico nei contesti lavorativi.

La letteratura scientifica presenta diversi dispositivi in grado di individuare la presenza e il grado di burnout nei lavoratori (soprattutto per i lavoratori che con il loro operato erogano dei servizi direttamente agli utenti che lo necessitano), ma quelli più apprezzati ed utilizzati sono: per le misurazioni individuali, il “*Maslach Burnout Inventory (MBI)*” di Maslach e Jackson (1981) e l'adattamento italiano di Sirigatti, Stefanile e Menoni (1988), mentre per le misurazioni e la pianificazione di percorsi di recupero a livello organizzativo viene usato l'“*Organizational Checkup System (OCS)*” di Leiter e Maslach (2005).

Il *Maslach Burnout Inventory* è lo strumento diagnostico, ad oggi più impiegato, per la rilevazione del burnout sul piano individuale (in termini di dispendio personale nel rapporto con l'utente) ed è costituito da 22 item su scala Likert (punteggio da 0 a 6) che analizza la sindrome come costrutto multifattoriale attribuibile alle tre dimensioni di esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione (vedi Figura 1) (1-11). La sindrome del burnout viene rilevata quando vi è un elevato punteggio nella scala dell'esaurimento emotivo e della depersonalizzazione e un basso punteggio nella scala della realizzazione personale.

Esistono diverse versioni del test che sono state prodotte successivamente alla pubblicazione dell'MBI, ed oltre all'*MBI-General Survey (MBI-GS)*, che essendo una versione generale è applicabile a tutte le categorie, esistono altri adattamenti specifici per alcune professioni dove la sindrome è maggiormente presente, come l'*MBI-Educators Survey (MBI-ES)* per gli insegnanti e l'*MBI-Human Services Survey (MBI-HSS)* per gli operatori socio-sanitari (20).

Nonostante l'MBI sia lo strumento diagnostico più utilizzato, la sua validità fattoriale è stata più volte messa in discussione e la scala della depersonalizzazione risulta essere la più criticata (1-18).

Quanto spesso:	0 mai	1 Qualche volta all'anno	2 Una volta al mese o meno	3 Qualche volta al mese	4 Una volta alla settimana	5 Qualche volta alla settimana	6 Ogni giorno
	quanto spesso 0-6						
1) Mi sento emotivamente sfinito dal mio lavoro	0	1	2	3	4	5	6
2) Mi sento sfinito alla fine di una giornata di lavoro	0	1	2	3	4	5	6
3) Mi sento stanco quando mi alzo la mattina e devo affrontare un'altra giornata di lavoro	0	1	2	3	4	5	6
4) Posso capire facilmente come la pensano i miei pazienti	0	1	2	3	4	5	6
5) Mi pare di trattare alcuni miei pazienti come se fossero oggetti	0	1	2	3	4	5	6
6) Mi pare che lavorare tutto il giorno con la gente mi pesi	0	1	2	3	4	5	6
7) Affronto efficacemente i problemi dei miei pazienti	0	1	2	3	4	5	6
8) Mi sento esaurito dal mio lavoro	0	1	2	3	4	5	6
9) Credo di influenzare positivamente la vita delle persone attraverso il mio lavoro	0	1	2	3	4	5	6
10) Da quando ho cominciato a lavorare qui sono diventato più insensibile con la gente	0	1	2	3	4	5	6
11) Ho paura che questo lavoro mi possa indurire emotivamente	0	1	2	3	4	5	6
12) Mi sento pieno di energie	0	1	2	3	4	5	6
13) Sono frustrato dal mio lavoro	0	1	2	3	4	5	6
14) Credo di lavorare troppo duramente	0	1	2	3	4	5	6
15) Non mi importa veramente di ciò che succede ad alcuni miei pazienti	0	1	2	3	4	5	6
16) Lavorare direttamente a contatto con la gente mi crea troppa tensione	0	1	2	3	4	5	6
17) Riesco facilmente a rendere i miei pazienti a proprio agio	0	1	2	3	4	5	6
18) Mi sento rallegrato dopo aver lavorato con i miei pazienti	0	1	2	3	4	5	6
19) Ho realizzato molte cose di valore nel mio lavoro	0	1	2	3	4	5	6
20) Sento di non farcela più	0	1	2	3	4	5	6
21) Nel mio lavoro affronto i problemi emotivi con calma	0	1	2	3	4	5	6
22) Ho l'impressione che i miei pazienti diano la colpa a me per alcuni loro problemi	0	1	2	3	4	5	6

Figura 1, domande e punteggi dell'MBI

L'adattamento italiano di Sirigatti, Stefanile, e Menoni (1988) è una rivisitazione dell'MBI, che non rappresenta al meglio la situazione lavorativa italiana e il burnout ad essa correlato, ed è composto da 29 item su scala Likert (punteggio a 5 punti) in cui l'analisi fattoriale consente di riscontrare le stesse tre dimensioni evidenziate dalla Maslach, definendole in modo migliore rispetto all'originale MBI (1-18).

L'evoluzione dell'MBI è l'Organizational Checkup System (Leiter e Maslach, 2005) al cui interno il concetto di burnout è esteso a tutte le forme di organizzazioni, rivolge l'attenzione all'organizzazione e non più all'individuo e non si limita ad un'azione diagnostica della sindrome, ma consente anche di pianificare un percorso di recupero dal burnout.

L'OCS pone il *job burnout* in un continuum in cui al polo opposto è collocato il *job engagement* e tramite i 68 item che lo costituiscono è in grado di rilevare la presenza del burnout all'interno di sei aree specifiche che influenzano la relazione delle persone nei confronti del proprio lavoro.

Le aree di interesse sono:

- **Carico di lavoro:** sovraccarico di lavoro o carico sostenibile;
- **Riconoscimento:** riconoscimenti insufficienti o riconoscimenti e ricompense;
- **Equità:** assenza di equità o equità, giustizia e rispetto;
- **Controllo:** mancanza di controllo o esperienza di scelta e di controllo;
- **Integrazione sociale:** crollo dell'integrazione sociale o senso di integrazione sociale;
- **Valori:** conflitto di valori o lavoro con significato.

Le sei aree indagate sono associate alle tre dimensioni che caratterizzano l'MBI e sono declinate sui due versanti di *job burnout* e di *job engagement* (vedi Figura 2). Per far fronte alle aree del burnout sono stati individuati tre processi manageriali centrati sulla leadership, sullo sviluppo delle competenze e sulla coesione di gruppo (3-10).

JOB BURNOUT	JOB ENGAGEMENT
Esaurimento	Energia
Disaffezione lavorativa	Coinvolgimento
Inefficacia professionale	Efficacia professionale

Figura 2, continuum che costituisce l'OCS

CAPITOLO 2

L'IMPATTO DELL'EMERGENZA "COVID-19" SULLA GESTIONE DEI DISAGI ORGANIZZATIVI

2.1 IL PESO DELLA PANDEMIA

La sindrome del burnout è un disagio organizzativo che nel corso degli anni ha ricevuto sempre più attenzione. Inizialmente è stata considerata come un problema in grado di affliggere solamente determinate categorie di lavoratori (ad esempio gli operatori socio-sanitari o gli insegnanti), ma nel giro di pochi anni è divenuta una questione che ha investito l'interesse di un numero sempre più elevato di occupazioni differenti.

Questo elaborato nasce dall'interesse per il fenomeno in questione messo in relazione con l'impatto che l'emergenza generata dalla diffusione del virus *Sars-Cov-2* ha avuto sulle vite di milioni di persone, che negli ultimi anni si sono trovate nelle condizioni di dover modificare il proprio assetto lavorativo con ripercussioni sulla vita privata e sulla salute stessa.

La pandemia di Covid-19, seppur con esiti differenti da quelli manifestati nei picchi più alti del contagio, è tutt'ora presente nel mondo, ed essendo un avvenimento storico molto recente, la letteratura scientifica internazionale sta pubblicando in questo periodo un numero cospicuo di articoli e di ricerche, e in questo capitolo cercherò di mettere a confronto i risultati di pubblicazioni differenti in merito all'effetto che la pandemia ha avuto sullo sviluppo del burnout e degli altri disagi psicologici ad esso correlati, soprattutto nelle professioni socio-sanitarie.

Diversi studi recenti evidenziano come dall'inizio dell'emergenza sanitaria si sia manifestato un netto calo del benessere lavorativo e domestico, dovuto al fatto che in molti casi le persone sono state costrette ad alterare l'equilibrio tra vita privata e lavorativa (Campbell e Gavett, 2021) (7).

Nello studio proposto da Campbell e Gavett (2021) molti partecipanti, a cui è stato chiesto di rispondere ad una serie di domande relative all'esperienza lavorativa in *smart working* durante la crisi pandemica, riferiscono di aver manifestato sentimenti caratteristici del burnout, evidenziati da segni e sintomi come l'aumento della richiesta di lavoro, l'esaurimento emotivo e il disimpegno dal posto di lavoro (2-15).

Tra gli intervistati, circa il 70% ha riferito di percepire come fattori causali del calo del benessere la perdita del distacco tra la dimensione lavorativa e quella privata, l'aumento del carico di lavoro e l'aumento, in determinate situazioni, dell'orario di lavoro (2).

Numerose ricerche evidenziano come i soggetti che più hanno manifestato la sindrome del burnout risultano essere gli operatori socio-sanitari che durante i mesi in cui la pandemia dilagava in tutto il mondo, mietendo innumerevoli vittime, operavano in prima linea per soccorrere coloro che erano in pericolo. Per questa ragione la maggior parte degli studi scientifici effettuati in merito all'argomento è stata realizzata indagando, fin dai primi mesi dell'emergenza, il settore sanitario, con l'obiettivo di confrontare il tasso di burnout precedente alla crisi legata alla diffusione del Covid-19 con quello manifestato successivamente, ma soprattutto di identificare quali sono stati i fattori che maggiormente hanno influito sulla comparsa o sul peggioramento della sindrome.

2.2 UN'INDAGINE GLOBALE SUI FATTORI DI RISCHIO DURANTE LA PANDEMIA

Lo studio condotto da Morgantini et al. (2020) (14) si è occupato di indagare principalmente le cause che hanno contribuito alla comparsa del burnout negli operatori sanitari di sessanta paesi nel mondo attraverso un'indagine globale, affinché i risultati potessero essere validi per tutte le figure professionali in questione, indipendentemente dalla posizione geografica o dal momento di massima esposizione al virus *Sars-Cov-2*. Questa ricerca fonda le proprie ipotesi sulla pubblicazione di Dugani (2018) che mette in evidenza come il burnout, definito e valutato nelle sue tre dimensioni, è similmente prevalente tra gli operatori sanitari dei paesi ad alto reddito (HIC) e quelli dei paesi a medio-basso reddito (LMIC). Nonostante le differenze nelle strutture sanitarie e socioeconomiche, è stato riscontrato che sia in HIC che in LMIC la sindrome del burnout è causata da un elevato stress lavorativo, da un'elevata pressione del tempo a disposizione per operare nel migliore dei modi, da un elevato carico di lavoro e da uno scarso supporto organizzativo (8).

Date le premesse iniziali, Morgantini et al. hanno reclutato i partecipanti tramite l'uso di piattaforme digitali, come Facebook, WhatsApp, Twitter ed e-mail, ottenendo un totale di 2707 risposte al loro sondaggio, provenienti dai lavoratori del settore ospedaliero di tutto il mondo.

Il sondaggio conteneva 40 domande volte ad indagare le tre aree principali dell'esperienza degli operatori sanitari, ovvero quella dell'esposizione a pazienti infetti, quella della percezione di rischio e quella relativa al carico di lavoro. L'oggetto di studio di maggiore interesse, ovvero il burnout percepito dagli operatori sanitari, è stato valutato nel suo dominio centrale dell'esaurimento emotivo tramite un item singolo su una scala Likert a sette punti (da 1: fortemente in disaccordo a 7: assolutamente d'accordo) utilizzando l'affermazione "*sono esaurito dal mio lavoro*".

In questo studio l'interesse prevalente verso la dimensione dell'esaurimento emotivo piuttosto che verso la depersonalizzazione e la mancata realizzazione personale deriva dal fatto che gli autori, prendendo in considerazione ricerche precedenti che dimostravano come le due aree escluse avevano un particolare valore solo per le società occidentali, volevano poter generalizzare i risultati finali anche a culture differenti.

Nella raccolta dei dati gli autori hanno differenziato i paesi da cui provenivano le risposte fornite, classificandoli in base al sistema della Banca Mondiale, come HIC o LMIC, al fine sia di ridurre i fattori confondenti come le differenze nel numero di casi Covid-19, il sistema sanitario e la struttura socioeconomica, sia di poter individuare le possibili differenze presenti nei fattori maggiormente correlati alla comparsa del burnout.

I sondaggi, per essere ritenuti validi ai fini della ricerca, dovevano essere completi di tutte le risposte richieste e nella valutazione dell'item relativo al burnout, Morgantini et al. hanno preso in considerazione come “*risposte di utenti affetti dalla sindrome del burnout*” solo quelle con il punteggio su scala Likert ≥ 5 .

L'analisi di regressione è stata eseguita utilizzando il risultato del burnout binario per confrontare i fattori associati al burnout medio-basso con il burnout da esaurimento emotivo elevato, evidenziando come il 51.4% dei soggetti riferiva di manifestare il burnout rispetto al tasso di burnout precedentemente riportato che variava dal 43% al 48%.

Gli esiti dell'analisi di regressione multivariata relativa ai fattori con più elevata incidenza indicano che gli elementi maggiormente colpevoli di predisporre gli operatori sanitari all'insorgenza di disturbi psicologici organizzativi sono: l'impatto del lavoro sull'attività domestica, un carico di lavoro esagerato, l'esposizione a pazienti malati di Covid-19, il dover prendere decisioni sulla priorità delle vite da salvare a causa di forniture carenti e l'inadeguatezza dei dispositivi di protezione individuali (DPI).

I risultati sono riassunti nella Figura 3.

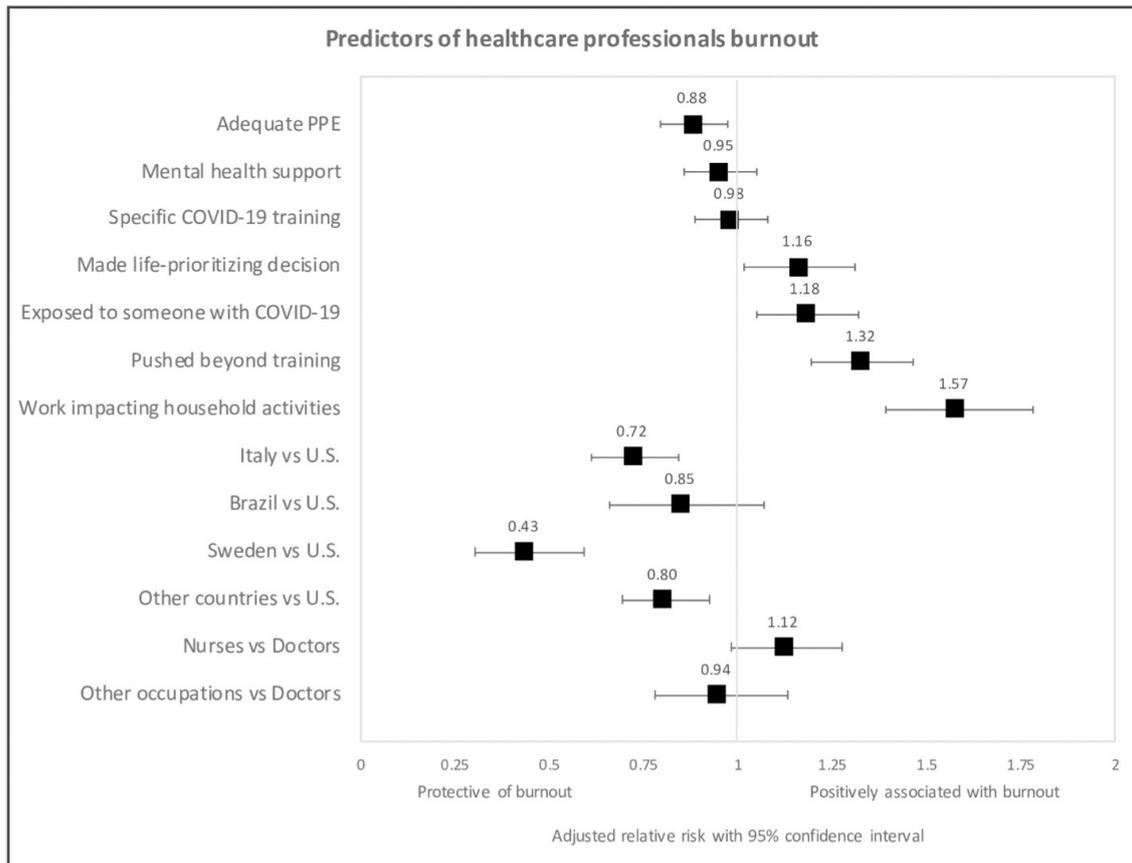


Figura 3, l'analisi di regressione multivariata evidenzia come i fattori di rischio siano: il lavoro che incide sulle attività domestiche, il sentimento di essere spinti oltre il limite a causa di un carico di lavoro elevato, l'esposizione a pazienti con il Covid-19, le decisioni sulla priorità della vita a causa della carenza di forniture e la bassa disponibilità di dispositivi di protezione individuale; (PPE=personal protective equipment).

Grazie alla distinzione effettuata sui dati raccolti in HIC e in LMIC è stato possibile, inoltre, per gli autori mettere in evidenza come nei primi vi sia stato un maggior burnout segnalato dagli operatori sanitari che potrebbe essere attribuito ad un maggior carico di lavoro dovuto al Covid-19, mentre in LMIC il minor tasso di burnout riferito può riflettere la resilienza dovuta a una maggiore esperienza di lavoro in condizioni con elevata avversità e disponibilità limitata di forniture.

2.3 L'INSORGENZA DI BURNOUT, ANSIA E DEPRESSIONE NEGLI OPERATORI SANITARI DURANTE LA PANDEMIA

L'articolo di ricerca realizzato da Denning et al. (2021) è uno studio trasversale multinazionale che prende in esame i dati raccolti dai questionari autosomministrati dal personale sanitario di strutture ospedaliere del Regno Unito, della Polonia e di Singapore durante la prima metà del 2020, quindi in pieno clima pandemico (6).

Il questionario è stato suddiviso in quattro sezioni per rilevare e valutare: le caratteristiche demografiche dei partecipanti, la cultura della sicurezza (tramite il *Safety Attitudes Questionnaire – SAQ*), il burnout (tramite l'*Oldenburg Burnout Inventory – OLBI*) e l'ansia/depressione (tramite l'*Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS*).

L'idea di utilizzare questi strumenti diagnostici nasce da delle ricerche precedenti effettuate in merito a focolai di “*Sindrome Respiratoria Acuta Grave (SARS), H1N1 ed Ebola*” che avevano evidenziato come gli operatori sanitari che operavano in prima linea erano a maggior rischio di sviluppare sequele psicologiche, tra cui stress cronico, ansia, depressione e disturbo da stress post-traumatico (19).

Quello che, secondo gli autori, è determinante per la comparsa del burnout e degli altri disagi psicologici è che durante la pandemia di Covid-19 i sistemi sanitari hanno dovuto far fronte a richieste crescenti e risorse limitate per soddisfarle.

Gli inviti a partecipare, come nello studio precedente, sono stati recapitati ai soggetti d'interesse tramite l'uso di piattaforme digitali, dato il particolare momento di restrizioni negli spostamenti che il mondo stava vivendo.

I risultati hanno evidenziato come su 3537 operatori sanitari che hanno partecipato alla ricerca scientifica, in 2364 (67%) sono risultati positivi allo screening per burnout, in 701 (20%) per ansia e 389 (11%) per depressione.

Un certo numero di questi intervistati risulta aver soddisfatto i criteri per più di una condizione contemporaneamente, come illustrato dalla Figura 4.

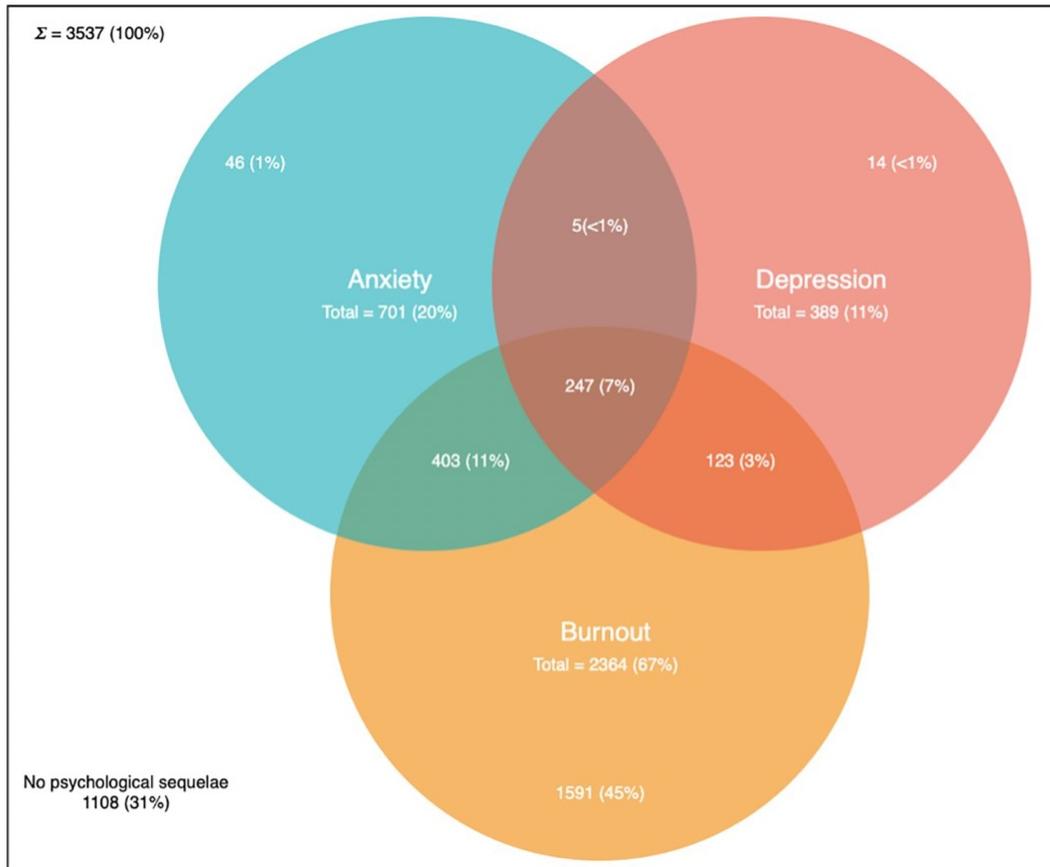


Figura 4, Diagramma di Venn che mostra le percentuali di partecipanti che soddisfano i criteri per la condizione di burnout, di ansia e di depressione.

L'analisi multivariata mostra come i predittori principali del burnout emersi da questo studio sono:

- Un ruolo medico/infermieristico;
- Una redistribuzione dei ruoli all'interno della struttura sanitaria dovuta all'emergenza;
- Un punteggio SAQ inferiore al 25° percentile;
- L'ansia;
- La depressione.

I fattori predittivi emersi in modo significativo dall'analisi multivariata per l'ansia sono:

- Il sesso femminile;
- Un punteggio SAQ inferiore al 25° percentile;
- Il burnout;
- Un punteggio di depressione anormale.

Infine, i fattori predittivi emersi significativamente dall'analisi multivariata per la depressione sono:

- Una redistribuzione dei ruoli all'interno della struttura sanitaria dovuta all'emergenza;
- Un punteggio SAQ inferiore al 25° percentile;
- Il burnout;
- L'ansia.

Denning et al. ritengono che i ruoli clinici conferiscano un rischio di burnout maggiore rispetto ai ruoli non clinici e questo sarebbe dovuto alla natura stessa del ruolo rivestito. La pandemia ha condotto numerosi operatori sanitari ad affrontare il loro impiego dovendosi adattare ad un nuovo metodo di lavoro, a maggiori richieste di servizio, a periodi prolungati indossando dispositivi di protezione individuale, a sentirsi impotenti nella gestione delle condizioni dei pazienti e alla paura di essere infettati o di infettare gli altri (soprattutto i familiari).

L'ipotesi degli autori, rispetto al fatto che le crescenti richieste a fronte delle risorse limitate e lo stress psicologico di aver dovuto affrontare una malattia sconosciuta in ambienti sconosciuti a causa della redistribuzione possano aver portato ad un aumento del tasso di burnout, sarebbe supportata dal modello domanda-risposta del burnout.

CAPITOLO 3

UNO SGUARDO AL FUTURO: IMPLICAZIONI E STRATEGIE PER FRONTEGGIARE IL BURNOUT

3.1 LE STRATEGIE PER RIDURRE IL DISAGIO

Fino a questo momento ho analizzato la sindrome del burnout nella sua definizione, nella sua eziologia e negli effetti che produce sulla salute psicologica e fisica di chi ne è affetto.

Successivamente, grazie alle ricerche scientifiche citate, ho approfondito l'impatto che la pandemia di Covid-19 ha avuto sull'aumento del burnout negli operatori sociosanitari, comparando gli esiti dei diversi studi.

L'ultimo aspetto che ancora non è stato indagato in questo elaborato è l'insieme di strategie di coping volte a prevenire il disagio e a ripristinare, possibilmente, le condizioni di salute iniziali nel caso in cui il disturbo si sia già manifestato.

Per scongiurare la comparsa del burnout all'interno del contesto aziendale è consigliato che i manager cerchino di:

- Favorire la qualità del lavoro evidenziando come i migliori risultati non dipendono dalla quantità di ore ma dall'impegno profuso;
- Valutare le ore di straordinari in modo che se dovessero risultare eccessive, si cerchi di alleggerire il carico di lavoro del gruppo assumendo un nuovo componente;
- Rivedere la cultura dell'organizzazione per favorire, al primo posto, il benessere del personale e creando programmi di assistenza garantendo degli aiuti efficaci;
- Attuare una "*policy no-mail*" per limitare al solo orario lavorativo l'idea dei dipendenti del dover essere sempre connessi e raggiungibili e per ridurre lo stress derivante da tutti gli stimoli lavorativi.

Le possibilità di intervento per prevenire il burnout in ambito sociosanitario sono (1-5):

- Sviluppare lo staff adottando degli obiettivi più realistici e sviluppando dei meccanismi di feedback a breve termine;
- Apportare cambiamenti di lavoro e nelle strutture di ruolo, come impostare un limite di pazienti, utilizzare personale ausiliario per permettere agli altri operatori di riposare e costruire dei percorsi di carriera per tutto lo staff;

- Investire sullo sviluppo di meccanismi formali di gruppo per la risoluzione dei problemi organizzativi e la risoluzione del conflitto, come l'autonomia dello staff e la partecipazione di tutti i membri del team alle decisioni;
- Proporre degli obiettivi che siano chiari e compatibili con i mezzi e le risorse a disposizione, creando un modello gestionale, facendo corsi di formazione e ricercando gli obiettivi principali del programma;
- Promuovere dei programmi di training e di sviluppo adeguati al personale, introdurre dei sistemi di controllo per i supervisori e un feedback costante sui loro rendimenti.

In ultima analisi, ritengo importante evidenziare i metodi utilizzati per prevenire o arginare lo sviluppo della sindrome del burnout nei lavoratori che tutt'ora esercitano il loro ruolo in prima linea nel settore sociosanitario per fronteggiare l'epidemia del virus *Sars-Cov-2*.

Per affrontare questa drammatica situazione mondiale, Castiello d'Antonio e d'Ambrosio Marri, propongono che una strategia efficace possa essere quella di potenziare il grado di capacità di resilienza degli operatori e dei capi che li guidano, dato che la pandemia porterà avanti le sue scorie ancora per molto tempo (4).

Diversi fattori favoriscono la comparsa e/o rinforzano la resilienza del personale sociosanitario:

- La consapevolezza del valore del proprio contributo per la modifica ottimale delle situazioni;
- La ricezione di riscontri e riconoscimenti, da parte dell'organizzazione, sul proprio operato competente e dedito oltre misura;
- Il lavoro in squadra anche nella logica del "*buddy system*", ovvero con due operatori che si affiancano controllando costantemente la sicurezza dell'altro e la sua capacità di sostenere le difficoltà;
- Un supporto di debriefing dove si trovano delle occasioni per potersi confrontare in gruppo condividendo le proprie esperienze e i propri apprendimenti con esperti esterni per la gestione dell'eccessivo distress causato dalle situazioni specifiche che si possono verificare in questo specifico ambito lavorativo, ma anche delle proprie paure, ansie e fragilità, cercando di individuare una modalità di convivenza.

3.2 IL BOREOUT

Parallelamente alla sindrome del burnout, che affligge i lavoratori che sono sottoposti ad ampi carichi di lavoro e ad un elevato tasso di stress, esiste un'altra forma di distress che nel 2008 è stata studiata e definita da due consulenti d'impresa (Philippe Rothlin e Peter Werder) che ha preso il nome di “*boreout*”.

Il boreout presenta gli stessi sintomi del burnout, ma per paradosso è il suo contrario estremo, manifestandosi in condizioni di stress derivante però dalla totale monotonia e dalla prolungata assenza di stimoli dotati in qualche modo di un senso per la persona (4).

Le persone affette da questo particolare caso di disagio psicologico manifestano problemi fisici come insonnia, mal di testa e difficoltà nella digestione e disturbi psicologici ed emotivi come ansietà, frustrazione e depressione.

Se nel caso del burnout il fulcro del malessere è dato dalla grande mole di lavoro da portare a termine, spesso anche in condizioni ostiche, nel boreout avviene che chi ne soffre può arrivare addirittura a simulare di essere impegnato per il timore di essere considerato inutile, allungando significativamente i tempi necessari per compiere le canoniche azioni di routine, che normalmente richiederebbero pochi minuti per essere portate a termine.

Il prolungamento della durata temporale delle azioni anche più banali è messo in atto al solo scopo di occupare più tempo possibile mostrando di essere indaffarati, con lo scopo di dimostrare agli altri la propria utilità all'interno del posto di lavoro.

Secondo d'Ambrosio Marri (2020) questa dinamica rischia di provocare una situazione ancora più stressante per cui il soggetto, fingendo di essere occupato dalla grande quantità di lavoro, rimane in realtà inattivo per molto tempo e conseguentemente la sua autostima si abbassa, innescando così un processo che, anziché farlo reagire per affrontare la situazione anche in maniera autocritica, lo isola maggiormente all'interno del vuoto rappresentato dal ruolo del “finto occupato”.

Il boreout colpisce solitamente i lavoratori più qualificati che hanno investito molto nella loro formazione per poi accontentarsi di ruoli minori pur di non rimanere senza impiego.

Le professioni maggiormente a rischio, differentemente da quanto accade con la sindrome del burnout, risultano essere gli impiegati aziendali e i dirigenti sottoimpiegati, i dipendenti pubblici, l'industria finanziaria ed i lavori di ufficio collegati.

Per diagnosticare ai lavoratori la sindrome di boreout, viene utilizzata una “checklist” composta da dieci domande che vengono sottoposte al soggetto (vedi Figura 5), e la risposta affermativa a quattro o più quesiti indica che la persona in questione potrebbe soffrirne o quantomeno potrebbe essere a serio rischio di una eventuale comparsa in futuro.

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Ti dedichi a faccende private durante le ore di lavoro?2. Ti senti sottostimolato o annoiato?3. Di tanto in tanto ti capita di far finta di lavorare, mentre in realtà non stai facendo nulla?4. Alla sera ti senti stanco e spossato anche se non hai subito nessun tipo di stress?5. Sei decisamente socntento del tuo lavoro?6. Non vedi lo scopo del tuo lavoro, nè il suo senso più profondo?7. Saresti di fatto in grado di svolgere le tue mansioni molto più rapidamente di quanto tu non faccia?8. Ti piacerebbe cambiare lavoro ma sei frenato dal timore di guadagnare troppo poco in un altro contesto?9. Spedisci e-mail private ai colleghi durante le ore di lavoro?10. Nutri uno scarso interesse nei confronti del tuo lavoro o non ne nutri affatto? |
|--|

Figura 5, la “checklist” delle domande che possono indicare la presenza di boreout

Le possibili strategie consigliate per arginare il problema del boreout contro la noia dell’ambiente lavorativo, sono:

- Comprendere le cause effettive della noia;
- Essere affiancato da un professionista per creare un significato all’attività lavorativa;
- Partecipare ai progetti proposti dall’organizzazione che prevedono un atteggiamento attivo;
- Partecipare ad una sessione di consulenza professionale per trovare nuove idee.

3.3 LE IMPLICAZIONI FUTURE LEGATE ALLA PANDEMIA

Gli studi fin qui esaminati mettono in evidenza come a causa dell'emergenza sanitaria del Covid-19 in tutto il mondo, il tasso di burnout presente nelle professioni sociosanitarie sia aumentato rispetto agli anni precedenti, ed enfatizzano alcuni fattori determinanti legati alle condizioni nuove e soprattutto emergenziali che hanno contraddistinto l'operato di migliaia di medici, infermieri e di tutti gli altri lavoratori che hanno affrontato la crisi in prima linea.

Nel capitolo precedente, prendendo in esame le ricerche scientifiche citate, sottolineavo come ancora in questo momento il virus non sia scomparso e/o clinicamente morto. Dunque, tutti gli studi svolti fino ad ora risentono del fatto che risulta molto complicato, se non impossibile, determinare con certezza come e quanto la presenza della pandemia abbia influito sui lavoratori sociosanitari e se il virus sia l'unica causa effettiva dell'aumento del disagio psicologico, perché per poter ottenere dei dati più rilevanti sugli effetti a lungo termine che la sindrome del burnout produce, sono necessari degli studi longitudinali, che al momento sono inattuabili.

Denning et al. (6) mettono in evidenza nel loro studio come, a causa anche delle complicazioni legate alla pandemia, ci siano alcune limitazioni da prendere in considerazione per interpretare i dati raccolti ed emersi dalle analisi degli autori e per progettare nuovi studi in futuro.

Nonostante il reclutamento di un gran numero di partecipanti provenienti da una popolazione internazionale multicentrica, con una gamma diversificata di operatori sanitari, l'uso del campionamento di convenienza (una combinazione di piattaforme social ed e-mail indirizzate ad un target specifico di utenti) rappresenta un possibile ostacolo per l'indagine in quanto rende complicato stimare il tasso di risposta, i bias di risposta e la validità esterna.

In questa pubblicazione, secondo gli autori, un'altra barriera è determinata dall'utilizzo dell'OLBI come strumento diagnostico per la rilevazione del burnout, perché sebbene sia uno strumento con buone qualità psicometriche e i valori di *cut-off* utilizzati per segnalare la presenza della sindrome si basino su quelli di uno studio svedese precedente (16-17), che sono stati adottati anche in altre ricerche, non esiste un vero valore di *cut-off* universalmente concordato, e dunque, non è certo che in altri studi si riescano ad ottenere i medesimi risultati.

Infine, nelle conclusioni dell'articolo, è evidenziato come sia necessario svolgere misurazioni ripetute per identificare eventuali effetti a lungo termine della pandemia di Covid-19 sugli operatori socio-sanitari.

Entrambi gli studi esaminati nel capitolo precedente (6-14) propongono delle linee guida per affrontare i possibili effetti del virus nel prossimo futuro.

Uno degli strumenti più consigliati è il lavoro in team che consente di migliorare la comunicazione nei processi organizzativi tra gli operatori durante i periodi più critici, garantendo così una maggior sicurezza per i pazienti e per i lavoratori stessi. L'uso di tali gruppi di lavoro durante un periodo di cambiamento organizzativo può aiutare a progettare, adattare e riconfigurare i sistemi di lavoro, massimizzando le prestazioni individuali e di squadra in ambienti ad alto rischio, riducendo al minimo l'introduzione di nuovi pericoli significativi per la sicurezza o conseguenze indesiderate all'interno del sistema lavorativo.

Il burnout attuale e futuro, secondo Morgantini et al. (14), dovrà essere fronteggiato dagli operatori socio-sanitari con l'ausilio fornito dalle azioni delle istituzioni sanitarie e degli enti governativi specifici, per mitigare gli effetti della sindrome, volte a migliorare i fattori potenzialmente modificabili come la fornitura di un'ulteriore formazione, di supporto organizzativo, di supporto alle famiglie degli operatori sanitari, di dispositivi di protezione individuale adeguati alle esigenze del momento e di risorse per sostenere lo stato di salute mentale.

Nello studio di Denning et al. (6) si fa riferimento, inoltre, al fatto che precedenti ricerche hanno messo in luce il fatto che il burnout possa essere considerato come un precursore della depressione e dunque, gli interventi messi in atto per fronteggiare il burnout, prima che questo sfoci in disturbi d'ansia o di depressione, possono condurre a dei benefici per l'utente che ne è affetto (9).

Vengono così proposti una serie di interventi volti a favorire questo genere di vantaggi, sia per quanto riguarda la sfera individuale, sia per quanto riguarda il piano organizzativo.

Per la dimensione personale gli aiuti proposti si riferiscono ad esercizi volti a promuovere l'autoconsapevolezza e a delle interviste di apprezzamento, mentre in riferimento al livello collettivo sono suggeriti dei progetti di miglioramento della qualità della comunicazione organizzativa e dei flussi di lavoro.

Giunto al termine di questo elaborato, dopo aver approfondito particolarmente questa condizione disagiata, ritengo che la sindrome del burnout sia un problema che al giorno d'oggi affligge numerosi lavoratori, non solo del settore socio-sanitario, e che il peso della pandemia di Covid-19 ne abbia aggravato ulteriormente gli effetti.

Per questa ragione giudico di fondamentale rilevanza l'utilizzo di adeguati interventi volti soprattutto a prevenire il burnout all'interno delle organizzazioni, perché nonostante il virus stia ancora circolando e mutando, il carico emergenziale negli ospedali fortunatamente è diminuito, e dunque credo che sia un buon momento per "potenziare la resilienza" degli infermieri, dei medici e del personale sanitario rimanente, come citato in precedenza nel paragrafo 3.1.

Infine, suppongo che nei prossimi anni anche la letteratura scientifica relativa a questo argomento aumenterà notevolmente, indagando in modo più specifico e dettagliato l'impatto che l'emergenza sanitaria globale ha avuto soprattutto su tutti gli operatori che hanno svolto il loro lavoro in prima linea, portando a termine degli studi longitudinali, come consigliavano gli autori stessi degli studi che ho citato.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Boccato, A., Maeran, R. (2016): *Lavoro e Psicologia. Le persone nelle organizzazioni*. Milano: Edizioni Universitarie di Lettere Economia Diritto.
- 2 - Campbell, M., & Gavett, G. (2021, February 10). What covid-19 has done to our well-being, in 12 charts. *Harvard Business Review*.
- 3 - Castiello d'Antonio A. (2016): Lavorare con entusiasmo. Engagement e benessere lavorativo. *Psicologia Contemporanea*, 256, 36-43.
- 4 - Castiello d'Antonio A., d'Ambrosio Marri L. (2020): Burnout: l'incendio che aumenta col virus. *Psicologia Contemporanea*; 280.
- 5 - Cherniss C. (1983): *La sindrome del burnout. Lo stress lavorativo degli operatori dei servizi sociosanitari*. Torino: CST Centro Scientifico.
- 6 - Denning M., Goh E. T., Tan B., Kanneganti A., Almonte M., Scott A., et al. (2021): Determinants of burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A multinational cross-sectional study. *PLoS ONE* 16(4): e0238666.
- 7 - Devin J. Rapp, J. Matthew Hughey e Glen E. Kreiner (2021): Boundary Work as a Buffer Against Burnout: Evidence from Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic. *American Psychological Association*, vol. 106, n. 8, 1169–1187.
- 8 - Dugani S, Afari H, Hirschhorn LR, et al. (2018): Prevalence and factors associated with burnout among frontline primary health care providers in low- and middle-income countries: A systematic review. *Gates Open Res.*; 2-4.
- 9 - Fahrenkopf A.M., Sectish T.C., Barger L.K., Sharek P.J., Lewin D., Chiang V.W., et al. (2008): Rates of medication errors among depressed and burnout residents: prospective cohort study. *Bmj*; 336(7642):488– 91.
- 10 - Leiter M. P., Maslach C. (2005): *OCS – Organizational Checkup System: preventing burnout and building engagement: a complete program for organizational renewal*. Giunti Psychometrics.

- 11 - Maslach C., Jackson S.E., (1981) *MBI: Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, (CA): Consulting Psychologists Press.
- 12 - Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P. (1986): *Maslach Burnout Inventory Manual*. 3rd ed. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press.
- 13 - Maslach C, Schaufeli W.B., Leiter M.P.: Job Burnout. *Annual Rev Psychol* 2001; 52: 397-422.
- 14 - Morgantini L. A., Naha U, Wang H, Francavilla S, Acar O, Flores JM, et al. (2020): Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A rapid turnaround global survey. *PLoS ONE* 15(9): e0238217.
- 15 - Moss, J. (2021). Beyond burned out. *Harvard Business Review*.
- 16 - Peterson U., Demerouti E., Bergstrom G., Samuelsson M., Asberg M., Nygren A. (2008): Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *Journal of advanced nursing*; 62(1):84– 95.
- 17 - Schaufeli W.B., Bakker A.B., Hoogduin K., Schaap C., Kladler A. (2001): On the clinical validity of the Maslach burnout inventory and the burnout measure. *Psychology & health*; 16(5):565–82.
- 18 - Sirigatti, S., Stefanile, C., & Menoni, E. (1988). Per un adattamento italiano del Maslach Burnout Inventory (MBI). *Bollettino di Psicologia Applicata*, 187-188, 33-39.
- 19 - Tam C.W.C., Pang E.P.F., Lam L.C.W., Chiu H.F K. (2004): Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: stress and psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychological Medicine*; 34(7):1197–204.
- 20 - Tomei, G. et al. (2008). Scientific evidence in occupational health: Meta-analytical study of the burnout syndrome. *La Medicina del Lavoro*, 99, 5.
- 21 - World Health Organization: International Classification of Diseases 11 (ICD-11).

RINGRAZIAMENTI

Vorrei approfittare di quest'ultima pagina per ringraziare tutte le persone che mi sono state vicine durante la stesura di questo elaborato.

In primo luogo, la professoressa Roberta Maeran, che con grande disponibilità mi ha affiancato nella realizzazione di questa trattazione fornendomi utili consigli e guidandomi fino alla fine di questo percorso.

Voglio rivolgere un enorme ringraziamento a tutta la mia famiglia, in particolare a mio papà Luca, a mia mamma Roberta e a mio fratello Alessandro. Grazie per non aver mai mollato con me, per avermi sempre spronato a dare il meglio anche nei momenti più complicati e per continuare ad essere i miei punti di riferimento ancora ad oggi, anche se non sono più il vostro piccolo Tommaso.

Quindi un grazie anche a tutti gli amici universitari, che nonostante le grandi difficoltà legate alla pandemia, hanno contribuito a rendere speciali questi ultimi tre anni, sappiate che porterò per sempre voi e Padova con me.

Infine, desidero concedere queste ultime righe di ringraziamento a tutti coloro che mi conoscono fin da quando ero più piccolo, e che mi hanno visto crescere con loro, sopportandomi e supportandomi in tutte le mie iniziative e le mie avventure, ve ne sono grato.

Seba, Andre, Anna, Vittoria, Erika, Marzi, Pippo, Renil, Jeremy, Claudio, Gianluca, Nando e tutti voi con cui ho condiviso delle esperienze che in un modo o nell'altro mi hanno permesso di essere la persona che sono oggi, sappiate che c'è una parte di voi in questo mio piccolo traguardo.