



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

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

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

Tesi di laurea triennale

**La Sindrome del Burnout: un'analisi del disagio nei reparti di  
medicina d'emergenza**

*The Burnout Syndrome: an analysis of distress in emergency medicine  
departments*

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

***Laureanda:*** Ruggiero Francesca  
***Matricola:*** 2047985

Anno Accademico 2023/2024

# INDICE

<b>Introduzione</b> .....	3
<b>La Sindrome del Burnout</b> .....	5
1.1 La definizione del disagio organizzativo .....	5
1.2 Fattori di rischio individuali e del contesto.....	6
1.3 Effetti del burnout a livello neuropsicologico.....	8
<b>I reparti di medicina d'emergenza-urgenza</b> .....	12
2.1 Le caratteristiche dei reparti di medicina d'emergenza-urgenza.....	12
2.2 Ripercussioni del burnout sulla qualità dell'assistenza ai pazienti .....	16
2.3 Il burnout nei reparti di medicina d'emergenza-urgenza durante la pandemia "COVID-19" .....	18
<b>Interventi di contrasto al burnout nei reparti di medicina d'emergenza-urgenza</b> .....	20
3.1 L'intervento ed i fattori che lo ostacolano .....	20
3.2 Interventi di gestione del disagio.....	23
3.3 Interventi di prevenzione .....	25
<b>Bibliografia</b> .....	32

## INTRODUZIONE

Il seguente elaborato si propone di analizzare un fenomeno sempre più frequente, la sindrome del *burnout*, nei reparti di medicina d'emergenza-urgenza, un contesto che presenta importanti aspetti critici per i lavoratori che operano al suo interno, per i pazienti e per l'intero sistema sanitario nazionale.

Gli operatori sanitari che agiscono in prima linea risultano, insieme alle unità di cura critiche, coloro che sperimentano maggiormente situazioni di forte stress: si registra, infatti, una prevalenza di più del 40% di medici e infermieri che soffrono di *burnout*. Questo concorre ad una serie di conseguenze che hanno un impatto non soltanto nel singolo individuo che soffre di tale problematica, ma nell'intera organizzazione: si tratta, quindi, di un disagio collettivo.

L'elaborato si struttura a partire da una iniziale definizione della sindrome del *burnout*, dei fattori di rischio associati, individuali e organizzativi, e degli effetti a livello neuropsicologico, con particolare attenzione alle conseguenze di questi nella pratica medica.

In secondo luogo, si analizza il contesto specifico emergenziale, sottolineandone diversi fattori di rischio: a partire dall'emotività nell'assistere a determinate situazioni critiche, talvolta traumatiche, a problematiche relative al flusso dei pazienti, fino a importanti disagi, quali la violenza nei confronti del personale sanitario. Si fa riferimento alle conseguenze del *burnout* sulla qualità dell'assistenza ai pazienti: in situazioni di forte stress, medici ed infermieri risultano a maggior rischio di commettere errori, aspetto che si traduce in una diminuzione della soddisfazione di pazienti e familiari, in un rapporto medico-paziente non ottimale e, in casi estremi, ad un aumento della mortalità. Si cita, inoltre, l'impatto della pandemia "COVID-19" sui livelli di *burnout*, evidenziando i cambiamenti nei comportamenti di ricerca di assistenza sanitaria e nell'utilizzo dei dipartimenti di emergenza, al fine di promuovere valide alternative all'accesso improprio ai servizi d'urgenza.

Si conclude citando una serie di interventi di prevenzione allo sviluppo della sindrome del *burnout* e di soluzione qualora il disagio sia presente. Vengono analizzati sia interventi diretti all'organizzazione che strategie d'azione con focus sui singoli individui,

sottolineando l'importanza di un approccio combinato e della promozione di una responsabilità collettiva e condivisa verso lo sviluppo di un benessere generale. Precedentemente a tale analisi, però, si evidenziano una serie di fattori che possono concorrere a bloccare le possibilità di diminuzione o prevenzione al *burnout*, al fine di comprendere maggiormente gli aspetti su cui porre l'attenzione nello sviluppo di interventi efficaci.

Da questa analisi emerge la necessità di promuovere una maggiore consapevolezza a livello individuale e comunitario riguardo il benessere di medici, infermieri ed altri operatori sanitari, in quanto importante indice relativo alla qualità dell'assistenza.

È fondamentale un'azione organizzativa e istituzionale, che comprenda l'intero sistema sanitario nazionale, per cambiamenti strutturali e duraturi nel tempo, al fine di garantire un'assistenza medica di qualità e gratuita a tutti gli individui, mantenendo l'integrità emotiva e professionale di coloro che la offrono.

# LA SINDROME DEL BURNOUT

## 1.1 LA DEFINIZIONE DEL DISAGIO ORGANIZZATIVO

Il *burnout* (“bruciarsi”) è generalmente descritto come una sindrome da esaurimento emotivo, di depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale, inizialmente studiato in relazione a categorie specifiche, le professioni di aiuto. Con il termine “esaurimento emotivo” si fa riferimento ad una sensazione di tensione e fatica generalizzata; “depersonalizzazione” si riferisce ad un atteggiamento distante e di indifferenza, che può sfociare in una risposta negativa, rispetto al proprio lavoro e all’utente verso cui questo è indirizzato. Infine, “ridotta realizzazione personale” identifica una scarsa stima lavorativa personale ed una sensazione di mancato desiderio di successo.

Il *burnout* è incluso nell’International Classification of Diseases (ICD-11) come fenomeno occupazionale, definito come “una sindrome concettualizzata come risultante da uno stress cronico sul posto di lavoro che non è stato gestito con successo” (World Health Organization (2019): *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.)).

Secondo Christina Maslach (1976; 1978), tra gli autori più rilevanti in letteratura in questo campo, si tratta di una perdita di interesse per le persone con cui si lavora ed una tendenza a trattare i pazienti in modo meccanico, conseguente ad un deterioramento del benessere fisico, che può evolvere in sintomi psicosomatici (insonnia, tensioni muscolari, disturbi gastrointestinali ed emicranie).

Per lo psicologo Cary Cherniss (1980), il *burnout* è un ritiro psicologico dal lavoro in risposta ad un sovraccarico eccessivo di stress o insoddisfazione. È descritto come un processo transazionale di tre fasi che si sviluppa nel tempo: la prima fase è definita da uno squilibrio tra le richieste esterne all’individuo e le sue risorse disponibili, a cui segue, come seconda fase, una risposta emotiva immediata, caratterizzata da stati di ansia, tensione e fatica. La terza fase, che si può definire di *coping difensivo*, consiste in una serie di cambiamenti nei comportamenti e negli atteggiamenti volti all’allontanamento di nuovi stimoli *stressor* ed alla rassicurazione dell’individuo.

## 1.2 FATTORI DI RISCHIO INDIVIDUALI E DEL CONTESTO

Considerando il *burnout* un'esperienza individuale, ma specifica del contesto lavorativo, è stato possibile evidenziare una serie di fattori, individuali e ambientali, che concorrono allo sviluppo di tale disagio.

I fattori ambientali fanno riferimento a tutte quelle situazioni esterne all'individuo e, secondo Christina Maslach (1986), si possono suddividere in due categorie. La prima si riferisce alle caratteristiche del lavoro: riguarda il carico lavorativo, il *time pressure*, conflitti di ruolo (mancata o scarsa cooperazione e comunicazione), ambiguità di ruolo (inadeguate informazioni utili al fine di compire il lavoro nel modo corretto) ed assenza di risorse lavorative. Quest'ultime possono essere sociali, di supervisione, di informazione (*feedback*) e di controllo; comprendono una bassa partecipazione nella presa di decisioni ed una mancanza di autonomie.

Inoltre, in diversi ambiti lavorativi in cui è richiesto un servizio di 24 ore per 7 giorni settimanali, è necessario prendere in considerazione un ulteriore fattore di rischio: le modifiche al ritmo circadiano, in particolare un'insufficiente quantità e qualità del sonno o un mancato o inadeguato recupero di esso, come conseguenza del lavoro a turni prolungato. Diversi studi hanno evidenziato un'associazione tra disturbi del sonno da lavoro a turni (*shift work sleep disorder*) e distress, oltre ad un aumento di incidenti sul lavoro, conseguenti ad una diminuzione delle prestazioni lavorative ed a deficit nel funzionamento cognitivo.

La seconda categoria di fattori di rischio ambientali si riferisce alle caratteristiche dell'organizzazione: gerarchie, ruoli, risorse, distribuzione dello spazio, fedeltà ed equità. Comprende i valori impliciti nel processo e nella struttura organizzativa, che danno forma alle relazioni interpersonali contestuali, ed il contratto psicologico, ovvero il rapporto di reciprocità tra individuo ed organizzazione. Qualora tali aspetti non risultassero soddisfatti o adeguati, il rischio di incorrere nello sviluppo di un disagio organizzativo è maggiore.

In ambito sanitario, tra i fattori di rischio ambientali, è necessario prendere in considerazione un ulteriore aspetto correlato all'insorgere della sindrome del *burnout*: l'esposizione alle questioni di fine vita (*end-of-life issues*), che comprendono il prendersi

cura di pazienti in fin di vita ed assistere alla decisione di rinunciare a trattamenti di mantenimento in vita.

I fattori individuali, invece, comprendono gli aspetti interni all'individuo e, secondo Christina Maslach (1986), possono essere suddivisi in tre categorie. Innanzitutto, tra i fattori demografici correlati al *burnout* vi è la giovane età, spesso unita all'inizio di carriera: momento in cui vi è un forte impegno da parte dell'individuo verso l'organizzazione. A maggior rischio vi sono anche i lavoratori non coniugati e con un alto livello di educazione, in quanto portatori di più responsabilità e aspettative.

La seconda categoria riguarda gli aspetti di personalità: un individuo con bassa resistenza psicologica, scarsa autostima, *locus of control* esterno e stile di *coping* passivo è maggiormente a rischio di sviluppare *burnout*. È stato, inoltre, evidenziato come soggetti con un alto punteggio rispetto la scala di nevroticismo, relativa alla Teoria dei Big Five, sono anch'essi più propensi a sviluppare tale forma di disagio organizzativo, in quanto caratterizzati da forte preoccupazione, ansia, ostilità, insicurezza ed instabilità emotiva.

Infine, la terza categoria comprende gli atteggiamenti dell'individuo nei confronti del lavoro: a maggior rischio vi sono coloro con grandi aspettative irrealistiche.

L'individuazione e l'analisi dei fattori di rischio associati allo sviluppo di *burnout* permette una maggiore comprensione di tale sindrome e, di conseguenza, la possibilità di creare interventi efficaci nella prevenzione e soluzione di tale disagio.

### 1.3 EFFETTI DEL BURNOUT A LIVELLO NEUROPSICOLOGICO

Dalla definizione di *burnout* proposta nell'ICD-11, possiamo riferirci a questa sindrome come derivante da uno stress cronico e non controllabile dall'individuo, innescata dalle caratteristiche dell'ambiente lavorativo, ma con un impatto anche sul funzionamento biologico.

I principali sintomi associati al *burnout* sono generalmente legati a stati di paura e ansia, frustrazione, rabbia, irritabilità, esaurimento emotivo, problemi di memoria e concentrazione, fino ad arrivare a depressione, abuso di sostanze, disturbo da stress post traumatico (PTSD) e idee suicidarie. In ambito lavorativo si riscontrano difficoltà nell'essere professionali, una mancanza di empatia e speranza ed un sentimento di "non essere abbastanza". A questo possono aggiungersi anche dei sintomi psicofisici, quali stanchezza, insonnia, tensioni muscolari, emicranie, disturbi gastrointestinali ed un aumento del rischio di sviluppare ipertensione e malattie cardiovascolari.

A livello neuropsicologico, la mancanza di controllo dell'individuo sui fattori *stressor* può avere conseguenze dannose sui circuiti cerebrali e, di conseguenza, un impatto sui processi cognitivi e comportamentali. In particolare, sono stati rilevati degli effetti dovuti alla sindrome del *burnout* in alcune strutture limbiche, in particolare nell'amigdala, e nella corteccia prefrontale.

La corteccia prefrontale (PFC) è la regione anteriore del lobo frontale del cervello, adibita al controllo del pensiero e delle azioni ed essenziale per le funzioni cognitive ed esecutive: presa di decisione, ragionamento, *social cognition* (moderazione delle condotte sociali e guida dei comportamenti sociali), regolazione dell'attenzione, organizzazione, pianificazione e mantenimento dell'integrità. È fondamentale, inoltre, per lo sviluppo di alcune abilità metacognitive, tra cui *insight*, coscienza morale, intelligenza emotiva ed empatia. Tali funzioni, però, richiedono molta energia e sono, quindi, sensibili alle variazioni dello stato di attivazione (*arousal*), dovute a situazioni di stanchezza e stress (Figura 1). L'attività di questa regione del cervello può risultare compromessa in queste condizioni, in quanto eccessivi livelli dei moderatori dell'*arousal*, le catecolamine (adrenalina e noradrenalina), vengono rilasciati, avviando, attraverso segnali chimici a cascata, l'apertura dei canali di potassio in prossimità delle sinapsi della corteccia prefrontale. Questo implica una compromissione nel ripristino e nel mantenimento del



potenziale di riposo: le sinapsi si atrofizzano e le connessioni si indeboliscono (Figura 2B), portando ad una diminuzione della capacità della *working memory*, regolazione dell'attenzione e presa di decisione, aspetti fondamentali per effettuare operazioni mentali rilevanti per il compito che si sta svolgendo. Allo stesso tempo le catecolamine hanno effetto opposto sulle strutture più antiche, tra cui l'amigdala: in queste regioni le sinapsi si fortificano (Figura 2B), portando l'individuo ad un livello massimo di *arousal* alla presenza di stimoli nuovi, inattesi o dolorosi.

L'amigdala è una delle strutture arcaiche sottocorticali che compongono il sistema limbico. Questo ha un ruolo fondamentale nella regolazione dell'omeostasi affettiva: regola la reattività ai cambiamenti esterni ed interni per mettere in atto una risposta ottimale. In particolare, l'amigdala ha funzione primaria nell'elaborazione delle reazioni emotive, tra cui la regolazione di comportamenti aggressivi, della memoria e dei processi decisionali. Più l'amigdala è attivata, come nel caso della sindrome del *burnout*, più la situazione a cui si assiste sarà carica emotivamente e verranno, quindi, favorite risposte emotive automatiche ed inconsce. Ha, inoltre, un ruolo evolutivo cruciale nel riconoscimento di stimoli minacciosi o potenzialmente pericolosi (risposta allo stress). Quest'ultima funzione è elaborata attraverso la connettività funzionale tra amigdala, corteccia prefrontale e corteccia cingolata anteriore (ACC). Come evidenziato in precedenza, in situazioni di stanchezza e stress, si evidenzia una ridotta connettività tra la PFC e le altre strutture cerebrali, tra cui l'amigdala; ne consegue una ridotta capacità di controllare le risposte allo stress e di modulare le risposte emotive. A questo corrisponde un'attività maggiore delle strutture limbiche, tra cui un potenziamento della connettività tra amigdala e corteccia insulare: quest'ultima trasmette ed integra l'informazione somatosensoriale al sistema nervoso autonomo (asse SNA) e all'asse ipotalamo-ipofisurrene (asse HPA) che, in situazioni di stress, producono dei processi finalizzati a correggere gli squilibri. In particolare, il SNA simpatico prepara all'azione ed a fronteggiare situazioni di emergenza attraverso risposte di *fight or flight* (attacco o fuga): l'individuo è iper-vigile e iper-reattivo. Inoltre, una riduzione dei recettori serotoninergici nella corteccia cingolata anteriore, ippocampo e corteccia insulare comporterebbe delle variazioni nel tono dell'umore e delle modifiche nella regolazione dell'asse HPA e di mediazione del cortisolo, definito "ormone dello stress", che aumenta al fine di fornire all'individuo maggiori quantità di energia per fronteggiare la situazione minacciosa.

Un'ulteriore struttura coinvolta è il cervelletto. In particolare, a causa dell'indebolimento della connettività della corteccia prefrontale con le altre strutture cerebrali, si evidenzia un potenziamento compensativo della sua funzione modulatrice dello stato di *arousal* dell'amigdala. Questo concorre alla compromissione nell'elaborazione delle emozioni già evidenziata in precedenza. Inoltre, presentando connessioni monosinaptiche con l'ipotalamo, fornisce un ulteriore substrato biologico per la regolazione dell'asse HPA e della risposta allo stress. Il coinvolgimento del cervelletto in condizioni di stress è evidenziato dalla riduzione del suo volume nei pazienti con PTSD.

La compromissione dell'autoregolazione della corteccia prefrontale e la maggiore attivazione delle aree limbiche possono spiegare diversi problemi associati al *burnout* lavorativo nella pratica medica (Figura 2C). La ridotta connettività della PFC comporta, come già citato, difficoltà nell'attenzione e nella presa di decisione, oltre ad una incapacità di organizzazione dei compiti da eseguire ed una riduzione di *insight*. Tali aspetti concorrono ad un aumento di errori medici, dovuti a distrazione, ed a maggiori difficoltà a completare incarichi complessi, tra cui, in ambito medico emergenziale, prendere decisioni importanti in breve tempo e in situazioni ricche di stimoli esterni. A questo si aggiunge una diminuzione dell'empatia e della coscienza morale, che comporta una compromissione della professionalità e dell'impegno, oltre ad una comunicazione non ottimale con pazienti, familiari e colleghi. Questo aspetto è sostenuto, inoltre, dalla maggiore attività dell'amigdala e, in generale, delle strutture limbiche, che portano ad una diminuzione del controllo inibitorio e, quindi, favoriscono comportamenti non professionali e impulsivi. Inoltre, la variazione del tono dell'umore, dovuta alla diminuzione dei recettori serotoninergici, fa sì che l'individuo si presenti meno ottimista e cinico, non stimolato nel proprio lavoro.

La sindrome del *burnout* porta, quindi, ad una disregolazione dei circuiti di elaborazione delle emozioni e dello stress, impedendo il ripristino dell'omeostasi interna e attivando meccanismi biologici di difesa che possono risultare disadattivi. L'analisi di tali aspetti permette di sviluppare interventi efficaci di prevenzione e soluzione al disagio e consente agli individui di acquisire una maggiore consapevolezza sui propri limiti, diminuendo il senso di colpa derivante dal provare difficoltà o non sentirsi in grado di compiere le attività quotidiane e lavorative.

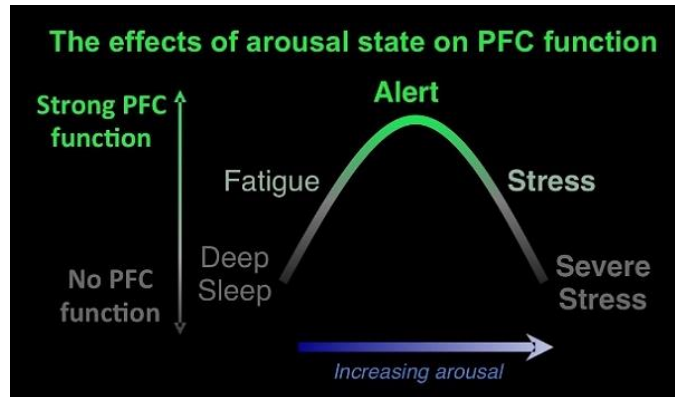


Figura 1. L'effetto dello stato di attivazione (*arousal*) sul funzionamento della corteccia prefrontale (PFC) assume una funzione ad “U invertita”: le sinapsi della PFC richiedono un’adeguata stimolazione affinché funzioni in modo ottimale. Inadeguati livelli, insufficienti (stanchezza) o eccessivi (stress), di *arousal* rendono debole il funzionamento della PFC. Fonte: Arnsten A.F.T., Shanafelt T. *Physician Distress and Burnout: The Neurobiological Perspective. Mayo Clin Proc.* (2021); 96(3): 763-769.

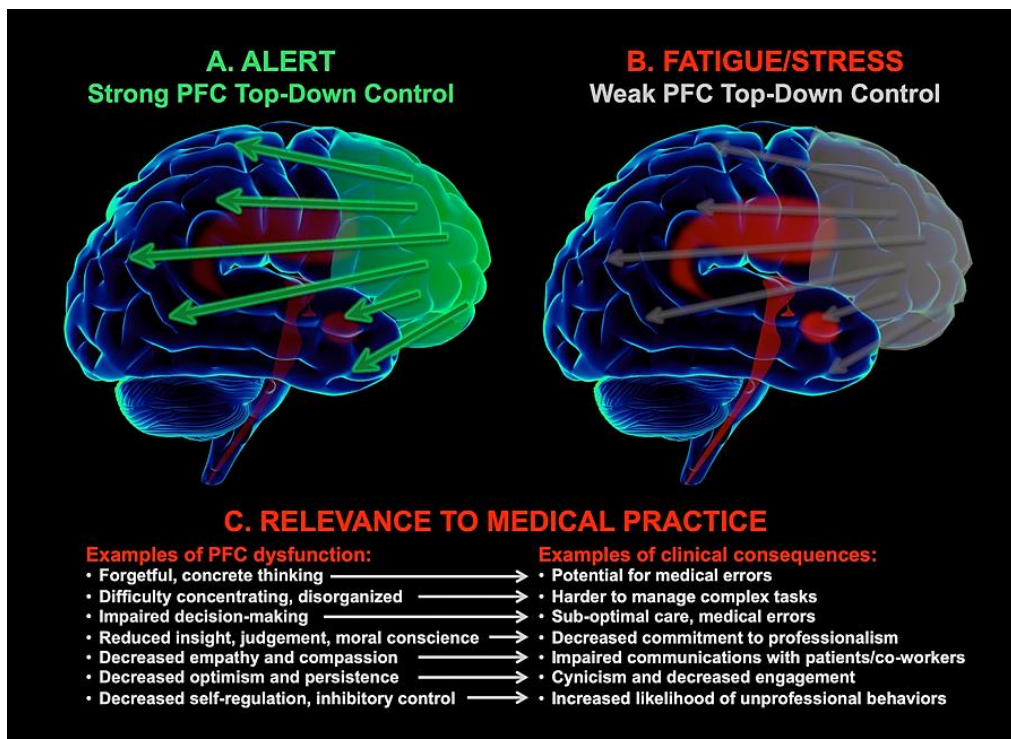


Figura 2. (A) In un adeguato stato di allerta (*alert*), ovvero quando ci si sente riposati, interessati e si possiede il controllo, la corteccia prefrontale presenta connessioni estese con le aree corticali e subcorticali del cervello (freccie verdi), che forniscono un controllo sul pensiero, attenzione, azione ed emozione. (B) In una situazione di stanchezza o stress, le connessioni risultano deboli (freccie grigie), con conseguente perdita del controllo e compromissione delle funzioni cognitive. Si attivano maggiormente i circuiti primitivi (aree in rosso), tra cui l’amigdala, che mediano le risposte emotive antiche (paura). Fonte: Arnsten A.F.T., Shanafelt T. *Physician Distress and Burnout: The Neurobiological Perspective. Mayo Clin Proc.* (2021); 96(3): 763-769.

# I REPARTI DI MEDICINA D'EMERGENZA-URGENZA

## 2.1 LE CARATTERISTICHE DEI REPARTI DI MEDICINA D'EMERGENZA-URGENZA

Il contesto che verrà di seguito analizzato è quello dei reparti di medicina d'emergenza-urgenza, o Pronto Soccorso, definiti come “una struttura ospedaliera organizzata per fornire servizi ambulatoriali non programmati a pazienti le cui condizioni sono considerate tali da richiedere cure immediate” (American Hospital Association (2007): *Annual Survey Database Documentation Manual*. Chicago: American Hospital Association). È possibile identificare due criteri principali che permettono di distinguere tali reparti dagli altri. Innanzitutto, viene fornita assistenza immediata e, generalmente, stabilizzante a soggetti con necessità mediche urgenti. In secondo luogo, tali reparti assicurano, salvo rare eccezioni, disponibilità e accessibilità per 24 ore giornaliere, 7 giorni settimanali, 365 giorni all'anno, senza restrizioni su chi può accedere alle cure.

Al fine di comprendere maggiormente tale contesto, è necessario prendere in considerazione quattro caratteristiche generali, sulle quali possono agire ulteriori fattori specifici. Un primo aspetto fondamentale è il luogo fisico in cui è situato il reparto di medicina d'emergenza-urgenza: può avere sede in ospedale o in una diversa struttura. In quest'ultimo caso, è possibile distinguere tre tipologie: i reparti “satelliti”, generalmente affiliati ad un particolare ospedale ma esterni ad esso, quelli autonomi e, infine, di assistenza primaria, in cui il servizio di emergenza è compreso nell'assistenza primaria. In secondo luogo, è importante considerare il *setting* interno: i reparti di medicina d'emergenza-urgenza possono presentarsi come contigui, in cui le emergenze mediche e chirurgiche vengono trattate in aree adiacenti, oppure non contigui, in cui sono presenti diversi settori separati. Si distinguono, inoltre, i reparti con *triage* da quelli senza: il *triage* permette ai pazienti che arrivano al Pronto Soccorso di essere indirizzati, attraverso un ordine prioritario, verso le cure emergenziali specifiche per le loro necessità, che verranno fornite da medici specializzati nel proprio settore. Il terzo aspetto da prendere in considerazione è il periodo di apertura. Nella maggior parte dei casi si tratta di reparti *full-time*, che offrono assistenza continua; esistono, però, delle eccezioni. Un esempio sono alcune strutture emergenziali *part-time*, che offrono un servizio limitato nel tempo

e nelle cure, oppure stagionali, aperte solo un periodo dell'anno, generalmente in aree in cui la popolazione stessa è stagionale. Un'altra tipologia sono i reparti con periodo di apertura alternato, i quali condividono la responsabilità con più ospedali di fornire assistenza d'emergenza a tempo pieno. Infine, è fondamentale evidenziare la tipologia di pazienti serviti: alcune strutture offrono assistenza a qualsiasi individuo, indipendentemente dall'età, dal sesso o altri fattori sociodemografici, altre, invece, sono specializzate in popolazioni adulte o pediatriche. La combinazione di queste caratteristiche, unite a fattori variabili e specifici, danno luogo a diverse tipologie di strutture emergenziali.

Oltre a questi aspetti, che pongono le basi strutturali per definire i reparti di medicina d'emergenza-urgenza, è importante prendere in analisi dei fenomeni specifici di tale contesto lavorativo che, nel corso degli anni, risultano sempre più marcati e concorrono a sviluppare una serie di disagi organizzativi, tra cui la sindrome del *burnout*.

Innanzitutto, il personale del Pronto Soccorso, medici e infermieri, assiste ogni giorno ad una vasta gamma di pazienti che si differenziano per età, sesso, lesioni e malattie; a partire da lievi ferite accidentali, a quelle più gravi riportate, ad esempio, in incidenti stradali, oltre ad aggressioni, stupri, abusi fino a ferite da armi. Questo contatto prolungato con pazienti con gravi traumi può portare, nel corso del tempo, allo sviluppo di un fenomeno denominato "*compassion fatigue*", definito anche "il prezzo del prendersi cura". Si tratta di una riduzione graduale della compassione, come conseguenza dell'esposizione cronica e del desiderio di prendersi cura di individui in condizioni di grave disagio fisico o psicologico, unito ad una risposta di tipo empatico da parte del personale sanitario nei confronti dei pazienti. Un mancato supporto psicologico a medici e infermieri che assistono determinate situazioni complesse e talvolta traumatiche può portare ad alti livelli di assenteismo e *burnout*, fino allo sviluppo di un disturbo da stress post traumatico (PTSD).

Un ulteriore aspetto da prendere in considerazione è la violenza nei confronti del personale medico e infermieristico nei reparti di medicina d'emergenza-urgenza. Krug et al. (2002) definiscono il fenomeno come un problema complesso e multifattoriale, caratterizzato da aspetti individuali, interpersonali, culturali e sociali. È enfatizzato da alcune particolarità tipiche del contesto emergenziale, tra cui la facilità nell'accedere al

reparto, il sovraffollamento, la lunghezza e imprevedibilità dei tempi di attesa, i sistemi di sicurezza inadeguati, la frustrazione ed emotività dei pazienti e familiari. In particolare, quest'ultimi, a causa del dolore, della paura e della necessità di assistenza in breve tempo, sono più inclini a mostrare comportamenti aggressivi come strategia per affrontare la frustrazione e per raggiungere l'obiettivo di ricevere le cure nel minor tempo possibile. Un comportamento violento può, inoltre, risultare una punizione nei confronti del medico o infermiere per la percezione del paziente di essere stato trascurato nell'assistenza. Le conseguenze di queste aggressioni possono essere fisiche, da lievi lesioni fino a grave invalidità, e psicologiche, che possono manifestarsi in un disturbo da stress post traumatico (PTSD), depressione, ansia, generale stato di malessere e mancanza di autostima. Le conseguenze professionali, invece, comprendono una riduzione della soddisfazione lavorativa, perdita di fiducia in sé e nel proprio lavoro, evitamento dei pazienti e del contesto lavorativo (assenteismo), diminuzione della produttività, abbandono della professione e *burnout*.

Infine, un fenomeno sempre più diffuso è quello dell'affollamento, ovvero quella "condizione che si verifica qualora il numero di individui che necessitano di servizi di emergenza supera le risorse disponibili per l'assistenza nel Pronto Soccorso, nell'ospedale o entrambi" (American College of Emergency Physicians (ACEP). *Crowding. Policy statement. Ann Emerg Med (2013); 61(6): 726-7*). Le cause di tale fenomeno sono complesse e multifattoriali; è possibile, però, distinguere tre componenti interdipendenti che, in determinate condizioni, possono concorrere allo sviluppo di tale problematica. In primo luogo, è fondamentale prendere in analisi i fattori di *input*, ovvero la capacità di gestione di emergenze e la loro quantità in un determinato tempo, gli arrivi in ambulanza in ospedale e la loro deviazione ad altre strutture e, infine, la rete di sicurezza, in particolare il volume degli ospedali e la gestione di eventuali epidemie stagionali. In secondo luogo, i *throughput* riguardano il grado di criticità dei pazienti, l'efficienza del processo di *triage*, il posizionamento e disponibilità dei letti, i tempi di esecuzione di test diagnostici, il livello di formazione ed esperienza di medici e infermieri e la disponibilità di supporti esterni o interni al personale sanitario. Infine, i fattori di *output* concernono la capacità di gestione dell'ospedale delle degenze e dei trasferimenti tra i diversi reparti e livelli di assistenza, i rapporti del personale e la regolamentazione dei turni, la capacità delle strutture di riabilitazione e pianificazione dell'assistenza, la

qualità delle cure e le fonti di reddito dell'ospedale. Tra questi aspetti, emerge un fenomeno che più di tutti contribuisce al sovraffollamento del Pronto Soccorso: il *boarding*, ovvero quella pratica che consiste nel trattenere i pazienti nelle strutture emergenziali per periodi prolungati, come conseguenza dell'insufficiente capacità di degenza negli altri reparti. Questo incide negativamente sulla produttività dei reparti di medicina d'emergenza-urgenza, comportando difficoltà nell'organizzazione delle degenze e nei tempi di attesa per gli esami diagnostici, oltre ad un aumento dei costi per i ricoveri e, quindi, la perdita di entrate dell'ospedale. Inoltre, importanti effetti negativi si riscontrano con un generale aumento dei tassi di mortalità ed errori medici, ritardi nella valutazione e gestione del dolore, una diminuzione della qualità delle cure, della *privacy* e del *comfort*, con conseguente minore soddisfazione dei pazienti ed un tasso elevato di abbandono, da parte del paziente, prima del completamento del trattamento. Il sovraffollamento incide, infine, sulla capacità di gestione del personale e sulla sua formazione; in particolare, medici ed infermieri si trovano ad affrontare un significativo aumento del carico di lavoro, senza un corrispondente aumento delle risorse, portando ad un maggiore rischio di sviluppare *burnout*. Inoltre, gli specializzandi di medicina d'emergenza-urgenza non hanno la possibilità di eseguire procedure e visite nel contesto e nelle tempistiche adatte al fine di acquisire le giuste competenze.

## **2.2 RIPERCUSSIONI DEL BURNOUT SULLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA AI PAZIENTI**

Come accennato in precedenza, la sindrome del *burnout* ha un impatto, oltre che sul piano individuale, sulla *performance* lavorativa: si evidenzia una diminuzione della soddisfazione e dell'impegno, una riduzione della produttività e dell'efficacia ed uno scarso rendimento, aspetti che, in ambito lavorativo sanitario, hanno effetti diretti sull'assistenza ai pazienti e sulla loro sicurezza. Diversi studi, infatti, hanno sottolineato un'associazione tra il *burnout* ed una qualità minore dell'assistenza, una diminuzione della soddisfazione dei pazienti e familiari, un aumento del numero di errori medici e tassi più elevati di infezioni e mortalità ad un mese dal ricovero.

La revisione sistematica e metanalisi di Garcia et al. (2019) permette di indagare la relazione tra sindrome del *burnout* e sicurezza del paziente, prendendo in considerazione l'influenza che tale relazione può esercitare sull'assistenza sanitaria, al fine di comprenderne eventuali problematiche. In particolare, gli aspetti su cui si pone l'attenzione riguardano la sindrome del *burnout*, la cultura organizzativa e la gestione della sicurezza del paziente e degli operatori sanitari; fattori di fondamentale importanza e rilievo, come già evidenziato, nel contesto emergenziale.

Eventuali complicazioni che possono essere collegate alla qualità dell'assistenza ai pazienti, derivanti da fattori che non appartengono al naturale corso della malattia, vengono definite "eventi avversi evitabili". Gli autori evidenziano come tali eventi avversi, in quanto a sicurezza e assistenza ai pazienti, sono conseguenza, oltre che di processi organizzativi e gestione del sistema inadeguati, dei fallimenti di medici e infermieri in termini di lavoro di squadra, comunicazione e salute psicologica. È stato riscontrato, infatti, che l'esaurimento emotivo, in particolare la stanchezza professionale, ha un impatto negativo sul lavoro di squadra: si registra un deterioramento del clima lavorativo ed una diminuzione delle capacità di lavoro in *team*, con conseguente aumento di comportamenti a rischio per la sicurezza del paziente. Tale aspetto incide negativamente sulle modalità di comunicazione tra medici e personale infermieristico: vengono a mancare una comunicazione aperta, un supporto e condivisione tra professionisti ed un apprendimento reciproco, elementi fondamentali nel processo di presa di decisione. Un soggetto, in questo contesto, non si sentirà produttivo, soddisfatto



e valido professionalmente; sarà così maggiormente esposto a sviluppare *burnout*. L'impatto sulla salute psicologica e, quindi, un inadeguato stato di benessere, depressione, ansia e *burnout*, risultano fattori di rischio rilevanti che influenzano negativamente l'assistenza fornita ai pazienti. È, infatti, stata rilevata una correlazione tra moderati-alti livelli di *burnout*, scarso benessere ed aumento di errori relativi alla qualità dell'assistenza. Questo è spiegato dall'impatto a livello individuale e, come già citato, neuropsicologico, che tale disagio organizzativo comporta. I soggetti riportano una sensazione generale di fatica, difficoltà nel mantenimento dell'attenzione e nella presa di decisione che, nella pratica medica, si traduce in difficoltà nello svolgere l'attività assistenziale in modo efficace, con il rischio di causare danni ai pazienti e, in generale, al servizio sanitario. Inoltre, l'esaurimento emotivo e la depersonalizzazione, entrambe dimensioni della sindrome del *burnout*, innescano nel professionista una sensazione di tensione e l'adozione di un atteggiamento cinico e di indifferenza di fronte ai bisogni dei pazienti e dei familiari. Questi aspetti concorrono al peggioramento della relazione medico-paziente e, di conseguenza, hanno effetti negativi sulla qualità delle cure fornite.

È importante tenere in considerazione che gli errori da parte di medici e infermieri causano in questi una sensazione di disagio e stress, stati di ansia per eventuali ulteriori errori, perdita di stima e fiducia in sé, riduzione della soddisfazione e percezione di aver causato un danno alla propria reputazione. Questi aspetti aumentano la probabilità di incorrere in esaurimento emotivo e, di conseguenza, causare ulteriori errori.

La cultura ed i processi organizzativi della struttura sanitaria incidono a livello indiretto sulla qualità dell'assistenza ai pazienti tramite fattori che concorrono all'aumento della probabilità di sviluppare la sindrome del *burnout*. È stato evidenziato che il *time pressure* correla positivamente con la dimensione dell'esaurimento e, unito al carico di lavoro, è indicato come fattore di rischio per lo sviluppo di affaticamento da parte di medici e infermieri. È stato riscontrato, in operatori sanitari che svolgono un elevato numero di ore lavorative e con un alto livello di *burnout*, un impatto negativo sulla sicurezza dei pazienti. Inoltre, un elevato tasso di richieste e stimoli esterni (interruzioni, spazio condiviso, attenzione verso più pazienti), aspetti caratteristici del Pronto Soccorso, influiscono negativamente sul benessere di medici e infermieri, sviluppando *burnout* e aumentando il rischio di incorrere in errori assistenziali.

## **2.3 IL BURNOUT NEI REPARTI DI MEDICINA D'EMERGENZA-URGENZA DURANTE LA PANDEMIA "COVID-19"**

Nel dicembre 2019 da Wuhan, in Cina, inizia la diffusione dell'epidemia di SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2*) e, nell'11 marzo 2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dichiara lo stato pandemico. Di conseguenza diversi paesi hanno attuato misure di contenimento per la diffusione del virus, attraverso la chiusura di attività, isolamento sociale e l'adozione di misure di protezione; aspetti che hanno avuto un grande impatto sulla quotidianità e sul benessere degli individui.

Medici e infermieri che operano in prima linea nei reparti di medicina d'emergenza-urgenza hanno registrato i tassi più elevati di sindrome del *burnout*, con una prevalenza di più del 40%, precedentemente alla pandemia. L'emergenza sanitaria ha, però, messo in evidenza alcuni aspetti critici: a partire da un aumento del carico lavorativo, l'esposizione al pericolo di essere contagiati in quanto operatori in prima linea e, quindi, a diretto contatto con i pazienti, fino ad una diminuzione del tempo disponibile per il riposo. Tutti questi aspetti risultano importanti fattori di rischio legati allo sviluppo di *burnout*.

A tal proposito, la revisione sistematica di Gualano et al. (2021) mira ad indagare l'impatto della sindrome del *burnout* tra gli operatori sanitari dei reparti di emergenza e terapia intensiva durante la pandemia. Vengono analizzati 11 studi internazionali, trasversali e longitudinali, svolti nei periodi di aprile e maggio 2020 e, la maggior parte, comprende esclusivamente il personale dei reparti di medicina d'emergenza-urgenza o delle unità di terapia intensiva. Dallo studio emergono dei punteggi medio-alti di *burnout* tra medici (tra il 51.8% e 57%), infermieri (64%) ed altro personale sanitario (tra il 49.3% ed il 58%). Si nota, quindi, una prevalenza significativamente più elevata dei livelli di *burnout* tra il personale infermieristico, con, inoltre, alti punteggi di esaurimento emotivo e alta depersonalizzazione nelle unità di cura critiche. Ad aumentare le possibilità dell'insorgenza della sindrome del *burnout* sono stati evidenziati diversi fattori: l'età, il sesso femminile, l'insufficiente accesso ai dispositivi di protezione individuale, risorse inadeguate, lo stigma da parte della comunità per paura del contagio, preoccupazioni per situazioni economiche, scarsa o inadeguata comunicazione tra colleghi e, uno dei fattori

più importanti, l'elevato carico di lavoro. Durante la pandemia, infatti, si è assistito ad un aumento del carico lavorativo e delle richieste dei pazienti, spesso in condizioni critiche ed in isolamento, oltre a maggiori attenzioni, da parte del sistema sanitario, a procedure e misure contenitive per limitare la diffusione del virus. Tale complessità del contesto e di gestione dei pazienti ha avuto un forte impatto sulla salute di medici e infermieri, sia per quanto riguarda lo sviluppo del disagio organizzativo, che per altre problematiche psicologiche, quali ansia, depressione, insonnia e disturbo da stress post traumatico (PTSD). È interessante notare che i livelli più bassi di *burnout* sono stati registrati in Australia, uno dei paesi che, rispetto agli altri considerati in tale revisione, risulta avere un numero minore di contagi e, quindi, un minor carico di lavoro.

Lo studio trasversale di Chor et al. (2020), che si pone l'obiettivo di indagare nello specifico il *burnout* in un reparto di medicina d'emergenza-urgenza, evidenzia come i professionisti che lavorano in tali dipartimenti da prima della diffusione della pandemia hanno livelli di *burnout* superiori ad altri operatori. Questo è spiegato da elevati livelli di stress preesistenti che, uniti ad un carico di lavoro eccessivo ed un forte carico emotivo, derivante dal prendersi cura di pazienti in condizioni critiche e privati delle loro famiglie, aumenta inevitabilmente il disagio. In questo contesto è, però, difficile evidenziare la reale associazione tra la pandemia ed un aumento significativo dei livelli di *burnout*, in quanto questa popolazione presenta da tempo tale disagio.

Lo studio di Muselli et al. (2021), che mira ad indagare l'impatto della pandemia sui servizi di emergenza, evidenzia una riduzione del 66.6% degli accessi complessivi al Pronto Soccorso a seguito dell'interruzione, da parte del Sistema Sanitario Italiano, dell'erogazione dei servizi rinviabili, al fine di ridurre il flusso dei pazienti in ospedale e, quindi, limitare la diffusione del virus. I reparti di medicina d'emergenza-urgenza hanno provveduto, di conseguenza, a fornire soltanto l'assistenza necessaria e non rinviabile: si è registrata una riduzione significativa dei codici meno gravi. La pandemia ha, quindi, modificato i comportamenti di ricerca di assistenza sanitaria e l'utilizzo dei dipartimenti di emergenza, riducendone l'uso inappropriato. Questo mette in luce le criticità di tali reparti, spesso caratterizzati da sovraffollamento, come precedentemente analizzato, e consente di porre un focus sul rafforzamento dell'assistenza sanitaria di base, offrendo alternative ai Pronto Soccorsi, riducendo così il carico lavorativo ed il rischio di sviluppare *burnout*.

# INTERVENTI DI CONTRASTO AL BURNOUT NEI REPARTI DI MEDICINA D'EMERGENZA-URGENZA

## 3.1 L'INTERVENTO ED I FATTORI CHE LO OSTACOLANO

Come evidenziato in precedenza, il personale sanitario che lavora nei reparti di medicina d'emergenza-urgenza si rivela ad un elevato rischio di sviluppare la sindrome del *burnout*, la cui prevalenza, in tale contesto, risulta più del 40% secondo diversi studi. Poiché il *burnout* concorre ad aumentare la probabilità di errori medici e ad una riduzione della qualità dell'assistenza ai pazienti e della loro soddisfazione, il benessere di medici e infermieri è un importante indicatore relativo alla qualità dell'assistenza sanitaria. È, quindi, fondamentale la realizzazione di strategie preventive ed interventi risolutivi al disagio organizzativo, al fine di garantire il benessere dei singoli lavoratori, una gestione ottimale del sistema sanitario ed una migliore qualità dell'assistenza ai pazienti.

Le modalità di gestione di tale disagio organizzativo possono essere molteplici e focalizzate su diversi aspetti. Innanzitutto, si differenziano gli interventi in base all'obiettivo, che può essere di prevenzione dello sviluppo del *burnout* o di ripristino di una condizione di benessere individuale ed organizzativo, nel caso in cui il disturbo sia presente. Ad esempio, nei reparti di medicina d'emergenza, alcuni interventi di prevenzione all'emergere di fattori di rischio specifici del contesto possono riguardare consulenze etiche, lo sviluppo della sicurezza lavorativa al fine di prevenire episodi di violenza, sostegno ai familiari e un'ottimizzazione della gestione del flusso dei pazienti. In secondo luogo, si distinguono le modalità di intervento che si concentrano sui fattori situazionali e organizzativi da quelle, invece, con focus su fattori individuali. In particolare, i primi prendono in analisi le cause organizzative legate allo stress lavorativo e mirano ad un miglioramento delle condizioni psicosociali del lavoro, della salute e del benessere dei professionisti in relazione al contesto organizzativo (Nielsen et al., 2010). Alcune modalità di intervento possono riguardare la promozione di un ambiente lavorativo sano, lo sviluppo della comunicazione e del *team*, adeguate ricompense e gratificazione, una regolamentazione dell'orario, del limite massimo di giorni lavorativi e del carico di lavoro. Gli interventi diretti al personale, legati a fattori individuali, invece, sono generalmente psicoeducativi, con l'obiettivo di migliorare le capacità di *coping* del

singolo: riduzione dello stress, tecniche di rilassamento, gestione del tempo, assertività, *work-life balance* e terapia cognitivo-comportamentale. È stato evidenziato, però, che l'utilizzo di un approccio di intervento individuale concorre nell'alleviare l'esaurimento emotivo, ma non prende in considerazione le dimensioni della depersonalizzazione e della ridotta realizzazione personale. È possibile, inoltre, che tali strategie vengano valutate con scetticismo da parte del personale sanitario, in quanto considerate uno sforzo insincero da parte dell'organizzazione di affrontare il problema come responsabilità unica dell'individuo. Di conseguenza, questo può indurre i singoli a perseguire soluzioni vantaggiose a livello personale, ma dannose per il contesto lavorativo, ad esempio una riduzione dell'impegno e assenteismo.

Il *burnout* è, infatti, un problema complesso e multifattoriale che richiede strategie efficaci, interventi integrati e combinati che si concentrano su soluzioni individuali e situazionali: solo in tal caso si assisterà ad un cambiamento effettivo del singolo lavoratore e del contesto organizzativo.

Lo studio di Naidoo et al. (2023) evidenzia alcune barriere che possono concorrere ad ostacolare l'intervento, di sostegno individuale a medici e infermieri, per la prevenzione e soluzione del *burnout*, nel dipartimento d'emergenza di una struttura ospedaliera a Città del Capo (Sudafrica), il Tygerberg Hospital. I principali ostacoli riscontrati nell'utilizzo del sostegno proposto sono, innanzitutto, la mancanza di informazioni disponibili relative all'esistenza ed alle modalità di accesso al servizio, identificata come causa principale del mancato utilizzo; una mancanza di tempo dovuta al carico lavorativo eccessivo e, infine, un'inadeguata consapevolezza della necessità di un sostegno, una credenza che l'intervento sia inefficace ed un'idea di indipendenza. L'utilizzo del supporto risulta, per il 44% dei casi, reattivo (consulenza post-incidente): si assiste ad un accesso al servizio non come misura preventiva, ma solo a seguito di un incidente, tra cui un possibile errore medico. Inoltre, è evidente che l'organizzazione, il personale sanitario ed i pazienti concorrono ad influenzare una serie di fattori che possono rappresentare potenziali opportunità di prevenzione al *burnout* e, allo stesso tempo, degli ostacoli ad eventuali interventi. Uno staff adeguato, un supporto da parte dei superiori, una comunicazione ottimale tra lavoratori, un'ambiente lavorativo sano ed una gestione dei pazienti adeguata concorrono ad una diminuzione delle probabilità di incorrere nel disagio e ad uno sviluppo della resilienza attraverso programmi efficaci di *team-building*, gestione dello

stress e psicoeducazione. Al contrario, se questi aspetti sono mancanti o inadeguati, è possibile un aumento della prevalenza della sindrome del *burnout* tra i lavoratori e maggiori difficoltà nella risoluzione di tale problematica.

L'importanza del personale sanitario e, in particolare, dei rapporti e gerarchie interni ad esso, è ulteriormente sottolineato nello studio di Ramos et al. (2020): la ricerca-azione proposta non giunge a conclusione in quanto una parte dei lavoratori, i capi di reparto, rappresenta un ostacolo all'intervento. Si evidenzia così come i *leader* possono creare (*make*) o distruggere (*break*) un intervento: le gerarchie rappresentano un ruolo critico nel facilitare o ostacolare lo sviluppo di azioni volte al cambiamento organizzativo e ne influenzano il conseguente risultato positivo o negativo. A questo si aggiungono ulteriori barriere all'intervento legate ai processi *intra-team* ed ai singoli individui: un forte individualismo, svalutazione di alcune figure sanitarie (infermieri, operatori sociosanitari), dinamiche di potere, inadeguati apprezzamenti e gratificazioni, una mancata considerazione del gruppo come *team* e, quindi, come insieme di individui con obiettivi comuni, condivisione delle informazioni e cooperazione.

È fondamentale una sensibilizzazione sul disagio organizzativo come responsabilità condivisa dai sistemi sanitari, dalle organizzazioni e dagli operatori, oltre ad una necessaria attività di promozione della consapevolezza individuale e di gruppo in relazione al benessere psicologico. È necessario sviluppare interventi e strategie che siano allineate ai fattori, organizzativi e individuali, identificati come causa del *burnout* ed alle barriere esistenti analizzate.

### 3.2 INTERVENTI DI GESTIONE DEL DISAGIO

Qualora si rilevi una situazione di *burnout*, è fondamentale agire tempestivamente per limitare le conseguenze relative alla salute fisica e psicologia del soggetto coinvolto e le ripercussioni di queste sull'organizzazione e, in ambito sanitario, sui pazienti. L'obiettivo è il ripristino di una condizione di benessere individuale e collettiva e lo sviluppo di una maggiore consapevolezza circa l'insorgere di tale disagio, al fine di consentire la creazione di strategie di prevenzione affinché tale situazione non si manifesti nuovamente.

Gli interventi di gestione della sindrome del *burnout* diretti all'organizzazione riguardano generalmente modifiche ai turni lavorativi, con particolare attenzione a quelli notturni, e progetti mirati al miglioramento del flusso lavorativo e della comunicazione tra colleghi. Tali strategie consistono nello sviluppo di interventi con focus sull'identificazione dei fattori locali che potrebbero essere modificati rapidamente al fine di diminuire i livelli di *burnout* ed aumentare la soddisfazione lavorativa nel minor tempo possibile. Questi interventi si basano sulla gestione partecipativa e sulla pianificazione collaborativa delle azioni; si strutturano in modo da permettere un allontanamento dai fattori collegati, a livello generale, allo sviluppo di *burnout*, per concentrarsi sulle problematiche specifiche dell'unità lavorativa (reparti di medicina d'emergenza-urgenza), così da identificare, sviluppare e attuare un intervento locale iniziale. Nello specifico, le modifiche richieste possono riguardare una riduzione del carico di lavoro, una riprogrammazione dei turni lavorativi e del riposo, cambiamenti strutturali di ruolo, l'utilizzo della supervisione e di modalità specifiche di valutazione professionale, lo sviluppo di programmi per incentivare una comunicazione aperta e promuovere un senso di lavoro di squadra e *leadership*. È, inoltre, fondamentale prestare attenzione alla gestione delle risorse lavorative, quali supporto sociale, autonomia, *feedback* sulle prestazioni e opportunità di sviluppo: tali fattori moderano l'influenza del carico lavorativo sullo sviluppo di *burnout* e concorrono ad un aumento della soddisfazione professionale.

Gli interventi di gestione di tale disagio organizzativo diretti all'individuo possono comprendere diverse strategie d'azione. Alcune organizzazioni propongono dei programmi settimanali di riduzione dello stress basati sulla *mindfulness*, in cui si pone il focus su argomenti particolarmente stressanti relativi alla professione medica attraverso

gruppi di supporto, a cui seguono esercizi specifici di riduzione dello stress. Sono, inoltre, possibili sessioni di *debriefing* e *focus group* con obiettivo di potenziamento delle capacità di *coping* e di miglioramento del benessere individuale di medici e infermieri. Ulteriori strategie si concentrano su interventi psicoeducativi e interattivi con obiettivo di trasmettere le conoscenze, gli atteggiamenti e le capacità necessarie per adattarsi in modo ottimale al ruolo di medico o infermiere nell'unità lavorativa specifica. Infine, è utile la partecipazione a workshop intensivi o videoconferenze in cui si attuano degli esercizi di *role play* di scenari proposti dai lavoratori.

È importante ricordare che gli operatori sanitari in prima linea sono coloro a maggior rischio di sviluppare alti livelli di *burnout*, stress, ansia, depressione e PTSD. Il personale sanitario dei dipartimenti d'emergenza si trova ad affrontare eventi fortemente stressanti, critici e talvolta traumatici: assistere a pazienti in fin di vita, eseguire ripetitive procedure mediche intrusive, annunciare la morte ai familiari e, in situazioni pandemiche, affrontare l'isolamento dei pazienti e la paura di essere contagiati. Al fine di arginare le conseguenze psicologiche ed emotive di tali situazioni di stress cumulativo, è possibile l'utilizzo di un approccio terapeutico specifico per il trattamento del trauma e dello stress traumatico: la desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari (EMDR). Questa consiste nel focalizzarsi sul ricordo dell'esperienza traumatica e, tramite l'utilizzo di movimenti oculari, si assiste ad una desensibilizzazione di tale evento, con una conseguente riduzione dell'intensità delle emozioni e delle sensazioni fisiche associate e diminuzione dei pensieri intrusivi: l'individuo, quindi, vive il ricordo con distacco. Diversi studi hanno rivelato l'efficacia di tale strumento nel trattamento degli effetti a lungo termine dei ricordi di eventi critici e traumatici, tra cui l'esposizione del personale sanitario alla pandemia "COVID-19".

La revisione sistematica e metanalisi di De Simone et al. (2021) evidenzia come gli interventi diretti all'organizzazione sono risultati associati ad una moderata riduzione del punteggio di *burnout* e della dimensione della depersonalizzazione e ad un aumento della realizzazione personale: tali modalità di azione risultano maggiormente correlate ad effetti positivi nel trattamento. Gli interventi diretti al personale sanitario risultano efficaci solo qualora siano supportati da approcci organizzativi: è, quindi, importante considerare il *burnout* come un problema organizzativo, legato all'ambiente e alla cultura lavorativa, e considerare la soluzione a tale disagio come responsabilità condivisa.



### 3.3 INTERVENTI DI PREVENZIONE

Come precedentemente analizzato, è fondamentale prevenire l'insorgere della sindrome del *burnout* e, quindi, proporre una serie di azioni volte a ridurre l'effetto di alcuni fattori di rischio individuali ed organizzativi, promuovendo la salute ed il benessere individuale e collettivo.

Alcune possibilità di intervento preventive allo sviluppo di *burnout* possono riguardare, innanzitutto, lo sviluppo dello staff. Una strategia, in tale ambito, è quella che mira a promuovere un senso di comunità nel contesto lavorativo. Medici ed infermieri affrontano ogni giorno sfide uniche e presentano una forte identità sociale, derivante dalla consapevolezza di appartenere al gruppo dei professionisti sanitari. È importante dare valore a questo aspetto di comunità e al singolo al suo interno, offrendo spazi dedicati a favorire i legami interpersonali tra lavoratori, celebrare i risultati raggiunti, sostenersi nelle difficoltà (errori medici, perdita di pazienti e decisioni etiche) e condividere aspetti relativi alla carriera medica. Tale modalità di azione comporta un miglioramento nel significato attribuito al lavoro e, quindi, minori probabilità di sviluppare un disagio organizzativo.

Un'ulteriore modalità di intervento relativa allo staff, con focus, però, sui fattori individuali, consiste nel fornire le adeguate risorse al fine di promuovere la resilienza. Nonostante un fondamentale obiettivo delle organizzazioni sia la creazione di una cultura organizzativa sana, è importante fornire ai singoli degli strumenti che possano rendere più facile attuare strategie individuali per affrontare e prevenire il disagio, promuovendo il benessere. Gli aspetti da prendere in considerazione possono riguardare l'integrazione tra lavoro e vita privata (*work-life balance*), benessere fisico, abitudini relative al sonno e relazioni interpersonali. Diversi studi hanno, inoltre, evidenziato come la *mindfulness* disposizionale, ovvero la consapevolezza di prestare attenzione di proposito, nel momento presente e senza giudizio, potrebbe essere considerata un ulteriore fattore individuale significativo nel modulare i livelli di *burnout*. A tal proposito, è stato evidenziato come bassi livelli di *mindfulness* disposizionale, relativi a professionisti sanitari, sono risultati associati ad elevati livelli di *burnout* (Voci et al. 2016, Figura 3); inoltre, gli interventi *mindful-based* hanno evidenziato una correlazione inversa con l'esaurimento emotivo ed una relazione diretta con la soddisfazione lavorativa (Hülshager

et al. 2013). A questo si aggiunge un ulteriore aspetto: una difficoltà nella regolazione emotiva, ovvero un deficit nelle strategie individuali per la gestione delle emozioni relative al sé e agli altri, può influenzare a sua volta il benessere psicologico, la motivazione lavorativa, l'interazione con i pazienti e le prestazioni cliniche. Medici ed infermieri dei reparti di medicina d'emergenza-urgenza con difficoltà a verbalizzare le proprie emozioni e di gestione dei propri sentimenti (alessitimia) sono più inclini a sviluppare *burnout* (Masiero et al. 2018). È fondamentale, quindi, prendere in considerazione tali aspetti attraverso una valutazione sistematica (Figura 4) e lo sviluppo di interventi preventivi volti a migliorare i livelli di *mindfulness* e di regolazione emotiva. In particolare, sarebbe opportuno fornire a medici e infermieri la possibilità di partecipare a programmi psicoeducativi personalizzati (*Mindfulness-Based Stress Reduction*), una formazione adeguata all'utilizzo di un approccio narrativo alla pratica clinica e interventi di *role play*, al fine di migliorare l'autoconsapevolezza e l'efficienza del ruolo in determinate situazioni.

In secondo luogo, come modalità di prevenzione allo sviluppo di tale disagio organizzativo, è possibile un cambiamento nel lavoro e nelle strutture di ruolo: si pone l'attenzione sul carico di lavoro (numero di pazienti), sulla pianificazione delle attività lavorative e di riposo (*work-life balance*) e su un adeguato sistema di gratificazione.

Due aspetti fondamentali per il benessere di medici e infermieri sono, infatti, le politiche organizzative relative alla flessibilità e all'integrazione tra vita lavorativa (*work*) e vita privata (*life*). Al fine di prevenire lo sviluppo di disagi organizzativi, è importante offrire la possibilità di adattare l'impegno professionale, in termini di flessibilità nei tempi e nelle modalità di lavoro, rendendo possibile il soddisfacimento dei bisogni e delle responsabilità personali, senza ridurre l'impegno lavorativo complessivo. A tal proposito, è opportuno prendere in considerazione e rendere adeguati alcuni aspetti fondamentali nel contesto emergenziale, in quanto richiesta un'assistenza *full-time*: la struttura dei benefici per le ferie, la copertura per eventi relativi alla vita privata (malattia o morte in famiglia, maternità) e la programmazione dei turni nei fine settimana e durante le festività, oltre alla generale gestione dei turni lavorativi notturni.

Inoltre, è necessario prendere in considerazione le modalità che favoriscono una maggiore motivazione attraverso ricompense. Alcuni studi suggeriscono che la retribuzione basata sulla produttività aumenta il rischio di sviluppare *burnout*. È utile favorire, quindi,

incentivi quali una maggiore flessibilità o del tempo per perseguire alcuni aspetti personalmente significativi del lavoro, fattori che concorrono ad una maggiore realizzazione personale e professionale.

Altre modalità di intervento si concentrano, invece, sullo sviluppo della gestione. Emerge, innanzitutto, una necessità di valutare a intervalli regolari il benessere di medici e infermieri, in particolare analizzando le dimensioni di *burnout* (Figura 5), soddisfazione lavorativa, impegno professionale (Figura 6), fatica, stress e qualità della vita. Questo consente un controllo sistematico e generale del *well-being* individuale e organizzativo, con l'opportunità di indagare eventuali problematiche ed offrire interventi appropriati nei tempi e nelle modalità d'azione. La valutazione di tali aspetti permette, inoltre, di evidenziare la loro relazione con ulteriori indicatori della *performance* organizzativa, tra cui qualità dell'assistenza e soddisfazione dei pazienti.

Un'ulteriore importante strategia in tale ambito pone il focus sulla *leadership* come mezzo di promozione della salute individuale e organizzativa. Come evidenziato in precedenza, i *leader* svolgono un ruolo cruciale per il benessere dei lavoratori e possono risultare facilitatori o ostacoli ad eventuali interventi. È, quindi, fondamentale la presenza di supervisor adeguati, in particolare di individui con capacità di ascolto e di guida, che sappiano riconoscere, inoltre, i talenti unici di medici ed infermieri e che siano a conoscenza delle attività professionali che maggiormente motiva il personale (attività di formazione o sensibilizzazione, tutoraggio, insegnamento a studenti o attività amministrative). Questo facilita lo sviluppo professionale e l'identificazione di opportunità che possono consentire all'individuo di aumentare il tempo dedicato a tali attività, con un conseguente aumento di motivazione e soddisfazione lavorativa. È, quindi, necessario che le prestazioni dei *leader* siano valutate regolarmente dai singoli individui.

Un'ultima strategia di prevenzione allo sviluppo della sindrome del burnout riguarda gli obiettivi dell'organizzazione. Questi devono, innanzitutto, essere chiari, possibilmente espliciti e compatibili con i valori organizzativi. È fondamentale riconoscere ed essere consapevoli dei fattori che influenzano la cultura dell'organizzazione, al fine di proporre una loro valutazione periodica per comprendere se azioni e principi sono allineati. Questo

permette a medici ed infermieri di fornire *feedback* su aspetti da migliorare ed evidenzia un impegno verso un obiettivo comune, il benessere individuale e collettivo.

Le organizzazioni hanno, inoltre, la responsabilità di sviluppare strategie e sensibilizzare circa il tema del *burnout*, al fine di promuovere una conoscenza relativa alla salute dell'individuo e dell'organizzazione stessa, garantendo il benessere e la sostenibilità del sistema sanitario nazionale a lungo termine.

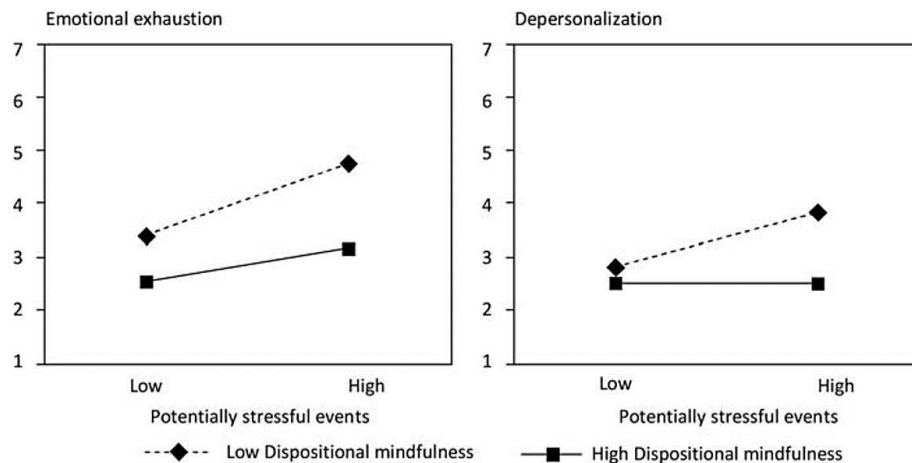


Figura 3. Relazione tra alti e bassi livelli di *mindfulness* disposizionale, esaurimento emotivo e depersonalizzazione in eventi potenzialmente stressanti. Fonte: Voci A., Veneziani C.A., Metta M. *Affective organizational commitment and dispositional mindfulness as correlates of burnout in health care professionals*. *Journal of Workplace Behavioral Health* (2016); 31(2): 63-70.

**1 = NON SONO PER NIENITE D'ACCORDO**  
**2 = NON SONO MOLTO D'ACCORDO**  
**3 = NON SONO NÉ D'ACCORDO NÉ IN DISACCORDO**  
**4 = SONO D'ACCORDO IN PARTE**  
**5 = SONO COMPLETAMENTE D'ACCORDO**

1.	Sono spesso confuso/a circa le emozioni che provo	1	2	3	4	5
2.	Mi è difficile trovare le parole giuste per esprimere i miei sentimenti	1	2	3	4	5
3.	Provo delle sensazioni fisiche che neanche i medici capiscono	1	2	3	4	5
4.	Riesco facilmente a descrivere i miei sentimenti	1	2	3	4	5
5.	Preferisco approfondire i miei problemi piuttosto che descriverli semplicemente	1	2	3	4	5
6.	Quando sono sconvolto/a non so se sono triste, spaventato/a o arrabbiato/a	1	2	3	4	5
7.	Sono spesso disorientato dalle sensazioni che provo nel mio corpo	1	2	3	4	5
8.	Preferisco lasciare che le cose seguano il loro corso piuttosto che capire perché sono andate in quel modo	1	2	3	4	5
9.	Provo sentimenti che non riesco proprio ad identificare	1	2	3	4	5
10.	È essenziale conoscere le proprie emozioni	1	2	3	4	5
11.	Mi è difficile descrivere ciò che provo per gli altri	1	2	3	4	5
12.	Gli altri mi chiedono di parlare di più dei miei sentimenti	1	2	3	4	5
13.	Non capisco cosa stia accadendo dentro di me	1	2	3	4	5
14.	Spesso non so perché mi arrabbio	1	2	3	4	5
15.	Con le persone preferisco parlare di cose di tutti i giorni piuttosto che delle loro emozioni	1	2	3	4	5
16.	Preferisco vedere spettacoli leggeri, piuttosto che spettacoli a sfondo psicologico	1	2	3	4	5
17.	Mi è difficile rivelare i sentimenti più profondi anche ad amici più intimi	1	2	3	4	5
18.	Riesco a sentirmi vicino ad una persona, anche se ci capita di stare in silenzio	1	2	3	4	5
19.	Trovo che l'esame dei miei sentimenti mi serve a risolvere i miei problemi personali	1	2	3	4	5
20.	Cercare significati nascosti in films o commedie distoglie dal piacere dello spettacolo	1	2	3	4	5

Figura 4. Toronto Alexithimia Scale - 20 (TAS-20) per la valutazione dell'alessitimia.

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

**Legenda:**

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

Figura 5. Maslach Burnout Inventory (MBI) per la valutazione del livello di *burnout*.

0	Quasi mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Molto Spesso	Sempre
Mai	1 Qualche volta in un 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

1. Nel mio lavoro mi sento pieno di energia (VI1)
2. Trovo il lavoro che faccio ricco di significati e obiettivi (DE1)
3. Il tempo vola quando lavoro (AB1)
4. Nel mio lavoro, mi sento forte e vigoroso (VI2)
5. Sono entusiasta del mio lavoro (DE2)
6. Quando lavoro mi dimentico di tutto il resto (AB2)
7. Il mio lavoro mi ispira (DE3)
8. La mattina, quando mi alzo, ho voglia di andare a lavoro (VI3)
9. Sono felice quando lavoro intensamente (AB3)
10. Sono orgoglioso/a del lavoro che faccio (DE4)
11. Sono immerso nel mio lavoro (AB4)
12. Sono in grado di lavorare per lunghi periodi senza sosta (VI4)
13. Per me, il mio lavoro è stimolante (DE5)
14. Mi lascio prendere completamente quando lavoro (AB5)
15. Nel mio lavoro, quando sono sotto pressione, ho notevoli capacità di recupero mentali (VI5)
16. È difficile distaccarmi dal mio lavoro (AB6)
17. Nel mio lavoro sono sempre perseverante anche quando le cose non vanno bene (VI6)

*Figura 6.* Utrecht Work Engagement Scale (UWES) per la valutazione dell'*engagement* lavorativo nelle sue tre componenti di vigore (VI), dedizione (DE) e coinvolgimento (AB).

## BIBLIOGRAFIA

American College of Emergency Physicians (ACEP). *Crowding. Policy statement. Annals of Emergency Medicine (2013); 61(6): 726-7.*

American Hospital Association (2007): *Annual Survey Database Documentation Manual.* Chicago: American Hospital Association.

Arnsten A.F.T., Shanafelt T. *Physician Distress and Burnout: The Neurobiological Perspective. Mayo Clinic Proceedings (2021); 96(3): 763-769.*

Caille A., Allemang-Trivalle A., Blanchin M., Rebion A., Sauvaget A., Gohier B., Birmes P., Bui E., Fakra E., Krebs M.O., Lemogne C., Prieto N., Jalenques I., Vidailhet P., Aouizerate B., Hingray C., El-Hage W. *EMDR for symptoms of depression, stress and burnout in health care workers exposed to COVID-19 (HARD): A study protocol for a trial within a cohort study. European Journal of Psychotraumatology (2023); 14(1): 2179569.*

Chor W.P.D., Ng W.M., Cheng L., Situ W., Chong J.W., Ng L.Y.A., Mok P.L., Yau Y.W., Lin Z. *Burnout amongst emergency healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A multi-center study. American Journal of Emergency Medicine (2021); 46: 700-702.*

D'Ettorre G., Pellicani V., Caroli A., Greco M. *Shift work sleep disorder and job stress in shift nurses: implications for preventive interventions. Medicina del Lavoro (2020); 111(3): 195-202.*

De Simone S., Vargas M., Servillo G. *Organizational strategies to reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. Aging Clinical and Experimental Research (2021); 33(4): 883-894.*

Garcia C.L., Abreu L.C., Ramos J.L.S., Castro C.F.D., Smiderle F.R.N., Santos J.A.D., Bezerra I.M.P. *Influence of Burnout on Patient Safety: Systematic Review and Meta-Analysis. Medicina (Kaunas) (2019); 55(9): 553.*



Golkar A., Johansson E., Kasahara M., Osika W., Perski A., Savic I. *The influence of work-related chronic stress on the regulation of emotion and on functional connectivity in the brain. PLoS One (2014); 9(9): e104550.*

Gualano M.R., Sinigaglia T., Lo Moro G., Rousset S., Cremona A., Bert F., Siliquini R. *The Burden of Burnout among Healthcare Professionals of Intensive Care Units and Emergency Departments during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. International Journal of Environmental Research and Public Health (2021); 18(15): 8172.*

Hou Y., Corbally M., Timmins F. *Violence against nurses by patients and visitors in the emergency department: A concept analysis. Journal of Nursing Management (2022); 30(6): 1688-1699.*

Hülshager U.R., Alberts H.J., Feinholdt A., Lang J.W. *Benefits of mindfulness at work: The role of mindfulness in emotion regulation, emotional exhaustion, and job satisfaction. Journal of Applied Psychology (2013); 98(2), 310.*

Kenny J.F., Chang B.C., Hemmert K.C. *Factors Affecting Emergency Department Crowding. Emergency Medicine Clinics of North America (2020); 38(3): 573-587.*

Krug E.G., Mercy J.A., Dahlberg L.L., Zwi A.B. *The world report on violence and health. The Lancet (2002); 360(9339): 1083-1088.*

Maeran R., Boccato A. (2016): *Lavoro e Psicologia. Le persone nelle organizzazioni.* Milano: Edizioni Universitarie di Lettere Economia Diritto.

Masiero M., Cutica I., Russo S., Mazzocco K., Pravettoni G. *Psycho-cognitive predictors of burnout in healthcare professionals working in emergency departments. Journal of Clinical Nursing (2018); 27: 2691-2698.*

Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. *Job burnout. Annual Review of Psychology (2001); 52: 397-422.*

Moss M., Good V.S., Gozal D., Kleinpell R., Sessler C.N. *An Official Critical Care Societies Collaborative Statement - Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals: A Call for Action. Chest (2016); 150(1): 17-26.*

Muselli M., Cofini V., Mammarella L., Carmignani C., Fabiani L., Desideri G., Necozone S. *The impact of COVID-19 pandemic on emergency services. Annali di Igiene (2022); 34(3): 248-258.*

Naidoo R., Schoeman R. *Burnout in emergency department staff: The prevalence and barriers to intervention. South African Journal of Psychiatry (2023); 29: 2095.*

Nielsen K., Randall R., Holten A.L., González E.R. *Conducting organizational-level occupational health interventions: what works? Work & Stress (2010); 24(3): 234-259.*

Ramos S., Costa P., Passos A.M., Silva S.A., Sacadura-Leite E. *Intervening on Burnout in Complex Organizations - The Incomplete Process of an Action Research in the Hospital. Frontiers in Psychology (2020); 11: 2203.*

Salvarani V., Rampoldi G., Ardenghi S., Bani M., Blasi P., Ausili D., Di Mauro S., Strepparava M.G. *Protecting emergency room nurses from burnout: The role of dispositional mindfulness, emotion regulation and empathy. Journal of Nursing Management (2019); 27(4): 765-774.*

Savic I., Perski A., Osika W. *MRI Shows that Exhaustion Syndrome Due to Chronic Occupational Stress is Associated with Partially Reversible Cerebral Changes. Cerebral Cortex (2018); 28(3): 894-906.*

Shanafelt T.D., Noseworthy J.H. *Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. Mayo Clinic Proceedings (2017); 92(1): 129-146.*

Stephoe A.P., Corel B., Sullivan A.F., Camargo C.A. Jr. *Characterizing emergency departments to improve understanding of emergency care systems. International Journal of Emergency Medicine (2011); 4: 42.*

Voci A., Veneziani C.A., Metta M. *Affective organizational commitment and dispositional mindfulness as correlates of burnout in health care professionals. Journal of Workplace Behavioral Health (2016); 31(2): 63-70.*

World Health Organization (2019): *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.).*