



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**LA CRISI DEL BENESSERE NEL PERSONALE SANITARIO E
LE SUE CONSEGUENZE.**

UNA REVISIONE DI LETTERATURA

Relatore: Prof. Alessandro Ditadi

Laureanda: Alberta Bonafin

matricola n°: 2057534

Anno Accademico 2024-2025

ABSTRACT

Problema: Il benessere del personale sanitario e in particolare degli infermieri è in pericolo a causa di una grave carenza di personale, dall'aumento di complessità assistenziali e da ritmi di lavoro estenuanti. La principale minaccia al benessere è il burnout, definito dall'ICD-11 come una sindrome derivante da stress cronico mal gestito sul luogo di lavoro, esso si manifesta attraverso la triade di esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale. La letteratura evidenzia come lo stress protratto inneschi alterazioni neurobiologiche che compromettono la funzionalità della corteccia prefrontale, deteriorando funzioni cognitive essenziali quali memoria e attenzione, con un impatto diretto sulla sicurezza del paziente e sulla qualità delle cure. La situazione è ancora più aggravata con la pandemia da COVID-19, peggiorando la situazione già fragile dei sistemi sanitari.

Obiettivi: L'elaborato mira ad analizzare il burnout come fenomeno collettivo e occupazionale, distinguendolo da altri disturbi come la depressione o la compassion fatigue. Gli obiettivi specifici includono la valutazione della prevalenza della sindrome nei diversi contesti clinici, l'identificazione dei fattori di vulnerabilità e l'analisi delle conseguenze psicopatologiche a lungo termine.

Materiali e Metodi: È stata condotta una revisione sistematica della letteratura scientifica nel periodo compreso tra giugno 2025 e marzo 2026. La ricerca è stata eseguita consultando banche dati accreditate, tra cui PubMed e Google Scholar, selezionando studi osservazionali, metanalisi e revisioni sistematiche ad alto *impact factor* pubblicate tra il 2004 e il 2025; su 927 risultati iniziali, 42 articoli sono stati selezionati per la realizzazione dell'elaborato finale in base alla loro pertinenza scientifica.

Risultati: Dall'analisi bibliografica emerge una distribuzione eterogenea della sintomatologia: nei reparti intensivi si osserva una prevalenza di depersonalizzazione, spesso adottata come meccanismo di difesa (*coping*) per distanziarsi dal dolore, mentre nei reparti non intensivi predomina l'esaurimento emotivo legato alla cronicità della cura. L'impatto della pandemia COVID-19 è stato identificato come un fattore scatenante critico: la paura del contagio e l'isolamento sociale hanno fatto aumentare l'incidenza di stress traumatico secondario e ideazione suicidaria tra il personale in prima linea. Si evidenzia una correlazione importante tra burnout e atti di suicidio.

Sono stati inoltre isolati specifici fattori di rischio (giovane età, genere femminile e subita violenza sul posto di lavoro) contrapposti a fattori protettivi determinanti quali la resilienza individuale, il supporto sociale ed un adeguato riposo.

PAROLE CHIAVE: Burnout, Infermieri, Operatori Sanitari, Compassion fatigue, COVID-19, Suicidio, Stress, Prevenzione.

KEY WORDS: Burnout, Nurse, Healthcare workers, Compassion fatigue, COVID-19, Suicide, Stress, Prevention.

Indice

ABSTRACT

1. Il problema	3
1.1 COS'E' IL BURNOUT E CENNI STORICI	4
1.2 FISILOGIA/NEUROBIOLOGIA DEL BURNOUT	5
1.3 BURNOUT NEL PERIODO DI PANDEMIA COVID-19	7
1.4 DISTURBI CORRELATI AL BURNOUT: LA COMPASSION FATIGUE	9
2 Obiettivi	11
3 Materiali e metodi	13
4 Risultati.....	15
4.1 FATTORI E VARIABILI CHE INFLUENZANO IL BURNOUT	15
4.2 UNITA' OPERATIVE DI MAGGIOR DIFFUSIONE DEL BURNOUT E DISTURBI CORRELATI	18
4.3 BURNOUT NEL PERIODO DI PANDEMIA COVID-19	21
4.4 IDEAZIONI SUICIDARIE E ATTI DI SUICIDIO	22
4.5 CONSEGUENZE SUL PERSONALE SANITARIO	25
4.6 DISTURBI CORRELATI AL BURNOUT: LA COMPASSION FATIGUE	26
4.7 STRATEGIE PER RIDURRE IL BURNOUT	28
4.8 DISCUSSIONE DEI DATI EMERSI:	32

1. Il problema

Nel contesto sociale sta sempre più emergendo il tema del benessere generale dei lavoratori, sia psicologico che fisico. Questo aspetto assume ancor più importanza se va a toccare ambiti a rischio psicofisico, come le professioni sanitarie.

Negli ultimi anni, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e i sistemi sanitari di tutto il mondo sono stati colpiti da una crisi multidimensionale che ha peggiorato il funzionamento del sistema assistenziale. L'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie croniche ha aumentato notevolmente la richiesta di cure sempre più complesse e continue, mettendo così in difficoltà e peggiorando il già precario sistema sanitario.

A peggiorare questa situazione si aggiunge una carenza ingente di personale che rende l'organizzazione e gli orari di lavoro sempre più difficili da sostenere. Recentemente la pandemia da COVID-19 ha aggravato la situazione, portando con sé conseguenze e danni a lungo termine al sistema e agli operatori sanitari che si sono trovati a lavorare per turni lunghissimi, a contatto con una malattia sconosciuta, con la costante paura del contagio e costretti a stare in isolamento lontano da famiglia ed amici. Ad oggi in Italia per un sistema sanitario definibile "funzionale" è stato calcolato che manchino oltre 60.000 infermieri ¹.

Il tema del burnout diventa preponderante, ma non è l'unica minaccia al benessere degli operatori sanitari. È necessario, introdurre un ragionamento complessivo che includa la compassion fatigue (C.F.). Nonostante sia spesso sovrapposta al burnout, la C.F. ha un'origine e una dinamica di sviluppo differente: il burnout è una sindrome occupazionale causata da prolungato stress e associato principalmente a fattori organizzativi (carico di lavoro, mancanza di autonomia, turni), mentre la compassion fatigue è un esaurimento che deriva dal contatto prolungato con la sofferenza e il trauma del paziente ². Un'altra differenza è che il burnout si sviluppa gradualmente mentre la C.F. può insorgere in modo acuto e improvviso. Molti infermieri riportano sintomi di esaurimento emotivo e dichiarano di voler cambiare professione nel futuro

¹ FNOPI. Rapporto Crea Sanità, FNOPI: sviluppare le competenze della professione per sostenere il SSN. 24 gennaio 2024. <https://www.fnopi.it/2024/01/24/crea-fnopi-2024/> [ultimo accesso 3 aprile 2026] Paragrafo 1

² Hunsaker S, et al., *Factors That Influence the Development of Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction...*, 2015, p. 187

prossimo. La qualità delle cure fornite non è più garantita se il professionista sanitario non si trova in una condizione di benessere fisico e psicologico.

1.1 COS'È IL BURNOUT E CENNI STORICI

Il termine burnout deriva dall'inglese, dal verbo “*to burn*” e “*out*” e significa "bruciato", "esaurito". È stato introdotto per la prima volta nel 1974 dallo psicologo Herbert Freudenberger³ per descrivere l'esaurimento fisico e mentale di chi lavora a contatto con le persone, in situazioni molto stressanti, in particolare gli operatori sanitari. Il concetto è stato poi reso popolare nel 1976 da Christina Maslach, la quale ha sviluppato il Questionario di Maslach o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) per misurare i livelli di burnout. Si tratta di un questionario costituito da 22 item, diviso in 3 sottogruppi; EE-esaurimento emotivo che analizza la sensazione di essere esaurito emotivamente dal proprio lavoro, DP-depersonalizzazione che analizza il tipo di risposta (fredda, impersonale e distaccata) che si dà ai pazienti, PA-realizzazione personale che analizza come un operatore sanitario valuta la propria competenza e la sua crescita lavorativa⁴. Il questionario identifica tre gradi di gravità: alto, medio e basso grado associati ai valori ottenuti nei 3 sottogruppi.

Sebbene possa verificarsi in qualsiasi tipo di professione, è stato originariamente descritto e provato che sia un disturbo che colpisce soprattutto le professioni che hanno a che fare con le persone, in particolar modo, proprio le professioni sanitarie.

Oggi il tema del burnout ha acquisito molta attenzione a livello globale, tanto che nel 2019 è stata inclusa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nell'undicesima revisione della classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-11). Bisogna chiarire che il burnout non è classificato come una condizione medica o una patologia, ma più come un “fenomeno professionale”. Questa differenza si riflette nella sua assegnazione nel capitolo dei “Fattori che influenzano lo stato di salute o il contatto

³ InPsychology. *Burnout: introduzione storica e principali modelli teorici*. 27 marzo 2013. <https://www.inpsychology.it/burnout-introduzione-storica-principali-modelli-teorici/> [ultimo accesso 7 agosto 2025] Paragrafo 1

⁴ Zoccali R, et al., *Il burnout nei medici e negli infermieri: uno studio comparativo...*, J Psychopathol, 2007, sezione Materiali e metodi

con i servizi sanitari"⁵, in cui vengono spiegate tutte le situazioni in cui la popolazione interagisce con il sistema sanitario pur non parlando direttamente di malattia classificata.

L'ICD-11 definisce il burnout come una risposta prolungata a fattori di stress cronici, emotivi e personali sul lavoro. Si tratta di una sindrome multidimensionale, composta da esaurimento emotivo, caratteristica principale del burnout; depersonalizzazione, che si manifesta in un atteggiamento di distacco; rifiuto ed indifferenza che l'operatore assume per superare la tensione emotiva, per proteggersi dall'esaurimento e ridurre il troppo coinvolgimento; e scarsa realizzazione personale, causata anche da sentimenti negativi o cinici legati al proprio lavoro, che porta ad una riduzione dell'efficacia professionale e quindi ad una insoddisfazione lavoro-correlata⁶.

Il burnout è correlato all'insoddisfazione lavorativa per la mancanza di gratificazione per il lavoro che si svolge, in quanto i pazienti molto spesso non esprimono gratitudine o non apprezzano e/o comprendono gli sforzi che compiono gli operatori sanitari per garantire una buona qualità delle cure.

Bisogna sottolineare che la definizione fornita dall'OMS si riferisce al fatto che il burnout riguarda specificamente il contesto lavorativo e non deve essere utilizzato per descrivere anche stati di esaurimento in altri ambiti della vita personale.

1.2 FISILOGIA/NEUROBIOLOGIA DEL BURNOUT

Ricerche effettuate a livello fisiologico sul sistema cerebrale, hanno dimostrato che lo stress elevato riduce e compromette l'attività della corteccia prefrontale, un'area cerebrale responsabile dell'autoregolazione, del pensiero e delle emozioni⁷. Questo potrebbe spiegare la scarsa motivazione, il comportamento poco professionale e la comunicazione inefficace con i pazienti. Questi sono sintomi e comportamenti più frequenti nel personale medico in burnout. Il forte stress causa il rilascio di alti livelli di noradrenalina e dopamina, le quali fanno aprire i canali del potassio vicino alle

⁵ World Health Organization. Burn-out an “occupational phenomenon”. 2019. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases> [ultimo accesso 7 agosto 2025] Paragrafo 2

⁶ World Health Organization, op. cit., paragrafo 1

⁷ Arnsten AFT, Shanafelt T, *Physician Distress and Burnout: The Neurobiological Perspective*, 2021, p. 763

sinapsi della corteccia prefrontale e indebolire le connessioni cerebrali. Ciò causa una riduzione della memoria e scarsità di attenzione. Questo si tramuta nel far sì che gli operatori sanitari non si sentano più all'altezza del loro ruolo creando in loro insicurezza. Quando gli eventi stressanti diminuiscono, le connessioni e la funzione della corteccia prefrontale possono essere ripristinate ⁸.

La privazione del sonno ha un impatto fortemente negativo sul regolare funzionamento della corteccia prefrontale, compromettendo l'attività metabolica e fisiologica correlate e deficit cognitivi.

È inoltre emerso che nelle persone con stress lavoro-correlato, la materia grigia della corteccia prefrontale sia più sottile e di conseguenza la corteccia è sottoposta ad un carico di lavoro maggiore per mantenere lo stesso livello di prestazioni cognitive.

È di fondamentale importanza imparare a riconoscere quando i livelli di stress diventano insostenibili per prendersi una pausa per soddisfare i bisogni fisici e dare maggiore importanza al sonno e ad altri bisogni. Riconoscere questo problema aiuta a riconoscere i campanelli d'allarme e riuscire ad intervenire prima che si sviluppi il burnout e/o problematiche più serie e preparare il terreno per azioni razionali a lungo termine per permettere agli operatori sanitari di riprendere il controllo sul proprio lavoro e sulla propria vita ⁹.

È emerso che, comportamenti che rispettano i bisogni fisiologici hanno impatto nel migliorare le funzioni della corteccia. Svolgere attività fisica e seguire una dieta sana supporta l'elevato fabbisogno energetico della corteccia. Inoltre, non bisognerebbe trascurare le passioni personali; fare un periodo di pausa ha un ruolo decisivo nel ridurre lo stress, l'ansia ed il burnout. Continuare a svolgere queste attività nonostante l'elevato carico di lavoro a cui si è sottoposti ne facilita l'efficacia a lungo termine sul benessere psicologico.

Molti operatori sanitari iniziano ad abusare di alcol e sostanze stupefacenti per cercare di superare un periodo stressante, ma questo genere di comportamenti può peggiorare la fisiologia della corteccia prefrontale e causare danni più elevati a lungo termine ¹⁰.

⁸ Arnsten AFT et al., op. cit., p. 764

⁹ Ibidem. P 768

¹⁰ Ibidem. P 767

1.3 BURNOUT NEL PERIODO DI PANDEMIA COVID-19

La malattia Coronavirus-2019 (COVID-19) è emersa per la prima volta a dicembre 2019 a Wuhan, in Cina. Successivamente si è diffusa rapidamente in tutto il mondo. A gennaio 2020 è stata annunciata dall'OMS lo stato di emergenza sanitaria nazionale denominata COVID-19.

In Italia, durante il periodo di pandemia, gli operatori sanitari in prima linea hanno riportato sintomi di stress traumatico secondario (STS) ed hanno mostrato una maggiore propensione allo sviluppo del burnout ¹¹. Come evidenziano numerosi studi, carichi di lavoro eccessivo, orari prolungati, ambiente deteriorante ed età più giovane sono una combinazione di elementi che aumentano la vulnerabilità al burnout conducendo gli infermieri a sviluppare stress emotivo e depressione. La percentuale di sintomi depressivi è passata dall'8,5% prima del COVID al 27,8% durante il periodo di pandemia negli USA.

Le statistiche hanno evidenziato quanto il carico di lavoro incidesse sull'incremento del burnout; ogni paziente aggiuntivo assegnato a un infermiere ha aumentato del 23% la probabilità di sviluppare burnout.

Numerose ricerche epidemiologiche condotte in diversi paesi hanno riportato dati preoccupanti: tra il 17% ed il 41% degli infermieri ha manifestato sintomi di depressione, mentre tra il 20% ed il 40% ha riferito di soffrire di problemi e sintomi d'ansia ¹², la quale è risultata essere doppiamente superiore rispetto a quanto era prima del COVID. Queste due condizioni spesso correlate al burnout, ne hanno aggravato e aumentato gli effetti, in particolar modo, si è visto che l'ansia ha contribuito in modo massiccio allo sviluppo del disturbo. La pressione del periodo ha intensificato le emozioni negative già presenti facendo sì che stress lavorativo, ansia e depressione si alimentassero a vicenda. In questo periodo di emergenza COVID, il turnover elevato ha peggiorato la situazione, togliendo sempre più supporto al sistema sanitario.

Da recenti studi effettuati nella prima metà del 2020 in Europa, è emerso che i paesi che hanno riportato livelli più elevati di depressione, ansia e stress sono stati Regno

¹¹ Rossi R, et al., *Mental health outcomes among frontline and second-line health care workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Italy*. JAMA Netw Open. 2020, sezione Risultati

¹² Zareei M, et al. *Mental health and burnout among healthcare workers during COVID-19* Front Public Health. 2022, p 3

Unito e Francia. Questo risultato potrebbe essere associato al fatto che sono stati tra i paesi più colpiti dal COVID-19. In Italia e Spagna, nonostante la situazione sanitaria fosse peggiore, sono stati identificati livelli inferiori di stress psicologico rispetto a Francia e UK, il che è riconducibile a registrazioni dei dati statistici in periodi diversi e anche dall'entità della pandemia COVID che ha colpito ogni stato in modo differente. I risultati più bassi di stress sono stati ottenuti nei paesi di: Austria, Svizzera e Germania¹³, il dato è relazionato ad un numero inferiore di casi per milione di abitanti e ad una maggiore capacità del sistema sanitario.

Lo stress ha influenzato gli operatori sanitari anche riguardo la paura di contagiare le proprie famiglie, indirizzando gli infermieri e i medici ad isolarsi per evitare qualsiasi rischio di contagio. Non avere contatti per molto tempo con i propri cari ha gravato ancora di più sulla situazione di stress già elevato vissuta. Il possibile contagio dei familiari è stato segnalato da moltissimi professionisti sanitari in più paesi ed è risultato uno dei principali fattori stressanti¹⁴. Riguardo quest'ultimo aspetto, a contribuire in maniera migliorativa allo stress ci sono state la tecnologia ed i social media, che hanno permesso di mantenere in contatto la popolazione tramite videochiamate e telefonate, per condividere preoccupazioni, ricevere supporto o semplicemente per chiacchierare.

Un altro fattore logorante è stato l'utilizzo per un tempo prolungato dei dispositivi di protezione individuale (DPI), come le mascherine e le tute, all'interno delle quali si sudava e che erano difficili da indossare per molte ore, senza poter andare in bagno o bere.

Da una revisione sistematica sulle differenze di genere nel burnout è stata osservata una correlazione legata allo sviluppo di livelli più alti di depersonalizzazione nel sesso maschile, mentre il sesso femminile è risultato più esposto all'esaurimento emotivo¹⁵. Gli stessi risultati sono stati riscontrati anche durante la prima fase della pandemia da COVID-19.

¹³ Hummel S, Oetjen N, et al., *Mental health among medical professionals during the COVID-19 pandemic in eight European countries...*, 2021, p. 2

¹⁴ Cai H, Tu B, Ma J, et al. *Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19)*. Med Sci Monit. 2020, p 4

¹⁵ Purvanova RK, Muros JP, *Gender differences in burnout: A meta-analysis*, 2010, p. 175

1.4 DISTURBI CORRELATI AL BURNOUT: LA COMPASSION FATIGUE

Molti operatori sanitari, oltre a sviluppare burnout, erano affetti da compassion fatigue (C.F.), un fenomeno diverso dal burnout, ma che può coesistere con quest'ultimo. Il termine "compassion fatigue", di origine inglese, letteralmente significa "fatica da compassione". Questo termine è stato introdotto per la prima volta nel 1992 da Joinson. È descritta come l'incapacità degli infermieri di prendersi cura di loro stessi¹⁶. È un effetto a lungo termine a ripetute esposizioni ai traumi ed alle sofferenze altrui, che portano ad un profondo esaurimento emotivo, fisico e spirituale.

Nel 1995, Figley, un ricercatore, ha riferito che coloro che svolgono una professione di assistenza sono maggiormente a rischio di svilupparla perché hanno maggiore capacità di sentire ed esprimere empatia. I fattori predisponenti per lo sviluppo della compassion fatigue derivano dal fatto, che vedere persone sofferenti, sviluppa questo disturbo per autoprotezione.

Il costante contatto con malattie e situazioni traumatiche può compromettere la capacità degli operatori sanitari di essere compassionevoli nei confronti dei pazienti, portandoli a sviluppare sintomi quali: apatia, affaticamento, irritabilità, calo della qualità delle cure, rendendo gli operatori sanitari emotivamente distaccati e con una capacità di giudizio alterata.

La compassion fatigue ha sintomi simili al disturbo da stress post traumatico, ma differisce da quest'ultimo per il fatto che nella compassion fatigue, l'operatore sanitario vive il trauma ascoltando e conoscendo il paziente che l'ha vissuto e non direttamente in prima persona; quindi, si tratta di stress traumatico secondario¹⁷.

L'operatore sanitario è a rischio di sviluppare compassion fatigue quando non riesce più a rapportarsi facilmente con i pazienti e non si sente più realizzato nel suo lavoro. In queste situazioni si denota una minore soddisfazione lavorativa con sintomi come confusione, stanchezza, debolezza ed isolamento, influenzando la qualità di vita. Ed è a tutti gli effetti considerata un rischio professionale¹⁸. Le conseguenze possono essere gravi ed incidere sulla sicurezza e sulla soddisfazione dei pazienti, perché l'infermiere affetto da queste sindromi ha una capacità ridotta e compromessa di fornire cura.

¹⁶ Hunsaker S, et al., op. cit., p 187

¹⁷ Ibidem. P 188

¹⁸ Kartsonaki MG, et al., *Prevalence and factors associated with compassion fatigue, compassion satisfaction, burnout...*, 2023, p. 9

2 Obiettivi

Questo lavoro di tesi ha come obiettivo quello di analizzare la sindrome del burnout, esaminandola non come una problematica individuale, ma come un fenomeno multidimensionale e collettivo che colpisce il sistema sanitario.

Attraverso una revisione della letteratura, l'indagine ha come obiettivo principale quello di analizzare le cause ed i fattori di rischio che facilitano l'insorgenza del burnout. L'analisi esaminerà l'interazione tra le variabili soggettive dell'operatore (quali l'età, il genere e le risorse di resilienza) e le criticità strutturali delle organizzazioni sanitarie, con particolare riferimento ai carichi di lavoro eccessivi, alla carenza di personale ed a turni logoranti che inficiano le capacità di *coping* della persona.

La tesi, inoltre, si propone di valutare le conseguenze sul personale sanitario, con un'attenzione particolare alla figura dell'infermiere.

Un ulteriore obiettivo riguarda l'identificazione delle unità operative in cui è più presente il burnout. Attraverso l'analisi dei dati presenti in letteratura, si vuole indagare come i diversi reparti influenzino l'insorgenza della sindrome, analizzando ciò che caratterizza le aree critiche e l'emergenza-urgenza rispetto ai reparti di cure croniche o non intensive.

Infine, in questa tesi si analizzerà anche l'impatto che ha avuto la pandemia da COVID-19, che ha avuto effetti molto negativi sul personale sanitario.

3 Materiali e metodi

Per questa tesi di revisione della letteratura è stata effettuata un'indagine bibliografica da giugno 2025 a marzo 2026. Il materiale scientifico e statistico utilizzato è stato reperito consultando banche dati e piattaforme online accreditate, come Pubmed, Google Scholar, Sci-Finder e simili, in cui sono stati considerati gli articoli in lingua inglese e italiana, in formato “*full text*”, compresi in un periodo temporale dal 2004 al 2025. I siti internet consultati per la ricerca bibliografica sono stati: World Health Organization (WHO), Ministero della salute, Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI) e Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). La ricerca è stata effettuata utilizzando le parole chiave: Burnout, Compassion fatigue, COVID-19, Operatori Sanitari, Suicidio, Infermieri, Stress, healthcare workers, suicide, nurses, stress, prevention, mediante l'utilizzo di operatori booleani “AND” e “OR”.

Sono stati considerati studi statistici sperimentali, metanalisi e revisioni sistematiche, prediligendo le ricerche più recenti. Sono inoltre stati esclusi articoli di giornale, servizi dei notiziari e qualsiasi fonte non accreditata che diverga dalla mera analisi scientifica.

L'analisi dei dati si è in parte focalizzata su approcci descrittivi associati alla pandemia COVID-19 volti ad identificare impatti e discussioni per fornire esempi sulle implicazioni di trend temporali.

Dalla ricerca effettuata sono stati trovati 927 risultati, molti dei quali sono stati esclusi perché non pertinenti all'argomento oggetto della tesi, fino ad utilizzare 49 articoli.

Il processo di selezione del materiale bibliografico ha previsto inizialmente una revisione dei titoli individuati, escludendo quelli non coerenti con i criteri di inclusione o con i quesiti della ricerca. Successivamente, gli articoli selezionati sono stati sottoposti ad una lettura degli abstract per verificarne l'effettiva pertinenza.

Gli studi rimanenti sono stati analizzati attraverso una lettura *full text*. Sono state rimosse le ricerche non in linea con il focus dell'indagine, in quanto non pertinenti ai criteri di inclusione. In seguito, è riprodotto l'iter di selezione degli articoli sintetizzato nel diagramma di flusso (Figura 1).

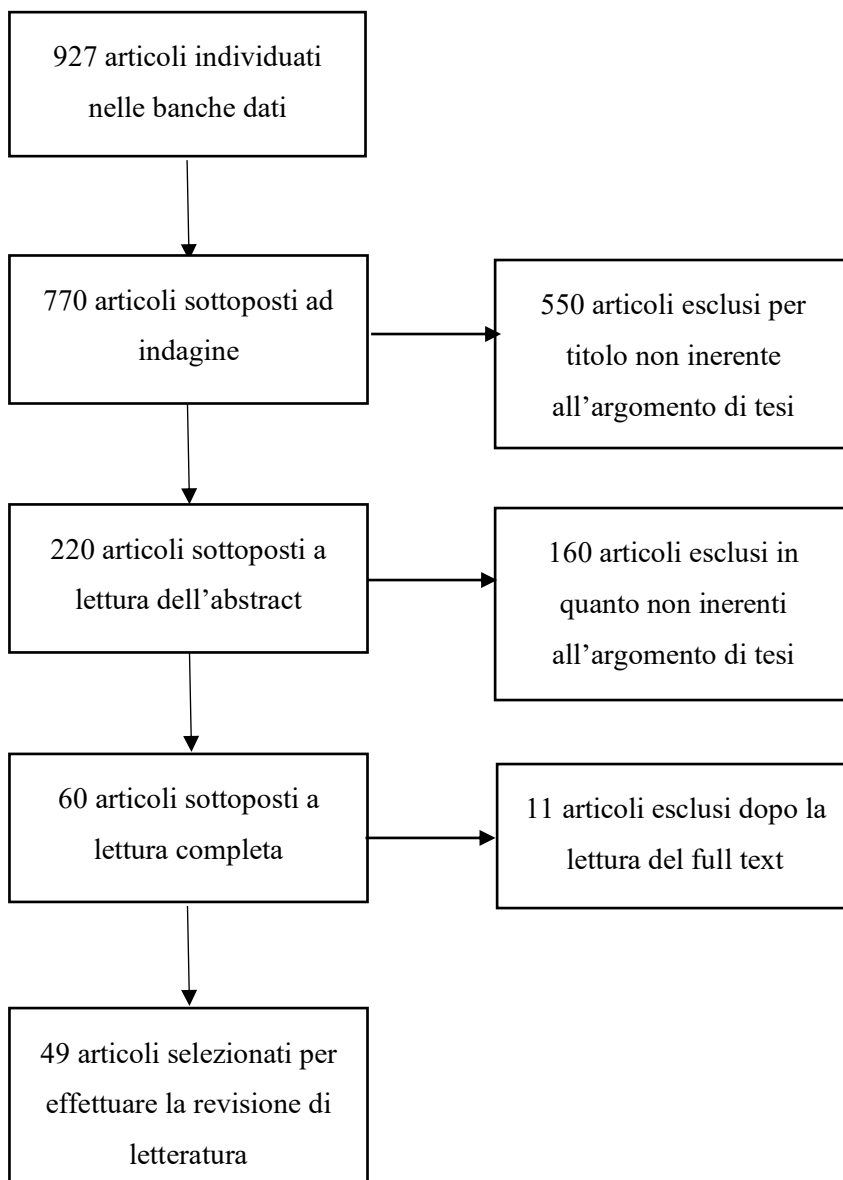


Figura 1: Diagramma di selezione degli articoli

4 Risultati

4.1 FATTORI E VARIABILI CHE INFLUENZANO IL BURNOUT

Le persone che mostrano un grande coinvolgimento nelle proprie attività quotidiane sentono di avere controllo e influenza sugli eventi, e si dimostrano disponibili ai cambiamenti, riportano livelli più bassi di burnout. Al contrario, chi ha un comportamento opposto, tende a vivere le giornate in modo frenetico: è competitivo, impaziente, attento ai risultati. Questo atteggiamento può favorire la produttività, ma porta facilmente ad incrementare i livelli di stress.

Se a ciò si aggiunge un *locus of control* esterno, cioè la convinzione che gli eventi dipendano soprattutto da fattori fuori dal proprio controllo, come decisioni prese da altre persone e/o fortuna, la pressione a cui si viene sottoposti può solo aumentare. L'impegno in questo caso non viene più percepito come realmente efficace nel cambiare le cose. Ciò si tramuta in un minore livello di soddisfazione lavorativa e aumento notevole del disagio psicologico.

La combinazione di questi 2 fattori crea una solida base per lo sviluppo di burnout, perché l'individuo cerca di spingersi oltre i propri limiti, ma allo stesso tempo si sente quasi impotente di fronte alle situazioni ed eventi che accadono.

Da questo si evince che, il modo in cui una persona interpreta gli obiettivi e le situazioni è fondamentale per determinare se una situazione verrà vissuta come disagiata o no.

Tra le variabili individuali, il genere influenza fortemente il modo di gestire situazioni stressanti e modalità di gestione dello stress, ad esempio: in generale le donne tendono ad adottare maggiormente stili di coping emotivo cercando conforto negli altri, esprimendo le proprie emozioni, reinterpretando l'evento in modo diverso o in alcuni casi, negando o minimizzando la situazione con reazioni più improntate all'elusione, ed all'evitamento. Questo le espone maggiormente a sintomi somatici e ad un livello più elevato di disagio psicologico rispetto agli uomini. Tendenzialmente, le donne sentono di avere meno controllo sugli eventi ed i cambiamenti della vita vengono percepiti maggiormente negativi. Inoltre, è emerso che il supporto dato dalla famiglia

rappresenta un fattore di resistenza allo stress, mentre un brutto rapporto familiare impatta negativamente sulla gestione dello stress e sulla soddisfazione lavorativa ¹⁹.

Da studi di varie metanalisi fatte in ambito infermieristico, si evince che tra le variabili correlate all'aumento del burnout abbiamo: l'età giovane, lo stato civile di single o divorziato, la mancanza di figli, la mancanza di personale e la violenza sul posto di lavoro. Mentre una predisposizione alla resilienza, il poter organizzare il proprio lavoro, il supporto sociale (della famiglia, amici e colleghi), e l'empowerment infermieristico sono fattori protettivi ²⁰.

Da uno studio effettuato in 7 ospedali del nord Italia è emerso che uomini e donne percepiscono in maniera molto diversa lo stress, la pressione e la soddisfazione lavorativa, e mettono in atto strategie diverse per far fronte allo stress. Gli uomini, per esempio, riescono a separare il lavoro dalla vita privata e nel tempo libero praticano hobby come valvola di sfogo e per distrarsi. Le donne invece, non riescono completamente a tenere distinti il lavoro e la vita privata, per cui accumulano tensione lavorativa anche al di fuori del luogo di lavoro, inficiando sulla propria vita privata e viceversa, come principale risorsa il sostegno di amici e familiari per gestire lo stress e le situazioni difficili ²¹.

Le tensioni della vita lavorativa di entrambi i sessi si ripercuotono sulla vita familiare e privata degli infermieri e possono incidere negativamente anche sul loro stato di salute. Quando le relazioni con colleghi, pazienti o superiori sono difficili e/o quando non si ha autonomia decisionale nelle scelte organizzative del lavoro, il rischio di malessere fisico aumenta. Gli infermieri che vivono queste condizioni riportano più frequentemente disturbi di salute come: mal di testa, problemi di digestione, stanchezza cronica e ansia elevata ²².

In letteratura ci sono studi contrastanti riguardo alla correlazione tra il burnout e la durata dell'incarico, il che può essere associato a molteplici tipologie di fattori, come ad esempio l'ambiente lavorativo. Alcuni soggetti non lasciano il lavoro nonostante sentano i sintomi tipici del burnout e scarsa soddisfazione lavorativa, perché hanno

¹⁹ Pino O, Rossini G, *Perceived organizational stressors and interpersonal relationships...*, 2012, p. 197

²⁰ Li LZ, et al., *Characterization of Mental Health Outcomes Among Healthcare Workers...*, 2021, p. 2

²¹ Matud MP, *Gender differences in stress and coping styles*, 2004, p. 1402,1403

²² Pino O., op. cit., p 205

paura di non riuscire a trovare di meglio o di rimanere senza lavoro. Mentre altri lasciano il lavoro ritenuto stressante per cercare una migliore opportunità professionale e di crescita in un ambiente migliore. I dipendenti più giovani ritengono che lavorare per molti anni nello stesso posto di lavoro possa frenare la loro crescita lavorativa e la possibilità di fare carriera, e lo vedono come un ostacolo ad avere offerte di lavoro migliori ²³.

In Italia, i medici donna che esprimono il volere di lasciare il lavoro sono il 9,7%, mentre le infermiere rappresentano il 16%, numeri maggiori rispetto alla media europea ²⁴.

Gli operatori sanitari con più anni di servizio hanno una maggiore realizzazione personale, in quanto hanno più occasione di osservare gli esiti del proprio impegno professionale, associati al fatto che il miglioramento delle condizioni di salute dei pazienti sia dato da un proprio intervento e sia dal lavoro di equipe, in cui la comunicazione tra i vari professionisti sanitari è determinante per garantire una buona qualità delle cure.

Il turnover è considerato una delle principali conseguenze del burnout, poiché si ritiene che l'abbandono del posto di lavoro sia correlato ad insoddisfazione lavorativa ma al contempo è anche un fattore di rischio ²⁵. Perciò è importante cercare di mantenere lo stress ad un livello minimo per diminuire l'elevato turnover e rafforzare la fidelizzazione degli operatori all'organizzazione ²⁶.

L'ambiente svolge un ruolo chiave per lo sviluppo del burnout; infatti, è un determinante fondamentale di salute. Per migliorare il benessere degli operatori appare necessario intervenire sull'organizzazione; garantendo rapporti numerici adeguati tra infermieri e pazienti, rotazione di turni che rispettino il riposo e la creazione di spazi di supporto per la gestione dello stress dove poter instaurare rapporti con i colleghi. In questo modo si contrasta il turnover tra medici ed infermieri e si migliorano gli indicatori legati alla salute ed al benessere degli operatori sanitari, incrementando di conseguenza anche la qualità delle cure e la soddisfazione dei pazienti.

²³ Antao HS, et al., *Burnout in hospital healthcare workers after the second COVID-19 wave...*, 2022, p. 06

²⁴ World Health Organization (WHO) 2025 op. cit., P 97

²⁵ Antão HS., op. cit., 06

²⁶ Ibidem. P 07

Un altro esempio è dato da una revisione pubblicata nel 2024, che ha preso in esame infermieri di qualsiasi tipologia (infermieri abilitati, infermieri specializzati o coordinatori infermieristici), di qualunque unità operativa, provenienti da qualsiasi area geografica e di ogni età, sesso o esperienza professionale. Sono invece stati esclusi dallo studio campioni costituiti da ostetriche, operatori sociosanitari, studenti di infermieristica e campioni misti comprendenti sia infermieri sia medici.

Sono stati analizzati i tratti associati ai burnout mediante l'utilizzo di raccolte dati validate, sia nella sua forma generale sia nelle sue componenti fondamentali, come l'esaurimento emotivo, la depersonalizzazione e la ridotta realizzazione personale.

Da questo studio è emerso che, quando il livello di burnout è elevato, diminuisce la sicurezza e la soddisfazione dei pazienti sulla qualità dell'assistenza. Ciò è proporzionale in base a variabili come l'età, il sesso o l'area geografica ma rimane indipendente da questi. La correlazione tra elevato stress e livello dell'assistenza è sempre più negativa da quanto risulta da studi effettuati negli ultimi 30 anni, peggiorando ancora di più durante il periodo di pandemia COVID-19 probabilmente associato ai diversi ritmi lavorativi.

È stata osservata una correlazione tra un livello più elevato di istruzione (laurea triennale e magistrale) e una diminuzione della mortalità dei pazienti, relazionata ad un aumento della qualità delle cure e della sicurezza delle procedure sui pazienti ²⁷.

4.2 UNITA' OPERATIVE DI MAGGIOR DIFFUSIONE DEL BURNOUT E DISTURBI CORRELATI

Secondo studi condotti in vari reparti di terapia intensiva, la metà degli operatori ha riportato sintomi correlati al *Secondary Traumatic Stress* (STS), depressione, ansia grave e dipendenza alcolica, e di aver avuto più volte ideazione suicidaria.

Nei reparti intensivi il carico di lavoro risulta essere molto elevato e più pesante rispetto agli altri reparti. In questi settori si fa fronte ad emergenze frequenti, i pazienti

²⁷ Li LZ, et al., op. cit., p 10

si trovano in condizioni critiche, ci sono strumenti e tecnologie complesse e bisogna essere in grado di prendere decisioni rapide ²⁸.

Secondo il modello teorico “*Job Demand-Control-Support*” elaborato da Karasek nel 1985, il benessere degli operatori sanitari dipende dall'equilibrio tra tre variabili: la fatica fisica e mentale/psicologica richiesta dal lavoro, la possibilità di controllo ed autonomia, ed il supporto che si riceve dai colleghi e superiori. Questo modello non tiene conto però di un'altra componente fondamentale, cioè la relazione con i pazienti ed i loro familiari e/o caregivers. Le interazioni che avvengono con dei pazienti e/o familiari esigenti o aggressivi possono essere un fattore che contribuisce allo sviluppo del burnout, al contrario di relazioni positive, che possono essere un fattore protettivo di soddisfazione lavorativa ²⁹.

Secondo uno studio effettuato in 7 reparti di area critica e 12 non intensivi di un ospedale di Torino, è stato evidenziato che gli infermieri dei reparti di area critica erano più sottoposti a fatica fisica, ma ricevevano supporto più elevato da parte di colleghi e superiori, e avevano più autonomia decisionale rispetto ai reparti non intensivi. Per quanto riguarda la fatica mentale/psicologica, la situazione è simile per entrambi i contesti lavorativi. Il carico di lavoro cognitivo è emerso come uno dei fattori stressanti che più frequentemente si associa al burnout, all'esaurimento emotivo e all'insoddisfazione in ambito lavorativo.

Rispetto alla componente di relazione con l'utenza, i lavoratori dei reparti intensivi hanno dichiarato di essere sottoposti frequentemente a comportamenti aggressivi da parte dei familiari.

Il livello di burnout ed esaurimento emotivo è risultato essere più elevato nel personale non intensivo, mentre il livello di depersonalizzazione era più alto nel personale di reparti intensivi, reazione che può diventare una strategia di coping per fronteggiare situazioni critiche e stressanti. Anche la soddisfazione lavorativa è risultata essere più elevata nei lavoratori dei reparti intensivi; questo può essere grazie al livello di autonomia che questi operatori possiedono ed al supporto che ricevono dai colleghi e dai superiori. Lo stesso articolo analizza gli aspetti socio-anagrafici.

²⁸ Viotti S, Converso D, Loera B. *Soddisfazione lavorativa e burnout in relazione alle caratteristiche del lavoro e alla tipologia dell'utenza: un confronto tra servizi di cura intensivi (ICU) e non intensivi (non-ICU)*. Med Lav. 2012, p 2

²⁹ Ibidem. P 3

Nei reparti intensivi, il personale femminile era il più esposto a esaurimento emotivo, mentre gli uomini ed in generale il personale più giovane erano più soggetti a sviluppare depersonalizzazione. C'è da considerare che i dati sono stati raccolti solo in un unico presidio non tenendo conto delle strategie che gli infermieri hanno utilizzato nell'affrontare lo stress ³⁰.

Da altre analisi si stima che circa il 20% degli operatori sanitari che lavorano al pronto soccorso soffra del disturbo da stress traumatico secondario, accompagnato da sintomi quali irritabilità, (presente nel 51% dei casi), insonnia (47%) e distacco emotivo (40%), che sono i sintomi più comuni collegati allo STS. Un valore di STS superiore al 20% è spesso stato correlato ad un abuso di alcol e sostanze stupefacenti. Invece, gli operatori sanitari che lavorano in terapia intensiva che soffrono di STS sono dall'8 al 30%.

Livelli elevati di stress sono stati associati ad errori ed omissioni nel lavoro, come errori nel somministrare la terapia, difficoltà ad eseguire prelievi e ciò ha portato inevitabilmente ad una diminuzione della sicurezza e della soddisfazione del paziente, e della realizzazione personale dell'operatore.

Lo sviluppo della sindrome da stress traumatico secondario è più alto tra gli infermieri, più che negli altri operatori sanitari, con tassi tra il 20 ed il 33% tra gli infermieri di terapia intensiva ³¹.

Si è visto che quasi la totalità degli infermieri affetti da STS era anche affetto da burnout, mostrando una evidente correlazione tra i due disturbi, che hanno entrambi come predittore principale lo stress lavorativo. Inoltre, hanno riportato anche un'associazione tra il burnout, alti livelli di stress e insoddisfazione personale, in cui gli infermieri provavano meno soddisfazione lavorativa rispetto ai medici, nonostante la qualità di vita di questi ultimi sia inferiore.

I medici che lavorano in pronto soccorso e terapia intensiva possono, in certi casi, essere più a rischio dello sviluppo del burnout perché devono eseguire interventi salvavita, in maniera rapida e decisiva, con carico di lavoro elevato e aumento del numero dei turni, soprattutto nei policlinici universitari, dove il bacino di pazienti è

³⁰ Viotti S. et al., op. cit., p 7

³¹ Carmassi C, Dell'Oste V, et al., *Gender and occupational role differences in post-traumatic stress...*, 2020, p. 2

ampio e i turni tendono ad essere più intensi anche a causa dell'elevata affluenza di pazienti gravi. Infatti, turni più intensi e lunghi compromettono la loro vita familiare e sociale.

I sintomi del STS sono risultati essere più presenti ed elevati nelle donne, soprattutto coloro che hanno lavorato nei reparti di emergenza, perché più esposte ad eventi e situazioni potenzialmente traumatiche e pesanti durante il lavoro.

Le donne, spesso si trovano nella condizione di trovare un equilibrio tra impegni di vita privata e lavorativa, avendo così, maggiori responsabilità. Da un lato hanno il desiderio di affermarsi, fare carriera ed avere dei riconoscimenti in ambito lavorativo, dall'altro devono spesso gestire la vita privata e familiare in modo adeguato ³².

Uno dei principali fattori di rischio tra le operatrici sanitarie che lavorano in pronto soccorso è proprio questo impegno nel voler far bilanciare vita privata e lavorativa. A ciò si associano quindi livelli elevati di stress e compromissione della qualità di cura.

4.3 BURNOUT NEL PERIODO DI PANDEMIA COVID-19

Vari studi condotti prima della pandemia avevano rilevato già un elevato rischio di burnout nel sesso femminile, nei più giovani, nelle persone senza un partner stabile (single, divorziati, separati o vedovi), in chi aveva figli e chi aveva una bassa soddisfazione lavorativa, mentre gli stessi dati analizzati durante e dopo la pandemia hanno mostrato un aumento significativo riconducibile al periodo di lockdown ³³.

Le conseguenze negative che ha portato la pandemia sulla salute mentale degli operatori sanitari sono a lungo termine, poiché non si tratta solo di “burnout durante il periodo COVID”, ma squilibri stress-correlati, che influiscono sulla vita della persona anche nel periodo post-emergenza. Come dimostrato da ricerche precedenti, durante le pandemie di SARS nel 2003 e l'epidemia di MERS nel 2015, gli operatori sanitari hanno incrementato stress emotivo e post-traumatico, burnout, ansia e depressione ³⁴. Questi disturbi si sono protratti anche dopo la fine delle epidemie e i reduci hanno presentato disturbi mentali, ansia e sintomi depressivi associati anche 30 mesi dopo

³² Carmassi C. et al., op. cit., p 5

³³ Antão HS., op. cit., p 02

³⁴ Awan S, Diwan MN, Aamir A, et al. *Suicide in healthcare workers: Determinants, challenges, and the impact of COVID-19*. Front Psychiatry. 2022, p 4

l'esposizione al virus. Situazioni talmente stressanti, in alcuni casi hanno determinato negli operatori sanitari istinti suicidi.

Gli stessi, colpiti da COVID-19, hanno manifestato sintomi anche per molto tempo dopo essere guariti, protraendo problemi al sistema respiratorio, affaticamento, mal di testa, depressione e ansia ³⁵.

Alcuni dati rappresentativi della pandemia si ottengono da uno studio effettuato tra marzo e giugno 2021 in un ospedale in Portogallo, in cui è stata registrata una percentuale significativa di soggetti che ha sofferto burnout; più specificatamente il 33% per esaurimento emotivo, il 18,4% per depersonalizzazione ed il 21,4% per insoddisfazione lavorativa ³⁶.

La maggior parte degli studi afferma che il genere femminile è più vulnerabile al burnout rispetto al genere maschile, ma ci sono anche alcune correlazioni che affermano il contrario. Un'ipotesi è associata a questioni socio-culturali, in cui il genere maschile non riceve adeguata attenzione e supporto durante periodi di stress, in quanto il presupposto comune è che siano le donne quelle più vulnerabili. In alcuni contesti le madri hanno potuto assentarsi più dei padri per stare a casa con i figli durante il lockdown, il che può aver agito da fattore protettivo per le donne e da fattore negativo e stressante per gli uomini ³⁷.

Durante la pandemia è stato osservato che fattori come resistenza, resilienza, autoefficacia, supporto sociale, soddisfazione lavorativa e personale si siano rivelati fattori protettivi contro la sindrome di burnout. Una quantità di sonno adeguata, giorni di riposo, sicurezza in ambiente di lavoro, strategie di coping, e supporto e gratitudine dei pazienti hanno aiutato a diminuire il burnout ³⁸.

4.4 IDEAZIONI SUICIDARIE E ATTI DI SUICIDIO

Nel mondo del lavoro, in particolare nell'ambito infermieristico convivono stress e fatica e le sfide quotidiane richiedono grande impegno emotivo e fisico. Purtroppo, un accumulo estremo può portare il burnout ad evolvere e ad una sofferenza interiore tale da sfociare in decessi per atti volontari. Questa analisi intende aprire una valutazione

³⁵ Antão HS., op. cit., p 02

³⁶ Ibidem. P 01

³⁷ Ibidem. P 05

³⁸ Ibidem. P 02

volta a mettere al centro gli operatori sanitari attraverso la ricerca e valutazione dei dati.

I suicidi associati al burnout rappresentano un problema generale che non si verifica solo durante i periodi di epidemie o pandemie.

Si stima che lo stress sul posto di lavoro sia associato a oltre 120.000 decessi all'anno³⁹.

Secondo uno studio pubblicato nel 2025, il rischio di suicidio e di ideazione suicidaria è più elevato tra il personale sanitario di sesso femminile⁴⁰. Infermiere e dottoresse sono dal 250 al 400 più a rischio di suicidio rispetto alle donne che svolgono altre professioni⁴¹. Mentre generalmente, nella popolazione generale sono gli uomini ad essere più soggetti ad atti suicidari. Gli operatori sanitari di sesso maschile hanno un rischio del 40% in più, rispetto ad altri uomini che lavorano in altri ambiti⁴².

La serietà di questo fenomeno trova conferma nei dati epidemiologici nazionali dell'ISTAT, che indicano che in Italia, i tassi di suicidio nella popolazione generale vanno dai 6 ai 6,5 casi per 100.000 residenti⁴³, mentre i tassi di suicidio nel personale sanitario sono superiori. Infatti, vari studi evidenziano che circa un operatore su dieci ha avuto pensieri suicidari collegati allo stress lavorativo. La prevalenza dell'ideazione suicidaria negli operatori sanitari era del 14-15%, mentre nella popolazione generale era del 5,5-6%⁴⁴.

Studi precedenti hanno rilevato che esiste una correlazione tra burnout, depressione, ansia e comportamenti autolesivi come autolesionismo, ideazione suicidaria, tentativi di suicidio, fino al suicidio accertato.

È emerso che un terzo degli operatori sanitari affetti da burnout o depressione ha cercato supporto di tipo psicologico ed è stato osservato che sia la depressione che il burnout sono da soli predittori di disagio psicologico e ideazione suicidaria, rispetto a

³⁹ Goh J, Pfeffer J, et al., *The Relationship Between Workplace Stressors and Mortality and Health Costs...*, 2016, p. 1

⁴⁰ Nguyen N, et al. *J Clin Nurs.* 2023, p 2

⁴¹ Jain L, et al., *Suicide in Healthcare Workers: An Umbrella Review*, 2023, p. 1

⁴² Schernhammer ES, Colditz GA, *Suicide rates among physicians*, 2004, p. 2298

⁴³ ISTAT. *Il suicidio in Italia: stato dell'arte e serie storiche*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2023. <https://www.istat.it> [ultimo accesso 2 aprile 2026] P 164

⁴⁴ Urban A, et al., *Suicidality and/or Death-Related Thoughts*, 2023, p. 5

quando nessuno delle due era presente (con la depressione come predittore più forte)
⁴⁵.

In letteratura sono presenti pochi studi che mettono in relazione burnout, depressione e covid e non ci sono metodologie e standard di prevenzione efficaci per le persone affette da entrambi i disturbi.

Da un'indagine sulla salute mentale di medici ed infermieri effettuata tra il 2024 ed il 2025 in 27 paesi UE più Islanda e Norvegia, è emerso che l'Italia ha livelli di depressione ed ansia maggiori di quelli riscontrati in tutti i paesi UE e nella popolazione residente, con una percentuale maggiore nel sesso femminile. Il 33% delle infermiere soffre di depressione, rispetto al 29% dei colleghi uomini ed il 24% di infermiere soffre di ansia, rispetto al 22% degli infermieri ⁴⁶. La maggioranza di questi ultimi ha dichiarato di essere dipendente dall'alcol e di aver avuto pensieri suicidari.

Un fattore di rischio importante per il suicidio è una maggiore facilità di accesso ai mezzi per compiere l'atto; infatti, è stato confermato che chi lavora nella sanità, è più incline ad usare veleni come mezzo per togliersi la vita.

Altri fattori di rischio sono i disturbi mentali come il STS, la depressione e l'abuso di sostanze, come antidepressivi, oppiacei e anfetamine usati come metodi di avvelenamento per tentativi di suicidio, conflitti con i colleghi o perché si è vittime di molestie sul posto di lavoro.

Gli operatori che lavorano in reparti di emergenza e area critica sono più esposti a situazioni cliniche emotivamente pesanti. In questi contesti, la prevalenza di STS e di depressione è superiore rispetto ad altre unità operative. Ad aumentare il rischio di sviluppo di questi disturbi c'è la carenza di un supporto familiare e sociale, una personalità caratterizzata da elevato nervosismo e distacco emotivo, e l'adozione di strategie di coping disfunzionali. Alcune specializzazioni, come la chirurgia generale e l'anestesiologia, sono associate ad un rischio di suicidio più elevato e ciò è attribuibile ad una combinazione di fattori, tra cui l'elevato livello di stress lavorativo, la responsabilità clinica e l'accesso facilitato a farmaci potenzialmente letali.

L'elevato carico di lavoro è un problema che colpisce le strutture sanitarie ed è uno delle principali cause di burnout, per cui la Direttiva Europea sull'Orario di Lavoro ha

⁴⁵ Nguyen et al., op. cit., p 2

⁴⁶ WHO, *MeND survey*, op. cit., p 11

deciso di modificare i turni lavorativi e gli orari settimanali di lavoro. Un accordo in Nuova Zelanda stabilisce che l'orario di lavoro regolare per i tirocinanti in chirurgia è di 40 ore settimanali e non deve superare le 8 ore giornaliere, con la possibilità di svolgere straordinari regolarmente retribuiti ⁴⁷. Una metanalisi ha identificato una maggiore frequenza di burnout e suicidi tra i medici in Nord America rispetto ad Australia, Nuova Zelanda e Pacifico dove erano state applicate le modifiche sull'orario lavorativo.

È importante sottolineare anche che una durata più breve dell'impiego è associata a un rischio maggiore di suicidio tra gli operatori sanitari. Questa associazione è stata scoperta tra gli operatori sanitari che lavoravano nella radiologia diagnostica in Corea del Sud, che presentavano un rischio più elevato di suicidio tra lavoratori con meno di un anno di esperienza, rispetto a quelli con più di 10 anni di servizio, con un aumento di 2,74 volte negli uomini e di 4,66 volte nelle donne ⁴⁸.

Avere un piano suicidario è correlato ad un rischio estremamente elevato di compiere l'atto. Da uno studio effettuato in Europa, i tassi di ideazione suicidaria tra il personale sanitario variano dal 2 al 14%. In Italia, la prevalenza è del 3% e più comune nel sesso femminile.

Il personale sanitario è 3 volte più a rischio di commettere il suicidio rispetto chi non svolge questa professione. Più del 20% dei medici italiani ha dichiarato di aver subito molestie sul posto di lavoro ed oltre il 19% del personale sanitario ha dichiarato di aver subito molestie almeno una volta alla settimana ⁴⁹. Subire molestie causa stress e abbassa l'autostima portando al burnout e ad influire negativamente sulla qualità di vita. Ciò in casi estremi porta al suicidio.

4.5 CONSEGUENZE SUL PERSONALE SANITARIO

Gli operatori sanitari vengono sottoposti a livelli sempre maggiori di stress e insoddisfazione lavorativa a causa dei tagli al personale, della riduzione di budget nelle strutture sanitarie, della carenza di risorse, dei carichi di lavoro eccessivi, degli

⁴⁷ Gough IR. *The impact of reduced working hours on surgical training in Australia and New Zealand*. Royal Australasian College of Surgeons. ANZ J Surg. P 2

⁴⁸ Awan S, et al., op. cit., p 3

⁴⁹ Wall M, et al., *Health care workers' well-being and burnout during the COVID-19 pandemic...*, 2023, p. 1

ambientanti di lavoro tossici e della scarsa valorizzazione professionale. Ciò porta ad una organizzazione inadeguata associata ad un continuo turnover del personale costretto a coprire turni scoperti ⁵⁰. Il peso che ne deriva sull'assistenza si esprime in una diminuzione della qualità delle cure, portando ad una insoddisfazione da parte dei pazienti, tassi sempre più elevati di assenteismo ed errori medici, e la scarsità di attenzione verso questo aspetto ha come conseguenza l'aumento dei costi dell'assistenza sanitaria.

Il burnout influisce significativamente sulle persone che ne soffrono e incide direttamente oltre che sul loro lavoro, anche sulla loro salute fisica e psicologica, influenzando negativamente anche la vita personale e sociale, al di fuori del luogo di lavoro; rappresenta inoltre un importante fattore predittivo di molte patologie come malattie cardiache, dolore cronico, disturbi gastrointestinali, depressione e nei casi più gravi, persino mortalità. ⁵¹.

Ha un forte impatto relazionale e comportamentale; la persona che soffre di burnout tende ad isolarsi sempre di più dalle varie attività familiari e sociali e ricorrere all'abuso di alcol, sedativi e sostanze stupefacenti. Molti operatori sanitari iniziano a fare uso di questi medicinali per diminuire lo stress, la depressione e i sintomi del dolore, e migliorare le proprie prestazioni lavorative generali. Successivamente però diventano fonte di dipendenza o assuefazione nel tempo. Le sostanze più utilizzate sono gli oppioidi e le benzodiazepine, il cui abuso presenta tassi molto elevati ⁵².

4.6 DISTURBI CORRELATI AL BURNOUT: LA COMPASSION FATIGUE

Da uno studio effettuato in 4 ospedali negli Stati Uniti in alcune unità operative di area critica ha mostrato risultati diversi in relazione a reparti differenti. Sono state prese in esame terapia intensiva, oncologia e nefrologia e gli infermieri di oncologia erano quelli a maggior rischio di sviluppare compassion fatigue tra tutte le unità operative prese in studio. Si è osservato che gli infermieri anziani hanno mostrato livelli più bassi

⁵⁰ Wheeler H, Riding R. *Occupational stress in general nurses and midwives*. Br J Nurs. P 527

⁵¹ Maslach C, Leiter MP. In: Fink G. *Stress*. 2016. P 2

⁵² Hazelden Betty Ford Foundation. *Substance abuse in health care professionals*. 2021.

<https://www.hazeldenbettyford.org/education/bcr/addiction-research/health-care-professionals-substance-abuse-ru-615> [ultimo accesso 21 febbraio 2026] Paragrafo Patterns of Addiction and Substance Abuse Among HCPs

di compassion fatigue e burnout, al contrario, quelli più giovani hanno manifestato una maggiore inclinazione all'insoddisfazione lavorativa e compassion fatigue ⁵³.

Altri fattori rilevanti collegati a livelli più elevati di soddisfazione lavorativa e minore burnout sono: una maggiore esperienza lavorativa di lunga durata in area critica ed in particolar modo in pronto soccorso, un livello di istruzione più elevato, orari di lavoro più sostenibili con turni più brevi e ricevere adeguato supporto da colleghi ⁵⁴.

Gli infermieri che lavorano in pronto soccorso sono esposti quotidianamente a situazioni difficili e stressanti come ad esempio sovraffollamento, aggressività da parte di pazienti e parenti, e gestione di pazienti in condizioni molto critiche; questi sono tutti elementi che rendono l'ambiente altamente pesante dal punto di vista emotivo e lavorativo. Numerose ricerche hanno evidenziato che la violenza sul luogo di lavoro, le morti dei pazienti e assistere persone vittime di traumi sono fattori che contribuiscono ad aumentare lo stress tra il personale sanitario del pronto soccorso ⁵⁵. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), l'Italia ha tassi più elevati di violenza sul lavoro, rispetto al resto dei paesi europei. I professionisti che dichiarano di essere sottoposti ad almeno una forma di violenza sono l'82% ⁵⁶.

Molti studi presenti in letteratura riportano che le donne sono soggette a livelli più elevati di compassion fatigue ⁵⁷, associato probabilmente alla maggiore tendenza a prestare più attenzione e cura ai pazienti, rimanendo spesso coinvolte emotivamente da situazioni pesanti.

Da uno studio effettuato tra operatori sanitari a Creta, è emerso che i fattori che predispongono maggiormente allo sviluppo di compassion fatigue sono un ambiente di lavoro non buono, lavorare in un reparto non scelto e l'essere turnisti. Mentre, ciò che abbassa il livello di compassion fatigue è l'età avanzata ed il lavorare con pazienti pediatrici, i quali spesso hanno malattie e prognosi meno gravi rispetto ad adulti od anziani ⁵⁸. Curare i pazienti più giovani e seguire la loro guarigione è più gratificante e dà una maggiore soddisfazione lavorativa. Inoltre, a causa della crisi economica in Grecia, la sanità è stata costretta a fare dei tagli al personale, costringendo gli operatori

⁵³ Hunsaker S, et al. Op. cit., p 188

⁵⁴ Ibidem. P 192

⁵⁵ Ibidem. P 188

⁵⁶ WHO, *MeND survey*, op. cit., p 22

⁵⁷ Carmassi C, et al., op. cit., p 5

⁵⁸ Kartsonaki MG, et al., op. cit., p 5

rimasti, a lavorare su doppi turni, senza possibilità di ferie e di riposi adeguati con stipendi notevolmente ridotti. Ciò ovviamente ha aumentato i livelli di burnout e di insoddisfazione lavorativa ⁵⁹.

4.7 STRATEGIE PER RIDURRE IL BURNOUT

Data l'ampia diffusione del burnout tra gli operatori sanitari ed in particolar modo tra gli infermieri, essendo questi ultimi la componente più numerosa tra gli operatori sanitari ad occuparsi maggiormente dell'assistenza dei pazienti, è di estrema importanza intervenire con misure adeguate e mirate. Attuare strategie per prevenire e/o ridurre il burnout resta un onere che spetta a chi si occupa di politiche sanitarie.

In alcune unità operative vengono svolte delle attività più efficaci dove si incrementa il lavoro di squadra, molto importante nell'ambito delle cure, dove la comunicazione tra professionisti sanitari è essenziale per fornire un'adeguata assistenza, senso di appartenenza ad un gruppo, opportunità di crescita personale ed efficacia lavorativa ⁶⁰. Si è visto che gli infermieri anziani hanno mostrato livelli più bassi di compassion fatigue e burnout, al contrario di quelli più giovani che hanno manifestato una maggiore inclinazione all'insoddisfazione lavorativa e compassion fatigue. Per questo motivo si propone di affiancare un infermiere esperto senior ad un infermiere più giovane per aiutarlo ad ambientarsi meglio e fornire supporto e collaborazione ⁶¹.

Lo stress associato al lavoro si potrebbe prevenire e ridurre molto grazie alla disponibilità di aiuto e supporto in ambito sociale e psicologico da parte di professionisti della salute mentale. Gli operatori, pur essendo la categoria più esposta a livelli estremi di stress e burnout, è anche la meno propensa a cercare aiuto o supporto psicologico e trattamenti per la salute mentale, soprattutto il genere femminile.

Ad aiutare a prevenire carichi di stress eccessivo rientrano le istituzioni e i dipartimenti sanitari del mondo, che devono sviluppare e attuare dei programmi per la prevenzione del suicidio e la promozione della salute mentale. Includere programmi di supporto per tutti gli operatori sanitari e screening dello stile di vita e della salute mentale aiuta a identificare i comportamenti a rischio, e fornire un opportuno supporto o trattamento,

⁵⁹ Kartsonaki MG, et al., op. cit., p 7

⁶⁰ Li LZ et al., op. cit., p 10

⁶¹ Hunsaker S, et al. op. cit., p 191

offrendo un accesso e una comunicazione con la rete di salute mentale in maniera più immediata ⁶².

Durante il periodo di pandemia COVID, una delle strategie più importanti utilizzate per affrontare il periodo difficile è stata quella di adottare misure protettive igieniche (come lavarsi le mani spesso, indossare una mascherina ecc) ed acquisire maggiore conoscenza sul nuovo virus, in modo da essere in grado di proteggere sé stessi ed i propri cari dal contagio. Tra le azioni più impattanti messe in atto, è stato riscontrato che rientra anche il rifornimento dei corretti DPI. La fornitura di protezioni adeguate e sicure incide sulla riduzione dell'ansia e della preoccupazione legata alla paura del contagio soprattutto per coloro che lavorano nei reparti di malattie infettive. L'articolo in questione riporta anche la rotazione periodica degli infermieri per evitare carichi di lavoro eccessivi ed estenuanti ⁶³.

Per migliorare le condizioni di salute e sicurezza nel luogo di lavoro si sta cominciando a spostare l'attenzione su nuovi fattori come la salute mentale, mai tenuti in considerazione prima, oltre ai tradizionali rischi sul posto di lavoro. In Australia, nel Luglio 2022 sono stati pubblicati dei nuovi codici di condotta per gestire i rischi psicosociali e mentali dei lavoratori. Grazie a quadri teorici come il modello Job Demands-Resources (JD-R) o la teoria dell'Human Caring di Watson, si stanno evolvendo interventi per supportare i lavoratori, poiché aumentando le risorse lavorative si migliora il loro benessere, e si riduce il loro esaurimento e stress.

È stato riscontrato che a ridurre lo stress, sono molto utili interventi incentrati sulla cura personale, sul proprio empowerment come sessioni di mindfulness o meditazione, e sulla possibilità di accedere a servizi di salute mentale in maniera più semplice.

Per promuovere e favorire il benessere lavorativo, è necessario focalizzare e analizzare lo stress associato allo sviluppo del burnout, individuandone le cause in maniera sistematica, previa valutazione dei rischi. In seguito, bisogna intervenire su tre diversi gradi (primario, secondario e terziario ⁶⁴) che distinguono gli interventi in base al momento in cui vengono attuati rispetto all'insorgenza del problema. Gli interventi sul livello primario sono di prevenzione; si interviene sull'organizzazione del lavoro,

⁶² Awan S. et al, op. cit., p 5

⁶³ Zareei M. et al, op. cit., p 3

⁶⁴ Cohen C, et al., *Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout...: A systematic review*, 2023, p. 2

riducendo il carico lavorativo. Gli interventi secondari sono focalizzati sui lavoratori che hanno già iniziato a manifestare i primi segnali di stress, aiutandoli a ridurre gli effetti con tecniche di rilassamento o di gestione dello stress. Mentre gli interventi terziari sono attuati per quei professionisti che hanno già sviluppato problemi di salute stress-correlati, come ansia e depressione e consistono in azioni di supporto psicologico e trattamenti mirati.

Nel 2025, l'OMS ha pubblicato sette azioni per prevenire, proteggere e promuovere la salute mentale ed il benessere degli operatori sanitari. Sono le seguenti: non tollerare nessuna forma di bullismo, molestie o violenza sul luogo di lavoro, migliorare la flessibilità dei turni per garantire ai lavoratori più controllo sulla programmazione degli orari, gestire il lavoro straordinario in linea con i bisogni ed i diritti di tutto il personale sanitario, rafforzare le competenze di leadership e management per promuovere e proteggere la salute mentale ed il benessere degli operatori sanitari, gestire carichi di lavoro eccessivi migliorando la rotazione dei turni del personale e ottimizzando il lavoro, rendere disponibili e accessibili a tutti i lavoratori i servizi di supporto per la salute mentale, monitorare periodicamente le condizioni di lavoro e della salute mentale dei lavoratori ⁶⁵.

Per alleggerire il carico lavorativo medico, in alcuni stati è stato introdotto un assistente che non si sostituisce al medico, ma che gestisce gli appuntamenti, rinnova richieste di terapie e segue il triage. Gli interventi hanno avuto una durata da un minimo di tre settimane fino ad un massimo di tre mesi, fornendo se necessario dei follow up, e tutti hanno riportato esiti positivi. I risultati sono stati valutati tramite il Maslach Burnout Inventory, mostrando un'importante riduzione del burnout e un aumento della soddisfazione, misurata con uno strumento diverso.

Negli interventi di livello secondario le tecniche di rilassamento e metodi per promuovere ad assumere un atteggiamento mentale positivo anche durante situazioni più pesanti erano relazionati a miglioramenti delle condizioni stressanti. La tecnica più utilizzata è la *Mindfulness* che comprende meditazione e yoga ⁶⁶. Alcune di queste tecniche sono state erogate tramite sessioni in presenza, altre online, tramite app o siti dedicati, altre ancora in modalità mista, sia in presenza e sia online. Questi programmi

⁶⁵ WHO MeND survey, op. cit., p 46,47

⁶⁶ Cohen C. et al, op. cit., p 5

hanno avuto una durata dalle 2 settimane ai 4 mesi, dai 4 ai 12 incontri/sessioni ⁶⁷. Alla fine dei programmi sono stati riscontrati risultati positivi con riduzione del burnout, depressione ed ansia, con aumento del senso di realizzazione personale e di conseguenza, un miglioramento del benessere generale. Si è osservato che i risultati migliori li ha avuti chi ha partecipato ad almeno 3 sessioni, rispetto a chi non ha partecipato a nessun incontro e coloro che hanno seguito gli incontri online ha avuto minori miglioramenti, rispetto a coloro che avevano seguito in presenza.

Le sessioni di yoga e meditazione hanno avuto una durata di un'ora, per 8 settimane; al termine, i partecipanti hanno mostrato miglioramenti dell'umore con diminuzione di depressione, ansia e stress e aumento della resilienza.

Tra gli interventi sviluppati per promuovere una mentalità positiva, si è consigliato ai lavoratori di tenere un diario della gratitudine. Coloro che hanno seguito questo consiglio hanno riportato livelli di stress e depressione inferiori rispetto a chi non lo ha tenuto poiché scrivere le cose per cui si è grati e/o felici ha migliorato il senso di gratitudine, l'autoefficacia professionale, il disagio psicologico e le prestazioni lavorative.

Risultati determinanti sono stati ottenuti anche con attività inerenti alla musica. I professionisti sanitari che hanno fatto parte di un coro hanno riportato una diminuzione del burnout del 19,5% con un miglioramento della qualità di vita e della resilienza. Mentre, in coloro che non ne hanno fatto parte, il livello di burnout è aumentato del 9% ⁶⁸.

⁶⁷ Cohen C. et al, op. cit., p 11

⁶⁸ Ibidem, p 12

4.8 DISCUSSIONE DEI DATI EMERSI

a) Burnout e assistenza infermieristica.

La revisione della letteratura condotta per questa tesi permette di analizzare la situazione preoccupante della crisi del benessere nel personale sanitario, con particolare riferimento alla figura dell'infermiere. Il burnout incide significativamente sull'assistenza infermieristica. Più studi condotti nell'arco degli ultimi 30 anni hanno evidenziato una correlazione negativa tra stress e qualità delle cure. Un operatore in burnout manifesta deficit cognitivi oggettivi che aumentano di molto il rischio di errori clinici e omissioni. Questo dato è correlabile al fatto che fisiologicamente lo stress cronico innesca un rilascio eccessivo di noradrenalina e dopamina, e indebolisce le connessioni sinaptiche della corteccia prefrontale. Tale alterazione neurobiologica può portare ad un assottigliamento della materia grigia, compromettendo la memoria e l'attenzione e rendendo così il professionista insicuro e meno efficace nelle sue attività.

Spesso, molti infermieri, a causa della costante esposizione al dolore ed ai traumi dei pazienti, sviluppa la sindrome da stress traumatico secondario, la quale è più alta tra gli infermieri, più che negli altri operatori sanitari, con tassi tra il 20 ed il 33% tra gli infermieri di terapia intensiva.

Si è visto che quasi la totalità degli infermieri affetti da STS era anche affetto da burnout, mostrando una evidente correlazione tra i due disturbi, che hanno entrambi come predittore principale lo stress lavorativo.

b) Fattori di rischio:

- Personalità dell'operatore.

Analizzando i fattori di rischio, gli studi evidenziano come la personalità dell'operatore sia determinante. Gli individui competitivi, impazienti e con un *locus of control* esterno sono i più vulnerabili al burnout.

- Età ed esperienza professionale.

Anche i fattori demografici rappresentano un aspetto determinante, come la giovane età. I meno esperti e con scarsa esperienza professionale sono esposti ad un rischio maggiore di esaurimento.

- Famiglia.

Anche non avere un partner/una famiglia al proprio fianco è un predittore dello sviluppo del burnout. Infatti, è emerso che il supporto dato dalla famiglia rappresenta un fattore di resistenza allo stress, mentre un brutto rapporto familiare impatta negativamente sulla gestione dello stress e sulla soddisfazione lavorativa.

- Genere.

Il genere inoltre emerge come un'altra variabile critica: le donne riportano livelli più alti di esaurimento emotivo, faticando maggiormente a separare la vita professionale da quella familiare.

-Il turnover e l'abbandono della professione.

Tutto quanto descritto alimenta il fenomeno del turnover, che rappresenta sia una conseguenza che un fattore di rischio per il sistema. L'abbandono del posto di lavoro per insoddisfazione ha conseguenze negative per l'organizzazione sanitaria. In Italia circa il 16% delle infermiere esprime la volontà di lasciare la professione, una percentuale sensibilmente superiore a quella dei medici (9,7%) e alla media europea. La carenza di personale aumenta il carico di lavoro per chi resta; ogni paziente aggiuntivo assegnato a un infermiere aumenta del 23% il rischio di sviluppare burnout, peggiorando così la qualità assistenziale.

c) Burnout e unità operative.

I livelli di burnout variano tra le unità operative. Nei reparti di area critica (terapia intensiva e pronto soccorso), si stima che tra l'8% e il 33% degli operatori soffra di stress traumatico secondario (STS) ed in questi reparti prevale la depersonalizzazione come scudo emotivo contro l'esposizione costante al trauma e alla morte. Al contrario, nei reparti non intensivi, legati alla cronicità e a ricoveri più lunghi, è l'esaurimento emotivo a segnare i livelli più alti di malessere.

d) Conseguenze della pandemia COVID-19.

Molti studi hanno analizzato le conseguenze della pandemia da COVID-19, mostrando un incremento delle fragilità già esistenti. Durante l'emergenza, la percentuale di depressione tra il personale sanitario è aumentata dall'8,5% a

oltre il 27%, con livelli di ansia raddoppiati rispetto al periodo pre-pandemico. L'isolamento sociale, la paura di contagiare i propri cari e l'uso prolungato dei DPI hanno peggiorato lo stress emotivo, portando molti infermieri a sviluppare forme gravi di *compassion fatigue*.

e) Suicidi tra il personale sanitario.

L'esito più drammatico e spesso poco evidenziato della crisi da stress in generale è rappresentato dagli atti di suicidio. In Italia il tasso nella popolazione generale è di 6,5 casi per 100.000 residenti, mentre tra i sanitari l'ideazione suicidaria raggiunge il 14-15% (contro il 6% della situazione generale). Il tasso è maggiore nel sesso femminile, infatti, infermiere e dottoresse presentano un rischio superiore del 250-400% rispetto alle donne che lavorano in altri settori, mentre per gli uomini l'incremento è del 40%. Questa vulnerabilità è aggravata dalla facilità di accesso ai farmaci e dallo stigma professionale, che impedisce a due terzi dei professionisti di cercare aiuto tempestivo.

f) Strategie di riduzione del burnout negli infermieri.

Appare fondamentale migliorare la resilienza e coping dell'infermiere attraverso stili di vita sani, mindfulness e supporto psicologico mirato, ma è altrettanto necessario intervenire sull'organizzazione della struttura: ottimizzazione dei turni, garanzia del riposo fisiologico e miglioramento del rapporto numerico infermiere-paziente, anche stante il notevole aumento dell'impegno assistenziale verificatosi in questi anni con l'accesso in ospedale di pazienti anziani multiproblematici. In conclusione, proteggere il benessere di chi cura è la strategia vincente per garantire un sistema sanitario sicuro, umano e sostenibile a lungo termine.

Bibliografia

1. Alvagioni, D., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS ONE*, *12*(10), e0185781. doi:10.1371/journal.pone.0185781
2. Antao, H. S., Sacadura-Leite, E., Correia, I. A., & Figueira, M. L. (2022). Burnout in hospital healthcare workers after the second COVID-19 wave: Job tenure as a potential protective factor. *Frontiers in Public Health*, *10*, 914611. doi:10.3389/fpubh.2022.914611
3. Arnsten, A. F. T., & Shanafelt, T. (2021). Physician distress and burnout: The neurobiological perspective. *Mayo Clinic Proceedings*, *96*(3), 763–769. doi:10.1016/j.mayocp.2020.12.027
4. Awan, S., Diwan, M. N., Aamir, A., Allahuddin, Z., Irfan, M., Carano, A., ... & Ullah, I. (2022). Suicide in healthcare workers: Determinants, challenges, and the impact of COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 795270. doi:10.3389/fpsyt.2021.795270
5. Bai, Y., Lin, C. C., Lin, C. Y., Chen, J. Y., Chue, C. M., & Chou, P. (2004). Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatric Services*, *55*(9), 1055–1057. doi:10.1176/appi.ps.55.9.1055
6. Bazaid, A. S., Aldarhami, A., Binsaleh, N. K., Sherwani, S., & Althomali, O. W. (2020). Knowledge and practice of personal protective measures during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in Saudi Arabia. *PLoS ONE*, *15*(12), e0243695. doi:10.1371/journal.pone.0243695
7. Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., ... & Zhang, P. (2020). Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Medical Science Monitor*, *26*, e924171. doi:10.12659/MSM.924171
8. Carmassi, C., Dell'Oste, V., Barberi, F. M., Bertelloni, C. A., Malacarne, P., & Dell'Osso, L. (2020). Gender and occupational role differences in work-related post-traumatic stress symptoms, burnout and global functioning in

- emergency healthcare workers. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 589086. doi:10.3389/fpsy.2020.589086
9. Castelletti, S. (2020). A shift on the front line. *New England Journal of Medicine*, 382(23), e83. doi:10.1056/nejmp2007028
 10. Cohen, C., Pignata, S., Bezak, E., Tie, M., & Childs, J. (2023). Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout for nurses, physicians and allied healthcare professionals: A systematic review. *BMJ Open*, 13(7), e071203. doi:10.1136/bmjopen-2023-071203
 11. Du, J., Mayer, G., Hummel, S., Oetjen, N., Gronewold, N., Zafar, A., ... & Selzer, D. (2020). Mental health burden in different professions during the final stage of the COVID-19 lockdown in China: Cross-sectional survey study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(12), e24240. doi:10.2196/24240
 12. Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI). (2024, 24 gennaio). *Rapporto CREA Sanità-FNOPI: focus sulla professione infermieristica*. Ultimo accesso 3 aprile 2026 <https://www.fnopi.it/2024/01/24/crea-fnopi-2024/>
 13. Fernandes, C., Barros, C., & Baylina, P. (2025). Burnout among healthcare workers: Insights for holistic well-being. *Healthcare*, 13(24), 3298. doi:10.3390/healthcare13243298
 14. Galbraith, N., Boyda, D., McFeeters, D., & Hassan, T. (2021). The mental health of doctors during the COVID-19 pandemic. *BJPsych Bulletin*, 45(1), 14–17. doi:10.1192/bjb.2020.44
 15. Goh, J., Pfeffer, J., & Zenios, S. A. (2016). The relationship between workplace stressors and mortality and health costs in the United States. *Management Science*, 62(2), 608–628. doi:10.1287/mnsc.2014.2115
 16. Gough, I. R. (2023). *The impact of reduced working hours on surgical training in Australia and New Zealand*. Royal Australasian College of Surgeons. [ANZ J Surg].
 17. Grace, S. L., Hershenfield, K., Robertson, E., & Stewart, D. E. (2005). The occupational and psychosocial impact of SARS on academic physicians in three affected hospitals. *Psychosomatics*, 46(5), 385–391. doi:10.1176/appi.psy.46.5.385

18. Hazelden Betty Ford Foundation. (2021). *Substance abuse in health care professionals*. Ultimo accesso 21 febbraio 2026 <https://www.hazeldenbettyford.org/education/bcr/addiction-research/health-care-professionals-substance-abuse-ru-615>
19. Hu, D., Kong, Y., Li, W., Han, Q., Zhang, X., Zhu, L. X., ... & Hu, J. (2020). Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EClinicalMedicine*, 24, 100424. doi:10.1016/j.eclinm.2020.100424
20. Hummel, S., Oetjen, N., Du, J., Posenato, E., Resende de Almeida, R. M., Losada, R., ... & Selzer, D. (2021). Mental health among medical professionals during the COVID-19 pandemic in eight European countries: Cross-sectional survey study. *Frontiers in Psychology*, 12, 606816. doi:10.3389/fpsyg.2021.606816
21. Hunsaker, S., Chen, H. C., Maughan, D., & Heaston, S. (2015). Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *Journal of Nursing Management*, 23(2), 186–194. doi:10.1111/jonm.12122
22. InPsychology. (2013, 27 marzo). *Burnout: introduzione storica e principali modelli teorici*. Ultimo accesso 7 agosto 2026 <https://www.inpsychology.it/burnout-introduzione-storica-principali-modelli-teorici/>
23. ISTAT. (2023). *Il suicidio in Italia: stato dell'arte e serie storiche*. Ultimo accesso 2 aprile 2026 <https://www.istat.it>
24. Jain, L., Sarfraz, Z., Karlapati, S., ... & Ullah, I. (2023). Suicide in healthcare workers: An umbrella review of prevalence, causes, and preventive strategies. *Frontiers in Psychiatry*.
25. Jun, J., Ojemeni, M. M., Kalamani, R., Tong, J., & Crecelius, M. L. (2021). Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: Systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 119, 103938. doi:10.1016/j.ijnurstu.2021.103938

26. Kartsonaki, M. G., Georgopoulos, D., Kondili, E., Nieri, A. S., Alevizaki, A., Nyktari, V., ... & Papaioannou, A. (2023). Prevalence and factors associated with compassion fatigue, compassion satisfaction, burnout in health professionals. *Frontiers in Public Health*, *11*, 1073831. doi:10.3389/fpubh.2023.1073831
27. Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, *3*(3), e203976. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
28. Lee, S. M., Kang, W. S., Cho, A. R., Kim, T., & Park, J. K. (2018). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Comprehensive Psychiatry*, *87*, 123–127. doi:10.1016/j.comppsy.2018.10.003
29. Li, L. Z., Yang, P., Singer, S. J., Pfeffer, J., Mathur, M. B., & Shanafelt, T. (2021). Nurse burnout and patient safety, satisfaction, and quality of care: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, *4*(12), e2137567. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.37567
30. Maben, J., & Bridges, J. (2020). Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health. *Journal of Clinical Nursing*, *29*(15-16), 2742–2750. doi:10.1111/jocn.15307
31. Mak, I. W. C., Chu, C. M., Pan, P. C., Yiu, M. G. C., & Chan, V. L. (2009). Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *General Hospital Psychiatry*, *31*(4), 318–326. doi:10.1016/j.genhosppsy.2009.03.001
32. Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Burnout. In G. Fink (Ed.), *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior* (pp. 351–357). Academic Press.
33. Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, *37*(7), 1401–1415. doi:10.1016/j.paid.2004.01.010
34. Nguyen, N., Spooner, E., O'Balle, P., Ashraf, H., Heskett, K., Zisook, S., ... & Sitaram, K. (2023). The relationship between depression, burnout, and suicide among healthcare professionals: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, *32*(11-12), 2422–2437. doi:10.1111/jocn.16274

35. Perrin, P. C., McCabe, O. L., Everly, G. S., & Links, J. M. (2009). Preparing for an influenza pandemic: Mental health considerations. *Prehospital and Disaster Medicine, 24*(3), 223–230. doi:10.1017/S1049023X00006853
36. Pignata, S., Boyd, C. M., Winefield, A. H., ... & Tinline, G. (2017). Interventions: Employees' perceptions of what reduces stress. *BioMed Research International, 2017*, 3919080. doi:10.1155/2017/3919080
37. Pino, O., & Rossini, G. (2012). Perceived organizational stressors and interpersonal relationships as predictors of job satisfaction and well-being among hospital nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 9*(6), 2204–2224. doi:10.3390/ijerph9062204
38. Purvanova, R. K., & Muros, J. P. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior, 77*(2), 168–185. doi:10.1016/j.jvb.2010.04.006
39. Rossi, R., Socci, V., Pacitti, F., Di Lorenzo, G., Di Marco, A., Siracusano, A., ... & Rodolico, A. (2020). Mental health outcomes among frontline and second-line health care workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Italy. *JAMA Network Open, 3*(5), e2010185. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.10185
40. Schernhammer, E. S., & Colditz, G. A. (2004). Suicide rates among physicians: A quantitative and gender-specific review of international literature. *American Journal of Psychiatry, 161*(12), 2295–2302. doi:10.1176/appi.ajp.161.12.2295
41. Urban, A., Finco, G., Forte, V., ... & Gremigni, P. (2023). Suicidality and/or death-related thoughts in health workers after pandemics: The role of DYMERS. *Healthcare, 11*(13), 1955. doi:10.3390/healthcare11131955
42. Viotti, S., Converso, D., & Loera, B. (2012). Soddisfazione lavorativa e burnout in relazione alle caratteristiche del lavoro e alla tipologia dell'utenza: Un confronto tra servizi di cura intensivi (ICU) e non intensivi (non-ICU). *La Medicina del Lavoro, 103*(3), 190–207.
43. Wall, M., Schenck-Gustafsson, K., Minucci, D., Gustafsson Sendén, M., Tevik Løvseth, L., & Fridner, A. (2023). Suicidal ideation among surgeons in Italy and Sweden: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychology, 14*, 1126139. doi:10.3389/fpsyg.2023.1126139

44. Wheeler, H., & Riding, R. (1994). Occupational stress in general nurses and midwives. *British Journal of Nursing*, 3(11), 527–534.
45. World Health Organization. (2019, 28 maggio). *Burn-out an “occupational phenomenon”*: *International Classification of Diseases*. Ultimo accesso 2 aprile 2026 <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
46. World Health Organization, Regional Office for Europe. (2025). *MeND: Mental health of nurses and doctors survey in the European Union, Iceland and Norway*. Recuperato il 6 aprile 2026, da WHO Regional Office for Europe.
47. Zareei, M., Tabanejad, Z., Oskouie, F., Ebadi, A., & Mesri, M. (2022). Job burnout among nurses during COVID-19 pandemic: A systematic review. *Frontiers in Public Health*, 10, 1078134. doi:10.3389/fpubh.2022.1078134
48. Zoccali, R., Campolo, D., Carroccio, C., Cedro, C., Muscatello, M. R. A., Pandolfo, G., ... & Meduri, M. (2007). Il burnout e l’emozione rabbia (Burnout and anger). *Journal of Psychopathology*, 13(4), 379–385.
49. Zou, X., Durazzo, T. C., & Meyerhoff, D. J. (2018). Regional brain volume changes in alcohol-dependent individuals during short-term and long-term abstinence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 42(6), 1062–1072. doi:10.1111/acer.13636