



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**SINDROME DA BURNOUT: LA SALUTE MENTALE TRA
GLI INFERMIERI DI AREA CRITICA.
STUDIO OSSERVAZIONALE**

Relatore: Prof.ssa Samantha Serpentine

Laureando: Bragato Enrico
(matricola n.: 1227656)

Anno Accademico 2021-2022

ABSTRACT

La Sindrome da Burnout può essere definita come una situazione di aumentato disagio psicofisico ed una sensazione di esaurimento emotivo, fisico e mentale, fortemente legate allo stress e alle difficoltà lavoro-correlate. La categoria di lavoratori che nella storia si è dimostrata maggiormente soggetta al burnout è quella dei professionisti a stretto contatto fisico ed emotivo con gli altri individui, facenti parte delle cosiddette “*helping professions*”, gruppo nel quale rientrano anche gli infermieri.

Tenuto conto del problema, questo studio si è prefissato quindi l’obiettivo di verificare se, e in che misura, il rischio di burnout fosse presente all’interno di una data popolazione, e di come il fenomeno potesse essere o meno condizionato da determinate caratteristiche sociodemografiche appartenenti al campione stesso.

Il campione preso in considerazione per lo studio è composto dal personale infermieristico di quattro reparti di terapia intensiva, appartenenti all’ *Azienda Ospedale Università di Padova*.

Nella prima parte di questo progetto, è stato presentato il quadro teorico del problema. Una breve revisione di letteratura ha inquadrato quelle che sono le principali caratteristiche della Sindrome da Burnout: dopo averne chiarito le origini e gli sviluppi che ha avuto nel tempo, ne sono state descritte le caratteristiche cliniche (dimensioni, cause e fasi), quelle che sono le conseguenze per l’individuo sul piano fisico, emotivo e professionale, e quali finora sono stati i metodi di prevenzione e trattamento. È stato poi descritto il legame fra questo fenomeno e l’assistenza infermieristica: sono stati descritti i motivi per cui gli infermieri sono, secondo la letteratura, maggiormente soggetti a questa condizione, e sono state individuate delle caratteristiche sociodemografiche che possono influire sul rischio di burnout, come per esempio la qualità del sonno, il livello di attività fisica svolta, il tipo di orario di lavoro (giornaliero o turnista) ed il livello di stress percepito dalla persona.

Nella seconda parte sono stati descritti i materiali e metodi della ricerca, la modalità di raccolta dei dati e la struttura del questionario utilizzato, l’*Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI), indicandone caratteristiche, struttura, punti di forza e differenze con gli altri strumenti di misura. Unitamente all’OLBI è stato somministrato un breve

questionario autoprodotta, con l'obiettivo di raccogliere le informazioni sociodemografiche sopra descritte.

Nell'ultima parte dello studio sono stati presentati e discussi i risultati dell'indagine. Essi hanno indicato un rischio di burnout sopra il limite nella maggior parte del campione osservato (medio-basso nel 35%, medio-alto nel 44% e alto nell'11%). Sono stati poi messi in relazione i risultati appena descritti con le caratteristiche sociodemografiche raccolte nel campione e descritte nel quadro teorico. L'indagine ha infatti evidenziato una stretta correlazione burnout-stress percepito e burnout-qualità del sonno, mentre, analizzando i dati sul fenomeno in rapporto al tipo di orario lavorativo ed al livello di attività fisica svolta, non è stata rilevata una significativa correlazione. Infine, la maggioranza del campione (60%) si è dimostrata fortemente interessata circa la promozione di eventuali progetti di prevenzione e trattamento della Sindrome da Burnout all'interno del proprio ambiente lavorativo.

INDICE

CAPITOLO 1: Introduzione e scopo dello studio.....	pag.3
CAPITOLO 2: Quadro teorico del fenomeno.....	pag.5
2.1: Definizione di Sindrome da Burnout.....	pag.5
2.2: Cenni storici.....	pag.5
2.3: Caratteristiche cliniche.....	pag.7
2.3.1: Dimensioni.....	pag.7
2.3.2: Cause.....	pag.8
2.3.3: Fasi.....	pag.9
2.3.4: Conseguenze fisiche, psicologiche e professionali.....	pag.10
2.4: La Sindrome da Burnout nella professione infermieristica.....	pag.11
2.4.1: Caratteristiche della professione ed incidenza del fenomeno.....	pag.11
2.4.2: Lavoro giornaliero e notturno.....	pag.11
2.4.3: Sonno e riposo.....	pag.12
2.4.4: Attività fisica e sedentarietà.....	pag.13
2.4.5: Soddisfazione economica.....	pag.13
2.4.6: Livello di stress.....	pag.14
2.4.7: Conseguenze del fenomeno a livello assistenziale.....	pag.14
2.5: Burnout e ambiente sanitario: prevenzione e trattamento.....	pag.15
CAPITOLO 3: Materiali e metodi.....	pag.17
3.1: Disegno dello studio.....	pag.17
3.2: Campionamento e setting.....	pag.17
3.3: Attività di raccolta dei dati.....	pag.18
3.4: Strumenti di misura.....	pag.19
3.4.1: Informazioni sociodemografiche.....	pag.19
3.4.2: Oldenburg Burnout Inventory (OLBI).....	pag.20

3.4.2.1: Origini e sviluppo.....	pag.20
3.4.2.2: Differenze tra OLBI e MBI.....	pag.20
3.4.2.3: Struttura del questionario.....	pag.21
3.5: Strumenti di analisi ed affidabilità della raccolta dati.....	pag.23

CAPITOLO 4: Risultati.....	pag.25
----------------------------	--------

CAPITOLO 5: Discussione e conclusioni.....	pag.37
--	--------

5.1: Riepilogo e sintesi dei risultati.....	pag.37
5.2: Discussione dei risultati.....	pag.38
5.3: Limiti dello studio.....	pag.40
5.4: Implicazioni per la pratica assistenziale.....	pag.41
5.5: Conclusioni.....	pag.41

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

CAPITOLO 1: INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

Durante il suo percorso di studi, lo studente di infermieristica viene costantemente inserito in diverse realtà ospedaliere, con lo scopo di assimilare, implementare, migliorare le conoscenze acquisite sui libri, e metterle in pratica all'interno di un reale contesto assistenziale. Dato il grosso ammontare di ore di tirocinio da svolgersi a stretto contatto con il personale sanitario, è molto comune la situazione in cui lo studente comincia a sentirsi parte integrante dell'unità operativa presso la quale si esercita. Venendo considerato al pari di un collega, esso arriva così a condividere pensieri, progetti, soddisfazioni, ma anche difficoltà, frustrazioni ed aspetti negativi del lavoro con quelli che un giorno potrebbero essere suoi colleghi di reparto. Uno degli argomenti più ricorrenti e sentiti, è stata purtroppo la sensazione di esaurimento fisico ed emotivo vissuta da buona parte del personale sanitario, che nella letteratura è definita come Sindrome da Burnout. Durante il periodo di tirocinio, nel confronto con il personale infermieristico, è emerso come la presa di coscienza circa questa sensazione negativa, provenisse maggiormente da uomini e donne professionalmente inseriti in contesti lavorativi ad alta intensità assistenziale (come, per esempio, le terapie intensive ed il pronto soccorso).

La motivazione a trattare questo determinato argomento nell'elaborato finale di tesi, nasce quindi dal desiderio di evidenziare le reali difficoltà psico-fisiche legate alla professione infermieristica in area critica testimoniate in questi anni di studio, considerando inoltre la pericolosità della Sindrome da Burnout all'interno di un contesto lavorativo in cui l'errore può arrecare un grave danno alla persona assistita.

Lo scopo di questa tesi di laurea, è quindi condurre uno studio osservazionale di tipo trasversale retrospettivo, con il fine di misurare se e in che misura il rischio di Sindrome da Burnout è presente in un campione di infermieri prestanti servizio in unità operative di area critica; un ulteriore fine dello studio è capire come la presenza di questa sindrome può essere associata a determinate caratteristiche socio-demografiche del campione osservato (come per esempio il tipo di orario lavorativo, la qualità del sonno, il livello di stress percepito, lo stile di vita), e capire se la popolazione osservata,

qualora venissero proposti progetti di supporto per prevenire e trattare la Sindrome da Burnout e i suoi sintomi, sia disposta a prenderne parte.

L'organizzazione interna della tesi prevede quindi un'introduzione teorica riguardante la Sindrome da Burnout, corroborata da una breve revisione di letteratura concernente storia, fasi, dimensioni, cause, effetti e trattamento di questa manifestazione psicopatologica sul piano fisico, psicologico e lavorativo della persona, ma soprattutto del professionista sanitario qual è l'infermiere. Successivamente verrà descritto lo studio osservazionale condotto, attraverso la dissertazione di scopo, materiali e metodi e risultati ottenuti. Infine, i dati estrapolati dallo studio del campione osservato verranno descritti e commentati, con l'obiettivo di operare una conclusione sul lavoro svolto.

CAPITOLO 2: QUADRO TEORICO DEL FENOMENO

2.1: DEFINIZIONE DI SINDROME DA BURNOUT

Quando si parla di Sindrome da Burnout, si fa riferimento ad una condizione di disagio psicofisico lavoro-correlato, che interessa in varia misura professionisti impegnati, quotidianamente e ripetutamente, in attività che implicano la relazione con altri individui. Un campo dove questa sindrome è facilmente identificabile è quello delle cosiddette “*helping professions*”, ovvero tutte le professioni che prevedono uno stretto contatto, fisico ed emotivo, tra persone che stanno vivendo un disagio o una sofferenza e chi le sta aiutando (es. medici, infermieri, psicologi, psicoterapeuti, assistenti sociali e operatori sociosanitari)¹; spesso in queste situazioni il professionista attraversa un profondo coinvolgimento emotivo tale da portarlo quasi ad identificarsi nella persona assistita.² Se non tutelati a dovere da questo coinvolgimento emotivo, i soggetti colpiti cominciano a sviluppare un processo di “logoramento” o “decadenza” psicofisica, dovuta alla mancanza di energie e all’incapacità di gestione dello stress accumulato. Il termine inglese “*burnout*” in italiano può infatti essere tradotto con “bruciarsi”, quasi a voler intendere una lenta e progressiva diminuzione delle energie fisiche ed emotive a servizio della propria professione.

2.2: CENNI STORICI

Il termine “burnout” fu utilizzato per la prima volta con riferimento clinico all’inizio degli anni ’70 da *Herbert Freudenberger* (1927-1999)³, uno psicologo americano; egli usò questa terminologia che al tempo veniva colloquialmente utilizzata per far riferimento ai devastanti effetti causati dall’abuso cronico di sostanze stupefacenti.⁴ Egli si servì di questo termine per descrivere la graduale perdita di emozioni, impegno e motivazione tra i volontari del *St. Mark’s Free Clinic* di New York, presso cui svolgeva la professione di psicologo consulente.

La credibilità del messaggio che Freudenberger trasmetteva, ossia la pericolosità del burnout a livello psico-sociale e lavorativo, fu rafforzata dal fatto che egli stesso ne

manifestò i sintomi e li descrisse molto dettagliatamente, oltre a dedicare gran parte della propria carriera a prevenire e combattere questo fenomeno. Il suo impatto su ciò è dimostrato anche dalla *Gold Medal Award*, conferitagli dall'*American Psychological Association* nel 1999, come riconoscimento dei progressi ottenuti nel campo durante la sua carriera.⁵

Negli stessi anni, anche la socio-psicologa *Christina Maslach* (1946-) condusse degli studi su questo fenomeno. Intervistando un numero considerevole di lavoratori a stretto contatto con le persone, la Maslach e i suoi colleghi osservarono un generale e costante senso di “impoverimento emotivo” e calo di competenze che questo campione manifestava⁶, oltre ad un'accresciuta percezione negativa nei confronti del loro lavoro e dei loro pazienti o clienti. Gli studiosi classificarono quindi questi sintomi come appartenenti alla condizione psicologica di “Sindrome da Burnout”. Nel 1981 inoltre, elaborarono un questionario di screening per suddetta sindrome, con la particolarità di essere semplice e veloce da somministrare, il *Maslach Burnout Inventory* (MBI)⁷. Quest'ultimo è considerato il capostipite dei test di screening per la Sindrome da Burnout, al quale molti altri studiosi si sono ispirati per la realizzazione di ulteriori ed altrettanto validi metodi di misurazione in campo psicologico e psicoterapeutico.

L'introduzione di questi fondati e innovativi strumenti di misura e descrizione del problema, contribuì enormemente a modificare il concetto di Sindrome da Burnout: essa con gli anni passò dall'essere classificata come una condizione “pseudoscientifica” o riconducibile alla “*pop psychology*”, all'essere considerata una condizione psicopatologica vera e propria, arricchita di fondamento scientifico grazie alle pubblicazioni in materia cresciute in maniera esponenziale negli anni successivi⁸, aumentate del 64% tra il 1980 e il 1990, e del 150% tra il 1990 e il 2000.⁹

Negli anni recenti, inoltre, la Sindrome da Burnout ha acquisito una rilevanza tale da essere considerata, in alcuni paesi (soprattutto in Europa), una vera e propria malattia lavorativa.¹⁰

È il caso di Svezia e Olanda per esempio¹¹, entro i quali confini il sistema sanitario copre spese mediche, pensione di invalidità e periodo di malattia al lavoratore colpito da questa sindrome, la quale viene diagnosticata da un medico competente. Con questi atteggiamenti di apertura verso il riconoscimento ufficiale del problema, Svezia e

Olanda si sono dimostrati particolarmente sensibili d'innanzi a questo fenomeno, e positivamente protettivi nei confronti dei propri cittadini e lavoratori.

Un ostacolo al riconoscimento vero e proprio del problema a livello globale però, continua ad essere il fatto che la Sindrome da Burnout rimane ancora esclusa dal *DSM-V (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali)*, e perciò priva di criteri diagnostici universalmente stabiliti che ne facilitino il riconoscimento, la prevenzione ed il trattamento.¹²

Nell'*ICD-10*¹³ (Classificazione delle Malattie dell'*Organizzazione Mondiale della Sanità*) il burnout è descritto come “esaurimento vitale” (codice Z73.0) e classificato tra i “problemi legati alla gestione delle difficoltà della vita”, presentazione che purtroppo lascia troppo spazio all'interpretazione da parte degli esperti, e che necessiterebbe quindi di una più precisa classificazione.

Solamente negli ultimissimi anni la definizione di “sindrome” ha assunto un carattere ufficialmente riconosciuto: pur specificando che non si tratta di una vera e propria malattia, l'Organizzazione Mondiale della Sanità attraverso la nuova edizione del compendio *ICD-11 (2022)* ha attribuito alla Sindrome da Burnout la descrizione di “fenomeno occupazionale”¹⁴, derivante da stress cronico mal gestito sul luogo di lavoro”. Questo aggiornamento sta contribuendo ad un maggiore riconoscimento ed al trattamento del problema, aumentando la rete di supporto a livello globale per gli individui che ne soffrono, attraverso terapie mirate alla prevenzione e alla cura di questa sindrome.

2.3: CARATTERISTICHE CLINICHE

2.3.1: DIMENSIONI

La psicologa Christina Maslach, già citata in precedenza, durante le sue ricerche ha identificato tre dimensioni fondamentali della Sindrome da Burnout¹⁵, ossia tratti comuni che la caratterizzano e differenziano da altri fenomeni. Queste caratteristiche sono poi state utilizzate per la descrizione del burnout all'interno dell'*ICD-11*:

1. Sensazione di esaurimento delle energie, svuotamento;
2. Aumentata distanza emotiva rispetto al proprio lavoro, diminuzione delle emozioni legate allo stesso, comparsa di sentimenti negativi e cinici legati al lavoro;

3. Sentimento di inefficacia e mancanza di progressi, limitatamente al luogo di lavoro e al ruolo ricoperto in esso.

2.3.2: CAUSE

Alcuni studiosi hanno inoltre individuato le principali cause per cui la Sindrome da Burnout si manifesta¹⁶:

- *Sovraccarico di lavoro*: quando la persona percepisce un carico di lavoro eccessivo in relazione al tempo e alle risorse di cui dispone, e le richieste lavorative sono talmente elevate da esaurire le energie personali e renderne difficile il recupero. Quando, anche in presenza di un carico ragionevole, il tipo di lavoro o mansione non è adatto alle caratteristiche della persona. Quando il carico emotivo del lavoro è troppo elevato, tale da rendere difficoltoso il lavoro stesso;
- *Senso di impotenza*: il soggetto ritiene che i suoi interventi professionali siano indifferenti o inutili per il raggiungimento di un obiettivo finale o per l'esito di un determinato evento;
- *Mancanza di controllo*: l'individuo percepisce di non avere un sufficiente controllo sulle risorse necessarie per lo svolgimento del proprio lavoro, oppure non ha sufficiente autorità per attuare una procedura in autonomia, o nella maniera che ritiene più efficace;
- *Scarso riconoscimento*: il soggetto percepisce di non ricevere un riconoscimento adeguato alla sua professione (economico, rispetto, autonomia, libertà di decisione, fiducia);
- *Scarso sentimento di appartenenza al gruppo*: il soggetto percepisce il mancato senso di appartenenza comunitaria nell'ambiente di lavoro, sente meno il sostegno dei colleghi, la fiducia reciproca, il rispetto e le relazioni vengono vissute in modo distaccato ed impersonale;
- *Mancanza di equità*: il soggetto percepisce scarsa equità nell'ambiente di lavoro, attraverso, per esempio, l'assegnazione dei compiti lavorativi, la retribuzione, promozioni o avanzamenti di carriera;
- *Presenza di valori contrastanti*: il soggetto percepisce disadattamento quando vive un conflitto di valori all'interno dell'ambiente lavorativo; egli non condivide

quindi i valori che l'organizzazione o il gruppo trasmettono, a livello di scelte operate o di condotta professionale.

2.3.3: FASI

Generalmente la sindrome si manifesta seguendo quattro fasi¹⁷:

1. La prima, preparatoria, è quella dell'“*entusiasmo realistico*”, in cui il soggetto è spinto, per motivazioni personali o influenze esterne, a scegliere un impiego lavorativo che prevede un complesso coinvolgimento emotivo;
2. Nella seconda, detta fase della “*stagnazione*”, il soggetto, sottoposto a carichi di lavoro e stress eccessivi, inizia a realizzare che le sue aspettative iniziali non coincidono con la realtà lavorativa che sta effettivamente vivendo. L'entusiasmo iniziale, l'interesse ed il senso di gratificazione legati alla professione iniziano a diminuire;
3. Nella terza fase, ovvero quella della “*frustrazione*”, il soggetto affetto da burnout comincia ad avvertire sentimenti di inutilità, inadeguatezza, insoddisfazione, uniti alla percezione di essere sfruttato, oberato di lavoro e poco apprezzato. Spesso tende a mettere in atto comportamenti di fuga o assenteismo dall'ambiente di lavoro, ed eventualmente atteggiamenti aggressivi nei confronti dei colleghi;
4. Nella quarta ed ultima fase, quella dell'“*apatia*”, l'interesse e la passione per il lavoro sono completamente spenti, e all'empatia subentra l'indifferenza, fino ad una vera e propria “morte professionale”.

2.3.4: CONSEGUENZE FISICHE, PSICOLOGICHE E PROFESSIONALI

Il burnout comporta, a livello psicologico e sociale, un graduale esaurimento emotivo con conseguente incapacità di porre rimedio alle problematiche lavorative; spesso chi viene colpito da questa sindrome inoltre manifesta cinismo crescente, associato ad una ridotta realizzazione personale. Ne derivano ampliati sentimenti di ansia, inadeguatezza e depressione, scatenati dalla sensazione di non riuscire a portare a termine i compiti prestabiliti. I disagi vengono dapprima avvertiti solo nel campo professionale, ma ben presto vengono trasferiti in quello personale da parte dell'individuo colpito.¹⁸

A livello fisico, la Sindrome da Burnout comporta la somatizzazione dei sintomi psicologici, attraverso un indebolimento generale del sistema immunitario con conseguente maggiore suscettibilità alle malattie (alterazione della funzionalità gastrointestinale, asma, allergie, malattie della pelle, emicrania e cefalea), alterazione del ritmo sonno-veglia, un aumentato consumo di bevande alcoliche e di sostanze psicoattive che contribuiscono ad alimentare i sintomi sopra descritti, ed un maggiore tasso di suicidi.¹⁹

Le conseguenze sul luogo di lavoro sono molteplici. Il soggetto comincia a perseguire i suoi obiettivi professionali con sempre minore empatia e maggior distacco emotivo verso le persone delle quali si prende cura, tendendo a lavorare con sempre meno entusiasmo e manifestando sempre più sentimenti di frustrazione e insoddisfazione nei confronti del proprio impiego, contribuendo ad instaurare un modo di lavorare del tutto alienato rispetto alla realtà che lo circonda, e a portare a termine le attività in modo "meccanico" e privo di emozioni. La Sindrome da Burnout porta con sé, inoltre, un ridotto tasso di creatività lavorativa, minor capacità di problem-solving ed un aumentato tasso di assenteismo.²⁰

Questi fattori, infine, contribuiscono ad un brusco calo della performance e della soddisfazione lavorativa in generale, e ad una ridotta qualità del servizio erogato.²¹

2.4: LA SINDROME DA BURNOUT NELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

2.4.1: CARATTERISTICHE DELLA PROFESSIONE ED INCIDENZA DEL FENOMENO

Come testimonia la letteratura, quella dei professionisti della salute è forse la categoria più soggetta al rischio di burnout. Rappresentando il numero più elevato per presenze all'interno della categoria stessa, quello dell'infermiere può essere descritto come l'impiego maggiormente esposto alla Sindrome da Burnout.²² Le cause di questo aumentato rischio vanno ricercate in una serie di fattori e cause, definibili proprie dell'ambiente ospedaliero ed assistenziale. Innanzitutto, è importante sottolineare come la figura dell'infermiere sia soggetta ad enormi carichi di fatica fisica ma soprattutto emotiva²³, la quale spesso porta il professionista ad avvertire un aumentato, se non eccessivo carico di lavoro e livello di stress percepito.²⁴ Inoltre, la situazione è aggravata spesso dallo sforzo e dall'impegno necessari per il trattamento di pazienti affetti da patologie croniche o in fase critica, i quali espongono il professionista ad una forte pressione fisica e psicologica. I sintomi del burnout quindi, cominciano a manifestarsi quando l'infermiere non è più in grado di gestire o adattarsi ai forti livelli di stress lavoro-correlati²⁵; questo è dovuto anche al fatto che, molto spesso le responsabilità ed i compiti attribuiti all'infermiere non sono commisurati alle risorse, al livello di organizzazione dell'ambiente lavorativo e al livello di preparazione raggiunto.²⁶ È stato inoltre dimostrato che, la diminuita autonomia rispetto agli altri professionisti sanitari²⁷ (come per esempio il personale medico), può portare ad un senso di inutilità ed incompetenza, anch'esse cause scatenanti della Sindrome da Burnout.

2.4.2: LAVORO GIORNALIERO E NOTTURNO

Nell'ambiente sanitario, e soprattutto ospedaliero, il lavoro organizzato a turni è indispensabile al fine di garantire una continuità assistenziale a chi necessita cure e trattamenti. A tal proposito, la figura dell'infermiere è quella più soggetta a questo tipo

di orario lavorativo, perché la sua professione prevede, più di tutte le altre, una continua presa in carico della persona assistita, ventiquattro ore al giorno, sette giorni su sette²⁸. Alcuni studi però, hanno dimostrato che il lavoro a turni è stato associato a drastiche modificazioni biologiche a livello dell'organismo umano, responsabili di disturbi a livello fisico e psicologico²⁹⁻³⁰. L'alternanza del lavoro diurno a quello notturno, infatti, porta purtroppo con sé alcuni aspetti negativi. Negli studi effettuati, il carico e ritmo di lavoro si sono dimostrati essere molto più intensi durante il giorno, poiché in esso le procedure infermieristiche svolte sono nettamente maggiori rispetto al turno di notte, ed il livello richiesto di assistenza del paziente è più elevato³¹. Un altro fattore determinante è offerto dal fatto che, nel periodo diurno, l'infermiere deve interfacciarsi e coordinarsi con molte più figure professionali (come medico, fisioterapista, operatori sociosanitari), il che porta spesso ad un rischio elevato di burnout.³² Per quanto riguarda il lavoro notturno invece, alcuni studi hanno evidenziato come sia preponderante la credenza che lavorare in fascia notturna porti con sé numerosi aspetti positivi. È forte infatti la convinzione che esso permetta di svolgere, durante il giorno, un numero maggiore di compiti e azioni nella vita privata³³; inoltre, il lavoro notturno sembra essere incoraggiato da una minore supervisione e maggiore libertà d'azione, un ritmo di lavoro meno serrato, un salario maggiorato, una maggiore possibilità di rafforzare i rapporti personali con i colleghi di lavoro e più tempo libero fuori dall'ambiente lavorativo. Il lavoro notturno però, è ampiamente dimostrato essere il responsabile di numerosi disordini di tipo biologico e psicofisico, oltre che ad alterare il ritmo sonno-veglia naturale dell'uomo, contribuendo ad aumentare il rischio di insorgenza della Sindrome da Burnout.³⁴⁻³⁵

2.4.3: SONNO E RIPOSO

Il riposo, infatti, aspetto fondamentale al fine del mantenimento dell'equilibrio all'interno dell'organismo, nel lavoro a turni viene inevitabilmente sacrificato, poiché chi segue questo tipo di orario lavorativo molto spesso non riesce a garantire a sé stesso un congruo numero di ore di sonno e ben distribuite nell'arco della giornata, in quanto obbligato a modificare i ritmi di vita a favore della sua professione. Una scarsa qualità del sonno è infatti stata associata, attraverso alcuni studi, ad un maggiore esaurimento emotivo fra gli infermieri, a qualsiasi livello di orario lavorativo.³⁶ Gli studi hanno

inoltre riportato che la Sindrome da Burnout è direttamente correlata alla scarsa qualità del riposo, e che i vari disordini del sonno come per esempio l'insonnia, la difficoltà ad addormentarsi, i risvegli prematuri, il sonno non riposante e la sonnolenza sono stati osservati maggiormente negli individui con alti livelli di burnout.³⁷⁻³⁸

2.4.4: ATTIVITÀ FISICA E SEDENTARIETÀ

La continua modificazione della routine giornaliera impedisce all'infermiere turnista di dedicare con costanza ed abitudine il tempo necessario all'attività fisica. Uno stile di vita sedentario infatti, è stato associato ad alti livelli di esaurimento emotivo fra gli infermieri³⁹, nonché ad un ridotto tasso di soddisfazione professionale. Studi longitudinali condotti sui professionisti sanitari hanno dimostrato che l'esercizio fisico contribuisce al mantenimento del benessere mentale: maggiori sono infatti l'intensità e la costanza dell'esercizio fisico, minori sono i rischi di soffrire di burnout, ansia e depressione. L'esercizio fisico, infatti, aumenta le risorse e le energie mentali e diminuisce la fatica percepita rilasciando neurotrasmettitori come la serotonina, responsabile della sensazione di benessere e felicità. L'attività fisica inoltre risulta fondamentale per la prevenzione di patologie croniche, come diabete, disturbi cardiovascolari e respiratori.⁴⁰⁻⁴¹

2.4.5: SODDISFAZIONE ECONOMICA

Alcuni studi condotti su una determinata popolazione infermieristica hanno evidenziato che, gli infermieri soddisfatti della loro retribuzione, si considerano maggiormente coinvolti positivamente dal loro impiego, e si considerano più efficienti e professionali. Questa caratteristica può essere associata alla soddisfazione in termini di carriera, poiché secondo ricerche condotte in campo economico-sanitario, la professione dell'infermiere si dimostra essere purtroppo poco riconosciuta economicamente, in relazione al carico di lavoro, alle responsabilità e alla preparazione che il tipo di lavoro richiede.⁴²

2.4.6: LIVELLO DI STRESS

Come precedentemente accennato, il livello di stress ricopre un ruolo determinante nella manifestazione della Sindrome da Burnout. Nello specifico, il lavoro dell'infermiere richiede l'erogazione di un'assistenza completa sotto ogni punto di vista, ossia umano, empatico, fisico e morale⁴³; la completezza e globalità della performance richiesta all'infermiere, sottopongono quest'ultimo ad un livello di stress aumentato rispetto agli altri professionisti della salute. Spesso questa situazione è aggravata inoltre da risorse limitate⁴⁴⁻⁴⁵, responsabilità aumentate rispetto alla norma, scarsa supervisione e tutela⁴⁶⁻⁴⁷, conflitti con colleghi e pazienti e lavoro straordinario⁴⁸, fattori che congiunti possono portare ad una scarsa tolleranza e soddisfazione nei confronti del proprio lavoro.

2.4.7: CONSEGUENZE DEL FENOMENO A LIVELLO ASSISTENZIALE

Come descritto prima, la Sindrome da Burnout comporta numerose conseguenze sul piano lavorativo; non ne è di certo esente la professione dell'infermiere. Esso addirittura, svolgendo un impiego ricco di responsabilità morali e legali, ed interfacciandosi quotidianamente con individui fragili e malati, porta con sé un maggior rischio di eventi avversi legati al burnout. La mancanza di energie, la perdita di empatia verso l'assistito, il distacco emotivo, la mancanza di entusiasmo verso la professione, l'alienazione rispetto al lavoro, lo svolgimento "meccanico" dei compiti, sono tutti fattori che senza dubbio contribuiscono ad una ridotta qualità dell'assistenza erogata, ad un aumento dei costi e dei tempi di degenza, ma soprattutto ad un rischio per la salute dei pazienti.⁴⁹ Un calo della performance infermieristica comporta inevitabilmente un aumentato rischio di errore, che in ambiente sanitario (soprattutto in area critica), può significare arrecare un grave danno alla persona assistita.⁵⁰ Possono fungere da esempio la mancata applicazione di tecniche aseptiche durante una procedura, con conseguente aumentato rischio per il paziente di contrarre un'infezione, oppure un errore nel calcolo o somministrazione di un farmaco ad alto impatto per l'organismo, che può provocare la morte del paziente.

2.5: BURNOUT E AMBIENTE SANITARIO: PREVENZIONE E TRATTAMENTO

Una revisione di letteratura condotta sull'argomento ha evidenziato quelle che possono essere le possibili strategie di prevenzione e trattamento della Sindrome da Burnout fra il personale medico.⁵¹ Considerando il fatto che la prevenzione è molto più sicura ed economica rispetto al trattamento, il primo passo per prevenire il burnout è innanzitutto il riconoscimento⁵² dei primi campanelli d'allarme. Riconoscere prematuramente un distacco emotivo dal lavoro, una situazione di stress o un'alienazione professionale è il primo passo fondamentale per intraprendere un processo di "*self-care*"⁵³. Questo consiste nell'adozione, e mantenere, una serie di buone abitudini, che possono arginare il fenomeno stress-correlato.

L'articolo consiglia infatti un costante esercizio fisico, uno sforzo a rimanere connessi emotivamente a famiglia e conoscenti nonostante la grande mole di lavoro, rimanere per quanto possibile "offline" dai dispositivi che si collegano alla professione (e-mail, gruppi di lavoro, telefonate) ed utilizzare il tempo libero per recuperare le energie spese.⁵⁴

Per quanto riguarda il trattamento della Sindrome da Burnout, le possibili azioni si dividono in due livelli⁵⁵: il primo, che è rappresentato dalle iniziative a livello sistemico-collettivo, mentre il secondo che prevede progetti a carattere individuale. Entrambi i livelli di lavoro hanno dimostrato essere sensibilmente efficienti nella riduzione del burnout. L'articolo descrive in maniera chiara ed esaustiva le strategie di trattamento.

A livello collettivo, programmi di assistenza, sedute di psicoterapia⁵⁶ e gruppi di ascolto che aiutino a gestire lo stress ed il burnout, possono fornire un valido supporto alla persona, tramite incontri programmati non solo nei giorni liberi, ma anche durante le giornate lavorative. Gli autori consigliano inoltre l'adozione di pause prestabilite per allentare il ritmo di lavoro. Viene inoltre consigliato l'impiego di supervisori⁵⁷, il cui ruolo è di vigilare sul personale e comunicare con quest'ultimo, col fine di captare i sintomi del burnout ed attivare il programma di assistenza. Riunioni tra il personale di reparto cadenzate regolarmente possono favorire il dialogo circa ruoli, progetti, scadenze e condivisione di traguardi e difficoltà, per aumentare la trasparenza sul luogo di lavoro e diminuire i conflitti.⁵⁸

A livello individuale invece, gli autori hanno identificato cinque strategie per combattere il burnout e l'esaurimento emotivo sul luogo di lavoro, commentando punto per punto.⁵⁹⁻⁶⁰⁻⁶¹

1. Imparare ad equilibrare traguardi professionali e personali: una corretta gestione del tempo e delle energie è ritenuta fondamentale. Saper bilanciare il tempo dedicato al lavoro, in modo tale che non vada a sottrarre del tempo alla vita privata è un aspetto fondante nel trattamento del burnout;
2. Plasmare la propria carriera identificando le principali fonti di stress: individuare, all'interno della posizione lavorativa, quali aspetti giovano alla propria persona e quali sono invece fonte di stress e preoccupazione. Se questi ultimi non sono modificabili, è importante chiedersi se quello attuale rappresenta o meno l'impiego professionale che più si addice alla persona;
3. Coltivare strategie per il proprio benessere: intraprendere una serie di azioni che contribuiscano al benessere della propria persona, come per esempio accrescere le relazioni sociali e familiari, ritagliare del tempo per sé stessi e per i propri hobby. Inoltre, comprendere l'importanza dell'esercizio fisico è fondamentale per alimentare il benessere personale;
4. Entusiasmarsi o re-entusiasmarsi: l'entusiasmo per la propria professione è considerato l'antitesi del burnout. Nella vita quotidiana come nel luogo di lavoro, è un aspetto fondamentale per il raggiungimento dei propri traguardi e per il mantenimento del proprio benessere;
5. Sviluppare la resilienza: essa può essere definita come durezza, resistenza o tenacia; viene descritta come un processo dinamico di incorporazione di attitudini positive e benefiche, di strategie efficaci e capacità di coping a rimedio delle numerose difficoltà che possono intercorrere a livello personale e lavorativo.

CAPITOLO 3: MATERIALI E METODI

3.1: DISEGNO DELLO STUDIO

Lo studio condotto è di tipo osservazionale descrittivo e trasversale.

3.2: CAMPIONAMENTO E SETTING

Il campione preso in considerazione per lo studio è composto dal personale infermieristico di quattro unità operative dell'Azienda *Ospedale Università di Padova (AOUP)*, appartenenti al settore dell'assistenza in area critica.

Le unità operative sono:

- *T.I.P.O. CARDIOCHIRURGIA*
- *IST.A.R. 3*
- *U.O.S.D. NEUROANESTESIA – NEURORIANIMAZIONE*
- *U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE*

Per garantire maggiore uniformità possibile ai dati raccolti, le unità operative selezionate sono in ugual numero per tipologia: la prima e la terza in elenco sono terapie intensive specialistiche, mentre la seconda e la quarta sono terapie intensive generali.

Il numero totale di infermieri prestanti servizio nelle unità operative sopra elencate, tra giornalieri e turnisti, è pari a circa 140 unità. Il numero preciso non è definibile, a causa del continuo ricambio del personale avvenuto durante il periodo di raccolta dati. Il campione potenziale, ovvero il numero massimo di infermieri che possono prendere parte allo studio, è quindi di 140 individui.

Per quanto riguarda il setting dello studio, non si sono rese necessarie particolari caratteristiche organizzative o ambientali, poiché per la sua quasi totalità, l'indagine è stata condotta per via telematica.

3.3: ATTIVITÀ DI RACCOLTA DEI DATI

Il primo passo nel processo di raccolta dei dati è stato stabilire un contatto con i professionisti responsabili all'interno delle unità operative prese in considerazione. È stato effettuato perciò, un colloquio individuale con ciascuno dei coordinatori infermieristici delle quattro unità operative, durante il quale è stato presentato il progetto di tesi, le caratteristiche e la modalità della raccolta dati, nonché le tempistiche di tutto il processo. L'obiettivo di questi colloqui è stato di raccogliere un primo consenso ufficioso alla raccolta dati, in modo tale che la richiesta ufficiale venisse elaborata in tempi più brevi.

Il secondo passo è stato compilare il protocollo di tesi, allegando ad esso le quattro schede di richiesta di raccolta dei dati, una per ciascuna unità operativa. Il protocollo, che racchiude in sintesi le principali caratteristiche del progetto (titolo, introduzione, modalità di raccolta dati e tipo di strumenti utilizzati, quadro teorico del progetto, quesiti della ricerca) è stato trasmesso all' *Ufficio delle Professioni Sanitarie dell'AOUP* il quale, una volta analizzata la richiesta, ha approvato la raccolta dati, da iniziare 20 giorni successivamente alla data di deposito della domanda. Da un punto di vista tempistico, l'intero processo di richiesta di raccolta dati ha impegnato circa 30 giorni (dal 15 giugno al 15 luglio 2022).

Il terzo ed ultimo passo è stato attuare la raccolta dati, che è stata effettuata attraverso un questionario di screening per la Sindrome da Burnout, *l'Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI), descritto nel paragrafo seguente. Il questionario è stato adattato alla piattaforma *Google Moduli* e trasmesso ai coordinatori infermieristici tramite URL, i quali hanno infine lo hanno inviato a tutto il personale infermieristico per la compilazione e l'invio dei dati; maggiori informazioni sullo strumento di raccolta delle informazioni sono presenti nel paragrafo successivo. La raccolta dati è cominciata il 18 luglio, ed è terminata il 6 agosto: questa fase del progetto ha quindi richiesto complessivamente 20 giorni.

3.4: STRUMENTI DI MISURA

Come anticipato nel paragrafo precedente, la raccolta dati è stata effettuata tramite l'utilizzo di un questionario adattato alla piattaforma *Google Moduli*. Lo strumento è suddivisibile in due sezioni: informazioni sociodemografiche e *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI); la compilazione del questionario nella sua interezza ha richiesto all'incirca 5 minuti di tempo.

Una caratteristica fondamentale di questo strumento è stata la totale garanzia dell'anonimato e della privacy degli intervistati: essendo infatti le risposte completamente anonime e non venendo richiesto nessun dato all'intervistato (nome, cognome, mail), chi ha completato il questionario si è certamente sentito più libero di esprimere una sincera opinione circa la propria esposizione al fenomeno in questione.

3.4.1: INFORMAZIONI SOCIO-DEMOGRAFICHE

La prima parte del questionario è rappresentata da una serie di 11 domande a risposta multipla, formulate ad hoc ed inserite nel progetto con lo scopo di raccogliere alcune informazioni sociodemografiche sul campione sottoposto all'indagine, ed osservare la relazione fra queste variabili ed il rischio di burnout rilevato. Le informazioni richieste all'intervistato in questa parte dell'indagine sono state:

- Genere;
- Età al momento dell'intervista;
- Anni complessivi di lavoro in area critica;
- Tipo di orario lavorativo seguito: se giornaliero o turnista;
- Tipologia di terapia intensiva in cui lavora: se generale o specialistica;
- Situazione sentimentale o familiare: se single, impegnato/a o sposato/a;
- Se può considerarsi attivo fisicamente: almeno 3 ore di attività fisica svolta a settimana;
- Se è soddisfatto dalle ore di sonno/riposo godute durante la notte;
- Se può ritenersi soddisfatto dalla propria retribuzione economica derivante dalla professione infermieristica;
- Quantificare il livello di stress percepito, su una scala da 1 a 10;

- Livello di interesse/partecipazione qualora venissero promosse azioni o progetti per la prevenzione ed il trattamento della Sindrome da Burnout all'interno del proprio contesto lavorativo.

3.4.2: OLDENBURG BURNOUT INVENTORY (OLBI)

3.4.2.1: ORIGINI E SVILUPPO

La parte centrale dello strumento di raccolta dati è costituita dall'*Oldenburg Burnout Inventory*, o denominato più semplicemente "OLBI". Si tratta di un questionario ideato e sviluppato nel 1998 da due psicologi, *Evangelia Demerouti* e *Friedhelm Nachreiner*,⁶² con l'obiettivo di rilevare i rischi e la presenza del burnout nelle professioni a stretto contatto e rapporto emotivo con gli altri individui.

Con il tempo, esso si è dimostrato un valido strumento per lo studio di questo fenomeno psicologico-occupazionale: successivamente ad alcuni studi condotti in Germania nel 2002⁶³⁻⁶⁴, negli Stati Uniti nel 2005⁶⁵ e in Grecia nel 2003⁶⁶ esso è stato validato ed ha acquisito credibilità all'interno della comunità scientifica, divenendo una solida alternativa al Maslach Burnout Inventory (MBI)⁶⁷, al tempo considerato il "gold standard" per condurre questo tipo di indagini. Esso viene messo gratuitamente a disposizione dagli sviluppatori in caso di utilizzo a fini di ricerca.

3.4.2.2: DIFFERENZE TRA OLBI E MBI

La principale differenza rispetto allo strumento di Christina Maslach è rappresentata dal fatto che quest'ultimo prende in considerazione tre elementi, ossia l'esaurimento emotivo, la depersonalizzazione e la realizzazione lavorativa, mentre l'OLBI ne considera solo due: il disimpegno lavorativo e l'esaurimento. Alcuni studiosi considerano la mancanza dell'item depersonalizzazione come la volontà degli autori di considerare quest'ultima come una strategia di coping per combattere lo stress lavorativo, e non un diretto sintomo del burnout.⁶⁸

L'esaurimento, inoltre, rappresenta la seconda differenza fra i due questionari⁶⁹: nell'MBI, quest'ultimo viene trattato solamente dal punto di vista emotivo, mentre nell'OLBI esso viene considerato come fattore fisico e cognitivo, oltre che emotivo; questo particolare può rendere l'OLBI maggiormente accurato nella ricerca di tutti i fattori che portano all'esaurimento, sintomo cardine della Sindrome da Burnout.

3.4.2.3: STRUTTURA DEL QUESTIONARIO

Il questionario è formato complessivamente da 16 quesiti; essi vanno ad indagare due diverse dimensioni⁷⁰:

1. *Esaurimento* (in inglese *exhaustion*, 8 quesiti): fa riferimento alla sensazione generale di svuotamento, di aumentato carico di lavoro, di forte bisogno di riposo, ed uno stato di prosciugamento delle energie fisiche;
2. *Disimpegno* (in inglese *disengagement*, 8 quesiti): si riferisce invece al distacco emotivo dal soggetto verso cui si svolge un impiego, ed ai sentimenti negativi e cinici che si sviluppano nell'ambiente di lavoro.

Ciascuna delle 16 domande è composta da un'affermazione riguardante l'individuo intervistato in rapporto alla sua professione: egli deve, in base al suo pensiero e situazione personale, rispondere esprimendo un grado di condivisione dell'affermazione stessa, scegliendo fra 4 possibili risposte⁷¹:

1. Fortemente d'accordo;
2. D'accordo;
3. In disaccordo;
4. Fortemente in disaccordo.

I 16 quesiti⁷² previsti dall'Oldenburg Burnout Inventory sono:

1. Riesco sempre a scoprire nuovi ed interessanti aspetti del mio lavoro;
2. Ci sono giorni in cui mi capita di sentirmi stanco ancor prima di arrivare a lavoro;
3. Mi capita sempre più spesso di parlare del mio lavoro in maniera negativa;
4. Dopo il lavoro, per riposarmi e rilassarmi, ho bisogno di più tempo rispetto ad una volta;
5. Riesco a gestire molto bene il lavoro "sotto pressione";

6. Ultimamente, mi capita di svolgere il mio lavoro in maniera meccanica, senza ragionare;
7. Vedo il mio lavoro come una sfida per migliorarmi;
8. Durante il lavoro mi capita spesso di sentirmi emotivamente “svuotato”;
9. Col tempo, mi è capitato di sentirmi emotivamente “disconnesso” dal mio lavoro;
10. Dopo il lavoro, solitamente ho le energie per le attività del mio tempo libero;
11. A volte provo disgusto nei confronti dei miei compiti di lavoro;
12. Dopo il lavoro, di solito mi sento stanco e logoro;
13. Guardando al futuro, questa è l’unica professione che mi vedo svolgere;
14. Solitamente riesco a gestire bene la mole di lavoro;
15. Mi sento sempre più coinvolto positivamente dal mio lavoro;
16. Quando lavoro, solitamente mi sento bene e pieno di energie.

I punteggi dei quesiti 1, 5, 7, 10, 13, 14, 15 e 16 si calcolano come segue:

- Fortemente d’accordo (+1 punto);
- D’accordo (+2 punti);
- In disaccordo (+3 punti);
- Fortemente in disaccordo (+4 punti).

Per quanto riguarda invece i quesiti 2, 3, 4, 6, 8, 9, 11 e 12 il punteggio è calcolato in maniera inversa, poiché trattasi di dichiarazioni negative:

- Fortemente d’accordo (+4 punti);
- D’accordo (+3 punti);
- In disaccordo (+2 punti);
- Fortemente in disaccordo (+1 punto).

I quesiti che fanno riferimento all’esaurimento sono il 2, 4, 5, 8, 10, 12, 14 e 16, mentre quelli che indagano il livello di disimpegno sono i quesiti 1, 3, 6, 7, 9, 11, 13 e 15.

Una volta ottenuta la valutazione parziale per ciascuna delle due dimensioni, sarà sufficiente sommare le due cifre per ottenere il punteggio finale dell’OLBI compreso

fra 16 e 64 punti: più esso sarà alto, più elevato sarà il rischio di burnout per il soggetto intervistato. È importante sottolineare che, col fine di mantenere la maggiore imparzialità possibile e garantire una minore influenza dello strumento sul campione sottoposto a indagine, la versione digitale del questionario somministrata agli infermieri non permetteva di visualizzare il punteggio legato a ciascuna delle quattro risposte. Non essendo inoltre presenti nella letteratura delle precise linee guida sui range di punteggio, essi sono stati così definiti:

- Basso rischio: 16-32 punti;
- Medio-basso rischio: 33-40 punti;
- Medio-alto rischio: 41-48 punti;
- Alto rischio: 49-64 punti.

3.5: STRUMENTI DI ANALISI ED AFFIDABILITÀ DELLA RACCOLTA DATI

L'organizzazione dei dati raccolti è stata facilitata dallo stesso *Google Moduli* che, in concomitanza con l'arrivo delle risposte dalle unità operative, le ha inserite automaticamente in un foglio di lavoro *Microsoft Excel* (figura 3.1), così da renderle più facilmente consultabili ed adattabili ad un dataset per l'analisi statistica, che in questo caso è di tipo descrittivo.

Per l'analisi statistica vera e propria, è stato utilizzato il programma *RStudio Cloud*. Grazie al suo utilizzo relativamente semplice, è stato sufficiente registrare un nuovo profilo online, dare il nome al neonato progetto, caricare il dataset di *Microsoft Excel* in formato *.CSV* (ossia modificato, reso compatibile con il software), ed estrapolare i dati necessari con l'obiettivo di analizzare i risultati raccolti. Sono stati infatti creati e commentati dei grafici per ogni variabile studiata, con l'intento di osservare il fenomeno del burnout e come esso incide nei soggetti con determinate caratteristiche sociodemografiche, e nel capitolo successivo sono stati presentati quelli più significativi.

Infine, l'affidabilità della raccolta dati può essere sostenuta dal fatto che è stato garantito il totale anonimato, così da permettere una più veritiera e reale risposta da

parte del campione osservato. Quest'ultimo, inoltre, è stato selezionato con l'apposito obiettivo di osservare il fenomeno del burnout in contesti lavorativi con caratteristiche ad alta variabilità: le unità operative infatti, sono di tipologie diverse, ospitano un numero diverso di posti letto e hanno un diverso numero di personale al loro interno.

NUMERO CAMPIONE	GENERE	ETA'	ANNI DI LAVORO IN T.I.	TIPO DI ORARIO	TIPO DI T.I.
1	Femminile	54	21	Giornaliero	Specialistica
2	Femminile	33	5	Turnista	Specialistica
3	Femminile	32	2	Turnista	Specialistica
4	Femminile	50	31	Turnista	Specialistica
5	Femminile	28	5	Turnista	Specialistica
6	Femminile	29	4	Turnista	Specialistica
7	Femminile	29	5	Turnista	Generale
8	Femminile	37	14	Turnista	Generale
9	Femminile	23	1	Turnista	Generale
10	Femminile	26	2	Turnista	Generale
11	Femminile	33	9	Turnista	Generale
12	Femminile	30	3	Turnista	Specialistica

Figura 3.1. Estratto del dataset utilizzato per la raccolta e analisi dei dati. Nelle colonne sono rappresentate le variabili ricercate, mentre nelle righe le risposte fornite dal campione in ordine cronologico.

CAPITOLO 4: RISULTATI

Al termine della raccolta dati, il numero di infermieri che hanno preso parte all'indagine è stato 100: considerando il bacino totale di 140 (ovvero la somma del personale infermieristico delle 4 unità operative), si può dedurre che la percentuale di adesione è stata del 71% circa. Essendo inoltre 100 il numero del campione, in molte analisi e descrizioni statistiche la percentuale è stata omessa a favore del valore assoluto o viceversa, poiché corrispondenti.

Del campione totale intervistato, il 79% si è identificato nel genere femminile, mentre il restante 21% in quello maschile (figura 4.1).

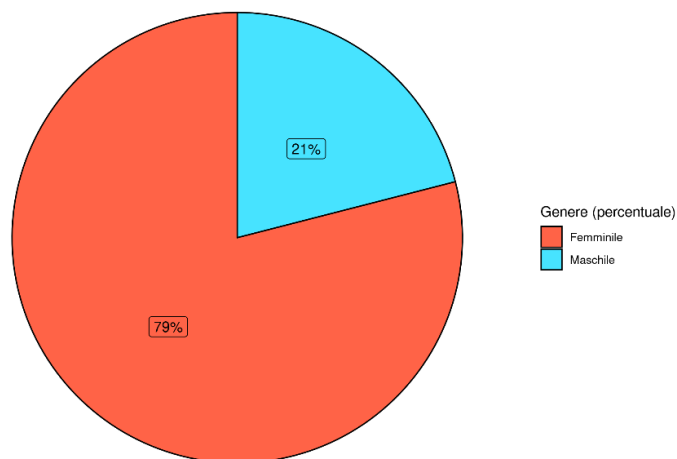


Figura 4.1. Distribuzione della variabile genere all'interno del campione.

Per quanto riguarda l'età anagrafica della popolazione osservata invece, i dati raccolti sono stati organizzati in classi, ovvero: 0-25 anni, 25-35 anni, 35-45 anni, 45-55 anni, e 55-99 anni. La divisione in classi ha permesso una più facile rappresentazione della variabile età (figura 4.2).

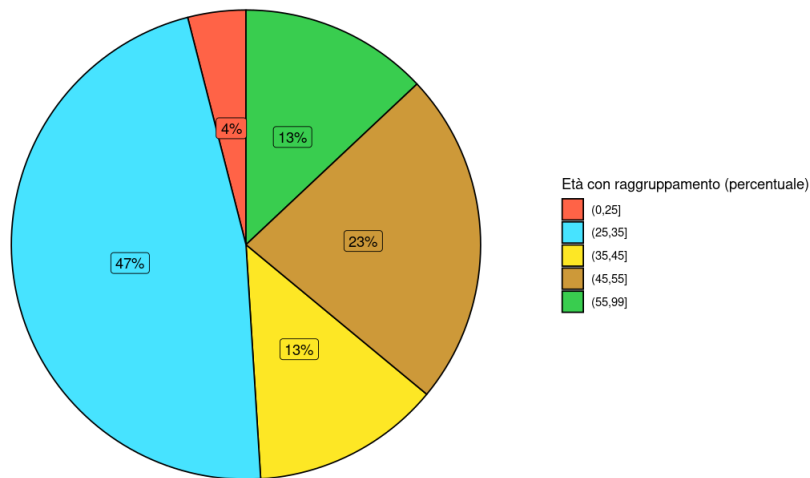


Figura 4.2. Distribuzione della variabile età raggruppata in classi all'interno del campione.

Osservando il grafico (figura 4.2), appare chiaro come la quasi metà del campione (47%) abbia un'età compresa fra i 25 e i 35 anni, mentre circa un terzo (36%) abbia un'età compresa fra i 35 e i 55 anni, e solo il 13% abbia un'età pari o superiore a 55 anni. L'età minima registrata è di 23 anni, la massima di 64, mentre l'età media del campione è di 39,56 anni (≈ 40).

La distribuzione dell'età del campione secondo il genere può essere osservata in un ulteriore grafico (figura 4.3). In esso, infatti, si può ben evidenziare come la distribuzione del personale infermieristico di genere maschile sia alquanto regolare con l'avanzare degli anni; per il genere femminile invece è diverso: sono maggiormente presenti donne al di sotto dei 30 anni di età (38% delle donne totali) e dai 45 anni in poi (30% delle donne totali).

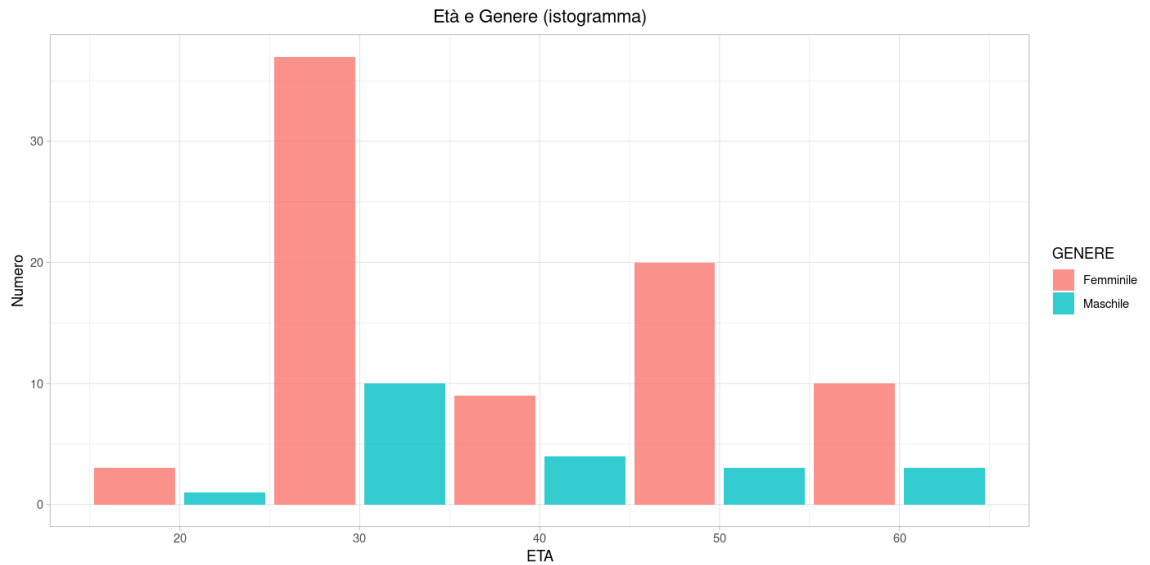


Figura 4.3. Distribuzione della variabile genere in rapporto alla variabile età in classi all'interno del campione.

Per quanto riguarda l'anzianità di impiego in terapia intensiva, anche questa variabile è stata suddivisa in classi: 0-5 anni, 5-15 anni, 15-25 anni, 25-35 anni, 35-45 anni. Il grafico evidenzia come una parte consistente del campione (44%) abbia lavorato complessivamente 5 o meno anni in terapia intensiva, mentre solo il 2% abbia accumulato dai 35 ai 45 anni complessivi di lavoro in questo settore. Si equivalgono invece le distribuzioni nelle rimanenti classi (figura 4.4).

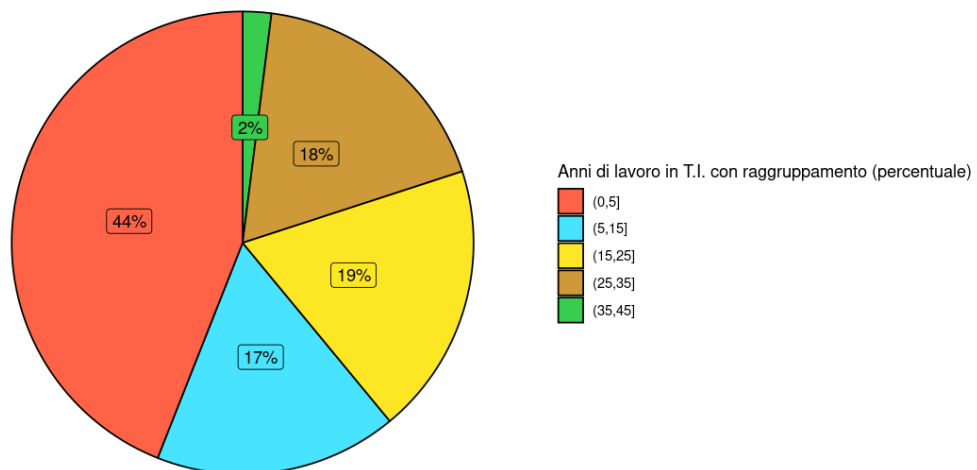


Figura 4.4. Distribuzione degli anni complessivi di lavoro in terapia intensiva (T.I.) raggruppati in classi all'interno del campione.

All'interno del campione osservato, gli infermieri prestanti servizio in una terapia intensiva generale sono stati 47 (U.O.C. Anestesia e Rianimazione o IST.A.R. 3), mentre quelli appartenenti ad una unità operativa specialistica sono stati 53 (U.O.S.D. Neuroanestesia-Neuroranimazione oppure T.I.P.O. Cardiochirurgia). Della popolazione totale intervistata, l'84% svolge il proprio impiego secondo un tipo di orario a turni, mentre il restante 16% ha un contratto di tipo giornaliero (figura 4.5).

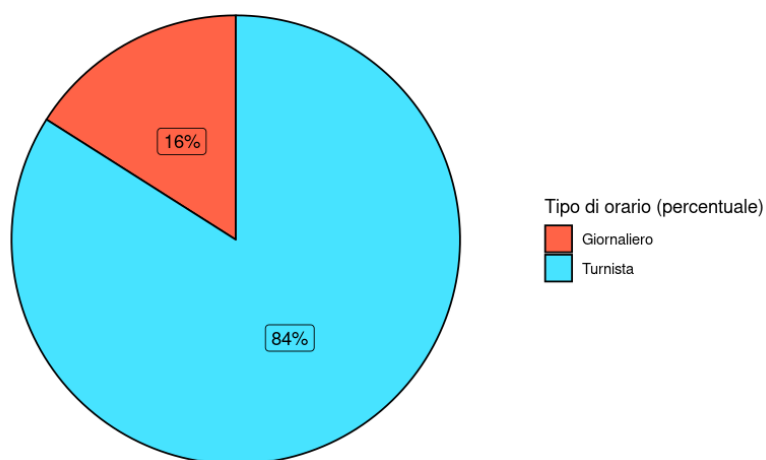


Figura 4.5. Distribuzione del tipo di orario lavorativo (giornaliero o turnista) all'interno del campione.

Per quanto riguarda l'attività fisica, soltanto il 44% del campione si ritiene fisicamente attivo, mentre il 56% non si ritiene tale (figura 4.6); il *cut-off* stabilito a priori per questa variabile è stato lo svolgimento di qualsiasi esercizio fisico per almeno 3 ore complessive a settimana.

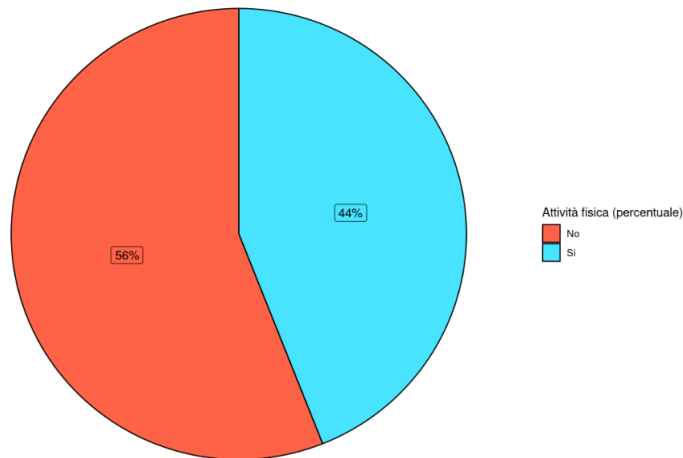


Figura 4.6. Distribuzione della variabile attività fisica (SI= 3 ore o più di attività fisica alla settimana; NO= meno di 3 ore di attività alla settimana) all'interno del campione.

La qualità del sonno/riposo è stata un'altra variabile indagata e successivamente descritta (figura 4.7): una consistente parte del campione si è ritenuta non soddisfatta delle ore di sonno/riposo di cui riesce a godere (ben il 67%), mentre solo un terzo del campione si è ritenuto complessivamente soddisfatto (33%).

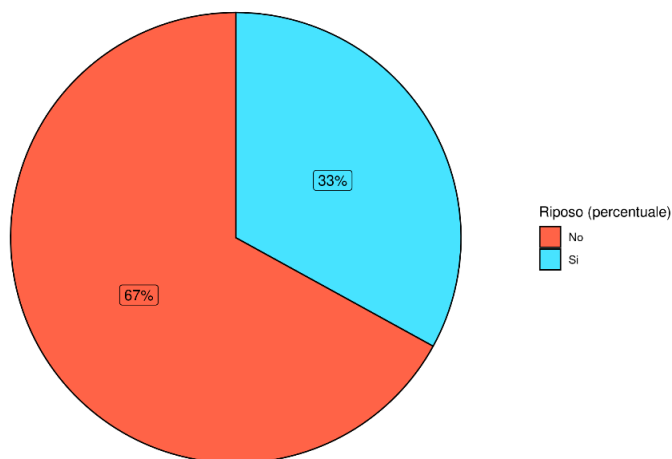


Figura 4.7. Descrizione della variabile riposo all'interno del campione (SI= l'individuo si ritiene soddisfatto delle ore di sonno/riposo, NO= non si ritiene soddisfatto).

Un altro campo indagato inoltre, è stato quello della retribuzione economica. È stato chiesto al campione se si potesse considerare soddisfatto dalla propria retribuzione economica derivante dalla professione di infermiere: un'esigua parte (6%) si è ritenuta soddisfatta, mentre la quasi totalità del campione (94%) si è ritenuta insoddisfatta.

Per quanto riguarda il livello di stress, al campione è stato richiesto di esprimere, con un numero da 1 a 10, lo stress percepito nell'ambiente lavorativo. Nel grafico sottostante (figura 4.8), sono rappresentati i livelli di stress per ciascun range (da 2 a 10, poiché nessuna persona intervistata ha indicato il valore 1). Dalla rappresentazione appare chiaro come i livelli di stress tendono ad essere medio-alti: il valore maggiormente espresso è 8 (38% del campione). Inoltre, ben l'81% del campione esprime il livello di stress percepito con un valore uguale o superiore al 7. Considerando l'intero campione, il valore medio nella variabile stress è pari a 7,68.

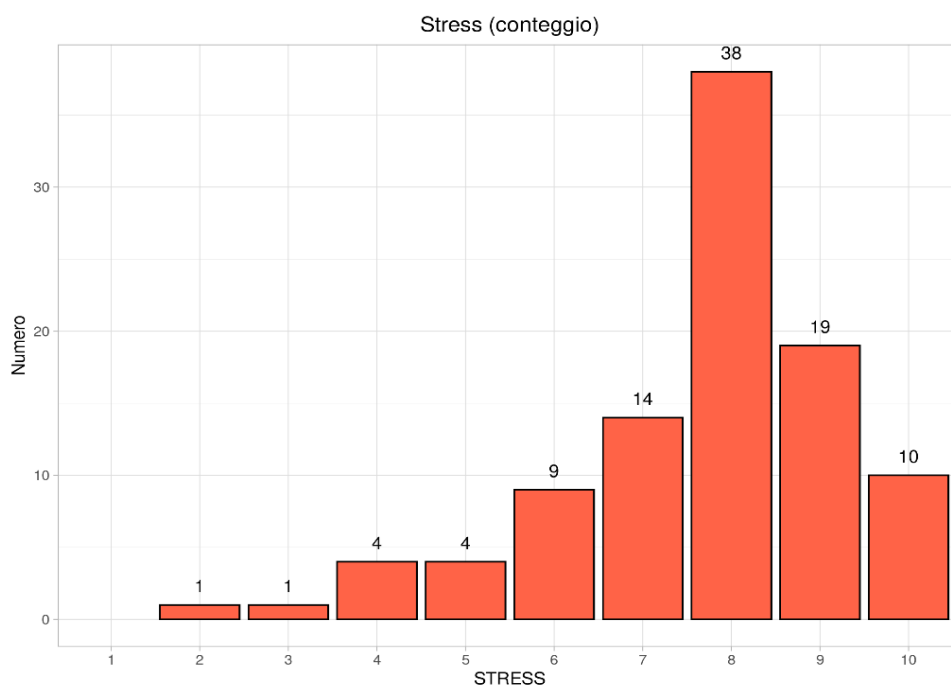


Figura 4.8. Distribuzione del livello di stress percepito nella popolazione (su una scala da 1 a 10).

L'ultimo quesito della sezione sociodemografica del questionario va ad indagare il livello di interesse/partecipazione circa la promozione di progetti ed azioni per la prevenzione ed il trattamento della Sindrome da Burnout all'interno dell'ambiente lavorativo. Agli intervistati è stati quindi chiesto di esprimere un livello di interesse fra "Assolutamente no", "Probabilmente no", "Non saprei", "Probabilmente si" e

“Assolutamente sì”. Come si evince dal grafico (figura 4.9), quasi due terzi del campione (60%) si dimostra interessato circa l’eventuale promozione di suddetti progetti (32% “Assolutamente sì” e 28% “Probabilmente sì”), mentre soltanto il 18% è tendenzialmente non interessato (13% “Probabilmente no” e 5% “Assolutamente no”). Gli indecisi “Non saprei” occupano il 22% del grafico, ossia quasi un quarto.

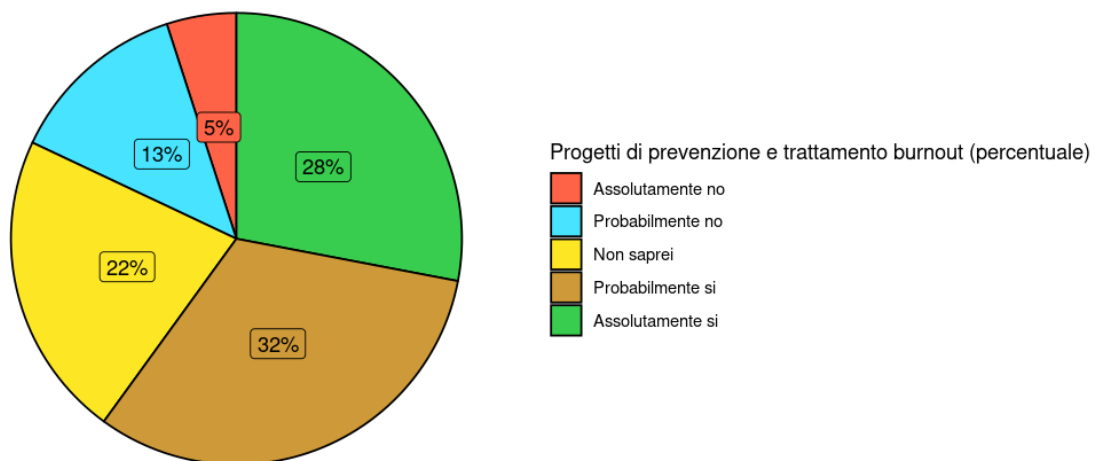


Figura 4.9. Livello di interesse circa eventuali progetti per la prevenzione ed il trattamento della *Sindrome da Burnout nell'ambiente lavorativo.*

Come descritto nel capitolo precedente, lo strumento di screening utilizzato per verificare il rischio di burnout nella popolazione osservata è l’Oldenburg Burnout Inventory (OLBI). Le risposte fornite a ciascuno dei 16 quesiti hanno prodotto un risultato numerico, compreso fra 16 e 64. I *cut-off* (o *rank*) sono stati così definiti: “Basso rischio” (dai 16 ai 32 punti), “Medio-basso rischio” (dai 33 ai 40 punti), “Medio-alto rischio” (dai 41 ai 48 punti) e “Alto rischio” (dai 49 ai 64 punti). La fascia media di rischio è stata divisa nelle due fasce sopra descritte per permettere una più precisa collocazione e descrizione dei risultati, poiché la letteratura (come indicato nel capitolo precedente) non è uniforme riguardo l’assegnazione di precisi livelli di rischio. Come si evince dal grafico (figura 4.10), di tutti i professionisti che hanno completato il test, il 44% sono a medio-alto rischio, mentre l’11% sono ad alto rischio. Possono

definirsi più “al sicuro” il restante degli infermieri intervistati, i quali si categorizzano nel basso rischio con il 10% e nel medio-basso con il 35%.

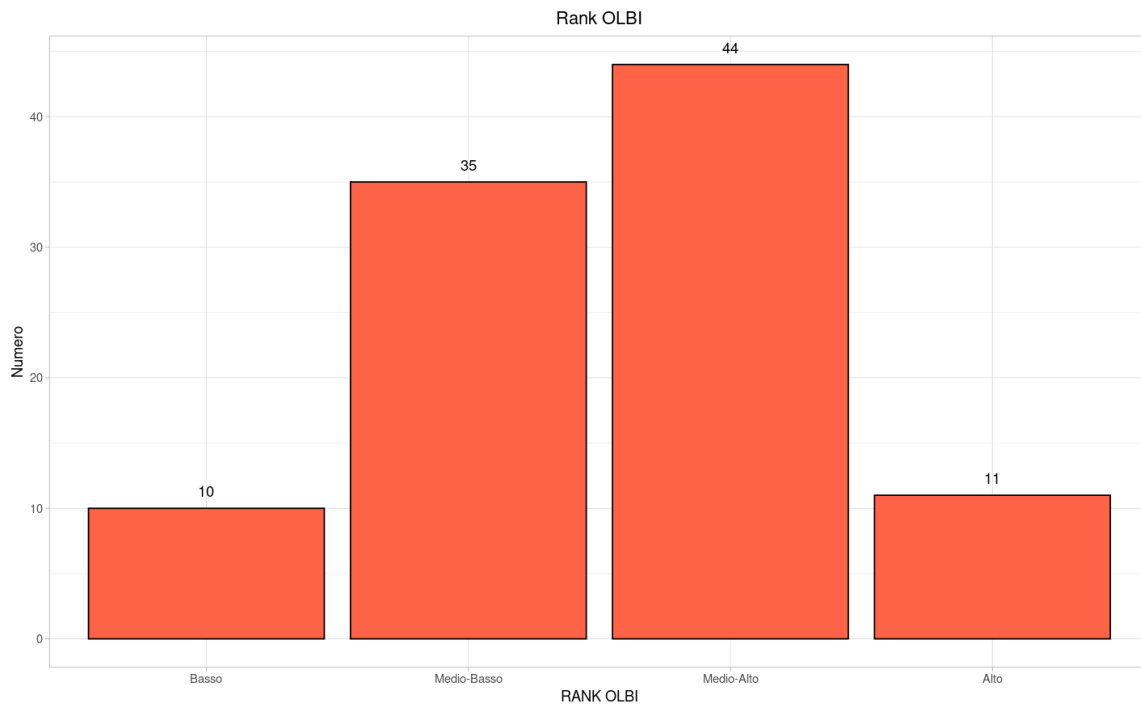


Figura 4.10. Livelli di rischio di insorgenza della Sindrome da Burnout secondo l'Oldenburg Burnout Inventory (OLBI).

Una volta esposti i punteggi relativi al test OLBI e descritto come essi si distribuiscono nel campione osservato, si possono mettere a confronto con i risultati sociodemografici raccolti in precedenza.

Per quanto riguarda il rischio di burnout comparato al tipo di orario lavorativo, nella figura sottostante sono descritti i risultati (figura 4.11). Come si evince dalla rappresentazione dell'istogramma, il tipo di orario lavorativo in questo studio non sembra incidere particolarmente sul rischio di insorgenza della Sindrome da Burnout. Fra i lavoratori turnisti (l'84% del totale), solo l'8,3% (n=7) dimostra un alto rischio, ed il 42,9% (n=36) un medio-alto rischio, mentre fra i lavoratori giornalieri (il restante 16% del campione), l'alto rischio appare addirittura nel 25% dei casi (n=4), mentre il medio-alto nel 50% della categoria (n=8): il rischio alto e medio-alto quindi è presente nel 51,2% di chi lavora a turni, e nel 75% di chi lavora solamente nelle fasce diurne.

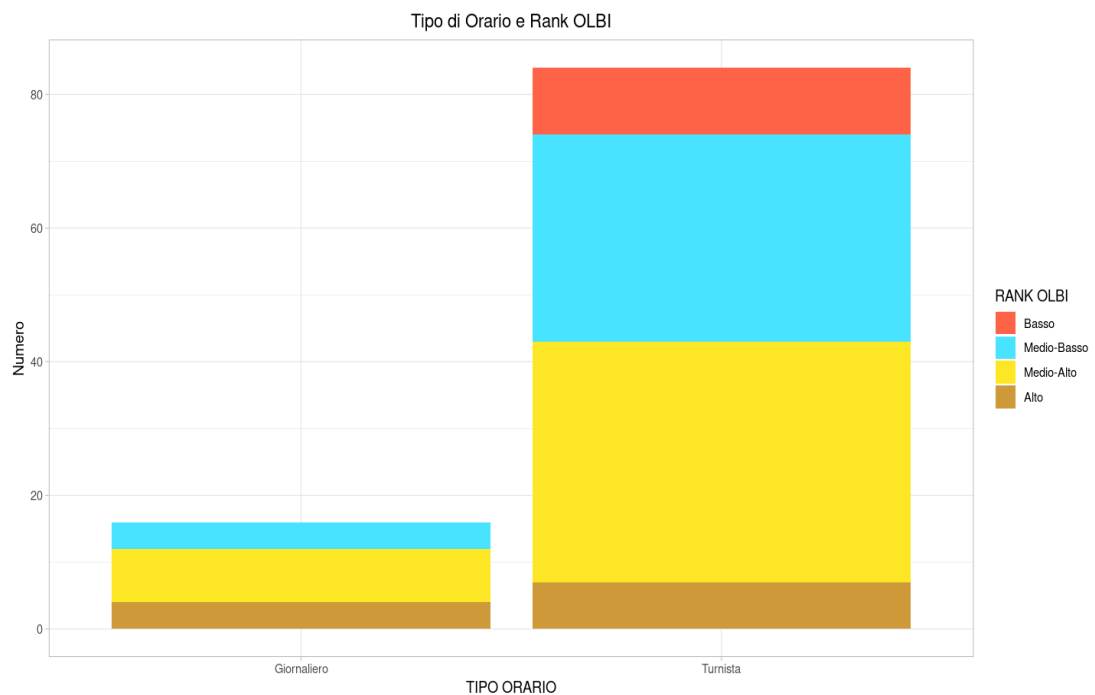


Figura 4.11. Rischio di burnout rapportato al tipo di orario lavorativo nella popolazione osservata.

Per quanto riguarda il rischio di burnout rapportato al livello di attività fisica praticata, limitatamente alla popolazione osservata si può osservare come la presenza o assenza di questa caratteristica non influisca marcatamente sul fenomeno in questione (figura 4.12). Tra gli infermieri che si considerano fisicamente attivi (44% del totale), il rischio di burnout è così distribuito: 13,6% basso (n=6), 31,8% medio-basso (n=14), 40,9% medio-alto (n=18) e 13,6% alto (n=6).

Per il personale infermieristico che invece non si considera fisicamente attivo (56% del campione totale), i livelli di rischio rilevati sono: 7,1% basso (n=4), 37,5% medio-basso (n=21), 46,4% medio-alto (n=26) e 8,9% alto (n=5).

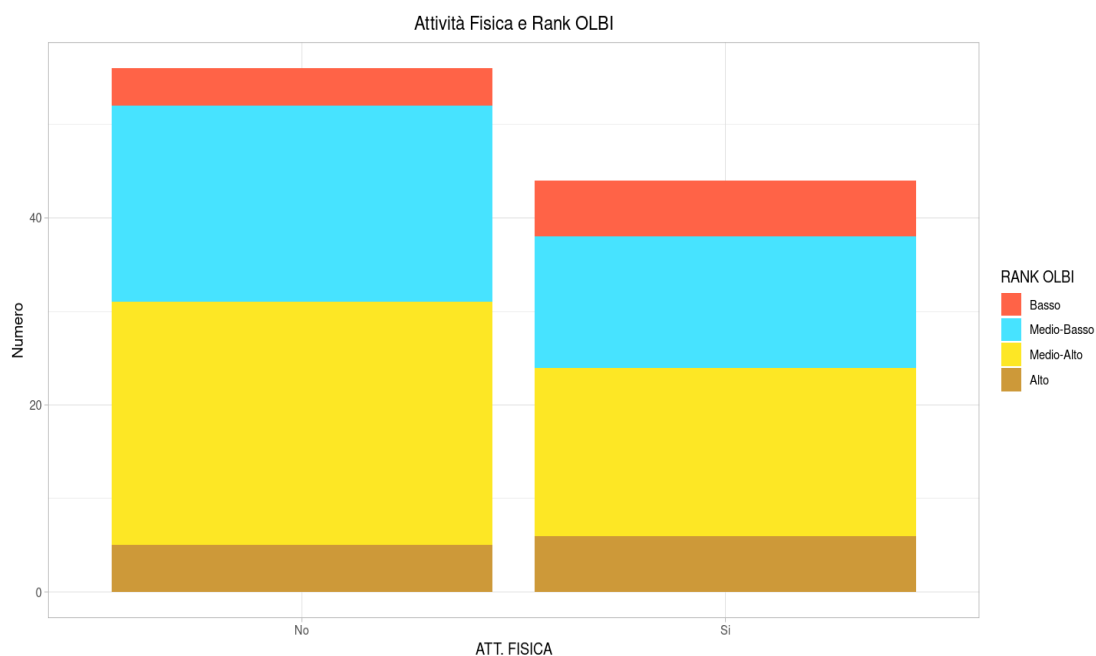


Figura 4.12. Rischio di burnout rapportato al livello di attività fisica (SI= 3 ore o più di attività fisica alla settimana; NO= meno di 3 ore di attività alla settimana) nella popolazione osservata.

Sono stati inoltre messi in relazione i punteggi OLBI ottenuti con i livelli di soddisfazione circa le ore di sonno/riposo espressi dal campione in questione (figura 4.13). Il grafico indica infatti che, tra il personale intervistato che si considera soddisfatto delle proprie ore di riposo (33% del campione totale), il rischio di burnout è così distribuito: 18,2% basso (n=6), 36,4% medio-basso (n=12), 39,4% medio-alto (n=13) e 6,1% alto (n=2). I risultati invece appaiono diversi per il restante 67% del

campione, composto dagli individui che non si considerano soddisfatti delle ore dedicate al riposo: per questi ultimi l'alto rischio di burnout è del 13,4% (n=9), il medio-alto del 46,3% (n=31), mentre medio-basso e basso sono rispettivamente del 34,3% (n=23) e 6% (n=4).

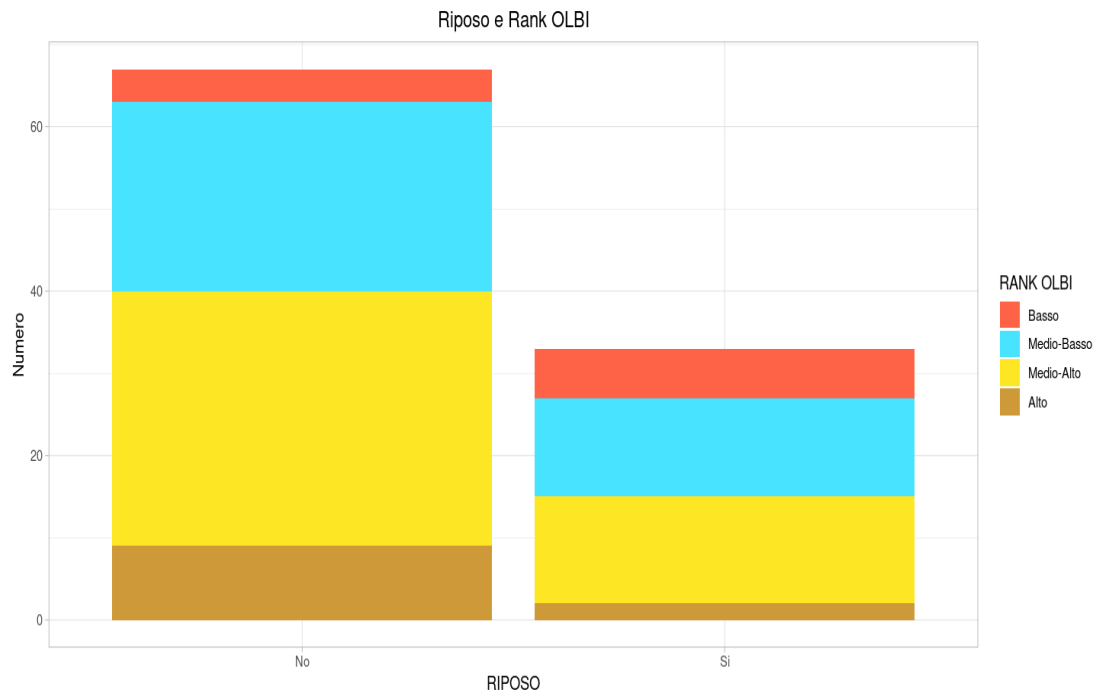


Figura 4.13. Rischio di burnout rapportato al livello di soddisfazione del sonno/riposo nella popolazione osservata.

Infine, l'ultima variabile presa in considerazione e rapportata allo score OLBI è stata quella dello stress. Il livello di stress percepito infatti, nel grafico sottostante (figura 4.14) è stato analizzato assieme alla distribuzione del rischio di burnout. Dal grafico è possibile osservare come l'alto rischio di burnout sia presente esclusivamente negli individui che percepiscono un livello maggiore di stress (ossia nel livello 8, 9 e 10, con una preponderanza marcata nel livello 8), e come il medio-alto rischio segua quasi lo stesso andamento, e sia comunque distribuito esclusivamente nei livelli di stress che vanno dal 6 al 10 (soprattutto nei livelli 8 e 9). Si può osservare dunque come il rischio di burnout per chi percepisce un minore stress sia statisticamente più basso,

limitatamente al campione osservato: per le fasce di stress che vanno da 1 a 5 infatti, medio-alto ed alto rischio di burnout non sono presenti.

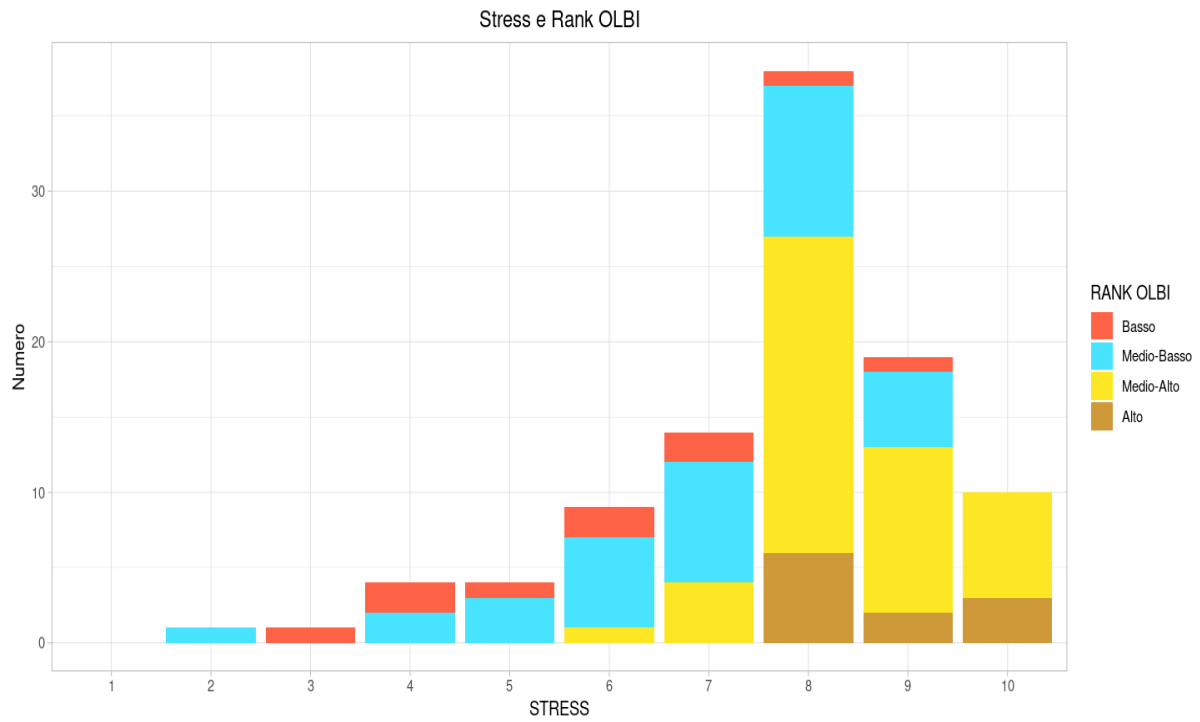


Figura 4.14. Rischio di burnout rapportato al livello di stress percepito (su una scala da 1 a 10).

CAPITOLO 5: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

5.1: RIEPILOGO E SINTESI DEI RISULTATI

Come descritto ampiamente nei capitoli precedenti, gli scopi dell'indagine condotta possono essere sintetizzati in due punti principali:

1. Verificare se, ed in che misura il rischio di Sindrome da Burnout è presente nel campione osservato;
2. Osservare e descrivere la possibile relazione fra il rischio di burnout e le caratteristiche sociodemografiche proprie del campione osservato e limitatamente allo stesso.

I dati sociodemografici del campione ed i risultati dell'Oldenburg Burnout Inventory, raccolti attraverso il questionario, possono essere così sintetizzati:

- *Genere*: la maggior parte del campione è composto da professionisti di genere femminile (79%);
- *Età*: quasi la metà del campione (47%) è racchiuso nella fascia d'età compresa fra 25 e 35 anni, mentre quasi un quarto di esso (23%) lo è nella fascia d'età che va dai 45 ai 55 anni;
- *Anzianità lavorativa in area critica*: una parte consistente del campione intervistato ha 5 o meno anni di anzianità lavorativa in area critica (44%), mentre un quinto del campione ha lavorato complessivamente 25 o più anni in area critica;
- *Tipologia di terapia intensiva*: l'equilibrio previsto nel tipo di terapia intensiva è stato rispettato: il 47% delle risposte proviene da una terapia intensiva generale, mentre il 53% da una terapia intensiva specialistica;
- *Tipo di orario lavorativo*: la maggior parte del campione svolge il proprio impiego secondo lo schema di lavoro a turni (84%);
- *Attività fisica*: la maggioranza del campione non si ritiene fisicamente attivo, secondo gli standard imposti dall'indagine condotta (56%);

- *Sonno e riposo*: più di due terzi del campione ritiene di non dormire / riposare sufficientemente (67%);
- *Soddisfazione economica*: la quasi totalità del campione (94%) si ritiene insoddisfatta della propria retribuzione economica;
- *Livello di stress*: la maggioranza del campione (71%) ha dichiarato di percepire un alto livello di stress (livello dal 7 al 9), e solo una piccola parte (10%) ha espresso un livello di stress di livello 5 o inferiore;
- *Progetti di prevenzione e cura della Sindrome da Burnout*: la maggior parte del campione intervistato (60%) si è dimostrata fortemente interessata all'eventuale promozione dei suddetti progetti, mentre solo un'esigua parte (18%) non si è dimostrata interessata;
- *Rischio di Sindrome da Burnout*: quasi un terzo del campione intervistato si è dimostrato essere a medio-basso rischio di burnout (35%), mentre quasi la metà del campione stesso è risultato esserne a medio-alto rischio (44%).

5.2: DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Dai risultati appare chiaro come, nel campione sottoposto ad indagine, il questionario utilizzato abbia evidenziato un rischio di burnout ben oltre la soglia minima. Il dato può essere interpretato in più maniere, e sotto più punti di vista; è importante considerare, per esempio, il tipo di ambiente lavorativo. Come descritto nel secondo capitolo, infatti, la professione infermieristica in area critica è generalmente caratterizzata da aspetti che la rendono maggiormente usurante e difficoltosa per chi presta servizio al suo interno, rispetto alle altre realtà lavorative. La casistica degli assistiti, il carattere di urgenza-emergenza, la richiesta assistenziale ad alta intensità, la messa in atto di procedure difficoltose, complicate e ad alto impatto per il paziente, la forte componente emotiva messa in campo nell'interfacciarsi con la sofferenza e la morte, sono tutti aspetti che incidono enormemente sulla salute fisica e mentale del professionista sanitario qual è l'infermiere.

Il dato sul rischio di burnout può inoltre essere analizzato in una seconda maniera. Considerando infatti le variabili sociodemografiche associate al campione, quelle cioè raccolte nella prima parte dell'intervista, si può affermare senza dubbio che una parte

delle ipotesi, formulate sulla base della letteratura precedentemente argomentata, ha trovato riscontro nell'indagine eseguita.

Ne è un esempio il rischio di burnout messo in relazione alla qualità del sonno indagata all'interno del campione osservato. Le informazioni estrapolate hanno infatti trovato riscontro con la letteratura presentata a inizio ricerca: il gruppo di infermieri intervistati che ha dichiarato di non godere di un riposo sufficiente e commisurato al proprio dispendio energetico giornaliero, si è dimostrato maggiormente a rischio di Sindrome da Burnout, rispetto alla controparte che, invece, ha dichiarato di riuscire a riposare un numero congruo e soddisfacente di ore.

La stessa osservazione può essere mossa nell'analizzare il rapporto fra il livello di stress e rischio di Sindrome da Burnout. Come descritto nel capitolo precedente infatti, i soggetti intervistati che hanno dichiarato di percepire un maggiore livello di stress, si sono dimostrati maggiormente a rischio di burnout: il medio-alto ed alto rischio, si sono infatti distribuiti solamente nella sezione della scala che rappresentava lo stress dal livello 6 al livello 10, lasciando interpretare al lettore che nei livelli di stress più basso invece (livelli dal 2 al 5), fossero presenti soltanto individui a medio-basso e basso rischio di burnout.

Un diverso discorso invece va fatto per le restanti due variabili prese in considerazione. Nel confrontare l'incidenza del fenomeno studiato in relazione al livello di attività fisica svolta, per esempio, non sono emerse nette differenze fra i livelli di burnout fra chi, nel campione osservato, si considera attivo fisicamente e chi invece no. Una simile osservazione può essere condotta nel commentare il rischio di burnout in relazione al tipo di orario lavorativo. La porzione di lavoratori giornalieri è, percentualmente, a maggiore rischio di burnout rispetto a quella dei lavoratori a turni, ma purtroppo la differenza di unità statistiche che vanno a comporre i due gruppi è troppo sbilanciata (rispettivamente il 16% e 84% del totale), e non può quindi offrire un'adeguata base per trarre valide conclusioni sulla relazione fra la variabile dell'orario di lavoro e l'incidenza del fenomeno.

Un ulteriore aspetto da sottolineare è inoltre la vicinanza che il campione osservato ha dimostrato circa la promozione di progetti atti alla prevenzione ed al trattamento della Sindrome da Burnout all'interno dell'ambiente di lavoro. Questo dato dimostra la capacità del personale infermieristico intervistato, di comprendere a fondo i rischi e le

conseguenze del burnout sul piano fisico, emotivo e professionale, e di dimostrarsi estremamente sensibile d'innanzi alle problematiche professionali, con annessa volontà di migliorare, prevenire e trattare.

5.3: LIMITI DELLO STUDIO

Per quanto riguarda lo studio in sé, appare doveroso operare delle considerazioni rispetto ai limiti dello stesso. Innanzitutto, il campione di 100 infermieri preso in considerazione può essere definito sufficiente per sviluppare uno studio sul fenomeno e rispettarne i criteri di validità, ma allo stesso tempo esso rappresenta un campione ancora troppo esiguo per permettere una generalizzazione dei risultati estrapolati.

Un'altra motivazione a supporto della non generalizzazione dei risultati, va ricercata nel tipo di campione scelto. Il gruppo di infermieri selezionato, seppur appartenente a diverse unità operative, fa comunque riferimento ad un'unica realtà assistenziale, l'Azienda Ospedale Università di Padova. Tale realtà lavorativa, come tutte le altre dislocate nel territorio, mantiene caratteristiche lavorative e organizzative proprie che, come nelle altre realtà, va ad influenzare (in maniera più o meno evidente), il lavoro dei professionisti che operano al suo interno. Ne sono un esempio gli orari lavorativi, il rapporto infermieri-posti letto in ogni unità operativa, la burocrazia, le risorse disponibili, la facilità di comunicazione, la retribuzione. La possibilità di generalizzare quindi, sarebbe stata concreta qualora fossero state selezionate come campione unità operative diverse appartenenti a realtà territoriali diverse, aventi a disposizione risorse in misura differente, all'interno delle quali il personale è organizzato in maniera diversa, abituato a carichi diversi di lavoro, disponenti di diverse strumentazioni e in numero differente, e retribuito in maniera diversa. Solo in questo caso, avendo a disposizione un campione caratteristicamente più vario, questo studio avrebbe potuto godere della possibilità di generalizzare i risultati, offrendo una panoramica più ampia e completa del rischio di burnout fra gli infermieri di area critica, e che spaziasse oltre il contesto territoriale in cui l'indagine è stata condotta.

5.4: IMPLICAZIONI PER LA PRATICA ASSISTENZIALE

Per quanto riguarda invece le possibili implicazioni nella pratica assistenziale, le risposte fornite da parte del campione osservato evidenziano, come sottolineato in precedenza, un rischio di burnout sopra la soglia minima, ma allo stesso tempo una corrispettiva apertura nei confronti di possibili iniziative e progetti per prevenire e contrastare il fenomeno in questione. È possibile che quest'interesse, manifestato da una consistente porzione della popolazione studiata, porti con sé un bisogno di adottare, personalmente o collettivamente, delle tecniche che aiutino a prevenire ed eventualmente combattere il fenomeno in questione.

La letteratura contiene numerose strategie ed azioni che aiutano a perseguire questo obiettivo: ne sono un esempio i gruppi di supporto e assistenza o i cosiddetti "supervisor", entrambi descritti nel quadro teorico del primo capitolo, oppure le sedute individuali o collettive di psicoterapia. Queste azioni unite rappresentano le possibili soluzioni per il contrasto del fenomeno che, sommate ad un graduale e costante processo di "self-care", hanno dimostrato di poter supportare la persona colpita da burnout a trarre giovamento e migliorare la sua condizione, con il fine di aiutarla a riacquistare l'equilibrio personale e lavorativo, contribuendo inoltre a ridurre la malattia professionale, l'assenteismo, il tasso di errori nella pratica assistenziale e gli aumentati costi delle cure che derivano da esso.

5.5: CONCLUSIONI

Nel cercare di indirizzare il progetto verso una conclusione, il passo che appare più giusto è quello di riassumere le parti salienti del progetto stesso, e verificare l'avvenuto raggiungimento degli obiettivi prefissati. Esso si è prestabilito lo scopo di fornire una visione panoramica circa un determinato fenomeno all'interno di un tipo di popolazione stabilito a priori. Il suo obiettivo era infatti di ricercare, tramite uno studio di tipo osservazionale, l'effettivo rischio di Sindrome da Burnout tra il personale infermieristico sottoposto ad indagine, ricercando in esso le variabili che possono interferire, in maniera positiva o negativa, con la condizione stessa, sulla base della letteratura consultata e adoperata. Verificata la presenza del fenomeno, e messo in

relazione con le caratteristiche sociodemografiche riscontrate nel campione, è stata dimostrata infine una più che flebile apertura, interesse e sensibilità del campione stesso, nei confronti di progetti e azioni per la prevenzione ed il trattamento di un serio e attuale problema per la professione infermieristica, qual è la Sindrome da Burnout.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Ratliff N. Stress and burnout in the helping professions. *Soc Casework*. 1988 Mar;69(3):147-54. PMID: 10302236.
2. Bridgeman PJ, Bridgeman MB, Barone J. Burnout syndrome among healthcare professionals. *Am J Health Syst Pharm*. 2018 Feb 1;75(3):147-152. Doi: 10.2146/ajhp170460. Epub 2017 Nov 28. PMID: 29183877.
3. Christina Maslach and Wilmar Schaufeli, 'Historical and Conceptual Development of Burnout', in *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*, ed. Wilmar Schaufeli, Christina Maslach, and Tadeusz Marek (Washington, DC: Taylor & Francis, 1993), pp. 1–16.
4. Herbert Freudenberger, 'Staff Burnout', *Journal of Social Issues* 30 (1974), 159–65.
5. Schaufeli, W. B. (2017). Burnout: A short socio-cultural history. In S. Neckel, A. K. Schaffner, & G. Wagner (Eds.), *Burnout, fatigue, exhaustion: An interdisciplinary perspective on a modern affliction* (pp. 105–127). Palgrave Macmillan.
6. Christina Maslach, 'Burned-Out', *Human Behavior* 9 (1976), 16–22, and Christina Maslach, 'Burnout: A Multidimensional Perspective', in *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*, ed. Wilmar Schaufeli, Christina Maslach, and Tadeusz Marek (Washington, DC: Taylor & Francis, 1993), pp. 19–32.
7. Christina Maslach and Suzan Jackson, 'The Measurement of Experienced Burnout', *Journal of Occupational Behavior* 2 (1981), 99–113.
8. Maslach, Christina, and Wilmar B. Schaufeli. "Historical and conceptual development of burnout." *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. CRC Press, 2018. 1-16.

9. Cindy McGeary and Donald McGeary, 'Occupational Burnout', in *Handbook of Occupational Health and Wellness*, ed. Robert Gatchel and Izabella Schultz (New York: Springer, 2012), pp. 181–200.

10. Maslach, Christina, and Wilmar B. Schaufeli. "Historical and conceptual development of burnout." *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. CRC Press, 2018. 1-16.

11. Schaufeli, W. B. (2017). Burnout: A short socio-cultural history. In S. Neckel, A. K. Schaffner, & G. Wagner (Eds.), *Burnout, fatigue, exhaustion: An interdisciplinary perspective on a modern affliction* (pp. 105–127). Palgrave Macmillan.

12. Schaufeli, W. B. (2017). Burnout: A short socio-cultural history. In S. Neckel, A. K. Schaffner, & G. Wagner (Eds.), *Burnout, fatigue, exhaustion: An interdisciplinary perspective on a modern affliction* (pp. 105–127). Palgrave Macmillan.

13. <https://icd.who.int/browse10/2016/en#/Z73.0>

14. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

15. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397. PMID: 11148311.

16. Boutou A, Pitsiou G, Sourla E, Kioumis I. Burnout syndrome among emergency medicine physicians: an update on its prevalence and risk factors. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2019 Oct;23(20):9058-9065. doi: 10.26355/eurrev_201910_19308. PMID: 31696496.

17. Cherniss C. (1986); La sindrome del burn-out. Lo stress lavorativo degli operatori dei servizi socio sanitari. CST Centro Scientifico, Torino.

18. Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, González AD, Gabani FL, Andrade SM. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS One*. 2017 Oct 4;12(10):e0185781. doi: 10.1371/journal.pone.0185781. PMID: 28977041; PMCID: PMC5627926.
19. Maria Rita Montebelli, *un medico britannico su tre a rischio abuso di alcol, droghe e cibo per colpa del troppo stress*, su *quotidianosanita.it*, 20 maggio 2019.
20. Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, González AD, Gabani FL, Andrade SM. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS One*. 2017 Oct 4;12(10):e0185781. doi: 10.1371/journal.pone.0185781. PMID: 28977041; PMCID: PMC5627926.
21. West, CP, Dyrbye, LN, Shanafelt, TD. (Mayo Clinic, Rochester, MN; and Stanford University Medical Center, Stanford, CA, USA). Physician burnout: contributors, consequences and solutions (Review). *J Intern Med* 2018.
22. Friganović A, Selič P, Ilić B, Sedić B. Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: a literature review. *Psychiatr Danub*. 2019 Mar;31(Suppl 1):21-31. PMID: 30946714.
23. Cooper, C.L.; Dewe, P.J.; O'Driscoll, M.P. *Organizational Stress: A Review and Critique of Theory, Research, and Applications*; Sage: Thousand Oaks, CA, USA, 2001.
24. Florin D, Basham S: *Evaluation of health promotion in clinical settings*. In: Thorogood M, Coombes Y, Editors. *Evaluating health promotion. Practice and Methods*. Oxford: Oxford University Press 2000, 140-150.

25. Stordeur S, D'hoore W, Vanderberghe C: *Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nurses. Journal of Advanced Nursing* 2001; 35:533-42.
26. Selmanovi S, Pranji N, Brekalo Lazarevi S, Paši Z, Bošnji J, Grbovi M: *Faktori loše organizacije rada kao prediktor sindroma izgaranja bolničkih liječnika. Sigurnost* 2012; 54:1-9.
27. Ferreira NN, Lucca SR. Burnout syndrome in nursing assistants of a public hospital in the state of São Paulo. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18(1):68-79. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010006>.
28. Korompeli A, Chara T, Chrysoula L, Sourtzi P. Sleep disturbance in nursing personnel working shifts. *Nurs Forum.* 2013;48(1):45-53. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/nuf.12005>.
29. Stimpfel AW, Brewer CS, Kovner CT. Scheduling and shift work characteristics associated with risk for occupational injury in newly licensed registered nurses: an observational study. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(11):1686-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.06.011>.
30. Matheson A, O'Brien L, Reid JA. The impact of shiftwork on health: a literature review. *J Clin Nurs.* 2014;23(23-24):3309-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12524>.
31. Yao Y, Yao W, Wang W, Li H, Lan Y. Investigation of risk factors of psychological acceptance and Burnout syndrome among nurses in China. *Int J Nurs Pract.* 2013;19(5):530-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12103>.
32. Teixeira C, Ribeiro O, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in intensive care units: a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a

descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiol.* 2013;13(1):38. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2253-13-38>.

33. Vidotti V, Ribeiro RP, Galdino MJQ, Martins JT. Burnout Syndrome and shift work among the nursing staff. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2018 Aug 9;26:e3022. doi: 10.1590/1518-8345.2550.3022. PMID: 30110099; PMCID: PMC6091368.

34. Dall'Ora C, Griffiths P, Ball J, Simon M, Aiken L. Association of 12h shifts and nurses job satisfaction, Burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ Open.* 2015;5(9):e008331. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008331>.

35. Geiger-Brown J, Rogers VE, Trinkoff AM, Kane RL, Bausell RB, Scharf SM. Sleep, sleepiness, fatigue, and performance of 12-hour-shift nurses. *Chronobiol Int.* 2012;29(2):211-9. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/07420528.2011.645752>.

36. Vidotti V, Ribeiro RP, Galdino MJQ, Martins JT. Burnout Syndrome and shift work among the nursing staff. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2018 Aug 9;26:e3022. doi: 10.1590/1518-8345.2550.3022. PMID: 30110099; PMCID: PMC6091368.

37. Dall'Ora C, Griffiths P, Ball J, Simon M, Aiken L. Association of 12h shifts and nurses job satisfaction, Burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ Open.* 2015;5(9):e008331. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008331>.

38. Geiger-Brown J, Rogers VE, Trinkoff AM, Kane RL, Bausell RB, Scharf SM. Sleep, sleepiness, fatigue, and performance of 12-hour-shift nurses. *Chronobiol Int.* 2012;29(2):211-9. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/07420528.2011.645752>.

39. Vidotti V, Ribeiro RP, Galdino MJQ, Martins JT. Burnout Syndrome and shift work among the nursing staff. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2018 Aug 9;26:e3022. doi: 10.1590/1518-8345.2550.3022. PMID: 30110099; PMCID: PMC6091368.

40. Lindwall M, Gerber M, Jonsdottir IH, Börjesson M, Ahlborg G. The relationship of change in physical activity with change in depression, anxiety, and Burnout: a longitudinal study of Swedish healthcare workers. *Health Psychol.* 2014;33(11):1309-18. doi: <https://doi.org/10.1037/a0034402>.
41. Vries JD, Claessens BJ, Van Hooff ML, Geurts SA, Van Den Bossche SN, Kompier MA. Disentangling longitudinal relations between physical activity, work-related fatigue, and task demands. *Int Arch Occup Environ Health.* 2016;89(1):89-101. doi: <https://doi.org/10.1007/s00420-015-1054-x>.
42. Bacha AM, Grassioto OR, Gonçalves SP, Higa R, Carvasan GAF, Machado HC, et al. Job satisfaction of nursing staff in a university hospital. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(6):1130-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680619i>.
43. Kalliath, T.; Morris, R. Job satisfaction among nurses: A predictor of burnout levels. *J. Nurs. Adm.* 2002, 32, 648–651.
44. Archibald, C. Job satisfaction among neonatal nurses. *Paediatr Nurs.* 2006, 32, 176–179.
45. Graham, K.; Davies, B.; Woodend, K.; Simpson, J.; Mantha, S. Impacting Canadian public health nurses' job satisfaction. *Can. J. Public Health* 2011, 102, 427–431.
46. Chayu, T.; Kreitler, S. Burnout in nephrology nurses in Israel. *Nephrol. Nurs. J.* 2011, 38, 65–78.
47. Hayter, M. Burnout and AIDS care related factors in HIV community nurse specialists. *J. Adv. Nurs.* 1999, 29, 984–993.

48. Garrosa, E.; Rainho, C.; Moreno-Jimenez, B.; Monteiro, M.J. The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: A correlational study at two time points. *Int. J. Nurs. Stud.* 2010, *47*, 205–215.
49. Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB. Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. *PLoS One.* 2016 Jul 8;11(7):e0159015. doi: 10.1371/journal.pone.0159015. PMID: 27391946; PMCID: PMC4938539.
50. Garcia CL, Abreu LC, Ramos JLS, Castro CFD, Smiderle FRN, Santos JAD, Bezerra IMP. Influence of Burnout on Patient Safety: Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina (Kaunas).* 2019 Aug 30;55(9):553. doi: 10.3390/medicina55090553. PMID: 31480365; PMCID: PMC6780563.
51. Lacy BE, Chan JL. Physician Burnout: The Hidden Health Care Crisis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2018 Mar;16(3):311-317. doi: 10.1016/j.cgh.2017.06.043. Epub 2017 Jun 30. PMID: 28669661.
52. Lacy BE, Chan JL. Physician Burnout: The Hidden Health Care Crisis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2018 Mar;16(3):311-317. doi: 10.1016/j.cgh.2017.06.043. Epub 2017 Jun 30. PMID: 28669661.
53. Lacy BE, Chan JL. Physician Burnout: The Hidden Health Care Crisis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2018 Mar;16(3):311-317. doi: 10.1016/j.cgh.2017.06.043. Epub 2017 Jun 30. PMID: 28669661.
54. Lacy BE, Chan JL. Physician Burnout: The Hidden Health Care Crisis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2018 Mar;16(3):311-317. doi: 10.1016/j.cgh.2017.06.043. Epub 2017 Jun 30. PMID: 28669661.
55. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, et al. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and metaanalysis. *Lancet* 2016;388:2272–2281.

56. Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. *Libyan J Med*. 2014 Feb 17;9:23556. doi: 10.3402/ljm.v9.23556. PMID: 24560380; PMCID: PMC3929077.
57. Shanafelt FD, Gorringer G, Menaker R, et al. Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. *Mayo Clin Proc* 2015;90:432–440.
58. Lacy BE, Chan JL. Physician Burnout: The Hidden Health Care Crisis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2018 Mar;16(3):311-317. doi: 10.1016/j.cgh.2017.06.043. Epub 2017 Jun 30. PMID: 28669661.
59. Balch CM, Shanafelt TD. Combating stress and burnout in surgical practice: a review. *Adv Surg* 2010;44:29–47.
60. Surawicz CM. Avoiding burnout: finding balance between work and everything else. *Am J Gastroenterol* 2014;109:511–514.
61. Lacy BE, Chan JL. Physician Burnout: The Hidden Health Care Crisis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2018 Mar;16(3):311-317. doi: 10.1016/j.cgh.2017.06.043. Epub 2017 Jun 30. PMID: 28669661.
62. Demerouti E., Nachreiner F. (1998). Zur spezifität von burnout für dienstleistungsberufe: Fakt oder artefakt? [The specificity of burnout in human services: Fact or artifact?]. *Z. Arbeitswiss.* 52, 82–89.
63. Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F., & Ebbinghaus, M. (2002). From mental strain to burnout. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 11, 423-441
64. Demerouti E., Bakker, A.B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W.B. (2001). The Job Demands - Resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86, 499-512.

65. Halbesleben, J.R.B., & Demerouti, E. (2005). The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work & Stress, 19*, 208-220.
66. Demerouti, E., Bakker, A.B., Vardakou, I., & Kantas, A. (2003). The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment, 18*, 296-307.
67. Reis, D., D. Xanthopoulou, and I. Tsaousis, Measuring job and academic burnout with the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI): Factorial invariance across samples and countries. *Burnout Re-search, 2015. 2(1): p. 8-18.*
68. Tipa RO, Tudose C, Pucarea VL. Measuring Burnout Among Psychiatric Residents Using the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) Instrument. *J Med Life. 2019 Oct-Dec;12(4):354-360. doi: 10.25122/jml-2019-0089. PMID: 32025253; PMCID: PMC6993305.*
69. Demerouti E., Bakker A. B. (2008). The Oldenburg Burnout Inventory: a good alternative to measure burnout and engagement, in *Handbook of Stress and Burnout in Health Care*, ed Halbesleben J. R. B. (New York, NY: Nova Science;).
70. Demerouti E., Bakker A. B. (2008). The Oldenburg Burnout Inventory: a good alternative to measure burnout and engagement, in *Handbook of Stress and Burnout in Health Care*, ed Halbesleben J. R. B. (New York, NY: Nova Science;).
71. Demerouti E, Bakker AB, Vardako I, Kantas A. The convergent validity of two burnout instruments. *European Journal of Psychological Assessment, 2003; 19(1),12–23.*
72. Demerouti E, Bakker AB, Vardako I, Kantas A. The convergent validity of two burnout instruments. *European Journal of Psychological Assessment, 2003; 19(1),12–23.*