

INDICE

Capitolo 1: Introduzione	6
Capitolo 1.1: il supporto psicologico agli operatori sanitari	8
Capitolo 1.2: il contesto dell'area critica	11
Capitolo 1.3: la sindrome di burnout	13
Capitolo 2: Obbiettivi dello studio	16
Capitolo 3: Materiali e Metodi	17
Capitolo 4: Risultati	20
Capitolo 5: Discussione	50
Capitolo 6: Conclusioni	62
<i>Allegato 1: Versione Italiana Maslach Burnout Inventory MASLACH BURNOUT INVENTORY Sirigatti, S., & Stefanile, C. (1993).</i>	65
<i>Allegato 2: QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE STRESS LAVORO CORRELATO: M.B.I.</i>	66
<i>Allegato 3: questionario somministrato.</i>	74
Bibliografia	83

ABSTRACT

Background

Il supporto psicologico ospedaliero (come la psicologia ospedaliera) per gli operatori sanitari è fondamentale per garantire il loro benessere emotivo e mentale, nonché per migliorare la qualità dell'assistenza che offrono ai pazienti, e prevenire il *burnout*.

Questo servizio dovrebbe essere largamente utilizzato in area critica, cioè l'insieme di reparti intraospedalieri, dedicati alla gestione e al trattamento dei pazienti più gravi o instabili, un ambiente basato sull'imprevedibilità e quindi ad elevato livello di stress. Infatti è noto grazie agli studi, che il personale dell'area critica è più soggetto a *burnout* rispetto a reparti ordinari.

Il *burnout* è considerato uno dei più importanti problemi di salute professionale in varie professioni che comportano il lavoro con altre persone ed è elencato nella Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (ICD-10), sotto la categoria "Problemi legati alla difficoltà di gestione della vita". Valutare lo stato di *burnout* del campione quindi vuol dire interessarsi al grado di salute complessivo del campione. La prevenzione del *burnout* dovrebbe essere tra le priorità aziendali ospedaliere, tramite l'istituzione di servizi di supporto psicologico ben strutturati e pubblicizzati.

Obiettivi

Il primo obiettivo è comprendere il reale utilizzo e la conoscenza del supporto psicologico aziendale da parte degli operatori sanitari (medici e infermieri). Il secondo obiettivo è stimare, attraverso il M.B.I., il grado di *burnout* del campione. Il terzo obiettivo è trovare una correlazione tra utilizzo del supporto psicologico aziendale e grado di *burnout* del campione.

Metodi

In questo studio fenomenologico, si è deciso di indagare attraverso l'uso di un questionario di trentanove domande su Google Form, quale sia il reale utilizzo del supporto psicologico da parte degli operatori sanitari, e inoltre comprendere il livello di

burnout del campione attraverso la Maslach Burnout Inventory (M.B.I.). Infine, cercare una possibile correlazione fra i due aspetti indagati.

Sono state effettuate anche delle ricerche bibliografiche usando Pubmed e Google Scholar, con il supporto di letteratura grigia.

Il campione scelto è di 175 infermieri e medici che lavorano in area critica (P.S., Medicina d'urgenza, T.I.P.O., Rianimazione).

Risultati

Hanno risposto 53 operatori sanitari, rispetto ai 175 operatori sanitari a cui era stato somministrato. Di questi 53, il 74% sono infermieri e il 26% sono medici\specializzandi. La maggioranza del campione è di sesso femminile (58,5%) di età giovane, se pensiamo che il 60% degli operatori ha un'età compresa tra i 20 e i 39 anni.

Inoltre, tutti lavorano in area critica attualmente e il 36% del campione ha sempre lavorato nel reparto attuale.

Si è valutato il M.B.I. degli operatori, arrivando a un alto grado complessivo di esaurimento emotivo (30 unità), alto grado di depersonalizzazione (30 unità), mentre un adeguato grado di realizzazione lavorativa complessiva. Il rischio di *burnout* del campione risulta comunque essere elevato.

Infine, si è osservato come la maggior parte del campione non sappia dell'esistenza del supporto psicologico presente nella propria azienda e solo un operatore ne avesse usufruito.

Conclusioni

Molti operatori hanno affermato che dovrebbero esserci più informazioni in merito e che a livello aziendale dovrebbero essere fatti dei cambiamenti nella cultura organizzativa. Secondo gli studi, a livello aziendale molti accorgimenti aiuterebbero a preservare il benessere emotivo degli operatori come maggior formazione (soprattutto in comunicazione), minor carico di lavoro, diffondere e agevolare il servizio, introduzione di un confronto con colleghi e anche l'introduzione di uno psicologo\va di reparto. Inoltre, ancora sono presenti molti stigmi e pregiudizi riguardanti il supporto psicologico ospedaliero, sia da parte degli operatori sanitari stessi, sia aziendale.

Visto il grado di *burnout* elevato e il poco utilizzo da parte degli operatori sanitari del servizio di psicologia ospedaliera, una correlazione fra i due eventi è altamente probabile. Sicuramente avere un supporto psicologico aziendale strutturato potrebbe diminuire il grado di *burnout* del campione, migliorando l'efficienza del sanitario e la qualità dell'assistenza elargita.

Capitolo 1: Introduzione

Il supporto psicologico per gli operatori sanitari è fondamentale per garantire il loro benessere emotivo e mentale, nonché per migliorare la qualità dell'assistenza che offrono ai pazienti. È innegabile che infermieri, medici, oss, affrontino regolarmente situazioni stressanti e emotivamente intense nel loro lavoro, di cui la gravità viene spesso sottostimata dall'operatore stesso o anche dall'azienda, ma che in realtà possono causare conseguenze gravi, come ansia, depressione, esaurimento professionale e altri problemi di salute mentale e fisica. Il supporto psicologico dovrebbe fornire uno spazio sicuro per esplorare i loro vissuti emotivi, affrontare lo stress e sviluppare strategie di coping efficaci.

Eppure, nonostante gli infermieri passino la loro intera carriera a stretto contatto col dolore degli altri, ancora troppo poco si parla di supporto psicologico per gli infermieri e, in generale, degli operatori sanitari. Emblematica infatti è la citazione: <<Per la società, il soccorritore ha una funzione simbolica; è colui che si reca sul luogo del Caos e agisce simbolicamente per circoscriverlo. Ma chi circoscrive il Caos del soccorritore?>> (Cannizzaro & Casali, 2011, p.36).

Questo libro si concentra sugli operatori sanitari che lavorano in 118 e Pronto Soccorso principalmente, ma non per questo non può essere esteso a tutti gli infermieri e medici che lavorano in area critica, che è l'ambito specifico scelto per questa tesi sperimentale.

È stata scelta l'area critica perché dagli studi è stato visto che è terreno fecondo per sindrome di burnout e disturbo stress da lavoro correlato. Chi lavora in questo ambito, infatti, è addestrato a lavorare secondo protocolli, linee guida, PDTA... in situazioni emotivamente stressanti per l'operatore, perché sono richieste alte prestazioni in tempi brevissimi, evitando ogni intervento inutile e ogni "distrazione". Peccato che spesso non si capisce quanto "la relazione è tempo di cura", come afferma il Codice Deontologico dell'infermiere, all'articolo 4 (Barbara Mangiacavalli et al. 2019) e, in situazioni di

emergenza, il contatto umano, la relazione, vengono spesso messe in secondo piano, preferendo i tecnicismi, le procedure corrette.

In un lavoro come quello di infermiere, la persona con i suoi bisogni dovrebbe essere sempre tenuta in considerazione, al pari delle linee guida e PDTA.

Inoltre, l'impatto che hanno questi eventi sugli operatori, è completamente sottovalutato e sottostimato, spesso non si hanno gli spazi e i tempi giusti per elaborare il vissuto. Giorno dopo giorno, turno dopo turno, il rischio è quello che il peso del dolore degli altri diventi eccessivo per l'infermiere, arrivando al *burnout*, una sindrome fondata su tre caratteristiche definenti, ovvero l'esaurimento emotivo, la depersonalizzazione e la ridotta realizzazione professionale, che si è visto essere caratterizzante delle professioni d'aiuto come l'infermieristica.

La prevenzione del *burnout* dovrebbe essere interesse di tutte le aziende sanitarie, perché interessarsi e di conseguenza, aumentare il grado di salute complessivo degli operatori sanitari si traduce in una migliore performance lavorativa dell'infermiere, migliore qualità dell'assistenza erogata, oltre che minore assenteismo per patologie correlate al *burnout*. Le aziende spesso mettono a disposizione dei servizi come la psicologia ospedaliera, per gli operatori, e da questo studio proveremo a comprendere quanto vengano effettivamente utilizzati.

In questo studio osservazionale descrittivo, si è deciso di indagare attraverso l'uso di un questionario, quale siano il reale utilizzo del supporto psicologico da parte degli operatori sanitari, e inoltre comprendere il livello di burnout del campione attraverso la Maslach Burnout Inventory (M.B.I.), inserito all'interno dello stesso questionario. Infine, cercare una possibile correlazione fra i due aspetti indagati.

Il questionario è stato somministrato ad operatori sanitari (infermieri, medici e os) di reparti appartenenti all'area critica, come Pronto Soccorso, Rianimazione, Medicina D'Urgenza.

Capitolo 1.1: il supporto psicologico agli operatori sanitari

Nel corso degli anni, si è iniziato a fare più attenzione all'aspetto emotivo e psicologico dell'assistenza sanitaria, non solo dell'assistito ma anche di chi assiste. Già nel 1947, l'OMS ha definito la salute all'interno della propria Costituzione, "come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale" e non come semplice "assenza di malattia": questo faceva presumere che si iniziasse a comprendere l'importanza del benessere mentale, considerato di uguale importanza al benessere fisico.

Ad oggi in Italia, vi sono una vasta gamma di servizi di supporto psicologico per gli operatori sanitari, che possono includere consulenza individuale, terapia di gruppo, supporto peer-to-peer, linee telefoniche di supporto, risorse online e workshop di gestione dello stress. Questi servizi possono essere offerti internamente dalle organizzazioni sanitarie o tramite partnership con fornitori esterni e non necessariamente sono presenti tutti e in tutte le aziende, ma variano da ospedale ad ospedale, e soprattutto da regione a regione.

Inoltre, alcune di queste prestazioni sono state sviluppate o implementate appositamente per fronteggiare la pandemia causata dal Covid-19, periodo che ha visto gli operatori sanitari sottoposti a un enorme carico di lavoro e stress, aumentando ulteriormente i fattori di rischio psicosociale legati alle loro condizioni di lavoro, sicurezza e salute che già colpiscono il settore sanitario, come riportato dalla letteratura sullo stress lavoro-correlato (Kushal et al., 2010).

In particolare, sono stati creati numeri di ascolto e supporto psicologico dalla Croce Rossa unitamente alla SEP, (<https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioNotizieNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=4325#:~:text=Per%20non%20lasciare%20solo%20chi,dalle%20ore%208%20alle%2020>) e data l'impossibilità di incontrarsi fisicamente a causa delle restrizioni causate dalla pandemia, sono stati forniti servizi di teleconsulto con modello a due\tre fasi:

- 1) L'operatore sanitario in difficoltà svolge la chiamata al numero verde, che viene subito trasferita ad uno psicologo\va da cui viene ascoltato;

- 2) Si propongono una serie di sessioni (dalle due alle sei) con una figura esperta, principalmente per via telematica;
- 3) Se necessario, si poteva arrivare anche a incontri in presenza tra lo psicologo e l'operatore sanitario;

Un altro servizio offerto dall'azienda può essere la Psicologia Ospedaliera.

La Psicologia Ospedaliera è un servizio, come dice il nome stesso, offerto dall'ospedale, che si occupa della salute mentale di pazienti, operatori sanitari e caregivers. È composto da un gruppo di psicologi situati all'interno dell'ospedale, contattabili attraverso un numero di telefono, con cui si richiede un appuntamento individuale o una consulenza in reparto. È una realtà abbastanza recente che si occupa anche di monitorare "lo stato di salute mentale" degli Operatori Sanitari con questionari a cadenza variabile (ogni due anni ad esempio) e gestire alcuni ambulatori e sportelli di aiuto per i pazienti.

Le prime esperienze documentate di Psicologia Ospedaliera in Italia risalgono agli anni 80', epoca di costituzione del SSN (servizio sanitario nazionale). Inizialmente gli psicologi operano in Oncologia, Ostetricia, Pediatria fino ad arrivare ad altri reparti, come l'area Trapiantologica, Terapie Intensive Neonatali, e anche le grandi aree della Traumaticità e dell'Emergenza (D.De Bernardinis, P. Dondi, 2020).

La figura di psicologo si è inserita sempre di più nel contesto sanitario, tant'è che troviamo anche molte voci sull'assistenza in ambito psicologico nei LEA, i livelli essenziali di assistenza previsti dal Ministero della Salute. Nel DPCM del 12 Gennaio 2017, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del SSN, infatti troviamo diversi articoli riguardanti il supporto psicologico in ambito territoriale, residenziale, semi-residenziale, domiciliare ecc. Facciamo l'esempio dell'articolo 24, dal titolo "Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie", dove è citata l'assistenza psicologica in diversi punti.

Gli obiettivi del servizio di psicologia ospedaliera sono quelli di fornire un supporto da parte di personale formato e specializzato, a pazienti, familiari e sanitari.

Per i pazienti rappresenta un sostegno nei momenti di forte emotività, come quello di ricevere una diagnosi infausta, che avrà effetti inevitabilmente sulla quotidianità della persona.

Il contributo di una figura come lo Psicologo Ospedaliero potrebbe aiutarlo a riflettere sulla propria condizione e iniziare un percorso di accettazione di quest'ultima, oltre che offrire sollievo. Questo aumenterebbe sensibilmente sia il suo stato di salute, sia il grado di soddisfazione dell'assistenza ricevuta e, infine, la *compliance* alle terapie proposte.

Potrebbe essere utile e necessario includere anche il caregiver in questo processo, di solito i familiari più vicini come partner, figli o parenti prossimi, che possono non reagire in maniera appropriata, creando un ambiente inadatto alla cura con atteggiamenti quali rabbia incontrollata verso i sanitari, disperazione eccetera.

Infine, è essenziale che anche l'Operatore Sanitario usufruisca del servizio di Psicologia Ospedaliera, per svariati motivi. Il supporto psicologico, a chi si occupa dell'assistenza degli altri come gli Infermieri, fornisce ad essi gli strumenti adatti a gestire il dolore degli altri, a gestire gli eventi traumatici a cui sono spettatori ogni giorno, ma anche a comunicare con pazienti e familiari nella vita quotidiana in maniera efficace. Tutto ciò migliora l'assistenza stessa ai pazienti e quindi il loro grado di soddisfazione, mentre per gli operatori riduce il rischio di sviluppare la sindrome di burnout (Cannizzaro, Casali, 2011).

Marco Venturini, nel libro "La psicologia dell'emergenza sanitaria 118" lo chiama "dolore dei curanti", definendolo "[...] una sofferenza esistenziale, lenta, continua e progressiva, che nasce dal continuo e incessante contatto col dolore dei malati, che è un dolore composito, poliedrico, dai mille aspetti [...]" (Cannizzaro, Casali, 2011). La definisce anche come "una scimmia", che dispettosa, crudele e spesso invisibile, perseguita gli operatori e che, per impedire che essa prenda il sopravvento, è indispensabile un supporto psicologico a tutti coloro che fanno "un servizio di prima linea nel dolore degli altri" (Cannizzaro, Casali, 2011).

Come si dice nel libro già citato sopra: "Perché il dolore degli altri ti entra dentro e non te ne puoi liberare come una divisa sporca quando smonti il turno". (Cannizzaro, Casali, 2011).

Capitolo 1.2: il contesto dell'area critica

Una precisazione sul contesto è debita, perché esso stesso proprio per la sua particolarità, tipologia di pazienti, la “struttura” stessa del reparto, ci aiutano a comprendere lo studio e la possibile correlazione col burnout.

L'area critica è un insieme di reparti intraospedalieri, dedicati alla gestione e al trattamento dei pazienti più gravi o instabili. Questa area può includere diverse U.O., come la terapia intensiva (TI), il pronto soccorso (PS), la medicina d'urgenza (MURG), il blocco operatorio (BO) o altre unità specializzate come l'unità di terapia intensiva coronarica (UTIC) o l'unità di terapia intensiva neonatale (TIN).

È gestita da personale altamente specializzato, tra cui medici dell'emergenza, anestesisti, chirurghi, infermieri esperti o debitamente formati (infermieri strumentisti ad esempio) e altri professionisti sanitari. Questi professionisti hanno competenze specifiche per gestire pazienti con condizioni cliniche gravi e complesse, e sono richieste delle competenze tecniche <<di tipo specialistico non esportabili in altri settori>>, infatti l'infermiere che lavora al suo interno viene definito come <<infermiere tecnico>> assieme ai colleghi di pronto soccorso, psichiatria e sala operatoria\trapianti\terapia intensiva (Giorgino, Tousijn, 2003). Ad esempio, nelle competenze specifiche rientrano anche l'utilizzo di apparecchiature specializzate, ovvero l'insieme di tutte quelle apparecchiature mediche avanzate che hanno lo scopo di monitorare e supportare le condizioni vitali, come ventilatori polmonari, monitor cardiaci, pompe per la somministrazione di farmaci eccetera. Questi macchinari vengono utilizzati in maniera abituale nelle terapie intensive o rianimazioni. Già solo questo rende l'ambiente alienante rispetto alle altre realtà, con pattern definiti di competenze necessarie, tipologia di pazienti.

Infatti, i pazienti nell'area critica sono costantemente monitorati per valutare la loro funzione vitale, proprio per le loro condizioni instabili. Questo monitoraggio aiuta a rilevare rapidamente eventuali cambiamenti nella condizione del paziente e agire tempestivamente.

Trovandoci a contatto con pazienti con parametri di vita instabili (emergenza sanitaria) o che sono a rischio di condizioni evolutive (urgenze), il personale è addestrato a

rispondere rapidamente a situazioni critiche, improvvise, attraverso procedure standard, check-list, PDTA, linee guida, valutazioni eccetera, in tempi molto ristretti.

Nell'emergenza sanitaria spesso si parla dell'importanza della regola d'oro: non perdere tempo con interventi inutili o addirittura aggravare la situazione con interventi controindicati, e praticare nel più breve tempo possibile gli interventi utili, seguendo un ordine di priorità basato sulla loro efficacia (Chiaranda, 2016).

Già qui osserviamo un ambiente con alta complessità assistenziale, competenze specifiche tecniche e tempi di gestioni molto brevi. In pronto soccorso, per esempio, questo è portato all'estremo, visto che questo reparto rappresenta "la porta di ingresso" all'ospedale per moltissimi pazienti ogni giorno.

Facciamo riferimento qui al Piano Socio-Sanitario Regionale delle Marche 2020-2022. Dallo studio del "Contesto" del PSSR deduciamo che nel settore delle acuzie, anche a fronte del miglioramento degli esiti dei trattamenti che stanno via via emergendo per le patologie tempo dipendenti (ad es. grandi traumi e ictus), persistono importanti criticità sul versante dell'emergenza relative al ricorso ancora molto elevato del Pronto soccorso e a conseguenti tempi di attesa troppo lunghi. Tale situazione è aggravata da un lato dalla difficoltà a filtrare richieste inappropriate di ricorso al pronto soccorso, dall'altro dalla difficoltà a smaltire i pazienti verso il ricovero, specie quando dallo stesso resta difficile attuare le dimissioni verso setting assistenziali più idonei. (PSSR, 2022).

Da qui arriviamo ad un numero elevatissimo di pazienti che ricorrono al Pronto Soccorso, spesso impropriamente perché mal gestiti a livello territoriale o ospedaliero, (per esempio dimessi in maniera non protetta), o che si dirigono al P.S. per problematiche che dovrebbero essere gestite a livello territoriale (da ambulatori, medici di medicina generale...). Non conoscere la possibile evoluzione dei casi clinici rende il Pronto Soccorso un ambiente basato sull'imprevedibilità e quindi ad elevato livello di stress, infatti è noto grazie agli studi, che il personale dell'area critica è più soggetto a burnout (Aleandri, Sansoni, 2007) rispetto a reparti ordinari. Altri rischi corsi da chi lavora in area critica è la fatica da compassione, chiamata anche *compassion fatigue* e la *alarm fatigue*. Di entrambi parleremo nel prossimo capitolo, e anche questi possono causare o sono correlati al burnout.

Capitolo 1.3: la sindrome di burnout

“La sindrome di burnout non è una malattia vera e propria, gli esperti la identificano come un processo stressogeno caratterizzante delle professioni d’aiuto”

(<https://www.nurse24.it/infermiere/la-sindrome-del-burnout.html>), a stretto contatto col pubblico, quindi le professioni sanitarie come l’infermieristica sono molto colpite.

Definita come una sindrome psicologica multifattoriale fondata su tre caratteristiche definenti, ovvero l’esaurimento emotivo, la depersonalizzazione e la ridotta realizzazione professionale; riflette numerose implicazioni sulla salute dell’operatore, provocando al tempo stesso danni di varia entità sull’utente con cui entra in contatto.

Il burnout è considerato uno dei più importanti problemi di salute professionale in varie professioni che comportano il lavoro con altre persone ed è elencato nella Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati, 10a revisione (ICD-10), sotto la categoria "Problemi legati alla difficoltà di gestione della vita" (Cagnazzo, Filippi et al, 2021).

Maslach, in una delle sue teorie, ha descritto il burnout come “stato” che si verifica a seguito di una discrepanza tra la persona e una delle sei dimensioni del lavoro di seguito riportate (Dall’Ora, Jane Ball et al, 2020):

- carico di lavoro eccessivo, tali da impedire il recupero;
- controllo insufficiente sulle risorse necessarie;
- mancanza di una ricompensa adeguata al lavoro svolto (non solo finanziaria, ma sociale o personale);
- senso di connessione con colleghi e manager assente o insufficiente;
- mancanza di equità sul posto di lavoro (iniquità carico di lavoro e retribuzione);
- conflitti tra i valori personali del dipendente e i valori dell’organizzazione;

Chiaramente questo ha incresciosi effetti poi sull’individuo, in cui i metodi di coping non sono sufficienti, che sperimenta un forte sentimento di stress quando è a lavoro, diventando nei casi più gravi, apatico, cinico con i propri assistiti, indifferente e distaccato dall’ambiente di lavoro.

Tutto ciò successivamente si ripercuote sulla qualità dell'assistenza stessa elargita dagli operatori sanitari ai pazienti, quindi sul grado di soddisfazione degli utenti e sul loro benessere psicofisico e, tra le altre conseguenze, può portare anche a ripercussioni economiche per l'ospedale stesso (Dall'Ora, Jane Ball et al, 2020).

Interessarsi al livello di *burnout* degli operatori sanitari è interessarsi al loro grado di salute complessivo, e quindi in senso lato, anche alle loro possibili performance in ambito lavorativo. Recenti ricerche infatti, hanno trovato forti correlazioni fra un livello elevato di *burnout* e svariate problematiche di salute come: abuso di sostanze, depressione, suicidio, ansia, mal di testa, disturbi del sonno, aumento del rischio di malattie cardiovascolari e problemi del sistema immunitario, errori medici, cattiva condotta professionale, abbandono della professione e pensionamento anticipato (Cagnazzo, Filippi et al, 2021).

Strettamente correlata al burnout è il fenomeno della fatica da compassione, chiamata anche *compassion fatigue*, termini usati in maniera interscambiabile per “descrivere la mancanza di compassione ed empatia, oltre la desensibilizzazione degli infermieri nei confronti dell'assistenza ai pazienti” (Storn, Hsiu, 2021). Come il burnout, è causato dall'esposizione prolungata all'ambiente stressante e all'erogazione di un'assistenza assidua, come quella che avviene nelle unità di cure critiche (Storn, Hsiu, 2021).

Negli ultimi anni, inoltre, si può parlare anche di *alarm fatigue* (affaticamento da allarme), la desensibilizzazione agli allarmi dei monitor clinici, utilizzati soprattutto nelle unità di cure critiche come la terapia intensiva. È un fenomeno crescente, a causa dei rapidi progressi avvenuti nello sviluppo di tecnologie sanitarie, come i monitor clinici con funzioni di allarme sempre più specifici e numerosi. L'infermiere può sentirsi sopraffatto dal suono di allarmi numerosi e contemporanei, soprattutto se pensiamo che possono essere sottoposti anche a settecento allarmi al giorno per paziente (Cvach, 2012), e non tutti registrano problemi reali o potenziali, o situazioni di urgenza/emergenza. Questo porta a interruzione del flusso di lavoro dell'operatore sanitario e all'aumento del rischio di errori dovuti a omissione, distrazione o disattenzione, oltre al senso di sopraffazione descritto precedentemente (Cvach, 2012).

Burnout, affaticamento da compassione e affaticamento da allarme possono essere sperimentati simultaneamente (Storn, Hsiu, 2021).

Capitolo 2: Obiettivi dello studio

Lo studio ha l'obiettivo primario di comprendere il reale utilizzo del supporto psicologico aziendale da parte del campione "operatori sanitari dell'area critica", valutando la conoscenza del servizio prima di tutto, e poi quanto ne hanno usufruito.

Il secondo obiettivo è comprendere il grado di burnout del campione attraverso l'utilizzo della M.B.I.

Il terzo obiettivo è trovare una correlazione tra il grado di burnout e l'utilizzo del supporto psicologico aziendale.

Capitolo 3: Materiali e Metodi

Si è scelto di somministrare un questionario online di trentanove domande col supporto di Google Form per questo studio fenomenologico. Le domande sono di diversa tipologia:

- domande chiuse, in cui l'utente poteva scegliere fra una o più risposte
- domande aperte, in cui l'utente poteva esprimere liberamente la propria opinione: queste sono state utilizzate soprattutto nella parte finale, dove si è cercato di comprendere il grado di conoscenza del campione riguardo il supporto psicologico aziendale;
- domande a scala di valutazione: utilizzate per il MBI, dove l'utente ha inserito un punteggio da 0 a 6 secondo una scala likert;

È stato condiviso tramite Social quali Instagram e Whatsapp a infermieri e medici appartenenti alle S.O.D. di area critica. Il questionario è anonimo e su base volontaria. Il questionario è validato tramite un campione precedentemente selezionato.

La ricerca fenomenologica è un tipo di studio qualitativo (quindi induttivo) che ha come scopo quello di comprendere il significato dell'esperienza (in questo caso del supporto psicologico) da parte dei partecipanti.

La ricerca **fenomenologica** studia la vita comune di tutti i giorni, si interessa del modo in cui le persone vivono il loro mondo, com'è per loro e come interpretano le loro esperienze. Il tema comune degli approcci fenomenologici è, nel caso dell'infermieristica, come questi vissuti possono essere tradotti in informazioni che possono portare ad una cura più consapevole e sensibile.

Sono state effettuate anche delle ricerche bibliografiche grazie al supporto di Pubmed e Google Scholar, utilizzando le seguenti parole chiave: “Burnout”, “burnout syndrome”, “burnout in critical area nurses”, “healthcare psychological support” e operatori booleani come “AND”. Sono stati utilizzati anche articoli provenienti da letteratura grigia, come quelli di Nurse 24 e il sito del Ministero della Salute.

Il campione scelto sono gli operatori sanitari (infermieri, medici e oss) di reparti di Area Critica, in particolare il Pronto Soccorso, ma anche operatori sanitari di altri reparti di area critica, come la Rianimazione, Medicina D’Urgenza, Rianimazione Cardiochirurgica. Il questionario è stato sottoposto ad un numero totale di 175 operatori sanitari, nello specifico 84 medici, infermieri e oss della SOD Pronto Soccorso e OBI, 24 della SOD Medicina Interna, d’Urgenza e Subintensiva, 37 della SOD di Anestesia e Rianimazione dei Trapianti e Chirurgia Maggiore, e infine 30 della Terapia Intensiva Postoperatoria (T.I.P.O.) appartenente alla SOD di Cardiochirurgia.

Nel questionario sono presenti trentanove domande, di cui le prime sette sono domande prettamente descrittive del campione di studio: professione, sesso, età, reparto attuale in cui l’operatore lavora, anni di servizio nel reparto attuale, se è stato l’unico reparto in cui l’operatore ha lavorato e in caso, elencare in quali altri reparti ha lavorato.

Le ultime dieci sono domande per comprendere la reale conoscenza del servizio di supporto psicologico aziendale e i suoi obiettivi. È stata data la possibilità all’operatore di esprimere la sua opinione tramite domande aperte.

Tra questi due gruppi di quesiti, è inserito il Maslach Burnout Inventory, ventidue items che indagano il livello di burnout del campione. L’elenco delle singole domande potrà essere visionabile nell’*Allegato 3*, in cui si riporta l’intero questionario. Il M.B.I. è invece visionabile all’*Allegato 2*.

In ambito psicologico, il Maslach Burnout Inventory (MBI) è un questionario molto usato, soprattutto in lavori a costante contatto col pubblico. Presenta 22 item, ognuno con sette gradi di risposta su scala Likert (il minimo è “0=MAI”, il massimo è “6=OGNI GIORNO”), e valuta il livello di burnout di un individuo. Il test è stato sviluppato nel 1981 da Christina Maslach e Susan Jackson.

Con questa variabilità di risposte anche i risultati sono dinamici, non limitandosi solo a dire se la condizione sia “presente” o “assente” in maniera superficiale, ma differenziando vari gradi di burnout, dissimili per i punteggi assegnati ad ogni categoria esaminata.

La scala esamina queste tre categorie di sensazioni attraverso domande specifiche:

- Esaurimento emotivo: sentimenti di stress come depressione, mancanza di speranza, rabbia, solitudine, irritabilità, impazienza, tensione, diminuzione dell'empatia, senso di mancanza di energia e preoccupazione (Cagnazzo, Filippi et al, 2021)
- Depersonalizzazione: la tendenza a prendere le distanze dai destinatari del servizio, accompagnata da un senso di alienazione, nonché da insensibilità e indifferenza nei confronti degli altri, che a sua volta lascia spazio al cinismo; di conseguenza, il lavoro con gli altri è spesso considerato sgradevole e indesiderabile (Cagnazzo, Filippi et al, 2021)
- Realizzazione personale: ogni lavoro dovrebbe offrire possibilità di crescita e adempimento di ambizioni dell'individuo, così da essere stimolante per il lavoratore. Invece in questa dimensione ritroviamo, in caso di rischio di *burnout*, la sensazione di scarsa realizzazione professionale o bassa soddisfazione lavorativa, fino alla consapevolezza che si è ottenuto ben poco e che ciò che si è realizzato non ha valore. (Cagnazzo, Filippi et al, 2021)

I dati raccolti dal questionario sono stati elaborati utilizzando un foglio di calcolo Microsoft Excel ed analizzati. Le risposte poi sono state trasformate in percentuale e rappresentate nei grafici. Alcune domande essendo aperte, sono state analizzate singolarmente e poi sintetizzate. Alcune risposte sono state citate.

Capitolo 4: Risultati

Il questionario è stato sottoposto a 175 operatori sanitari, di questi 53 hanno risposto alle domande proposte. Il questionario è iniziato con domande riguardanti le principali informazioni anagrafiche, come la professione, età, sesso...



Grafico 1, professioni del campione (nostra elaborazione, 2024)

Hanno risposto 53 operatori sanitari, di cui 39 infermieri e 14 medici\specializzandi. Non sono state ricevute risposte da altri operatori sanitari.

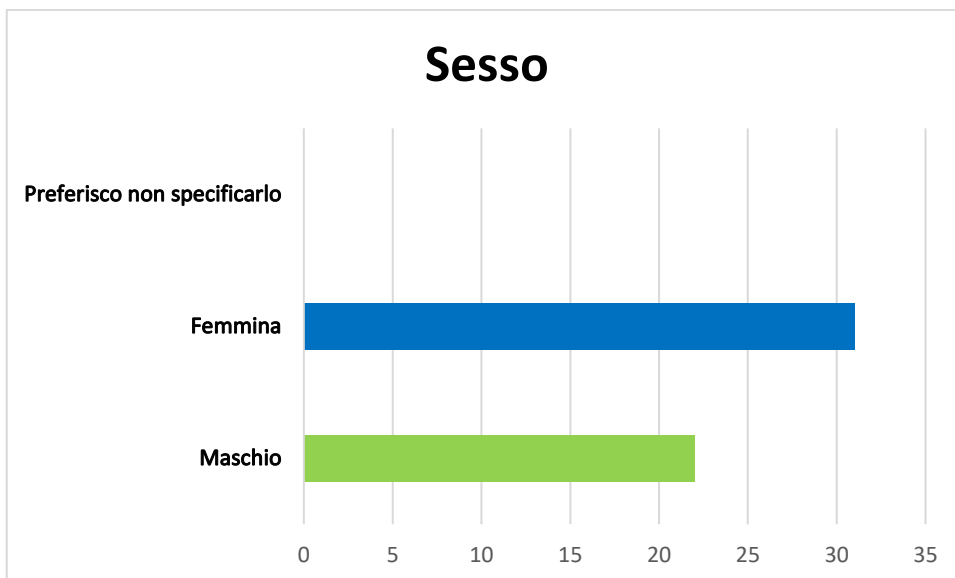


Grafico 2, definizione del sesso (nostra elaborazione, 2024)

A questa domanda hanno risposto 31 femmine e 22 maschi, per un totale di 53 partecipanti. Nessuno ha scelto “Preferisco non specificarlo”.

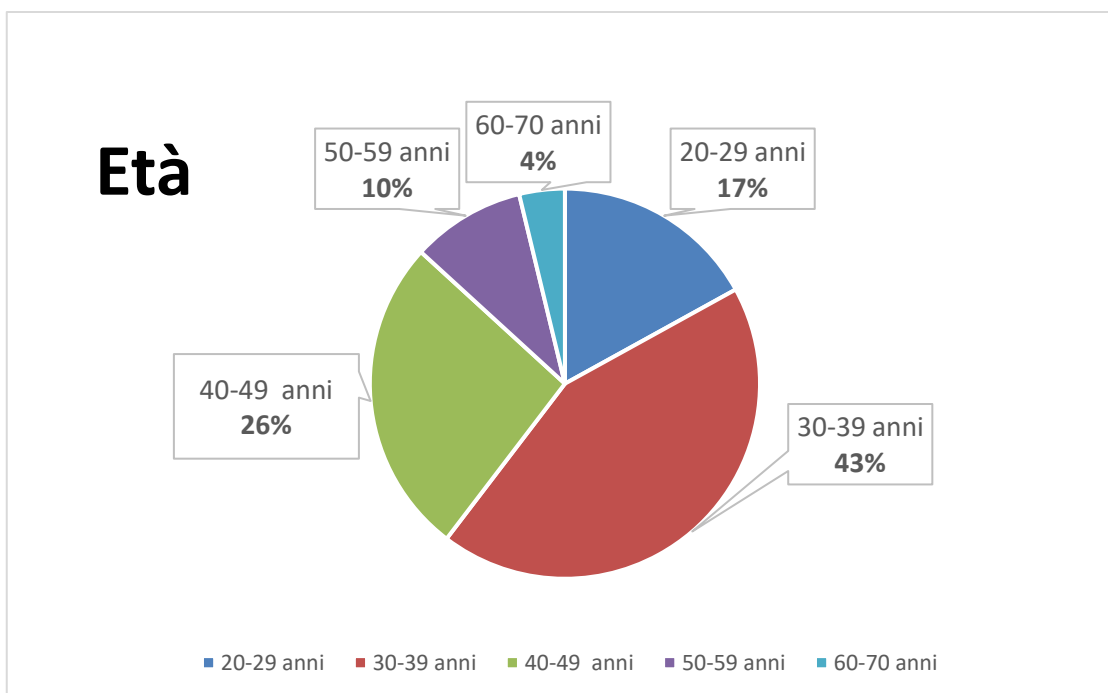


Grafico 3, definizione età del campione (nostra elaborazione, 2024)

Hanno risposto 9 persone di età compresa fra i 20 e 29 anni (17%), 23 operatori sanitari di età compresa tra i 30-39 anni (43%), 14 persone di età tra i 40 e 49 anni (26%), 5 persone con età tra i 50 e 59 anni (10%) e 2 persone con età fra i 60-70 anni.

SOD di appartenenza degli operatori sanitari	Frequenza assoluta
Medicina Interna, d'Urgenza e Subintensiva	5
Anestesia e Rianimazione dei Trapianti e Chirurgia Maggiore	3
Terapia Intensiva Postoperatoria	1
Pronto Soccorso e OBI	44

Tabella 1: Frequenza assoluta della SOD di appartenenza degli operatori sanitari (nostra elaborazione, 2024)

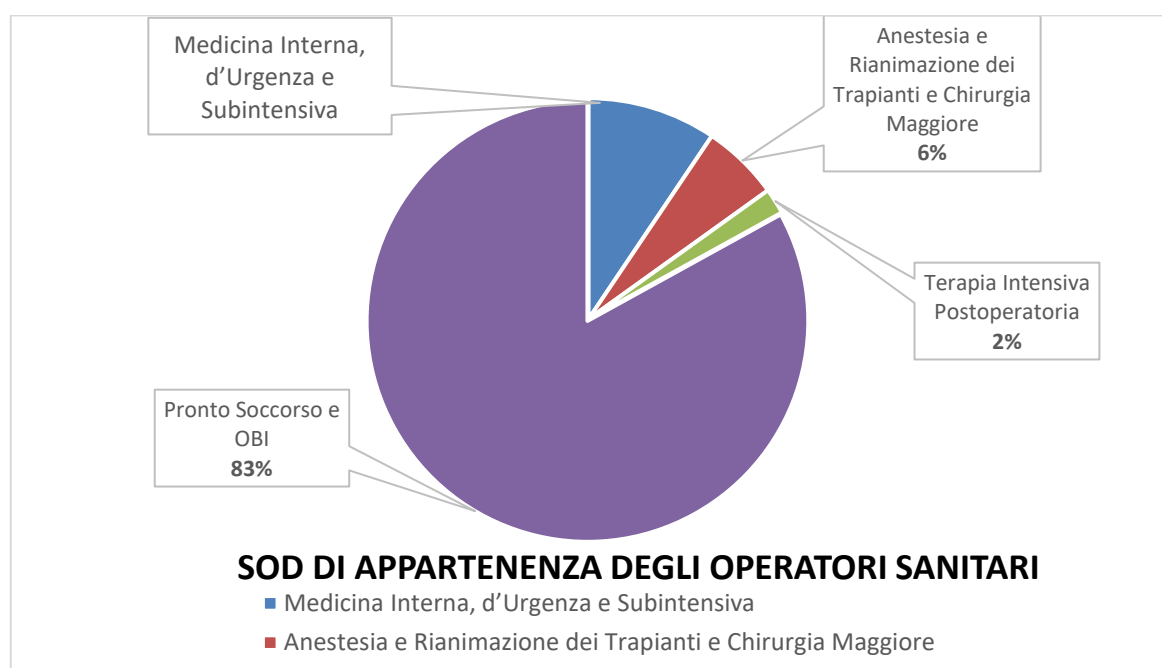


Grafico 4, SOD di appartenenza degli operatori sanitari (nostra elaborazione, 2024)

Al questionario hanno risposto 53 operatori sanitari, dei quali l'83% della SOD Pronto Soccorso e OBI, il 9% della SOD Medicina Interna, D'urgenza e Subintensiva, il 6% della SOD Anestesia e Rianimazione dei Trapianti e Chirurgia Maggiore, e il 2% della SOD di Terapia Intensiva Postoperatoria.

Anni di servizio nel reparto attuale	Frequenza assoluta
Meno di 1 anno	5
1 anno	4
2 anni	5
3 anni	9
4 anni	3
5 anni	2
6 anni	2
7 anni	3
8 anni	2
9 anni	2
10 anni	1
11 anni	0
12 anni	1
13 anni	1
14 anni	2
15 anni	1
16 anni	0
17 anni	0
18 anni	4
19 anni	0
20 anni	1
21 anni	0
22 anni	0
23 anni	1
24 anni	0
25 anni	1
26 anni	1
27 anni	0
28 anni	0
29 anni	1
30 anni	0
31 anni	0
32 anni	0
33 anni	0
34 anni	1

Tabella 2, Anni di servizio nel reparto attuale, (nostra elaborazione, 2024)

Anni di servizio nel reparto attuale	Frequenza assoluta
Meno di 1 anno- 5 anni	28
6 anni- 11 anni	10
12 anni-17 anni	5
18 anni- 22 anni	5
23 anni- 28 anni	3
29 anni- 34 anni	2
Totale	53

Tabella 3: Anni di servizio nel reparto attuale, i dati sono stati raggruppati in classi di 5 anni (nostra elaborazione, 2024).

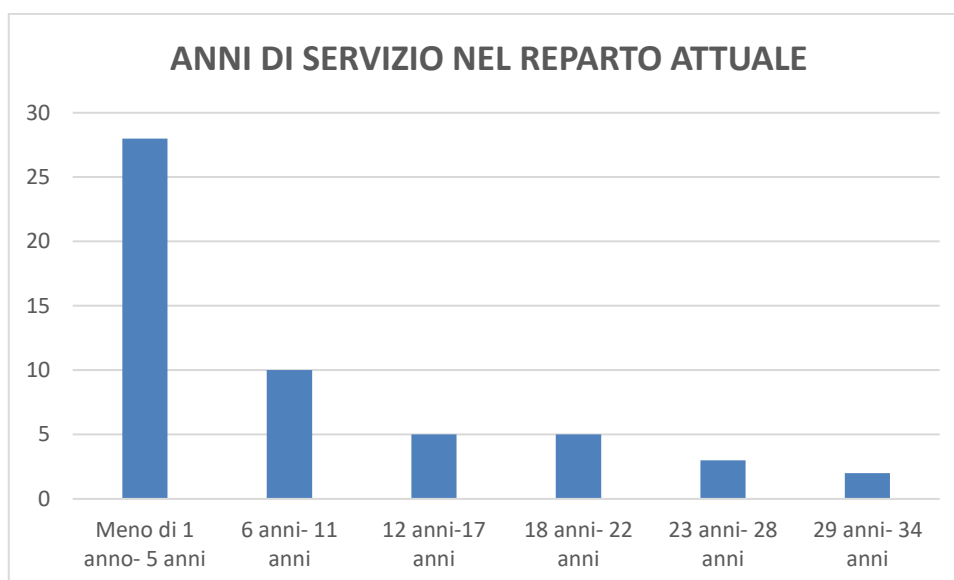


Grafico 5, basato sulla tabella 3. Anni di servizio nel reparto attuale (nostra elaborazione, 2024).

I dati sono stati raggruppati in classi omogenee di ampiezza 5 anni per semplificare l'analisi dati. Sono comunque visionabili i dati integrali.

Hanno risposto 28 persone che lavorano all'interno del reparto attuale da meno di 1 anno a 5 anni, 10 operatori sanitari lavorano nello stesso reparto da 6-11 anni, 5 persone da 12-17 anni, 5 persona da 18-22 anni, 3 persone da 23-28 anni, e 2 operatori da 29-34 anni. I risultati sono stati arrotondati al numero intero (es. 5 anni e 8 mesi è stato considerato come 5 anni). La domanda era a risposta aperta, quindi gli estremi (meno di

1 anno e 34 anni) sono stati scelti in base alle risposte ricevute. Nessun operatore che lavora da più di 34 anni nel reparto attuale ha risposto al questionario.

È l'unico reparto in cui hai lavorato?

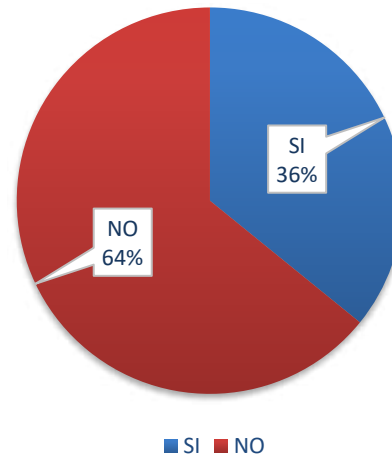


Grafico 6, domanda 6 in cui si chiede al campione se il reparto attuale è stato l'unico reparto in cui hanno lavorato (nostra elaborazione, 2024)

Hanno risposto 19 persone dichiarando di aver lavorato solo nel reparto attuale. Le restanti 34 hanno lavorato in altri reparti oltre quello attuale.

Reparti in cui hanno lavorato i 34 operatori sanitari che hanno risposto "NO" alla domanda precedente.		Frequenza Assoluta
Area Critica		11
Degenza- Area Medica		10
Area Chirurgica		3
Ambulatori- Servizi		0
Area Critica e Area chirurgica		3
Area Critica e Degenza- area Medica		3
Degenza- Area Medica e Area Chirurgica		2
Degenza- Area Medica e Ambulatori- Servizi		2

Tabella 4, Reparti in cui hanno lavorato prima dell'attuale (nostra elaborazione, 2024).

Questa tabella è stata creata analizzando i dati e raggruppandoli in base alle risposte date. Chi precedentemente ha lavorato solo in un'area è stato inserito nelle prime 4 righe: "Area Critica", "Degenza-Area Medica", "Area Chirurgica", "Ambulatori-Servizi". Il restante è stato così suddiviso: "Area Critica e Area Chirurgica", "Area Critica e Degenza-Area Medica", "Degenza-Area Medica e Area Chirurgica", "Degenza-Area Medica e Ambulatori- Servizi" per chi ha lavorato in entrambe le aree.

Reparti in cui hanno lavorato i 34 operatori sanitari che hanno risposto "NO" alla domanda precedente.	
	N
Area Critica	17
Degenza- Area Medica	17
Area Chirurgica	8
Ambulatori- Servizi	2

Tabella 5, ulteriore raggruppamento dei reparti precedenti (nostra elaborazione, 2024).

I 34 operatori sanitari che non hanno lavorato solo nel reparto attuale hanno inserito, tramite domanda aperta, i reparti in cui hanno lavorato precedentemente. In questa tabella il totale è superiore a 34 perché ci sono degli operatori che hanno lavorato in ambiti differenti nel corso della propria carriera. In questa tabella è stata contata una frequenza assoluta per ogni periodo di lavoro all'interno dell'area.

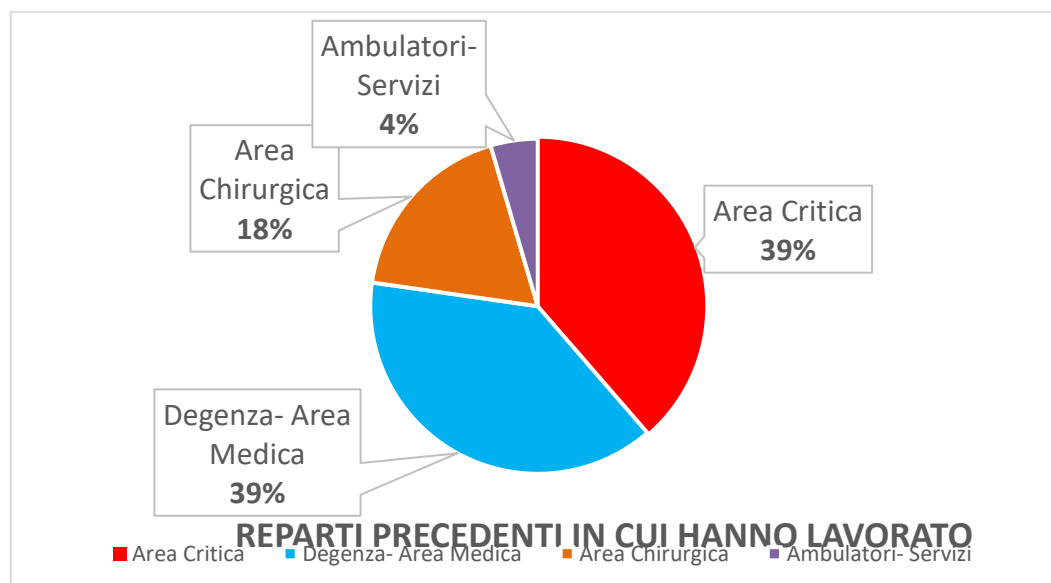


Grafico 7, reparti precedenti in cui hanno lavorato (nostra elaborazione, 2024).

Le prossime ventidue domande riportano il Maslach Burnout Inventory.

Si è chiesto di rispondere a queste domande inserendo un punteggio della SCALA LIKERT da 0 a 6, che rappresenta quanto spesso capita all'operatore di sentirsi nella maniera descritta.

SCALA LIKERT
0= MAI
1 = QUALCHE VOLTA ALL'ANNO
2= UNA VOLTA AL MESE O MENO
3= QUALCHE VOLTA AL MESE
4= UNA VOLTA ALLA SETTIMANA
5= QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA
6= OGNI GIORNO

Tabella 6, scala LIKERT ripresa dal MBI.

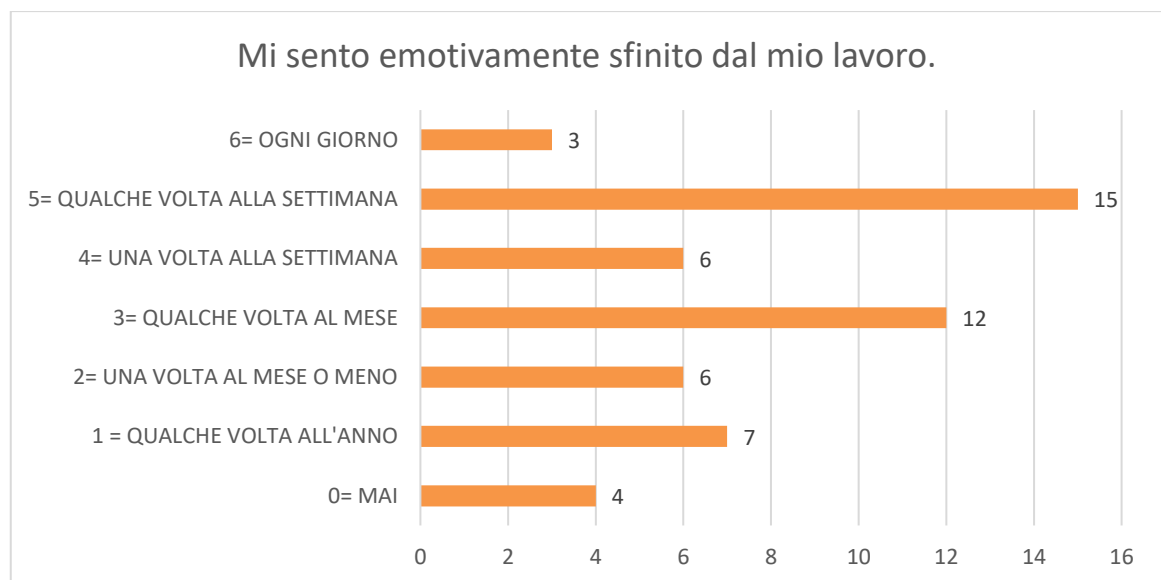


Grafico 8, prima domanda del MBI

L'8% ha risposto "0=MAI", il 13% ha risposto "1= QUALCHE VOLTA ALL'ANNO", l'11% ha risposto "2= UNA VOLTA AL MESE O MENO", il 23% ha risposto "3=QUALCHE VOLTA AL MESE", l'11% ha risposto "4= UNA VOLTA ALLA SETTIMANA", il 28% ha risposto "5= QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA", il 6% ha risposto "6= OGNI GIORNO".



Grafico 9, seconda domanda del MBI.

Il 2% ha risposto “0=MAI”, il 2% ha risposto “1= QUALCHE VOLTA ALL’ANNO”, il 10% ha risposto “2=UNA VOLTA AL MESE O MENO”, il 17% ha risposto “3=QUALCHE VOLTA AL MESE”, il 13% ha risposto “4=UNA VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 43% ha risposto “5= QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 13% ha risposto “6=OGNI GIORNO”.



Grafico 10, terza domanda del MBI.

Il 4% ha risposto “0=MAI”, il 19% ha risposto “1=QUALCHE VOLTA ALL’ANNO”, l’8% ha risposto “2=UNA VOLTA AL MESE O MENO”, il 19% ha risposto “3=QUALCHE VOLTA AL MESE”, il 17% ha risposto “4=UNA VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 24% ha risposto “5=QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 9% ha risposto “6=OGNI GIORNO”.

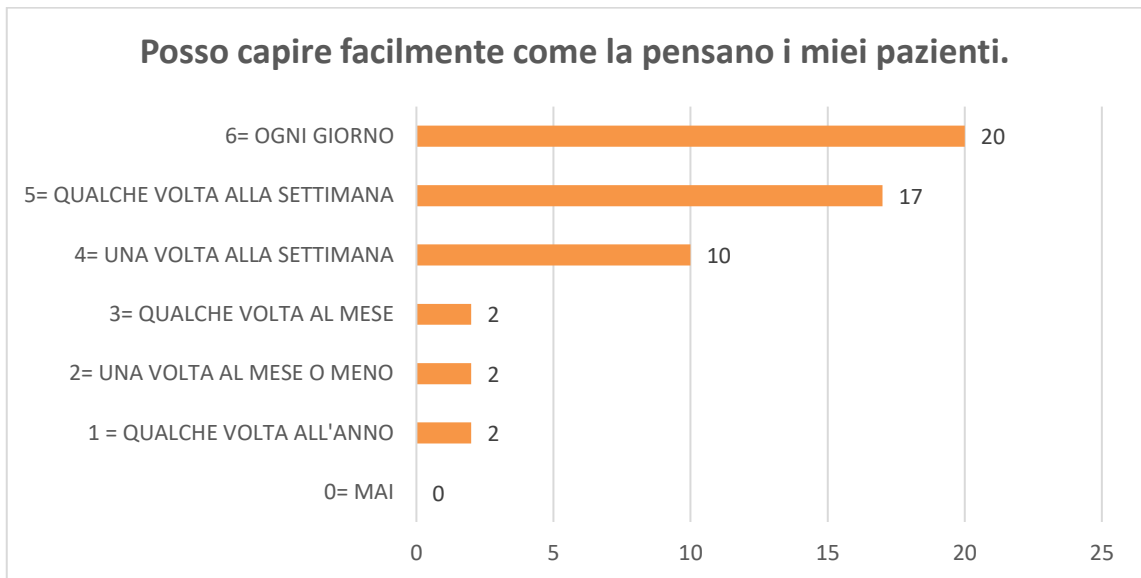


Grafico 11, quarta domanda MBI.

Nessun operatore ha risposto “0=MAI”, il 4% ha risposto “1=QUACHE VOLTA ALL’ANNO”, il 4% ha risposto “2= UNA VOLTA AL MESE O MENO”, il 4% ha risposto “3=QUALCHE VOLTA AL MESE”, il 19% ha risposto “4=UNA VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 32% ha risposto “5=QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 37% ha risposto “6= OGNI GIORNO”.

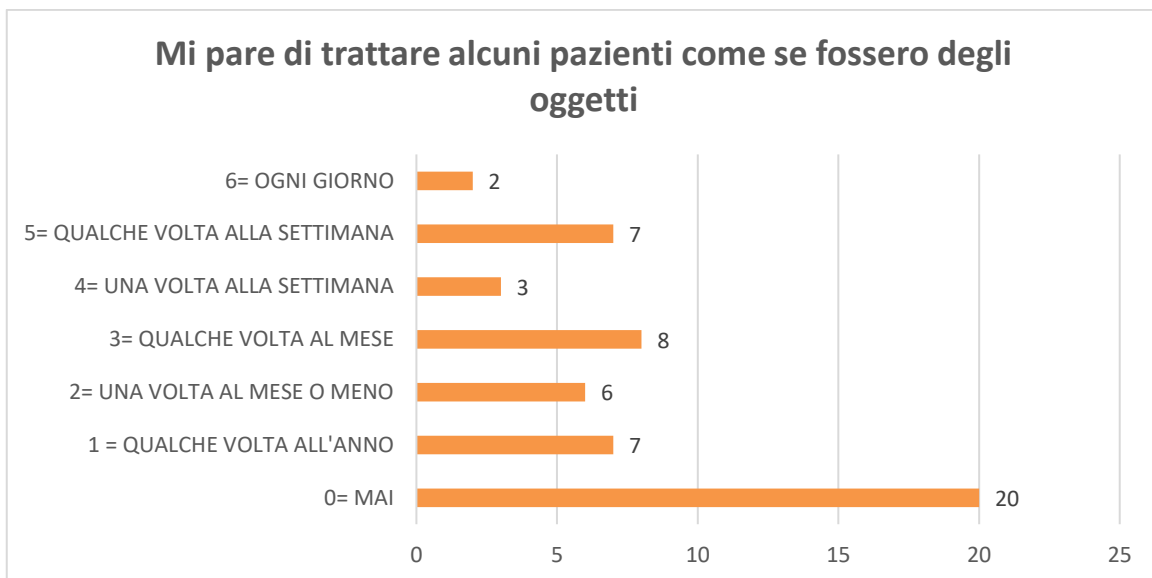


Grafico 12, quinta domanda del MBI.

Il 38% ha risposto “0=MAI”, il 13% ha risposto “1=QUALCHE VOLTA ALL’ANNO”, l’11% ha risposto “2= UNA VOLTA AL MESE O MENO”, il 15% ha risposto “3= QUALCHE VOLTA AL MESE”, il 6% ha risposto “4=UNA VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 13% ha risposto “5=QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 4% ha risposto “6=OGNI GIORNO”.

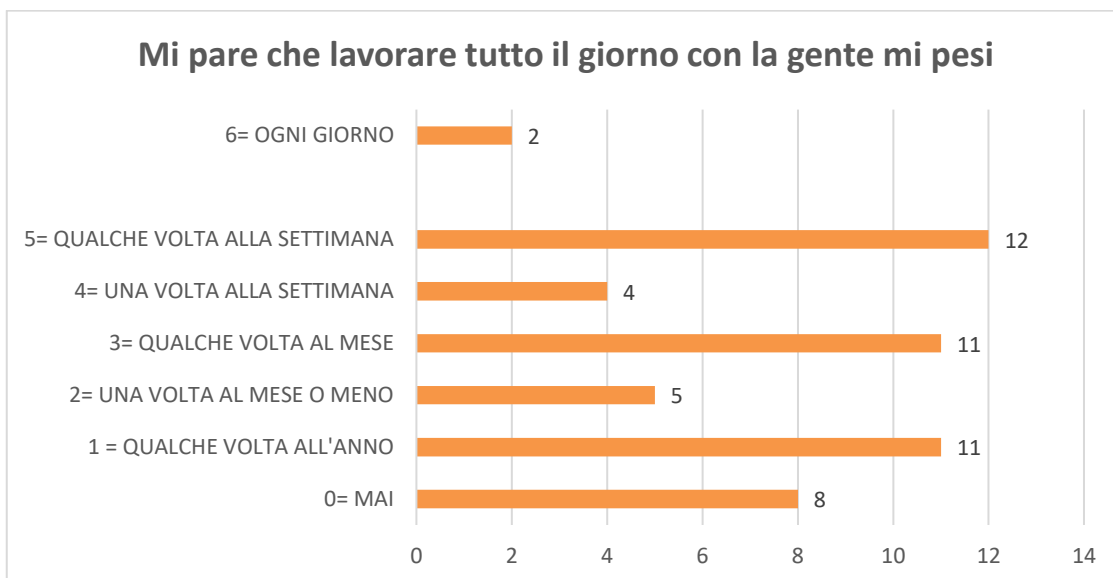


Grafico 13, sesta domanda del MBI.

Il 15% ha risposto “0=MAI”, il 21% ha risposto “1=QUALCHE VOLTA ALL’ANNO”, il 9% ha risposto “2=UNA VOLTA AL MESE O MENO”, il 21% ha risposto “3=QUALCHE VOLTA AL MESE”, il 7% ha risposto “4=UNA VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 23% ha risposto “5=QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 4% ha risposto “6=OGNI GIORNO”.

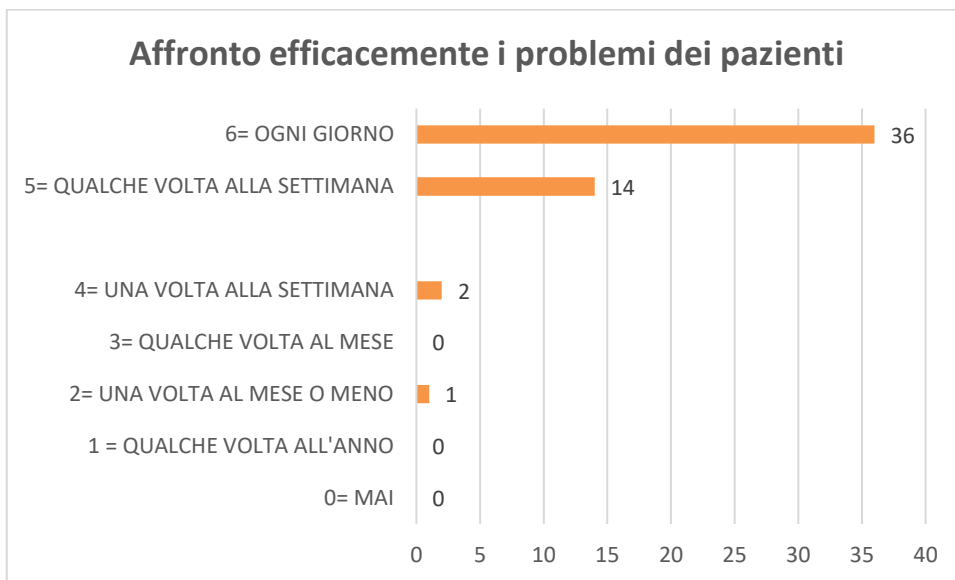


Grafico 14, settima domanda del MBI.

Nessun operatore ha risposto né “0=MAI”, né “1=QUALCHE VOLTA ALL’ANNO”, né “3=QUALCHE VOLTA AL MESE”. Il 2% ha risposto “2=UNA VOLTA AL MESE O MENO”, il 4% ha risposto “4=UNA VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 26% ha risposto “5=QUALCHE VOLTA SETTIMANA”, il 68% ha risposto “6=OGNI GIORNO”.

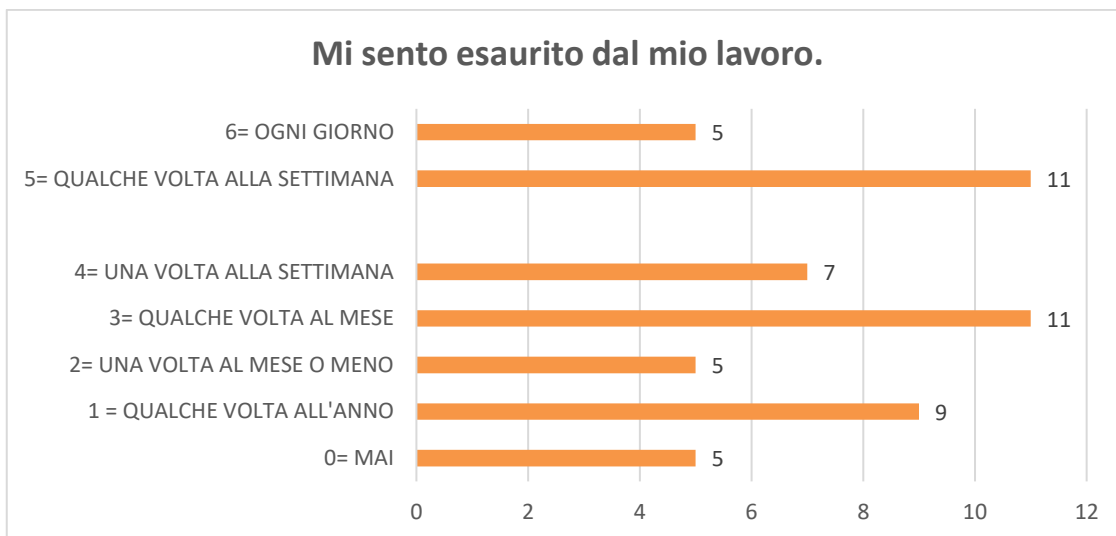


Grafico 15, ottava domanda del MBI.

Il 10% ha risposto “0=MAI”, il 17% ha risposto “1=QUALCHE VOLTA ALL’ANNO”, il 9% ha risposto “2=UNA VOLTA AL MESE O MENO”, il 21% ha risposto “3=QUALCHE VOLTA AL MESE”, il 13% ha risposto “4=UNA VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 21% ha risposto “5=QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 9% ha risposto “6=OGNI GIORNO”.

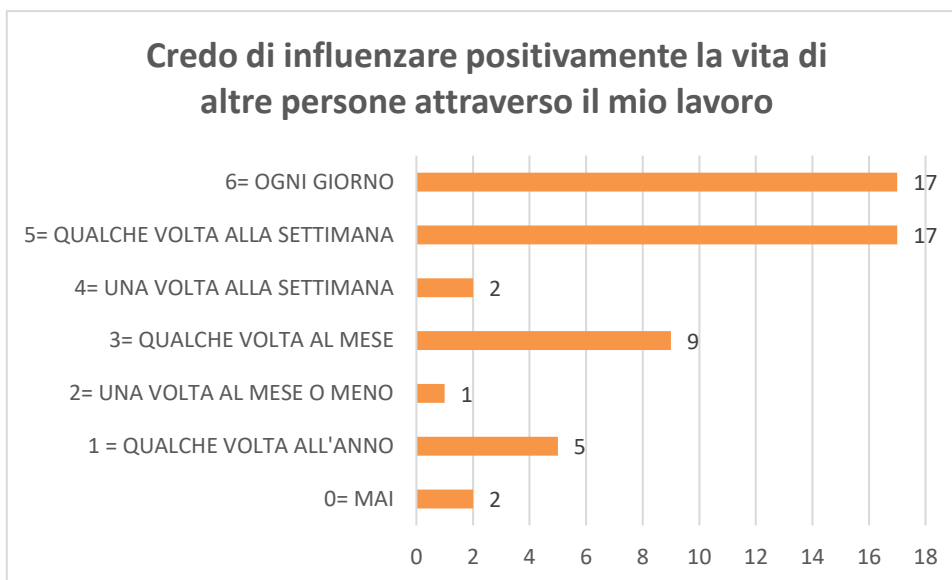


Grafico 16, nona domanda del MBI.

Il 4% ha risposto “0=MAI”, il 9% ha risposto “1=QUALCHE VOLTA ALL’ANNO”, il 2% ha risposto “2=UNA VOLTA AL MESE O MENO”, il 17% ha risposto “3=QUALCHE VOLTA AL MESE”, il 4% ha risposto “4=UNA VOLTA ALLA

SETTIMANA”, il 32% ha risposto “5=QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 32% ha risposto “6=OGNI GIORNO”.

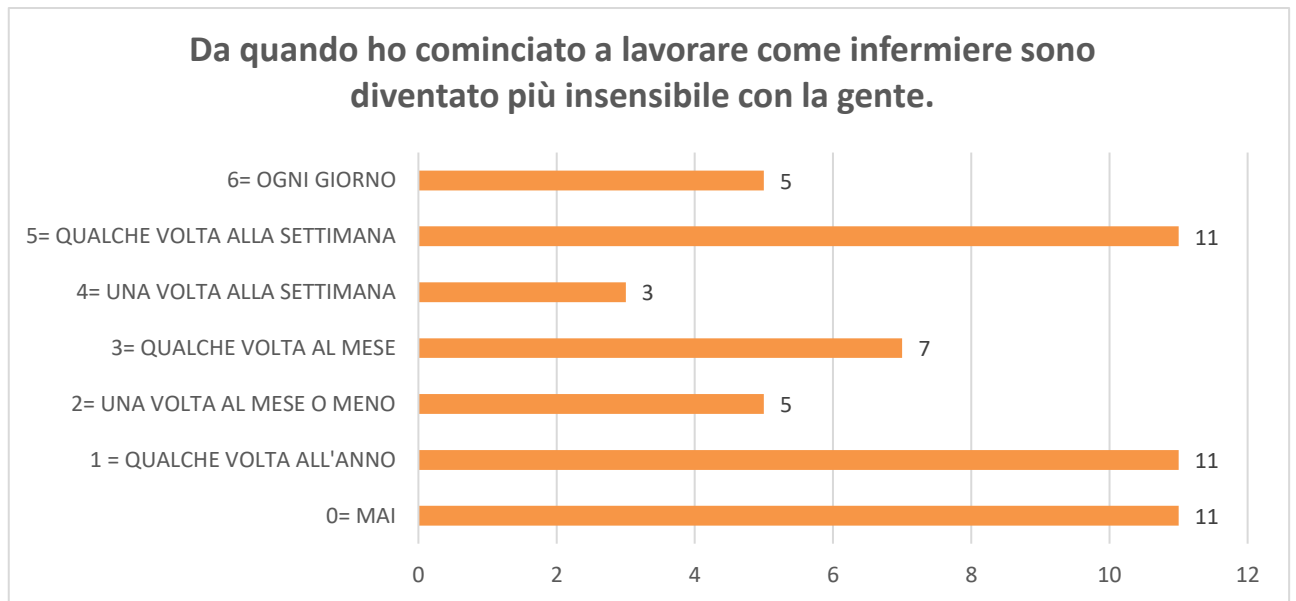


Grafico 17, decima domanda del MBI.

Il 21% ha risposto “0=MAI”, il 21% ha risposto “1=QUALCHE VOLTA ALL’ANNO”, il 9% ha risposto “2=UNA VOLTA AL MESE O MENO”, il 13% ha risposto “3=QUALCHE VOLTA AL MESE”, il 6% ha risposto “4=UNA VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 21% ha risposto “5=QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 9% ha risposto “6=OGNI GIORNO”.

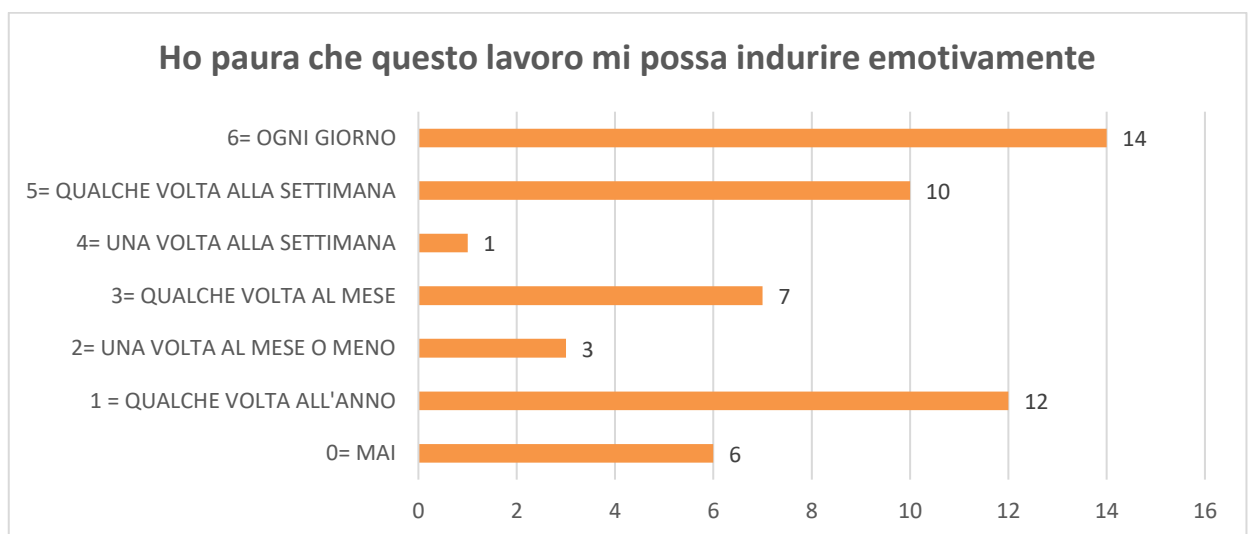


Grafico 18, undicesima domanda del MBI.

L'11% ha risposto "0=MAI", il 23% ha risposto "1=QUALCHE VOLTA ALL'ANNO", il 6% ha risposto "2=UNA VOLTA AL MESE O MENO", il 13% ha risposto "3=QUALCHE VOLTA AL MESE", il 2% ha risposto "4=UNA VOLTA ALLA SETTIMANA", il 19% ha risposto "5= QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA", il 26% ha risposto "6=OGNI GIORNO".

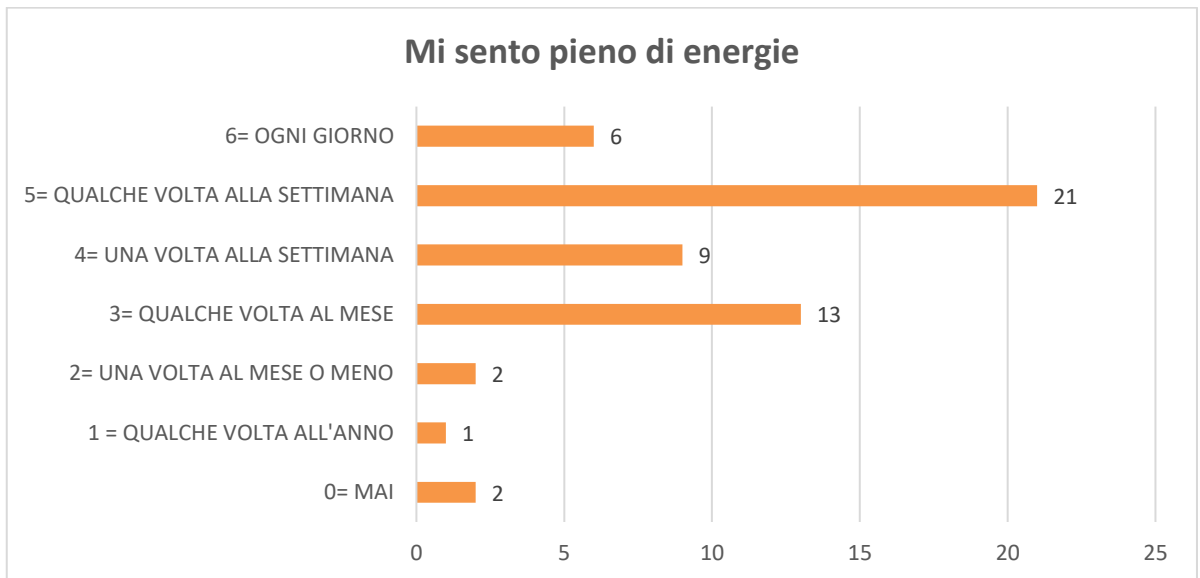


Grafico 19, dodicesima domanda del MBI.

Il 4% ha risposto "0=MAI", il 2% ha risposto "1=QUALCHE VOLTA ALL'ANNO", il 4% ha risposto "2=UNA VOLTA AL MESE O MENO", il 24% ha risposto "3=QUALCHE VOLTA AL MESE", il 16% ha risposto "4=UNA VOLTA ALLA SETTIMANA", il 39% ha risposto "5=QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA", l'11% ha risposto "6=OGNI GIORNO".

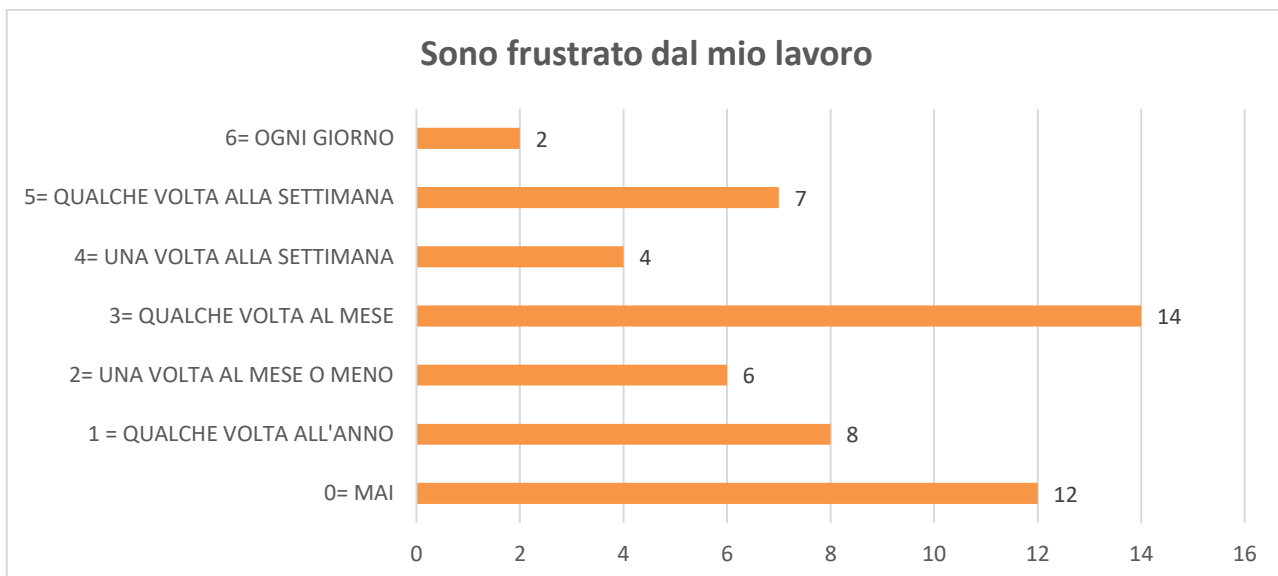


Grafico 20, tredicesima domanda del MBI.

Il 23% ha risposto “0=MAI”, il 15% ha risposto “1=QUALCHE VOLTA ALL’ANNO”, l’11% ha risposto “2=UNA VOLTA AL MESE O MENO”, il 26% ha risposto “3=QUALCHE VOLTA AL MESE”, l’8% ha risposto “4=UNA VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 13% ha risposto “5= QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 4% ha risposto “6=OGNI GIORNO”.

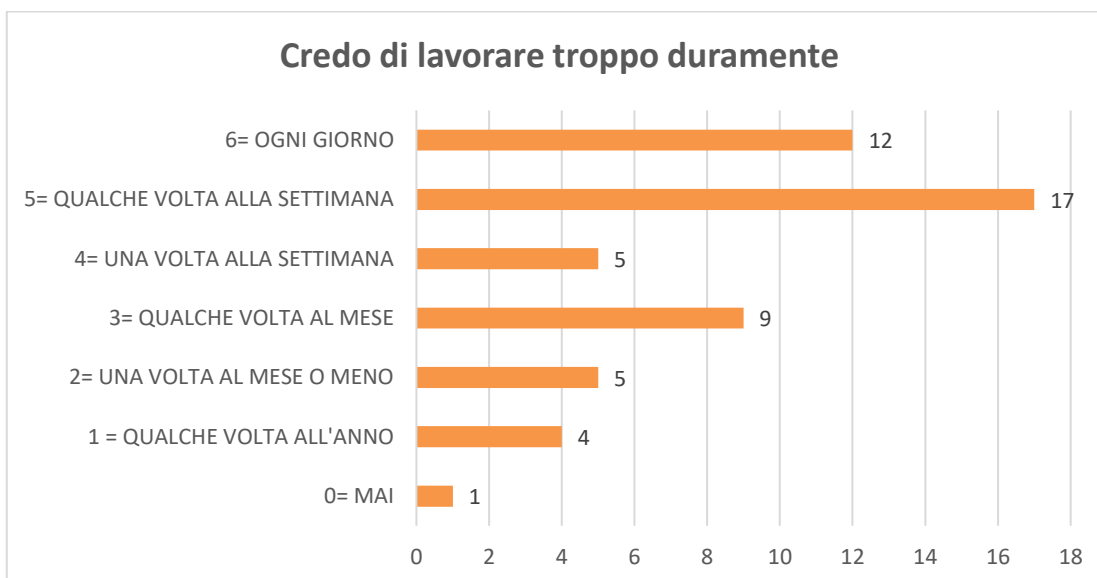


Grafico 21, quattordicesima domanda del MBI.

Il 2% ha risposto “0=MAI”, l’8% ha risposto “1=QUALCHE VOLTA ALL’ANNO”, il 9% ha risposto “2=UNA VOLTA AL MESE O MENO”, il 17% ha risposto “3=QUALCHE VOLTA AL MESE”, il 9% ha risposto “4=UNA VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 32% ha risposto “5=QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 23% ha risposto “6=OGNI GIORNO”.

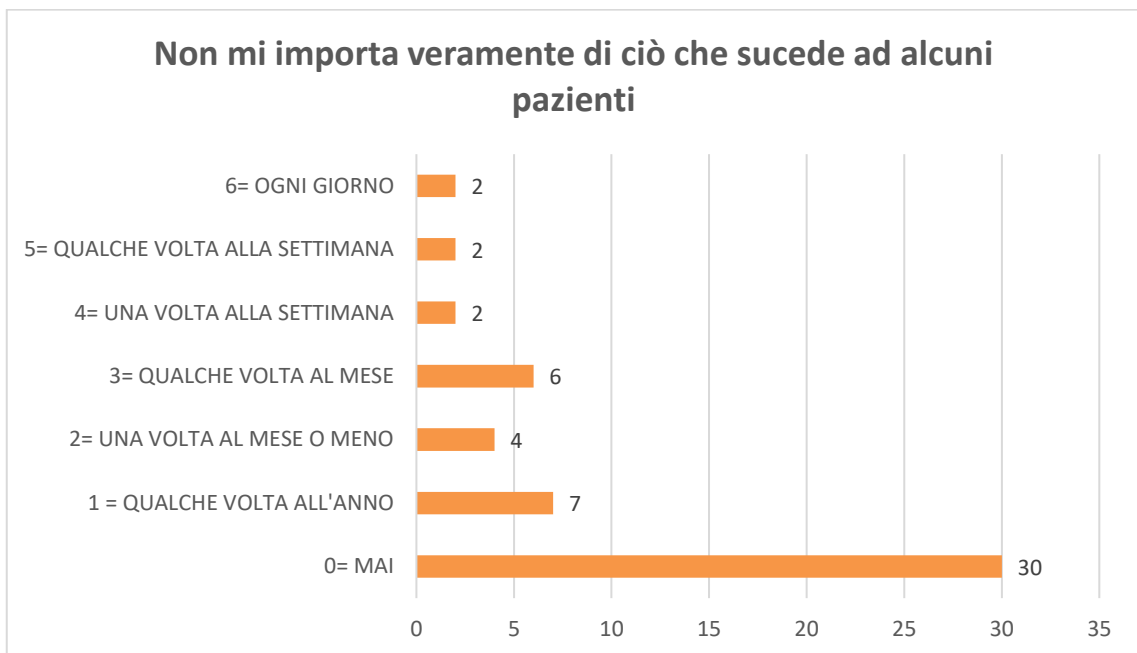


Grafico 22, quindicesima domanda del MBI.

Il 57% ha risposto “0=MAI”, il 13% ha risposto “1=QUALCHE VOLTA ALL’ANNO”, il 7% ha risposto “2=UNA VOLTA AL MESE O MENO”, l’11% ha risposto “3=QUALCHE VOLTA AL MESE”, il 4% ha risposto “4=UNA VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 4% ha risposto “5=QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 4% ha risposto “6=OGNI GIORNO”.

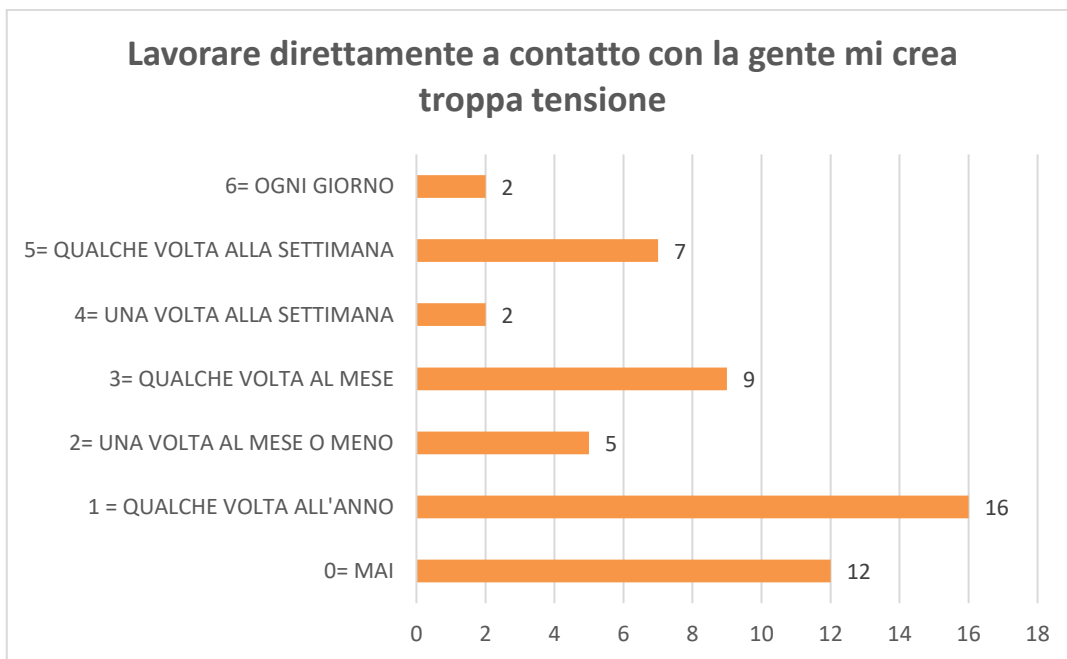


Grafico 23, sedicesima domanda del MBI.

Il 23% del campione ha risposto “0=MAI”, il 30% ha risposto “1=QUALCHE VOLTA ALL’ANNO”, il 9% ha risposto “2=UNA VOLTA AL MESE O MENO”, il 17% ha risposto “3=QUALCHE VOLTA AL MESE”, il 4% ha risposto “4=UNA VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 13% ha risposto “5=QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 4% ha risposto “6=OGNI GIORNO”.

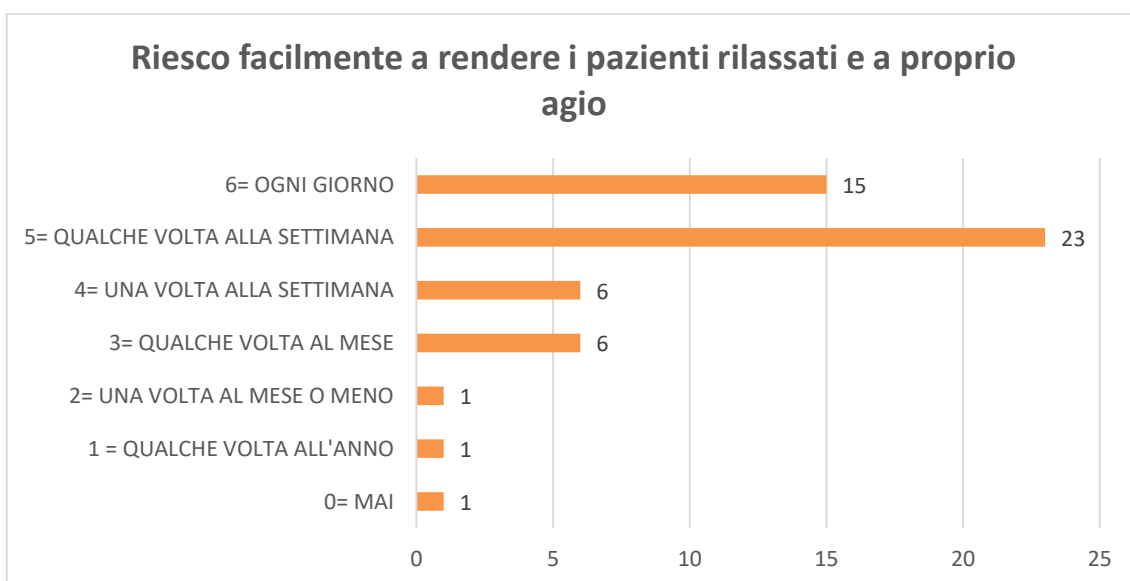


Grafico 24, diciassettesima domanda del MBI.

Il 2% del campione ha risposto “0=MAI”, il 2% del campione ha risposto “1=QUALCHE VOLTA ALL’ANNO”, il 2% ha risposto “2=UNA VOLTA AL MESE O MENO”, l’11% ha risposto “3=QUALCHE VOLTA AL MESE”, l’11% ha risposto “4=UNA VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 44% ha risposto “5=QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 28% ha risposto “6=OGNI GIORNO”.

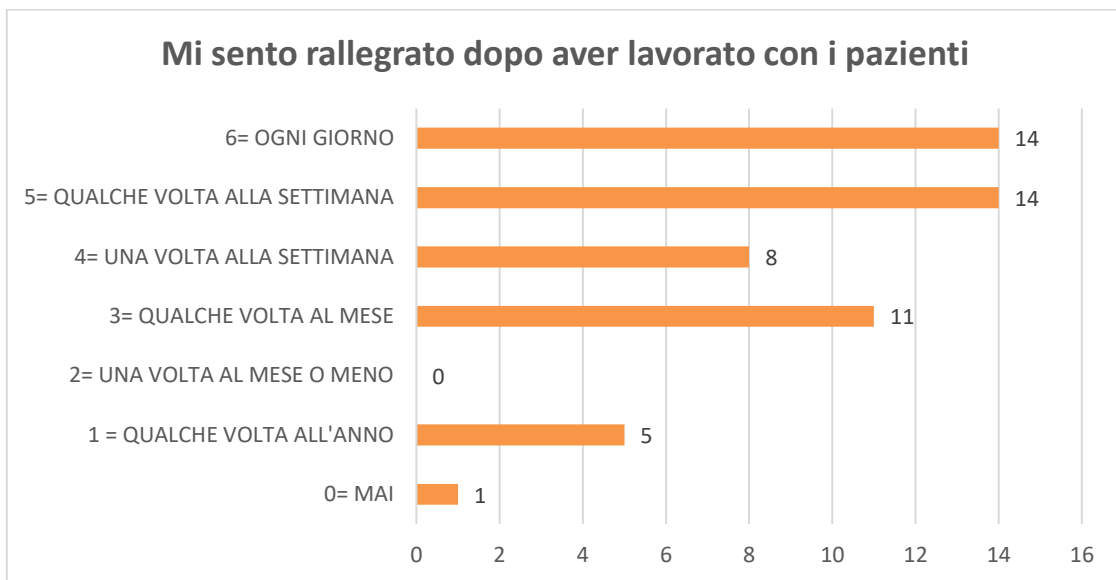


Grafico 25, diciottesima domanda del MBI.

Il 2% del campione ha risposto “0=MAI”, il 10% del campione ha risposto “1=QUALCHE VOLTA ALL’ANNO”, nessuno ha risposto “2=UNA VOLTA AL MESE O MENO”, il 21% ha risposto “3=QUALCHE VOLTA AL MESE”, il 15% ha risposto “4=UNA VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 26% ha risposto “5=QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 26% ha risposto “6=OGNI GIORNO”.

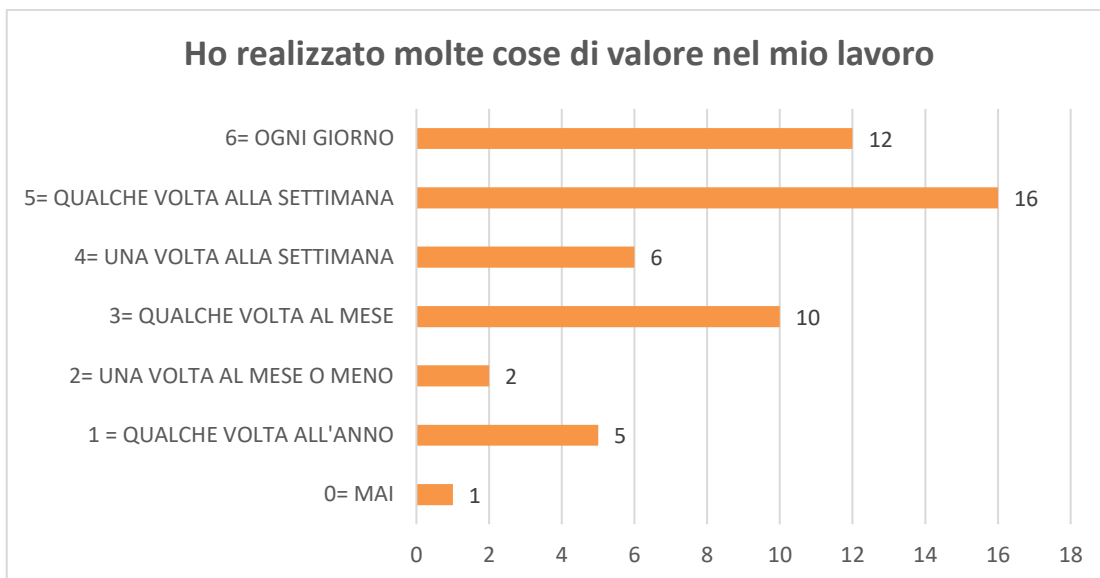


Grafico 26, diciannovesima domanda del MBI.

Il 2% del campione ha risposto “0=MAI”, il 10% del campione ha risposto “1=QUALCHE VOLTA ALL’ANNO”, il 4% ha risposto “2=UNA VOLTA AL MESE O MENO”, il 19% ha risposto “3=QUALCHE VOLTA AL MESE”, l’11% ha risposto “4=UNA VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 31% ha risposto “5=QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 23% ha risposto “6=OGNI GIORNO”.

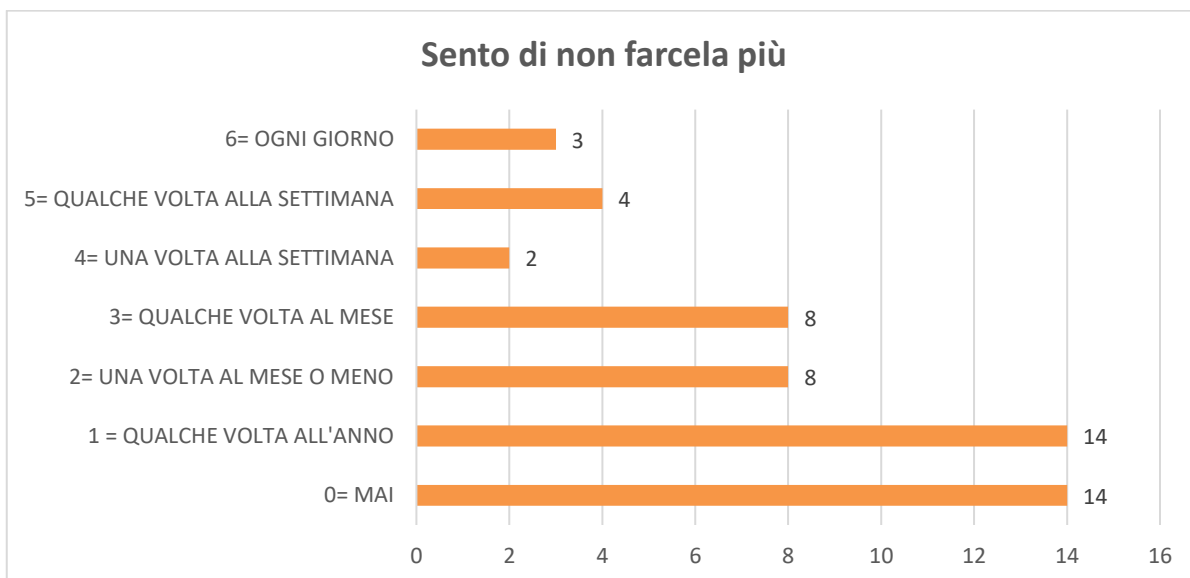


Grafico 27, ventesima domanda del MBI.

Il 26% del campione ha risposto “0=MAI”, il 26% del campione ha risposto “1=QUALCHE VOLTA ALL’ANNO”, il 15% ha risposto “2=UNA VOLTA AL MESE O MENO”, il 15% ha risposto “3=QUALCHE VOLTA AL MESE”, il 4% ha risposto “4=UNA VOLTA ALLA SETTIMANA”, l’8% ha risposto “5=QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 6% ha risposto “6=OGNI GIORNO”.

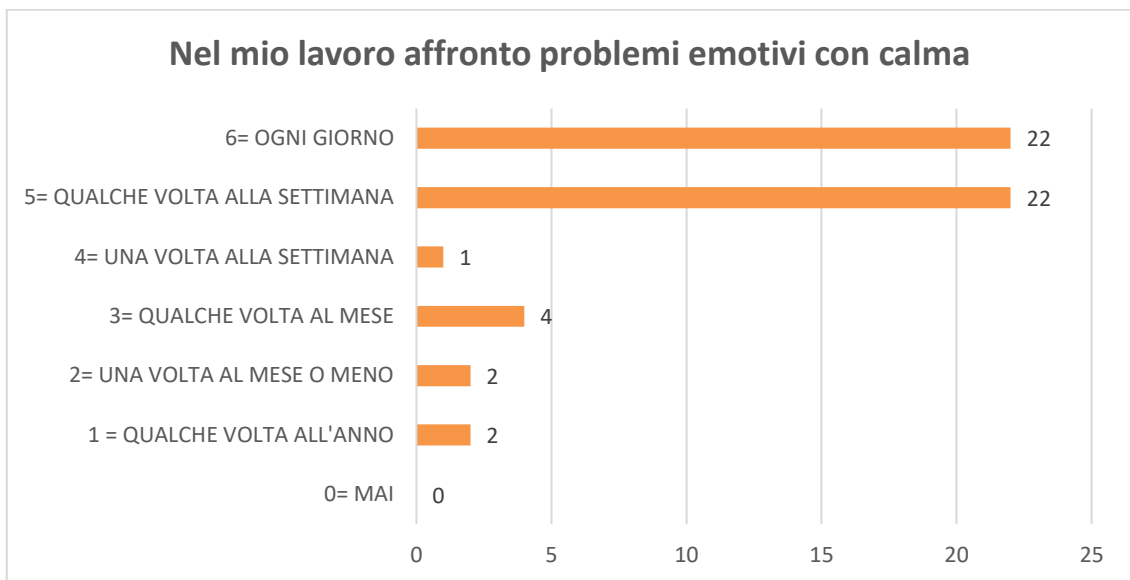


Grafico 28, ventunesima domanda del MBI.

Nessun componente del campione ha risposto “0=MAI”, il 4% del campione ha risposto “1=QUALCHE VOLTA ALL’ANNO”, il 4% ha risposto “2=UNA VOLTA AL MESE O MENO”, l’8% ha risposto “3=QUALCHE VOLTA AL MESE”, il 2% ha risposto “4=UNA VOLTA ALLA SETTIMANA”, l’41% ha risposto “5=QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 41% ha risposto “6=OGNI GIORNO”.

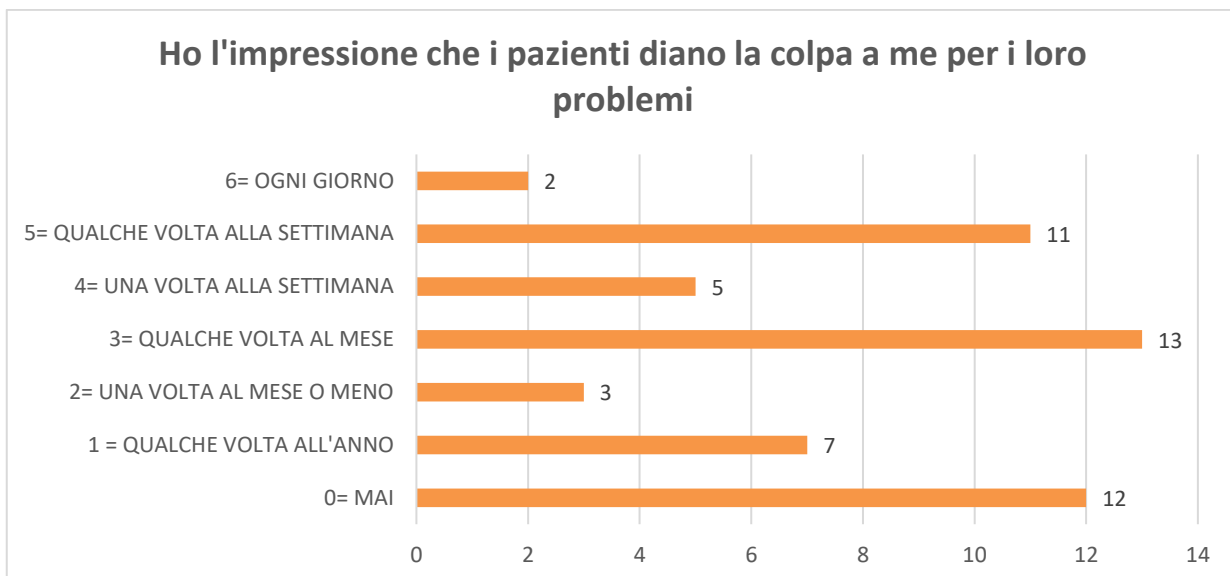


Grafico 29, ventiduesima domanda del MBI.

Il 23% del campione ha risposto “0=MAI”, il 13% del campione ha risposto “1=QUALCHE VOLTA ALL’ANNO”, il 6% ha risposto “2=UNA VOLTA AL MESE O MENO”, il 24% ha risposto “3=QUALCHE VOLTA AL MESE”, il 9% ha risposto “4=UNA VOLTA ALLA SETTIMANA”, l’21% ha risposto “5=QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA”, il 4% ha risposto “6=OGNI GIORNO”.

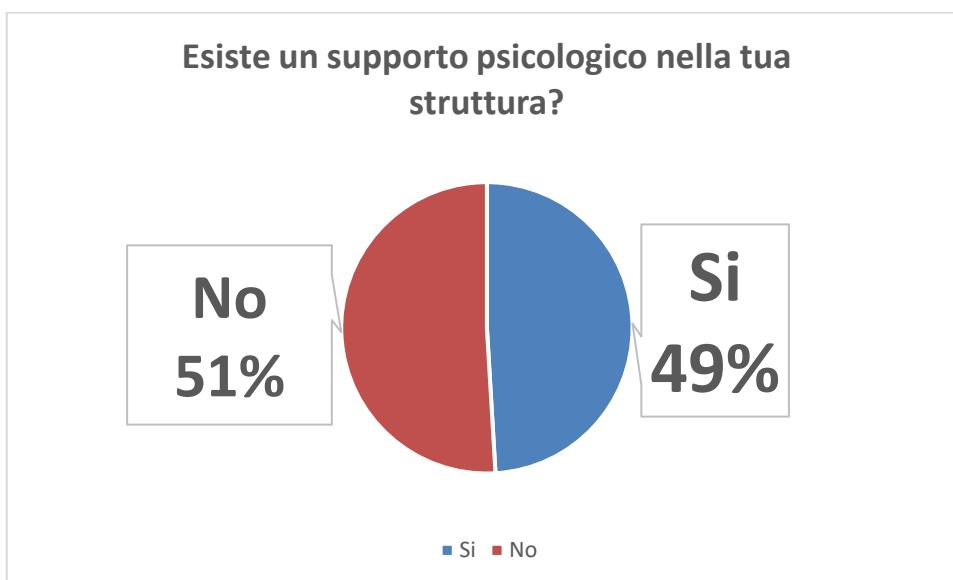


Grafico 30, trentesima domanda (nostra elaborazione 2024).

Il 51% del campione ha risposto “NO”, il 49% ha risposto “SI”.

Quali dovrebbero essere gli scopi del supporto psicologico a livello aziendale?	n
Aiutare il paziente ad accettare la propria condizione per avere una migliore qualità di vita	20
Aiutare i familiari nell'arduo compito di sostenere il familiare malato	19
Aiutare i sanitari nella comunicazione col paziente	28
Diminuire burnout e malattie stress-lavoro correlate	45
Migliorare l'efficienza del sanitario	24
Diminuire la violenza sugli operatori sanitari	12
Aiutare i sanitari a gestire un evento traumatico subito	30
Diminuire la violenza eseguita sui pazienti da parte di operatori sanitari	8

Tabella 7, domanda numero 31 sugli scopi del supporto psicologico a livello aziendale (nostra elaborazione 2024).

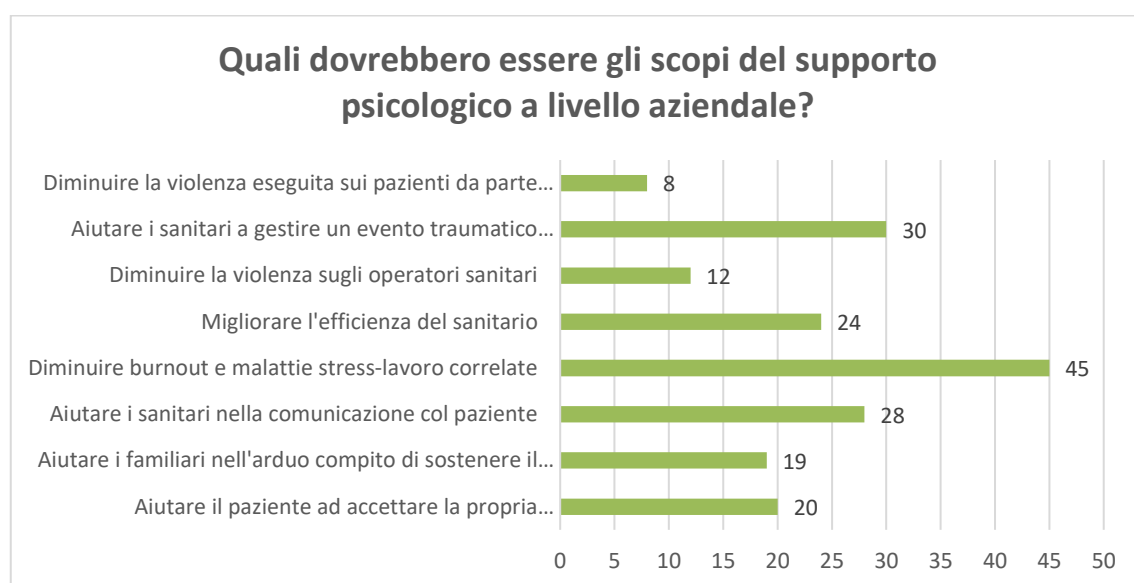


Grafico 31, domanda 31 sugli scopi del supporto psicologico a livello aziendale (nostra elaborazione, 2024).

Questa è una domanda in cui l'operatore poteva inserire più di una risposta, a propria discrezione.

La risposta "Diminuire la violenza eseguita sui pazienti da parte degli operatori sanitari" è stata scelta 8 volte, la risposta "Aiutare i sanitari a gestire un evento traumatico subito" è stata scelta 30 volte, la risposta "Diminuire la violenza sugli operatori sanitari" è stata scelta 12 volte, la risposta "Migliorare l'efficienza del sanitario", è stata scelta 24 volte, la risposta "Diminuire burnout e malattie stress-lavoro correlate" è stata scelta 45 volte, la risposta "Aiutare i sanitari nella comunicazione col paziente" è stata scelta 28 volte, la risposta "Aiutare i familiari nell'arduo compito di sostenere il familiare malato" è stata

scelta 19 volte, la risposta “Aiutare il paziente ad accettare la propria condizione per avere una migliore qualità di vita” è stata scelta 20 volte.

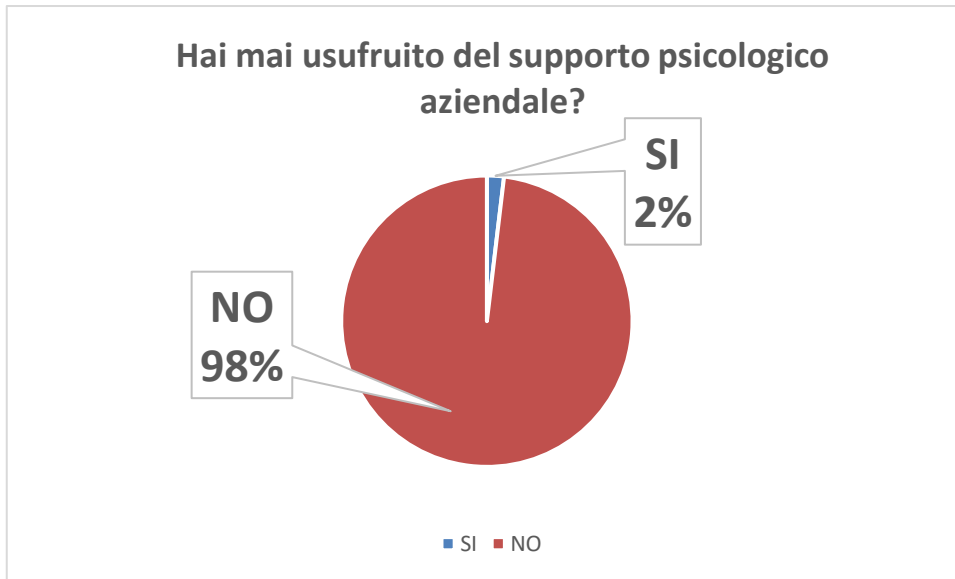


Grafico 32, domanda 32 in cui si richiede all'operatore se ha mai usufruito del supporto psicologico aziendale (nostra elaborazione 2024)..

Il 98% ha risposto “NO” a questa domanda, il 2% ha risposto “SI”.

Domanda 33: Se hai risposto sì alla domanda precedente, senti che questo servizio ti è stato utile? In che modo ti ha aiutato/a? Esempio: migliore gestione di eventi traumatici successivi, migliore comunicazione col paziente, migliore stato d'animo... (domanda aperta).

Una persona ha risposto dicendo: “Mi ha aiutato in un momento di forte stress correlato al lavoro che riversavo sul piano personale”.

Domanda 33: Se non hai usufruito del servizio/non ti ha aiutato/a, per favore lascia qui un suggerimento su come potrebbe migliorare.

Sette persone hanno risposto alla domanda. Raggrupperemo le risposte simili.

- Due persone hanno riscontrato problematiche nella diffusione del servizio, dichiarando che il supporto psicologico aziendale dovrebbe fornire più informazioni sulle modalità di erogazione dello stesso, e lo dovrebbe essere più accessibile;

- Un operatore ha dichiarato che introdurrebbe incontri routinari con gli psicologi dell'ospedale;
- Un operatore ha dichiarato che il servizio non è presente;
- Tre operatori hanno dichiarato che non hanno fatto mai uso del servizio;

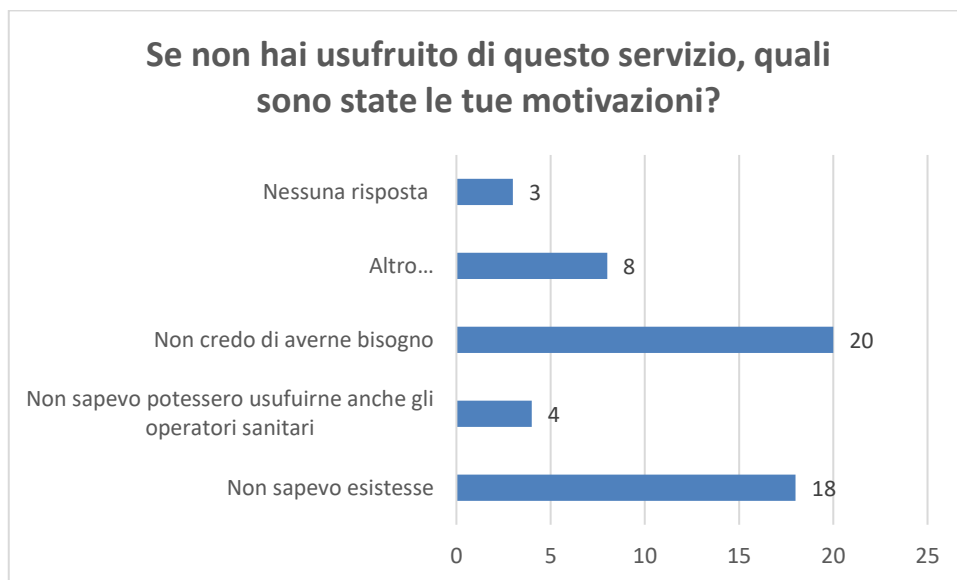


Grafico 34, domanda 34 in cui si chiedono le motivazioni per cui non è stato utilizzato il servizio (nostra elaborazione 2024).

Il 6% non ha risposto alla domanda, il 34% ha risposto “Non sapevo che esistesse”, il 7% ha risposto “Non sapevo potessero usufruirne anche gli operatori sanitari”, il 38% ha risposto “Non credo di averne bisogno”.

Il 15% ha risposto “Altro”, una risposta inserita da chi ha sottoposto il questionario per lasciare maggior libertà al campione di esprimere la propria motivazione. Di queste, una risposta non è stata poi specificata. Le restanti sono:

- Due operatori hanno dichiarato di consultare già uno psicologo al di fuori del lavoro;
- Una persona ha dichiarato di aver provato ad usufruirne ma che lo psicologo si è mostrato poco disponibile per via dei molti impegni che aveva;
- Una persona ha dichiarato che il servizio è molto lontano dalla realtà del suo reparto (nello specifico, il Pronto Soccorso);
- Un operatore ha dichiarato di aver “rimandato per mancanza di tempo”;

- Un operatore ha dichiarato di non sapere come usufruire del servizio;
- Una persona ha dichiarato: “Non credo risolverebbe i problemi”;



Grafico 35, domanda 35 (nostra elaborazione 2024).

Il 64% ha dichiarato “SI”, il 19% ha dichiarato “NO”, il 17% ha dichiarato “ALTRO...”.

Nella risposta “ALTRO...” è stato affermato:

- Otto persone hanno asserito “Sì, vorrei che fosse obbligatorio”
- Una persona ha risposto “A volte sì”

Queste risposte sono riconducibili alla risposta “SI”.



Grafico 37, domanda 36 (nostra elaborazione 2024).

La risposta “Servizio assente o male organizzato” è stata scelta 16 volte.

La risposta “Dopo aver provato l’esperienza non è piaciuta” è stata scelta 1 volta.

La risposta “Viene visto come un ulteriore peso e non come un’opportunità di aiuto e prevenzione” è stata scelta 18 volte.

L’opzione “Non c’è abbastanza informazione in merito e quindi molti non ne sono a conoscenza” è stata scelta 37 volte.

L’opzione “Non si crede possa aiutare realmente, ci sono ancora molti pregiudizi in merito [...]” è stata scelta 26 volte.

La risposta “Altro...” è stata scelta 1 volta ed è stato dichiarato: “La maggior parte dei nostri problemi sono di natura concreta e materiale e dovrebbero essere affrontati da questo punto di vista”.

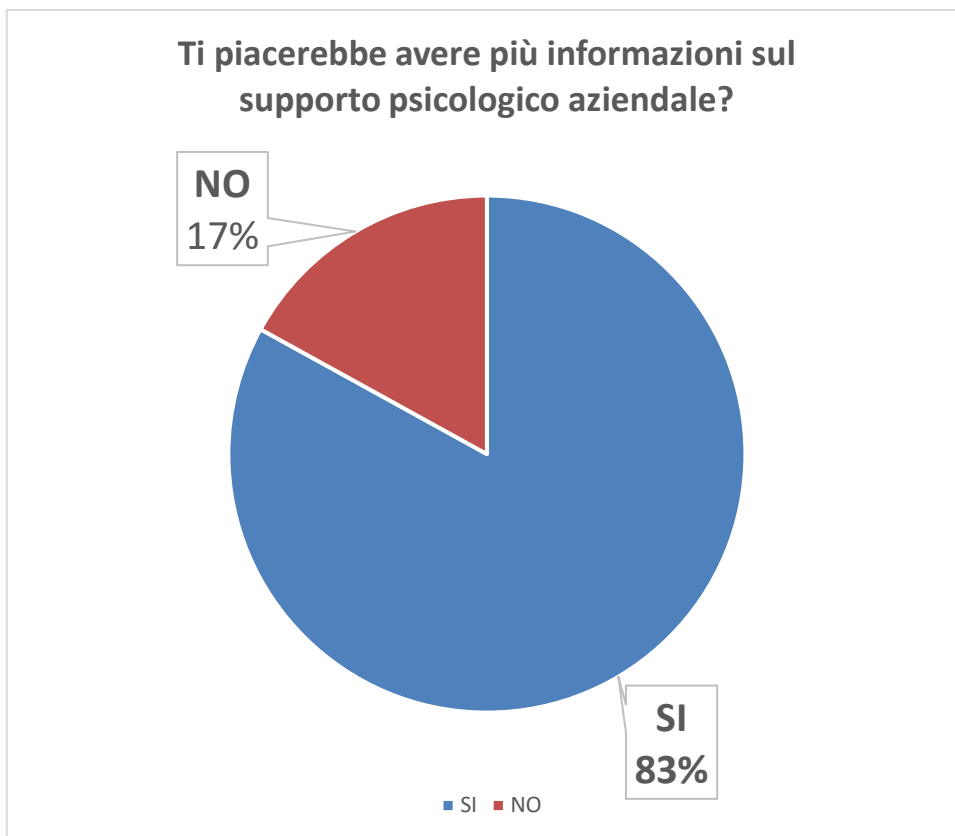


Grafico 38, domanda 37 (nostra elaborazione 2024).

Il 17% ha risposto “NO”, l’83% ha risposto “SI”.

Domanda 38: “Spesso gli operatori sanitari vengono lasciati a sé stessi, senza alcuna formazione su come affrontare le situazioni complesse (es. gestione e comunicazione con pazienti con diagnosi complesse o prognosi sfavorevoli, oppure gestione eventi traumatici da cui l’operatore sanitario non riesce a difendersi...)”.

Prima di tutto, sei d’accordo con questa affermazione?

Hai suggerimenti su cosa potrebbe essere fatto in merito?

Questa è una domanda aperta in cui l’operatore poteva esprimersi liberamente sull’argomento. Si raggrupperanno le risposte simili per macro-argomenti, altre invece verranno citate testualmente.

Quindici operatori hanno dichiarato unicamente di essere d’accordo con l’affermazione descritta.

Due operatori hanno dichiarato unicamente di non essere d'accordo con l'affermazione descritta.

Gli altri operatori hanno suggerito svariate azioni da intraprendere.

Tredici operatori hanno indicato come soluzione la maggior **formazione** in merito, su temi specifici: comunicazione, supporto psicologico (sia da dare ai pazienti che a sé stessi), gestione di situazioni "delicate", comunicazione e anche "post-evento traumatico". Su come dovrebbe essere svolta la formazione hanno anche indicato che gli piacerebbe svolgere degli incontri **periodici** con **personale specializzato**, e molti hanno indicato come personale adatto gli **psicologi**.

Tre operatori hanno suggerito una maggior **diffusione e agevolazione del servizio**, dichiarando che gli operatori dovrebbero ricevere più informazioni in merito, o comunque l'utilizzo del servizio dovrebbe essere agevolato, e inoltre che gli **incontri con psicologi** dovrebbero essere introdotti come pratica clinica routinaria.

Quasi tutto il campione (36 operatori) ha indicato che dovrebbe essere presente uno **psicologo all'interno della SOD**.

Due operatori hanno affermato che invece dovrebbe esserci un maggior **riconoscimento giuridico e economico della professione**, sia per medici che infermieri, in quanto non si sentono ancora tutelati.

Tre operatori hanno consigliato l'introduzione di più **momenti di confronto con i colleghi** al seguito di eventi traumatici a cui si ha assistito.

Per un operatore molto dipende anche dall'**empatia** del singolo individuo ma non offre soluzioni.

Un operatore ha dichiarato di essere d'accordo con l'affermazione ma che <<**non ci sono soluzioni**>>.

Un operatore ha indicato, tra altri aspetti, l'importanza di **politiche aziendali** rivolte verso la **prevenzione del burnout e valutazioni periodiche**.

Ha anche fatto presente come sia importante per gli operatori avere un **carico di lavoro adeguato** (non più di 30 ore/settimanali) così da avere più tempo a disposizione per la famiglia e socialità in generale, una migliore elaborazione dei traumi, meno stanchezza. Tutto ciò porterebbe a una **qualità dell'assistenza** migliore e un **ambiente lavorativo** migliore.

Infine, ha indicato come potrebbe servire e cito: << [...] **rimettere al centro la persona**, sia nell'ambito di cura (quindi il paziente e la sua dignità) sia nell'ambito lavorativo (siamo persone anche noi e non macchine) [...]”.

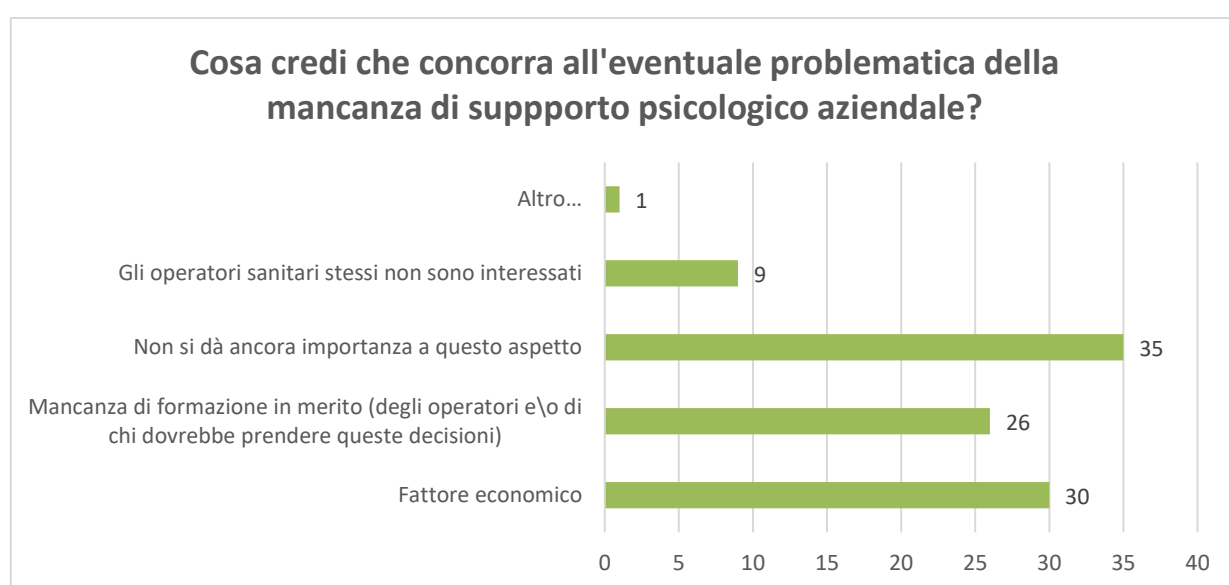


Grafico 39, domanda 39, possibilità di indicare più di una risposta (nostra elaborazione 2024).

La risposta “fattore economico” è stata scelta 30 volte.

La risposta “Mancanza di formazione in merito (degli operatori e/o di chi dovrebbe prendere queste decisioni)” è stata scelta 26 volte.

La risposta “Non si dà ancora importanza a questo aspetto” è stata scelta 35 volte.

La risposta “Gli operatori sanitari stessi non sono interessati” è stata scelta 9 volte.

La risposta “Altro...” è stata scelta 1 volta, ed è stato dichiarato: “La direzione aziendale non ritiene l’operatore come una risorsa <<qualitativa>> dell’assistenza ma solo una risorsa <<quantitativa>>, ovvero solo come unità di copertura del turno”.

Capitolo 5: Discussione

Questo elaborato ha come scopo quello di comprendere il grado di burnout del campione attraverso il M.B.I. inserito all'interno dello stesso questionario, e inoltre comprendere la reale conoscenza e l'utilizzo del supporto psicologico aziendale da parte del campione.

Inoltre, dalle ricerche è emerso che gli operatori sanitari in area critica sono più a rischio di *burnout* e disturbi stress-lavoro correlati, e che quindi in realtà il supporto psicologico aziendale potrebbe avere una grande rilevanza per prevenire e gestire queste problematiche (Zenobi, 2007). Perciò alla fine si è arrivati a chiedersi quale fosse lo stato di "salute mentale" degli operatori sanitari.

Se si rilevasse un grado di *burnout* abbastanza elevato dalle risposte date, in unione con il poco utilizzo del supporto psicologico aziendale, si potrebbe pensare a una correlazione fra i due eventi.

Di seguito verranno analizzate le risposte al questionario, partendo dalle prime sette che sono descrittive del campione (dalla *domanda 1* alla *domanda 7* visibili sia nella sezione "Risultati" che nell' *Allegato 3*).

Hanno risposto 53 operatori sanitari, rispetto ai 175 operatori sanitari a cui era stato somministrato. Di questi 53, il 74% sono infermieri e il 26% sono medici\specializzandi. La maggioranza del campione è di sesso femminile (58,5%) di età giovane, se pensiamo che il 60% degli operatori ha un'età compresa tra i 20 e i 39 anni.

Inoltre, tutti lavorano in area critica attualmente e il 36% del campione ha sempre lavorato nel reparto attuale, facendo comprendere come evidentemente, ci sia una parte degli

operatori che trova lavorare in area critica comunque gratificante. Chi sceglie di lavorare in questi reparti spesso lo fa perché si sente appagato, per la possibilità di acquisire nuove competenze e più autonomia, o perché è un contesto stimolante e dinamico (Zenobi, 2007).

La professione infermieristica è considerata una professione fortemente a rischio di sviluppare *burnout* (Ramírez-Elvira et al, 2021) a causa della continua esposizione a situazioni complesse come l'assistenza palliativa e la morte. Un ulteriore fattore di rischio è rappresentato proprio dal lavorare in area critica (Zenobi, 2007).

Fattori socio-demografici come essere giovani e con poca esperienza professionale nel campo dell'area critica sono stati associati a livelli più alti di *burnout* (Ramírez-Elvira et al, 2021). Si evidenzia che dai risultati è emerso che 28 operatori (quindi quasi metà del campione) ha dichiarato di esercitare nella SOD attuale da massimo 5 anni, di cui 9 sono infermieri o medici che attualmente hanno 1 anno di esperienza o meno.

Sempre su questo tema, è stato preso in esame anche un altro studio interessante, portato avanti dal 2002 al 2010, che analizza proprio "l'intenzione di lasciare la professione infermieristica durante i primi 5 anni di lavoro" (Rudman, Gustavsson, Hultell, 2013), osservando e monitorando la suddetta dal momento della laurea fino a 5 anni dall'inizio del lavoro tramite questionari ripetuti nel tempo. La volontà di lasciare la professione secondo questo studio, raddoppia dal primo al quinto anno, ed è interessante vedere come sia stata presa in esame proprio la presenza di *burnout* come fattore predittivo, misurando tramite una scala (*Oldenburg Burnout Inventory*) il grado di esaurimento e disimpegno. Alti livelli di *burnout* rilevati erano correlati a un aumento dell'intenzione a lasciare la professione (Rudman et al, 2013).

Questo studio potrebbe anche spiegare perché la maggior parte del campione che ha risposto è di età giovane, forse proprio perché c'è un elevato turnover infermieristico, soprattutto nei primi cinque anni, causato proprio da *burnout* elevato e altri fattori, come mancanza di risorse, turni di lavoro stressanti, discrepanza tra le aspettative dello studente e l'effettivo lavoro ecc. (Rudman et al, 2013). Un'altra spiegazione, difficilmente spiegabile tramite letteratura, è che infermieri di età giovane e con pochi anni di esperienza, abbiano ancora voglia di cambiare il contesto lavorativo in cui operano e

quindi siano più propensi ad essere disponibili a queste iniziative, mentre infermieri più “anziani” siano più disillusi.

La correlazione fra sesso del campione e *burnout* invece non è chiara, in molti studi i risultati sono ancora dubbi.

Si analizzeranno ora i 22 items del M.B.I., quindi dalla *domanda 8* alla *domanda 30*. Si calcolerà il rischio di *burnout* secondo le indicazioni date nell'*Allegato 1*. Grazie all'interpretazione di questi dati sarà possibile comprendere il rischio di *burnout* del singolo individuo e conseguentemente di tutto il campione. Per capirlo, si valuteranno tutte le tre sottoscale: Esaurimento emotivo, depersonalizzazione, realizzazione lavorativa e per ogni sottoscala indicheremo se l'individuo è ad *alto* o *basso rischio* di sviluppare *burnout*, che si avrà con un alto livello di esaurimento emotivo e depersonalizzazione e una bassa realizzazione lavorativa. Di seguito i risultati del test. Ogni riga corrisponde ai punteggi di un individuo.

Esaurimento Emotivo		Depersonalizzazione		Realizzazione Lavorativa	
Valore	Rischio Burnout	Valore	Rischio Burnout	Valore	Rischio Burnout
33	Alto rischio	19	Alto rischio	28	Alto rischio
37	Alto rischio	20	Alto rischio	28	Alto rischio
12	Basso rischio	5	Medio rischio	38	Basso rischio
10	Basso rischio	17	Alto rischio	16	Alto rischio
41	Alto rischio	16	Alto rischio	36	Medio rischio
39	Alto rischio	23	Alto rischio	38	Basso rischio
20	Medio rischio	18	Alto rischio	37	Basso rischio
9	Basso rischio	7	Medio rischio	42	Basso rischio
21	Medio rischio	5	Medio rischio	35	Medio rischio
16	Medio rischio	14	Alto rischio	38	Basso rischio
12	Basso rischio	3	Basso rischio	39	Basso rischio
8	Basso rischio	2	Basso rischio	42	Basso rischio
37	Alto rischio	7	Medio rischio	42	Basso rischio
18	Medio rischio	2	Basso rischio	30	Medio rischio
33	Alto rischio	19	Alto rischio	32	Medio rischio
17	Medio rischio	4	Medio rischio	39	Alto rischio

5	Basso rischio	5	Medio rischio	27	Alto rischio
19	Medio rischio	1	Basso rischio	41	Basso rischio
51	Alto rischio	20	Alto rischio	34	Medio rischio
20	Medio rischio	9	Medio rischio	38	Basso rischio
39	Alto rischio	6	Medio rischio	41	Basso rischio
34	Alto rischio	15	Alto rischio	45	Basso rischio
30	Alto rischio	24	Alto rischio	46	Basso rischio
31	Alto rischio	14	Alto rischio	33	Medio rischio
46	Alto rischio	15	Alto rischio	37	Basso rischio
16	Medio rischio	16	Alto rischio	32	Medio rischio
36	Alto rischio	23	Alto rischio	22	Alto rischio
21	Medio rischio	11	Alto rischio	37	Basso rischio
9	Basso rischio	2	Basso rischio	48	Basso rischio
18	Medio rischio	9	Medio rischio	40	Basso rischio
44	Alto rischio	18	Alto rischio	34	Medio rischio
42	Alto rischio	3	Basso rischio	43	Alto rischio
19	Medio rischio	14	Alto rischio	31	Medio rischio
26	Alto rischio	8	Medio rischio	32	Medio rischio
31	Alto rischio	8	Medio rischio	42	Basso rischio
53	Alto rischio	27	Alto rischio	42	Basso rischio
40	Alto rischio	19	Alto rischio	31	Medio rischio
20	Medio rischio	4	Medio rischio	31	Medio rischio
24	Alto rischio	3	Basso rischio	45	Basso rischio
30	Alto rischio	8	Medio rischio	32	Medio rischio
27	Alto rischio	15	Alto rischio	36	Medio rischio
46	Alto rischio	11	Alto rischio	43	Basso rischio
34	Alto rischio	18	Alto rischio	44	Basso rischio
33	Alto rischio	13	Alto rischio	37	Basso rischio
21	Medio rischio	0	Basso rischio	42	Basso rischio
42	Alto rischio	24	Alto rischio	40	Basso rischio
18	Medio rischio	12	Alto rischio	38	Basso rischio
27	Alto rischio	11	Alto rischio	41	Basso rischio
28	Alto rischio	17	Alto rischio	41	Basso rischio

9	Basso rischio	3	Basso rischio	36	Medio rischio
31	Alto rischio	12	Alto rischio	30	Medio rischio
20	Medio rischio	4	Medio rischio	39	Basso rischio
29	Alto rischio	17	Alto rischio	40	Basso rischio

Tabella 8, risultati del M.B.I. per ogni singolo operatore (nostra elaborazione 2024).

Da questi risultati emerge che:

- 30 operatori sanitari sono ad alto rischio di sviluppare *esaurimento emotivo (EE)*, 14 operatori sanitari sono a medio rischio e 9 a basso rischio. Il valore modale quindi risulta essere **“alto rischio di esaurimento emotivo”**;
- 30 operatori sanitari sono ad alto rischio di sviluppare *depersonalizzazione (DEP)*, 14 sono a medio rischio e 9 a basso rischio. Il valore modale quindi risulta essere **“alto rischio di depersonalizzazione”**;
- 32 operatori sanitari risultano avere un buon grado di realizzazione lavorativa, avendo quindi un basso rischio di burnout, 16 risultano mediamente realizzati lavorativamente (medio rischio di *burnout*) e 5 risultano non essere realizzati lavorativamente, con un alto rischio di *burnout* quindi. Il valore modale risulta essere **alto grado di realizzazione lavorativa (RL)**.

Moda	Totale: Valore	20	Totale: Valore	3	Totale: Valore	42
	Totale: Giudizio	Alto Rischio (30 unità)	Totale: Giudizio	Alto Rischio (30 unità)	Totale: Giudizio	Basso Rischio (32 unità)
	Valore Basso Rischio	9	Valore Basso Rischio	3	Valore Alto Rischio	28
	Valore Medio Rischio	20	Valore Medio Rischio	4	Valore Medio Rischio	32
	Valore Alto Rischio	31	Valore Alto Rischio	11	Valore Basso Rischio	42

Tabella 9, calcolo della moda del M.B.I. (nostra elaborazione, 2024).

Da questi risultati quindi appare evidente come due dimensioni su tre portino il campione ad essere **ad alto rischio burnout** mentre l'ultima dimensione (RL) risulta essere nella norma, a basso rischio di sviluppare *burnout*.

La maggiore frequenza di burnout, soprattutto se correlato a esaurimento emotivo e depersonalizzazione, potrebbe suggerire un carico di lavoro elevato e uno squilibrio tra competenze tecniche e relazioni interpersonali. (Poncet MC., 2007)

La realizzazione lavorativa in questo caso è alta, dimostrando comunque che chi lavora in area critica nella maggior parte dei casi è appassionato al proprio lavoro. Dati che supportano questa ipotesi sono l'età del campione (perlopiù di giovane età), che fa presupporre che ci sia ancora "l'entusiasmo" e la passione per il proprio lavoro. Servirebbero più dati per confermare questa tesi. L'area critica è un ambiente che spesso offre possibilità di crescita e adempimento di ambizioni dell'individuo, così da essere stimolante per il lavoratore (Cagnazzo et al, 2021).

Da questi risultati emerge che comunque il campione è a rischio elevato di sviluppare *burnout*, date che due dimensioni su tre hanno ottenuto punteggi sopra la norma, ma che ancora è possibile effettuare delle azioni di prevenzione sul campione per via della realizzazione lavorativa elevata.

Le ultime dieci domande (dalla *domanda 30* alla *domanda 39* visionabili sia nella sezione "Risultati" che nell'*Allegato 3: Questionario*) sono servite ad indagare il reale utilizzo e conoscenza del supporto psicologico aziendale.

Sono state valutate successivamente le risposte alla *domanda 30* che chiede: "*Esiste un supporto psicologico nella tua struttura?*" A questa domanda, il 51% ha risposto "No", dimostrando che più della metà del campione non è a conoscenza dell'esistenza del servizio di Psicologia Ospedaliera.

A questa domanda correliamo poi la *domanda 32*: "*Hai mai usufruito del supporto psicologico aziendale?*" a cui il 98% ha risposto "No", facendo dedurre che, anche se un buon numero di operatori sanitari conosce il servizio (49%), comunque non ne hanno mai usufruito. L'unico operatore che ne ha usufruito ha dichiarato, nella *domanda 33*, che il servizio di Psicologia Ospedaliera gli è stato utile in un momento di forte stress.

I motivi per cui invece non è stato utilizzato si possono osservare alla *domanda 34*: la risposta più scelta è stata “Non credo di averne bisogno”, facendo presupporre che siano ancora presenti **stigma e pregiudizi** nei confronti del supporto psicologico ospedaliero da parte degli operatori sanitari. Infatti, nella *domanda 36*, ben 27 operatori sanitari hanno dichiarato che esistono ancora molti pregiudizi in merito al supporto psicologico ospedaliero: spesso si arriva all’erronea convinzione di poter gestire tutto lo stress e le problematiche legate al lavoro in autonomia, oppure non si riconosce il ruolo salvifico del supporto psicologico.

Inoltre, gli operatori sanitari potrebbero percepire il loro lavoro come così impegnativo e prioritario da non trovare il tempo per prendersi cura del proprio benessere emotivo, come ci indica una risposta inserita in “*Altro*” in cui un operatore sanitario afferma di aver rimandato per mancanza di tempo. Nella *domanda 36*, 18 operatori sanitari dichiarano che l’aiuto di uno specialista per preservare il benessere emotivo “viene visto come un ulteriore peso e non come un’opportunità di aiuto e prevenzione”.

Al secondo posto c’è la risposta “Non sapevo esistesse”, indicando una **insufficiente o mancata diffusione del servizio** all’interno delle S.O.D. di area critica. Gli operatori sanitari potrebbero non essere pienamente consapevoli dei servizi di supporto psicologico disponibili per loro all’interno dell’ambiente ospedaliero. Potrebbero mancare informazioni chiare sui benefici del supporto psicologico o sulle modalità per accedervi, come suggeriscono le risposte “Non so come poterne usufruire” e “Non credo risolverebbe i problemi”.

Il concetto è rimarcato dall’abbondanza di risposte date nella *domanda 36*: 37 operatori sanitari affermano che non ci sia abbastanza informazione in merito, mentre 16 operatori pensano che il servizio sia assente o male organizzato (visionare anche *domanda 38* in cui si propone di diffondere\agevolare maggiormente il servizio di psicologia ospedaliera).

Inoltre, secondo una risposta inserita in “*Altro*”, è stata riscontrata “Poca disponibilità da parte dell’operatore” inteso come lo/a psicologo/a ospedaliero/a per via dei suoi molti impegni.

Il servizio viene giudicato anche come una realtà molto lontana da quella del P.S. non invogliando quindi l'operatore a utilizzarlo. Questo porta l'operatore sanitario a non provare nemmeno ad usufruire del servizio, infatti alla *domanda 36* poco successo ha riscontrato la risposta "Dopo aver provato l'esperienza, non è piaciuta, quindi è stata subito bocciata", visto che una sola persona l'ha scelta.

Ci sono infermieri o medici\specializzandi che hanno dichiarato di non sapere che potessero usufruirne anche gli operatori sanitari: spesso quando si parla del tema di supporto psicologico ospedaliero ci si sofferma solo sui benefici che questo potrebbe avere sul malato, come la possibilità di offrire **supporto emotivo ai pazienti** che affrontano malattie, procedure mediche, e tutti gli eventi stressanti correlati all'ospedalizzazione, insieme ad una adeguata gestione dell'ansia e del dolore e azioni di monitoraggio scandite nel tempo in pazienti con patologie fisiche e psicologiche (malattie croniche, disabilità fisiche, patologie mentali ecc...).

Inoltre, potrebbero esserci **barriere logistiche**: il tempo e l'accessibilità possono rappresentare delle sfide per gli operatori sanitari che desiderano utilizzare il supporto psicologico. Le loro lunghe ore di lavoro e gli orari irregolari potrebbero rendere difficile trovare il momento per consultare un professionista della salute mentale.

Questo, se unito a una **cultura organizzativa** che non valorizza il benessere emotivo e psicologico degli operatori sanitari come dovrebbe, può portare ad essere meno inclini a cercare aiuto.

Tutto ciò viene espresso dagli operatori nella *domanda 39* in cui si esplorano i fattori che concorrono alla mancanza di supporto psicologico aziendale, dove la risposta più data è proprio "Non si dà ancora importanza a questo aspetto" inteso come a livello aziendale. Si riporta anche una risposta inserita manualmente dall'operatore, che indica proprio come causa scatenante un mancato riconoscimento dell'operatore, visto più come "unità a copertura del turno" che come risorsa vera e propria.

Per molti, una causa è anche **il fattore economico**, inteso come **mancanza di risorse**: alcuni ospedali potrebbero non avere sufficienti risorse finanziarie o umane per offrire servizi di supporto psicologico adeguati agli operatori sanitari. Questo può limitare l'accessibilità e la qualità dei servizi disponibili.

In Italia, comunque gli psicologi ospedalieri sono in numero, se pensiamo che su un totale di 5.638 psicologi del SSN, gli psicologi che lavorano in ospedale sono 942 (Bozzaro, 2003). Ad oggi, i dati non sono aggiornati però si stima che non siano aumentati di troppo.

Nella *domanda 31* si analizzano gli scopi del supporto psicologico aziendale secondo gli operatori sanitari.

Quasi tutti hanno riconosciuto **diminuire il burnout e malattie stress-lavoro correlate** come scopo principale della psicologia ospedaliera, che porterebbe secondo gli studi ad una riduzione dell'assenteismo e affaticamento del personale (Bozzaro, 2003).

Un'altra risposta molto quotata è stata **aiutare i sanitari nella comunicazione col paziente**, quindi la promozione di una comunicazione empatica, chiara e rispettosa, che ancora è poco oggetto di formazione e corsi universitari. Di fatto nella *domanda 39*, quando sono stati chiesti dei suggerimenti all'operatore, la **formazione** del personale è stata una delle risposte più gettonate: formazione in merito alla comunicazione, su come dare supporto ai pazienti ma anche a sé stessi, oppure avere proprio il supporto di personale specializzato durante la comunicazione col paziente eccetera.

Tutto ciò porterebbe a **migliorare l'efficienza del sanitario** e quindi, dell'azienda ospedaliera stessa (Bozzaro, 2003).

Avere un sostegno in questo senso, aiuterebbe l'infermiere anche a **gestire un evento traumatico a cui si ha assistito**, prevenendo l'insorgenza di stress e *burnout*. Nella *domanda 35* vediamo che 43 operatori su 53 ritengono che sia necessario il supporto psicologico dopo il verificarsi di un evento "traumatico" assistito come morte di un paziente, tentato suicidio, violenza ecc... Questo viene supportato anche dagli studi, come quelli di Cannizzaro e Casali del 2011, che fanno comprendere che effetti positivi ha avuto, sugli operatori sanitari del 118, avere a disposizione una figura specializzata come una psicologa dell'emergenza, tra cui ritroviamo proprio la possibilità di parlare di ciò che è accaduto e riuscire a "controllare il caos" che altrimenti ne emergerebbe (Cannizzaro, 2011).

Ritroviamo tra gli scopi anche **diminuire la violenza eseguita sugli operatori sanitari**. Sebbene l'argomento sia molto vasto, sicuramente ciò dipende molto da politiche

aziendali di prevenzione e formazione sul personale, e anche grazie ad un supporto psicologico, come citato di seguito: <<Ogni programma di prevenzione dovrebbe assicurare un opportuno **trattamento e sostegno agli operatori vittima di violenza** o che possono essere rimasti traumatizzati per aver assistito ad un episodio di violenza. Il personale coinvolto dovrebbe poter ricevere un primo trattamento, compreso una **valutazione psicologica**, a prescindere dalla severità del caso. Le vittime della violenza sul luogo di lavoro possono presentare, oltre a lesioni fisiche, una varietà di situazioni cliniche tra cui trauma psicologico di breve o lunga durata, timore di rientro al lavoro, cambiamento nei rapporti con colleghi e familiari. Pertanto, è necessario assicurare un trattamento appropriato per aiutare le vittime a superare il trauma subito e per prevenire futuri episodi>> (Raccomandazione ministeriale n.8 del 2007).

Infine, troviamo tra gli scopi anche **aiutare il paziente** ad accettare la propria condizione, che potrebbe poi portare a una sua migliore qualità di vita, e **aiutare i familiari** a sostenere il caregiver, anche questi comunque annoverati nei vari studi proposti (Bozzaro, 2003).

Cosa può essere fatto per migliorare il supporto psicologico aziendale agli operatori sanitari, in definitiva? Secondo infermieri e medici del campione, le soluzioni possono essere diverse:

- 1) Eseguire più **formazioni** del personale: è stato visto che eseguire formazioni sulla comunicazione, ha effetti positivi sulla qualità dell'assistenza erogata e sull'efficienza dell'operatore (Cannizzaro et al, 2011). Prevenire i conflitti, sia con pazienti che tra colleghi, e migliorare la comunicazione in area critica, potrebbe diminuire il rischio di *burnout*. (Poncet, 2007) Purtroppo, ancora si sottostima molto l'importanza che una giusta comunicazione ha sul processo di assistenza infermieristica, tant'è che nelle università spesso non si propongono corsi di formazione adeguati all'argomento, come ha anche dichiarato il campione nella *domanda 38*.
- 2) Maggiore **diffusione e agevolazione del servizio** di supporto psicologico aziendale, quindi dare più informazioni strutturate in merito al servizio, progettare più incontri con psicologi. Non basta che il servizio sia presente, l'azienda e i

dirigenti sanitari dovrebbero attivamente inserire la pratica del supporto psicologico ospedaliero nella quotidianità (Wagner et al., 2010).

- 3) Maggior **riconoscimento giuridico e economico della professione**: come dichiarato dallo studio Dall’Ora et al. (2020), in cui si osserva che la mancanza di una ricompensa adeguata al lavoro svolto (non solo finanziaria, ma sociale o personale) può portare il soggetto a sperimentare il *burnout*. Questo non è un aspetto però correlato al supporto psicologico ospedaliero, e non dipende solo dalla struttura ospedaliera.
- 4) Più **confronti** con colleghi: avere un buon ambiente di lavoro, basato sulla comunicazione chiara fra colleghi e fra dirigenti e infermieri, e inoltre sulla condivisione di esperienze fra pari, è una delle strategie di prevenzione del *burnout* (Dall’Ora, 2020).
- 5) La possibilità di avere una figura specializzata come **psicologo/a di reparto**: in merito analizziamo brevemente l’esperienza raccontata da Cannizzaro e Casali, che raccontano proprio dell’inserimento di una psicologa all’interno della C.O. dell’Ospedali Riuniti di Ancona. All’interno del libro sono raccolte anche esperienze di operatori sanitari che riferiscono i molti benefici di avere un monitoraggio continuo del proprio stato di benessere emotivo, come prevenzione del *burnout*, una migliore qualità dell’assistenza e dell’efficienza e una migliore gestione della comunicazione, anche grazie alle formazioni e agli incontri individuali programmati in accordo con la psicologa. (Cannizzaro et al, 2011).
- 6) **Introduzione o implementazione di politiche aziendali** per prevenire il *burnout*, assicurare una valutazione periodica del benessere mentale degli operatori e garantire un **carico di lavoro adeguato**, in modo che gli operatori possano avere più tempo per la propria vita sociale e familiare. Un carico di lavoro adeguato, turni meno sfiancanti, insieme alla presenza di risorse adeguate sono fattori protettivi del *burnout* (Chiara Dall’Ora, 2020).
- 7) **Rimettere al centro la persona** nelle politiche aziendali: secondo un articolo del 2014 di Redazione dialtrapsicologia: <<Negli ultimi anni si parla molto di “umanizzazione” e di “personalizzazione” delle cure e di mettere “la persona al centro”; questo approccio non può prescindere dall’attenzione alla componente psicologica delle persone, quindi dalla necessità di figure professionali come

quella dello psicologo all'interno delle strutture ospedaliere che primariamente si occupano della cura delle persone>>. (<https://www.altrapsicologia.it/regioni/emilia-romagna/lo-psicologo-in-ospedale-perche/#:~:text=Nella%20realt%C3%A0%20italiana%20la%20presa,psicologi%20nel%20SSN%20solo%20942>).

Infine, si analizzano le risposte date alla *domanda 37*, in cui 44 operatori su 53 indicano di essere interessati ad avere più informazioni in merito al supporto psicologico aziendale. Questo è un dato promettente, che apre la possibilità di effettuare, in futuro, attività di prevenzione primaria o secondaria sull'argomento.

Capitolo 6: Conclusioni

In conclusione, possiamo affermare che secondo gli studi e il questionario proposto, il supporto psicologico aziendale (come la Psicologia Ospedaliera), presenti ancora delle problematiche, prima fra tutte la **conoscenza del servizio insufficiente**: il 51% del campione ha dichiarato che non esiste un supporto psicologico aziendale nella propria struttura; molti operatori hanno inoltre dichiarato che dovrebbero essere fornite più informazioni sulle modalità di utilizzo del servizio da parte degli operatori sanitari o che il servizio dovrebbe essere reso più usufruibile (diminuire le barriere logistiche). Se ne deduce che una presenza più attiva degli psicologi nella vita di reparto e maggior attenzione da parte dell'azienda su questo aspetto potrebbero essere la soluzione. Anche migliorare alcuni aspetti come la mancanza di chiarezza sui canali di contatto con gli psicologi o la limitata disponibilità di sessioni di supporto.

Inoltre, ancora vi è la **presenza di stigmi e pregiudizi** nei confronti dell'utilizzo della psicologia da parte degli operatori sanitari e dell'azienda. Il benessere mentale ancora non è visto come una priorità, sebbene sia di grande importanza. Questo atteggiamento può influenzare negativamente la percezione e l'utilizzo del supporto psicologico.

La **carenza di politiche aziendali** che mirano ad attenzionare il benessere mentale dell'operatore sanitario è un'altra problematica riscontrata. Fra queste sono annoverate: **maggior formazioni** rivolte all'operatore, sulla comunicazione (Poncet, 2007) e sulla gestione della violenza sugli operatori in particolare (Raccomandazione Ministeriale n.8, 2007), maggior risorse (numero di operatori sufficienti) in modo da avere un **carico di lavoro adeguato** (Chiara Dall'Ora, 2020). È indicato un cambiamento della cultura organizzativa, sia della S.O.D. che a livello aziendale. È noto che un ambiente lavorativo che si interessa al benessere mentale degli operatori divenga un ambiente più stimolante, portando a meno turnover e meno assenteismo e una migliore qualità dell'assistenza.

(Chiara Dall’Ora, 2020). Questo ha poi effetti a catena anche sui costi e la durata della degenza dei pazienti.

Molti operatori hanno suggerito **l’introduzione di momenti di confronto fra colleghi**, magari gestite da figure specializzate come psicologo/a. Questo migliorerebbe l’ambiente di lavoro, creando più coesione del team, instaurando una comunicazione chiara e rispettosa fra colleghi e più partecipazione alle attività di reparto (Cannizzaro et al, 2011).

Tutto ciò sarebbe di difficile compimento senza **l’ottenimento di maggiori risorse**: molti infatti hanno indicato la volontà di avere uno/a psicologo/a sempre presente nella loro S.O.D., però impossibile da compiere con le risorse (economiche e legato al personale) attualmente disponibili (Chiara Dall’Ora, 2020).

Il secondo obiettivo dello studio invece, era comprendere il grado di *burnout* del campione. Come visto dagli studi e dal questionario, il campione è ad alto rischio di *burnout* correlato a un alto rischio di esaurimento emotivo e alto rischio di depersonalizzazione. Il grado di realizzazione lavorativa è adeguato, e questo potrebbe essere un fattore protettivo, su cui si potrebbe puntare per svolgere attività di prevenzione futura.

Infine, si è visto quanto la psicologia ospedaliera sia fondamentale nella prevenzione del *burnout* ma non solo, questo migliorerebbe la qualità dell’assistenza, diminuirebbe il turnover in area critica, aumenterebbe l’efficienza del sanitario, diminuirebbe la violenza sugli operatori, migliorerebbe la comunicazione col paziente eccetera.

Visto l’elevato rischio di *burnout* a cui è sottoposto il campione e il poco utilizzo della psicologia ospedaliera (ricordiamo che solo un operatore su 53 ne ha usufruito nel corso della propria carriera) è possibile ipotizzare una correlazione fra i due eventi.

Si spera che questo studio ponga le basi per ulteriori attività di prevenzione primaria e secondaria del *burnout*.

Allegato 1: Versione Italiana Maslach Burnout Inventory MASLACH BURNOUT INVENTORY Sirigatti, S., & Stefanile, C. (1993).

Adattamento e taratura per l'Italia. In C. Maslach & S. Jackson, MBI Maslach Burnout Inventory. Manuale. (pp. 33-42). Firenze: Organizzazioni Speciali La presenza in Italia di Cristina Maslach nel 1983 diede l'avvio alla formulazione della versione italiana del questionario e alle successive indagini esplorative volte soprattutto a conoscere la validità di costruito. Il questionario fu somministrato inizialmente ad operatori socio-sanitari ed educatori scolastici per le indagini preliminari attraverso indagini fattoriali, e successivamente ad una serie di operatori impegnati in diverse professioni d'aiuto residenti in varie zone d'Italia. In totale furono coinvolti 1800 operatori, di cui 748 professionisti sanitari.

La versione italiana del M.B.I. misura, grazie a 3 sottoscale, tre dimensioni relative alla sindrome del Burnout:

- 9 items misurano l'esaurimento emotivo (EE),
- 5 items misurano la depersonalizzazione (DEP),
- 8 items misurano la realizzazione lavorativa (RL).

Il soggetto risponde a ciascun item su una scala a 7 passi (da 0 a 6) esprimendo la frequenza con cui ogni stato emozionale è stato sperimentato durante l'ultima settimana (0 = mai, 6 = ogni giorno).

Il test quantifica con un punteggio da 0 a 54 EE, da 0 a 30 DEP e da 0 a 48 RL. L'esaurimento emotivo viene valutato dalle domande 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

La depersonalizzazione è valutata dalle domande 5, 10, 11, 15, 22.

La realizzazione personale è valutata dagli items 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

Per ogni sottoscala viene attribuito un diverso livello di rischio di sviluppare il burnout in base al punteggio ottenuto:

- esaurimento emotivo con basso rischio per punteggi ≤ 14 , medio rischio per punteggi tra 15-23 e alto rischio per punteggi ≥ 24 ;

- depersonalizzazione con basso rischio per punteggi ≤ 3 , rischio medio per risultati tra 4-9 e alto rischio per punteggio ≥ 9 ;
- realizzazione personale con basso rischio per punteggi ≥ 37 , medio rischio punteggi tra 30-36 e alto rischio per risultati ≤ 29 .

Allegato 2: QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE STRESS LAVORO CORRELATO: M.B.I.

1. Mi sento emotivamente sfinito dal mio lavoro.

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

2. Mi sento sfinito alla fine della giornata.

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

3. Mi sento stanco quando mi alzo alla mattina e devo affrontare un'altra giornata di lavoro.

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

4. Posso capire facilmente come la pensano i miei pazienti.

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

5. Mi pare di trattare alcuni pazienti come se fossero degli oggetti

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese

- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

6. Mi pare che lavorare tutto il giorno con la gente mi pesi.

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

7. Affronto efficacemente i problemi dei pazienti.

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

8. Mi sento esaurito dal mio lavoro.

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno

- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

9. Credo di influenzare positivamente la vita di altre persone attraverso il mio lavoro

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

10. Da quando ho cominciato a lavorare qui sono diventato più sensibile con la gente

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

11. Ho paura che questo lavoro mi possa indurire emotivamente

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

12. Mi sento pieno di energie

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

13. Sono frustrato dal mio lavoro

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana

6 - ogni giorno

14. Credo di lavorare troppo duramente

0 – mai

1 - qualche volta all'anno

2 - una volta al mese o meno

3 - qualche volta al mese

4 - una volta alla settimana

5 - qualche volta alla settimana

6 - ogni giorno

15. Non mi importa veramente di ciò che succede ad alcuni pazienti

0 – mai

1 - qualche volta all'anno

2 - una volta al mese o meno

3 - qualche volta al mese

4 - una volta alla settimana

5 - qualche volta alla settimana

6 - ogni giorno

16. Lavorare direttamente a contatto con la gente mi crea troppa tensione

0 – mai

1 - qualche volta all'anno

2 - una volta al mese o meno

3 - qualche volta al mese

- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

17. Riesco facilmente a rendere i pazienti rilassati e a proprio agio.

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

18. Mi sento rallegrato dopo aver lavorato con i pazienti.

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

19. Ho realizzato molte cose di valore nel mio lavoro.

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno

- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

20. Sento di non farcela più.

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

21. Nel mio lavoro affronto i problemi emotivi con calma

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

22. Ho l'impressione che i miei pazienti (o il loro familiari) diano la colpa a me per i loro problemi

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

Allegato 3: questionario somministrato.

- 1) Che professione svolgi?
- 2) Sesso
- 3) Età
- 4) Dove lavori?
- 5) Da quanto tempo lavori in questo reparto?
- 6) È l'unico reparto in cui hai lavorato?
 - a. Sì
 - b. No
- 7) Se la risposta precedente è stata no, elenca in quali altri reparti hai lavorato e per quanto tempo.
- 8) Rispondi a queste domande inserendo un punteggio da 0 a 6, ovvero quanto spesso ti capita di sentirti nella maniera descritta. (inizio del M.B.I.) Mi sento emotivamente sfinito\la dal mio lavoro
 - a. 0-MAI
 - b. 1- QUALCHE VOLTA ALL'ANNO
 - c. 2-UNA VOLTA AL MESE O MENO
 - d. 3- QUALCHE VOLTA AL MESE
 - e. 4- UNA VOLTA ALLA SETTIMANA

- f. 5- QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA
 - g. 6- OGNI GIORNO
- 9) Mi sento sfinito\va alla fine della giornata.
- a. 0-MAI
 - b. 1- QUALCHE VOLTA ALL'ANNO
 - c. 2-UNA VOLTA AL MESE O MENO
 - d. 3- QUALCHE VOLTA AL MESE
 - e. 4- UNA VOLTA ALLA SETTIMANA
 - f. 5- QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA
 - g. 6- OGNI GIORNO
- 10) Mi sento stanco\va quando mi alzo alla mattina e devo affrontare un'altra giornata di lavoro.
- a. 0-MAI
 - b. 1- QUALCHE VOLTA ALL'ANNO
 - c. 2-UNA VOLTA AL MESE O MENO
 - d. 3- QUALCHE VOLTA AL MESE
 - e. 4- UNA VOLTA ALLA SETTIMANA
 - f. 5- QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA
 - g. 6- OGNI GIORNO
- 11) Posso capire facilmente come la pensano i miei pazienti
- a. 0-MAI
 - b. 1- QUALCHE VOLTA ALL'ANNO
 - c. 2-UNA VOLTA AL MESE O MENO
 - d. 3- QUALCHE VOLTA AL MESE
 - e. 4- UNA VOLTA ALLA SETTIMANA
 - f. 5- QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA
 - g. 6- OGNI GIORNO
- 12) Mi pare di trattare alcuni pazienti come se fossero degli oggetti.
- a. 0-MAI
 - b. 1- QUALCHE VOLTA ALL'ANNO
 - c. 2-UNA VOLTA AL MESE O MENO
 - d. 3- QUALCHE VOLTA AL MESE

- e. 4- UNA VOLTA ALLA SETTIMANA
- f. 5- QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA
- g. 6- OGNI GIORNO

13) Mi pare che lavorare tutto il giorno con la gente mi pesi.

- a. 0-MAI
- b. 1- QUALCHE VOLTA ALL'ANNO
- c. 2-UNA VOLTA AL MESE O MENO
- d. 3- QUALCHE VOLTA AL MESE
- e. 4- UNA VOLTA ALLA SETTIMANA
- f. 5- QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA
- g. 6- OGNI GIORNO

14) Affronto efficacemente i problemi dei pazienti.

- a. 0-MAI
- b. 1- QUALCHE VOLTA ALL'ANNO
- c. 2-UNA VOLTA AL MESE O MENO
- d. 3- QUALCHE VOLTA AL MESE
- e. 4- UNA VOLTA ALLA SETTIMANA
- f. 5- QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA
- g. 6- OGNI GIORNO

15) Mi sento esaurito\la dal mio lavoro.

- a. 0-MAI
- b. 1- QUALCHE VOLTA ALL'ANNO
- c. 2-UNA VOLTA AL MESE O MENO
- d. 3- QUALCHE VOLTA AL MESE
- e. 4- UNA VOLTA ALLA SETTIMANA
- f. 5- QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA
- g. 6- OGNI GIORNO

16) Credo di influenzare positivamente la vita di altre persone attraverso il mio lavoro.

- a. 0-MAI
- b. 1- QUALCHE VOLTA ALL'ANNO
- c. 2-UNA VOLTA AL MESE O MENO
- d. 3- QUALCHE VOLTA AL MESE

- e. 4- UNA VOLTA ALLA SETTIMANA
- f. 5- QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA
- g. 6- OGNI GIORNO

17) Da quando ho cominciato a lavorare come infermiere sono diventato più insensibile con la gente.

- a. 0-MAI
- b. 1- QUALCHE VOLTA ALL'ANNO
- c. 2-UNA VOLTA AL MESE O MENO
- d. 3- QUALCHE VOLTA AL MESE
- e. 4- UNA VOLTA ALLA SETTIMANA
- f. 5- QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA
- g. 6- OGNI GIORNO

18) Ho paura che questo lavoro mi possa indurire emotivamente.

- a. 0-MAI
- b. 1- QUALCHE VOLTA ALL'ANNO
- c. 2-UNA VOLTA AL MESE O MENO
- d. 3- QUALCHE VOLTA AL MESE
- e. 4- UNA VOLTA ALLA SETTIMANA
- f. 5- QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA
- g. 6- OGNI GIORNO

19) Mi sento pieno/a di energie.

- a. 0-MAI
- b. 1- QUALCHE VOLTA ALL'ANNO
- c. 2-UNA VOLTA AL MESE O MENO
- d. 3- QUALCHE VOLTA AL MESE
- e. 4- UNA VOLTA ALLA SETTIMANA
- f. 5- QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA
- g. 6- OGNI GIORNO

20) Sono frustrato/a dal mio lavoro.

- a. 0-MAI
- b. 1- QUALCHE VOLTA ALL'ANNO
- c. 2-UNA VOLTA AL MESE O MENO

- d. 3- QUALCHE VOLTA AL MESE
- e. 4- UNA VOLTA ALLA SETTIMANA
- f. 5- QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA
- g. 6- OGNI GIORNO

21) Credo di lavorare troppo duramente.

- a. 0-MAI
- b. 1- QUALCHE VOLTA ALL'ANNO
- c. 2-UNA VOLTA AL MESE O MENO
- d. 3- QUALCHE VOLTA AL MESE
- e. 4- UNA VOLTA ALLA SETTIMANA
- f. 5- QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA
- g. 6- OGNI GIORNO

22) Non mi importa veramente di ciò che succede ad alcuni pazienti.

- a. 0-MAI
- b. 1- QUALCHE VOLTA ALL'ANNO
- c. 2-UNA VOLTA AL MESE O MENO
- d. 3- QUALCHE VOLTA AL MESE
- e. 4- UNA VOLTA ALLA SETTIMANA
- f. 5- QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA
- g. 6- OGNI GIORNO

23) Lavorare direttamente a contatto con la gente mi crea troppa tensione.

- a. 0-MAI
- b. 1- QUALCHE VOLTA ALL'ANNO
- c. 2-UNA VOLTA AL MESE O MENO
- d. 3- QUALCHE VOLTA AL MESE
- e. 4- UNA VOLTA ALLA SETTIMANA
- f. 5- QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA
- g. 6- OGNI GIORNO

24) Riesco facilmente a rendere i pazienti rilassati e a proprio agio.

- a. 0-MAI
- b. 1- QUALCHE VOLTA ALL'ANNO
- c. 2-UNA VOLTA AL MESE O MENO

- d. 3- QUALCHE VOLTA AL MESE
- e. 4- UNA VOLTA ALLA SETTIMANA
- f. 5- QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA
- g. 6- OGNI GIORNO

25) Mi sento rallegrato dopo aver lavorato con i pazienti.

- a. 0-MAI
- b. 1- QUALCHE VOLTA ALL'ANNO
- c. 2-UNA VOLTA AL MESE O MENO
- d. 3- QUALCHE VOLTA AL MESE
- e. 4- UNA VOLTA ALLA SETTIMANA
- f. 5- QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA
- g. 6- OGNI GIORNO

26) Ho realizzato molte cose di valore nel mio lavoro.

- a. 0-MAI
- b. 1- QUALCHE VOLTA ALL'ANNO
- c. 2-UNA VOLTA AL MESE O MENO
- d. 3- QUALCHE VOLTA AL MESE
- e. 4- UNA VOLTA ALLA SETTIMANA
- f. 5- QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA
- g. 6- OGNI GIORNO

27) Sento di non farcela più.

- a. 0-MAI
- b. 1- QUALCHE VOLTA ALL'ANNO
- c. 2-UNA VOLTA AL MESE O MENO
- d. 3- QUALCHE VOLTA AL MESE
- e. 4- UNA VOLTA ALLA SETTIMANA
- f. 5- QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA
- g. 6- OGNI GIORNO

28) Nel mio lavoro affronto problemi emotivi con calma.

- a. 0-MAI
- b. 1- QUALCHE VOLTA ALL'ANNO
- c. 2-UNA VOLTA AL MESE O MENO

- d. 3- QUALCHE VOLTA AL MESE
- e. 4- UNA VOLTA ALLA SETTIMANA
- f. 5- QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA
- g. 6- OGNI GIORNO

29) Ho l'impressione che i pazienti diano la colpa a me per i loro problemi.

- a. 0-MAI
- b. 1- QUALCHE VOLTA ALL'ANNO
- c. 2-UNA VOLTA AL MESE O MENO
- d. 3- QUALCHE VOLTA AL MESE
- e. 4- UNA VOLTA ALLA SETTIMANA
- f. 5- QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA
- g. 6- OGNI GIORNO (fine M.B.I.)

30) Esiste un supporto psicologico nella tua struttura?

- a. Sì
- b. No

31) Quali dovrebbero essere gli scopi del supporto psicologico a livello aziendale?

- a. Aiutare il paziente ad accettare la propria condizione per avere una migliore qualità di vita
- b. Aiutare i familiari nell'arduo compito di sostenere il familiare malato
- c. Aiutare i sanitari nella comunicazione col paziente
- d. Diminuire burnout e malattie stress lavoro correlate
- e. Migliorare l'efficienza del sanitario
- f. Diminuire la violenza sugli operatori sanitari
- g. Aiutare i sanitari a gestire un evento traumatico subito
- h. Diminuire la violenza eseguita sui pazienti da parte di operatori sanitari

32) Hai mai usufruito del supporto psicologico aziendale?

- a. Sì
- b. No

33) Se hai risposto sì, senti che questo servizio ti è stato utile? In che modo ti ha aiutato? (Es. migliore gestione di eventi traumatici successivi, migliore comunicazione col paziente, migliore stato d'animo...). Se non ti ha aiutato, per favore lascia un suggerimento su come potrebbe essere migliorato.

- 34) Se non hai mai usufruito di questo servizio, quali sono state le tue motivazioni?
- Non sapevo esistesse
 - Non sapevo potessero usufruirne anche gli operatori sanitari
 - Non credo di averne bisogno
 - Altro...
- 35) Credi sia necessario il supporto psicologico dopo il verificarsi di un evento per te “traumatico” a cui hai assistito (es. morte di un paziente, tentato suicidio, episodi di violenza...)?
- Sì
 - No
 - Altro...
- 36) Secondo te, perché molti operatori sanitari fanno fatica ad accettare l’aiuto di uno specialista in questo ambito (in ospedale)? Puoi scegliere anche più di una casella.
- Non si crede che possa aiutare realmente, ci sono ancora molti pregiudizi in merito (x es: “Posso farcela benissimo da solo”, “Non ho bisogno di supporto da una persona sconosciuta”...)
 - Non c’è abbastanza informazione in merito e quindi molti non ne sono a conoscenza
 - Viene visto come un ulteriore peso e non come un’opportunità di aiuto e prevenzione
 - Dopo aver provato l’esperienza, non è piaciuta, quindi è stata subito bocciata
 - Servizio assente o male organizzato
 - Altro...
- 37) Ti piacerebbe avere più informazioni sul supporto psicologico aziendale?
- Sì
 - No
- 38) Spesso gli operatori sanitari vengono lasciati a sé stessi, senza alcuna formazione su come affrontare le situazioni complesse (es: gestione e comunicazione con pazienti con diagnosi complesse o prognosi sfavorevoli, gestione di eventi traumatici da cui l’operatore sanitario non riesce a difendersi eccetera). Prima di

tutto, sei d'accordo con questa affermazione? Hai suggerimenti su cosa potrebbe essere fatto in merito?

39) Cosa credi che concorra all'eventuale problematica della mancanza di supporto psicologico aziendale?

Bibliografia

- Aleandri Angela, Sansoni Julia, Professioni Infermieristiche (2007). Burnout e personale infermieristico: indagine conoscitiva nel DEA di una ASL del Lazio
- Assemblea legislativa, regione Marche deliberazione n. 107 (4 febbraio 2020, N. 153). Piano socio-sanitario regionale 2020-2022. Il cittadino, l'integrazione, l'accessibilità e la sostenibilità.
- Cagnazzo, C., Filippi, R., Zucchetti, G. *et al.* Clinical research and burnout syndrome in Italy – only a physicians' affair?. *Trials* 22, 205 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05158-z>
- Cvach, M. (2012). Monitor alarm fatigue: an integrative review. *Biomedical instrumentation & technology*, 46(4), 268-277.
- Dall'Ora Chiara, Ball Jane, Reinius Maria & Griffiths Peter (2020). Burnout in nursing: a theoretical review, *Human Resources for Health*.
- Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M. *et al.* Burnout in nursing: a theoretical review. *Hum Resour Health* 18, 41 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>
- Daniela De Bernardinis, Paola Dondi, (2020). “La psicologia ospedaliera ieri, oggi, domani”.
- Galluzzo Maria Grazia, Bollettino Itals Anno 18, numero 86 (2020). La sindrome di burnout.
- Giorgia Cannizzaro, Roberta Casali, (2011). Psicologia dell'emergenza sanitaria 118.
- Giorgino Enzo e Tousijn Willem (2003). Salute e Società, attraversando terre incognite: una sfida per la professione infermieristica
- Kushal A., Gupta S.K., Mehta M., Singh M.M., (2018). Study of Stress among Health Care Professionals: A Systemic Review. *Int J Res Foundation Hosp Healthc Adm*, 6(1):6-11.
- Poncet Marie Cécile , Toullic Philippe , Papazian Laurent , Kentish-Barnes Nancy , Jean- Timsit François , Pochard Frédéric, Chevret Sylvie, Schlemmer Benoît,

and Azoulay Élie (2006). Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff.
<https://doi.org/10.1164/rccm.200606-806OC>

- Maurizio Chiaranda (2016). Urgenze ed emergenze.
- Ministero della Salute Dipartimento della qualità direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema di ufficio III (2007). Raccomandazione ministeriale n.8 del 2007, Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.
- Paolo Bozzaro (2003). La psicologia ospedaliera in Italia, (<https://paolobozzaro.it/wp-content/uploads/2014/04/Psicologia-ospedaliera-Bozzaro.pdf>)
- Pisanu Elisabetta, Biecher Ester, Di Benedetto Annalisa, Infurna Maria Rita, e Rumiati Raffaella I. (2021). Sostegno psicologico agli operatori sanitari durante le emergenze: l'esperienza italiana con il covid-19.
- Ramírez-Elvira, S., Romero-Béjar, J. L., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J. L., Monsalve-Reyes, C., Cañadas-De la Fuente, G. A., & Albendín-García, L. (2021). Prevalence, risk factors and burnout levels in intensive care unit nurses: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11432.
- Rudman Ann, Gustavsson Peter, Hultell Daniel (2013). A prospective study of nurses' intentions to leave the profession during their first five years of practice in Sweden,.
- Storm Jessica, Chen Hsiu-Chin, (2021). The relationships among alarm fatigue, compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction in critical care and step-down nurses.
- Wagner JI, Cummings G, Smith DL, Olson J, Anderson L, Warren S (2010). The relationship between structural empowerment and psychological empowerment for nurses: a systematic review.
- Zenobi Carla, Sansoni Julita, (2007). Burnout and intensive care.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01088.x>