

Sommario

<i>Introduzione</i>	1
<i>Capitolo 1: Cure infermieristiche mancate</i>	2
1.1 <i>Definizione del termine</i>	2
1.2 <i>Fattori determinanti</i>	3
1.3 <i>Strumenti per la misurazione delle cure infermieristiche mancate</i>	5
1.4 <i>Ripercussioni sugli infermieri delle missed nursing care</i>	9
<i>Capitolo 2: Lo stress</i>	10
2.1 <i>Definizione del termine</i>	10
2.2 <i>Fattori di rischio</i>	11
2.3 <i>Lo stress negli infermieri</i>	12
<i>Capitolo 3: Il Burnout</i>	14
3.1 <i>Definizione del termine</i>	14
3.2 <i>Fattori di rischio</i>	15
3.3 <i>Criteri diagnostici</i>	16
3.4 <i>The Maslach Burnout Inventory: modalità di scoring</i>	17
<i>Capitolo 4: Tempo di ascolto e tempo di cura: quando il tempo non c'è</i>	19
<i>Capitolo 5: Revisione della letteratura</i>	21
5.1 <i>Obiettivo dello studio</i>	21
5.2 <i>Materiali e metodi</i>	21
5.3 <i>Analisi dei risultati</i>	24
CONCLUSIONI	35
BIBLIOGRAFIA	37
SITOGRAFIA	39
RINGRAZIAMENTI	46

ABSTRACT

BACKGROUND

Le cure infermieristiche mancate o **Missed Nursing Care** sono intese come attività assistenziali, proprie degli infermieri, necessarie all'assistito, che a causa di diversi fattori non vengono erogate, vengono erogate parzialmente oppure rimandate rispetto a quanto pianificato (Kalisch, 2006)¹.

I ridotti finanziamenti e la carenza di personale nella sanità stanno provocando conseguenze gravi come la diminuzione della qualità delle cure e un aumento del carico di lavoro per gli operatori sanitari. La mancanza di infermieri e la riduzione delle risorse sta generando una carenza assistenziale che si traduce in un rapporto infermiere – assistiti squilibrato sia in termini numerici che conseguentemente in termini di cure erogate. Nonostante il carico di lavoro sui professionisti sembri essere rimasto costante nel tempo, le risorse disponibili sono diminuite, aumentando il peso del lavoro su ogni singolo operatore e portando a un peggioramento delle cure, che vengono talvolta ridotte al minimo. L'aumento di responsabilità e il maggior carico di lavoro sta causando pressioni professionali, minor soddisfazione lavorativa e stanchezza emotiva che si manifesta come stress lavoro correlato e Sindrome di Burnout per il personale infermieristico. Di conseguenza, alcuni aspetti organizzativi, personali e professionali diventano inadeguati, e ad alcune attività viene data la priorità a discapito di altre. La ricerca degli ultimi 10 anni ha evidenziato quantità significative di attività infermieristiche omesse e il loro impatto sugli esiti degli assistiti e sul benessere dei professionisti. Le attività più comunemente tralasciate includono il conforto e la comunicazione con gli assistiti, seguite dall'educazione degli assistiti e delle loro famiglie.

OBIETTIVO

Lo scopo di questa revisione è quello di trovare una relazione tra le mancate cure infermieristiche e il Burnout, nonché di indagare le sue determinanti e le strategie per

¹ Kalisch B.J. (2006) Missed nursing care: a qualitative study. Journal of Nursing Care Quality

limitare e contenere gli effetti sulla qualità di vita e sulle prestazioni di cura erogate dagli infermieri.

La sicurezza dell'assistito è un indicatore chiave della qualità dell'assistenza sanitaria. È definita come la prevenzione degli errori e dei danni alla persona, nonché la riduzione del rischio di effetti collaterali, l'apprendimento dagli errori e la costruzione di una cultura della sicurezza nel sistema sanitario che includa organizzazioni, professionisti e assistiti (Mitchell, 2008).

MATERIALE E METODI

È stata effettuata una revisione aggiornata della letteratura avvalendosi della banca dati di Pubmed e Google Scholar. Gli articoli selezionati indagano il nesso fra le mancate cure infermieristiche ed il Burnout. Soffermandosi sulle principali tipologie di cure mancate e sui fattori che influenzano l'insorgenza del burnout. In queste piattaforme sono stati inseriti nella stringa di ricerca i seguenti termini: Missed nursing care, nurse burnout, Quality of life, Burnout prevention.

RISULTATI

Dagli studi esaminati si evince come nella maggior parte degli infermieri, che hanno preso parte alle sperimentazioni, il Burnout sia un fattore influente nel verificarsi delle cure infermieristiche mancate e, allo stesso tempo, il verificarsi delle cure infermieristiche mancate e delle loro determinanti si è dimostrato una causa di stress lavorativo per gli operatori sanitari. Mettendo in risalto che la soddisfazione lavorativa e personale, nonché il giusto razionamento del personale infermieristico, sono validi strumenti sui quali basare la prevenzione delle cure infermieristiche mancate e del burnout.

Introduzione

“Cos’è il “dolore dei curanti”?

È una scimmia.

Una scimmia dispettosa e crudele che ti ruba le cose della vita.

Ed è una scimmia maledettamente furba, perché sa rendersi invisibile.

Solo alcuni riescono a vederla.

Scoprirti la scimmia addosso aiuta. Non puoi impedire che questa venga, questo è irrealizzabile, e non riuscirai mai a mandarla via, ma puoi fare l’unica cosa possibile affinché non ti avveleni la vita.

La puoi addomesticare.”

(Marco Venturino, medico anestesista.)²

È fondamentale comprendere che ci sono due aspetti dell’esperienza dell’assistenza incompleta: l’esperienza dell’assistito e l’esperienza dell’infermiere. La soddisfazione degli infermieri, la qualità dell’assistenza e la soddisfazione degli assistiti sono tre pilastri fondanti dell’assistenza e indivisibili fra loro. La ricerca evidenzia che infermieri e assistiti concordano su quali ospedali siano allo stesso tempo fruitori di una valida assistenza e garanti di una buona qualità di lavoro per il personale e che un’assistenza di scarsa qualità è associata a burnout, insoddisfazione lavorativa e intenzione di lasciare (Aiken et al.,2012)³. Dunque, la soddisfazione degli assistiti è direttamente correlata alla soddisfazione lavorativa degli infermieri. Pertanto, l’assistenza infermieristica non completa o mancata avrà un esito negativo sia sulle cure erogate agli assistiti sia sulla qualità di vita del personale infermieristico, innescando una reazione con un moto circolare che porterà agli eventi sfavorevoli sopracitati. Si reputa quindi necessario indagare questi aspetti e come questi si influenzino tra loro.

²Psicologia dell'emergenza sanitaria 118; Riflessioni ed esperienze di psicologi, medici e infermieri dell'area critica

A cura di Giorgia Cannizzaro, Roberta Casali; prefazione di Marco Venturino.

³ Aiken LH , Clarke SP , Sloane DM , Sochalski J , Silber JH. Personale infermieristico ospedaliero e mortalità dei pazienti, burnout infermieristico e insoddisfazione lavorativa. *JAMA*. 2002;288(16):1987–1993. doi:10.1001/jama.288.16.1987.

Capitolo 1: Cure infermieristiche mancate

1.1 Definizione del termine

Solchalski⁴ nel 2004 aveva definito la “cura infermieristica incompiuta” come un’attività non eseguita. Il concetto di cure infermieristiche mancate è stato introdotto da Kalisch⁵ nel 2006 in uno studio condotto in vari ospedali americani, che ha esaminato le omissioni di cure nelle diverse unità operative, come medicina, chirurgia, terapia intensiva e riabilitazione. Questo fenomeno è stato oggetto di studio da parte di numerosi ricercatori, soprattutto negli Stati Uniti, che hanno indagato le cause e il loro impatto negativo sui professionisti sanitari, come burnout e frustrazione. Il Missed Nursing Care Model (MNCM) è stato utilizzato per interpretare questo fenomeno, evidenziando fattori come risorse insufficienti, processi infermieristici, percezioni degli infermieri e processi decisionali. Le cure non fornite possono portare a conseguenze negative sia per gli assistiti: come prolungamento della degenza, disabilità e lesioni cutanee; sia per gli operatori sanitari: come insoddisfazione lavorativa, abbandono del lavoro e rabbia. Gli studi hanno rilevato che le cure più comunemente tralasciate includono la deambulazione, la mobilizzazione passiva, l’igiene e la cura del cavo orale e la somministrazione della terapia a orario.

Di seguito sono elencate le principali cure perse emerse dagli studi visionati⁶:

- Igiene orale
- Informare ed educare l’assistito e la famiglia
- Confortare e parlare con l’assistito
- Frequente mobilizzazione della persona allettata
- Comunicare con gli assistiti

⁴ Sochalski J. “Is more better?: the relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals”. *Med Care*. 2004 (February); Vol.42

⁵ Kalisch B.J. (2006) Missed nursing care: a qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality*

⁶ Sist L, Cortini C, Bandini A, Bandini S, Massa L, Zanin R, Vesca R, Ferraresi A. Il concetto di missed nursing care: una revisione narrativa della letteratura [The concept of missed care: a literature review]. *Assist Inferm Ric*. 2012 Oct-Dec;31(4):234-9. Italian. doi: 10.1702/1211.13414. PMID: 23334645.

Bagnasco, A., Catania, G., Aiken, L. H., Sermeus, W., Dasso, N., Rossi, S., ... & Sasso, L. (2020). Le Cure Infermieristiche Mancate (Missed Nursing Care) sono un dato utile ai leader infermieristici?. *L’Infermiere*, 57(6).

- Sviluppo o aggiornamento dei piani di cura infermieristici
- Adeguata sorveglianza
- Pianificazione dell'assistenza
- Cura della cute
- Preparare assistiti e i familiari alla dimissione
- Compilazione adeguata della documentazione infermieristica
- Somministrazione dei farmaci in orario
- Trattamenti e procedure
- Gestione del dolore
- Deambulazione dell'assistito come da pianificazione
- Rilevazione dei parametri vitali come da pianificazione
- Monitoraggio del bilancio idrico (entrate/uscite)
- Rivalutazione dell'assistito per verificare miglioramenti o peggioramenti nel turno
- Valutazione del sito di inserzione del CVC secondo protocollo
- Risposta al campanello entro 5 minuti dalla chiamata
- Somministrazione della terapia al bisogno entro 15 min dalla richiesta
- Valutazione dell'efficacia della terapia
- Partecipazione alle riunioni multidisciplinari
- Assistenza alla persona con bisogni fisiologici entro 5 minuti dalla chiamata
- Cura delle ferite e controllo delle lesioni da decubito

1.2 Fattori determinanti

Nel 2006, Kalisch⁷ ha sviluppato il "Missed Nursing Care Model" per comprendere i fattori che contribuiscono alle cure infermieristiche mancate. Questi includono:

- **Carenza di risorse umane:** un numero insufficiente di infermieri rispetto al numero di assistiti, la presenza di personale inesperto e modelli organizzativi inadeguati possono rendere difficile fornire tutte le cure pianificate.

- **Aumento del fabbisogno di assistenza:** situazioni impreviste come il deterioramento degli assistiti o un elevato numero di nuovi ingressi possono portare a una domanda di assistenza che supera le capacità del personale presente.
- **Carenza di materiali o attrezzature:** la mancanza di farmaci o attrezzature può ritardare o impedire la somministrazione delle cure pianificate.
- **Relazioni e comunicazione:** una mancanza di collaborazione e comunicazione può mettere a rischio la continuità dell'assistenza e portare alla mancata erogazione delle cure pianificate.
- **Altre ragioni:** fattori come sovraccarico di lavoro o abitudini organizzative possono portare alla trascuratezza delle cure anche in circostanze ottimali.

Le cause si traducono dunque in carenze del sistema sanitario, del personale e delle risorse materiali:

1. Inadeguato numero di personale sanitario
2. Assistiti da trattare con urgenza (es. un rapido peggioramento)
3. Aumento inatteso del numero / o condizioni critiche degli assistiti
4. Numero inadeguato di personale sanitario (ad esempio mancanza di OSS, ausiliari)
5. Assegnazione di un numero non bilanciato di assistiti a ciascun infermiere
6. Farmaci non disponibili quando necessario (la farmacia non è arrivata ecc...)
7. Inadeguate consegne infermieristiche del turno precedente
8. Altri reparti o operatori non hanno eseguito i propri compiti (es. fisioterapista non ha fatto deambulare la persona, ritardo in radiologia... ecc.)
9. Forniture/apparecchiature non disponibili quando necessario (es. elettrocardiografo,...)
10. Forniture/apparecchiature non funzionanti correttamente
11. Mancanza di supporto/aiuto da parte del team
12. Presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra personale infermieristico e operatori di supporto
13. Presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra il personale infermieristico
14. Presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra personale medico e infermieristico

15. Mancata segnalazione da parte dell'operatore di supporto delle cure non fornite (ad esempio assistito non mobilitato)
16. Caregiver non rintracciabile/non disponibile
17. Elevato numero di ricoveri/dimissioni durante il turno

1.3 Strumenti per la misurazione delle cure infermieristiche mancate

Il riscontro della letteratura ha condotto a tre principali approcci per definire e valutare le cure infermieristiche mancate:

- a) Tasks Undone (TU),
- b) Implicit Rationing (IR)
- c) Missed Care (MC).

Tutti questi approcci, nati in contesti differenti, si avvalgono di diverse definizioni concettuali e strumenti di misurazione. L'approccio TU dell'International Hospital Outcomes Research Consortium (IHORC) è stato sviluppato dalla University of Pennsylvania School of Nursing's Center for Health Outcomes and Policy Research (USA) ha prodotto il primo report sulle cure mancate usando termini definenti come care left undone, o unfinished nursing care, tasks left undone, tasks incomplection e unmet nursing care needs.

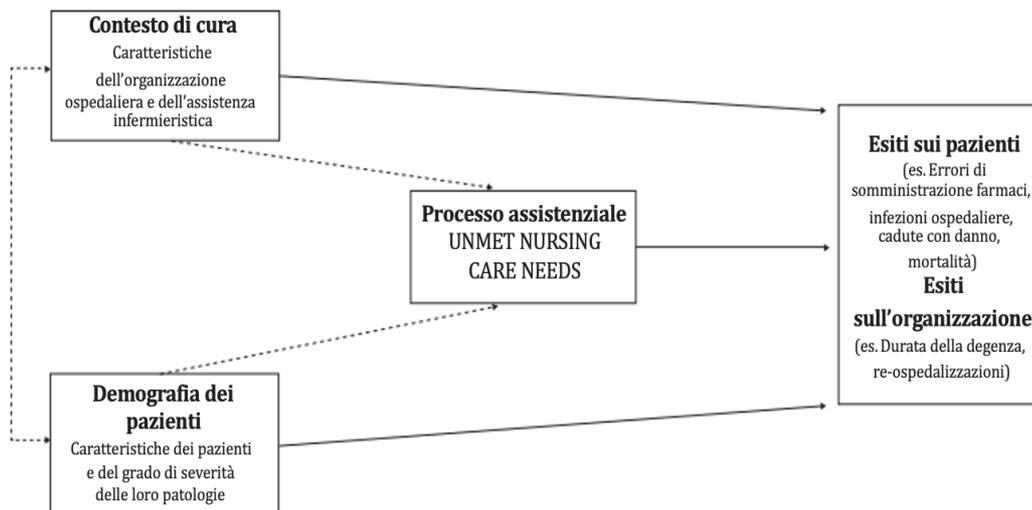


Figura 1. Modello concettuale - Approccio TasksUndone (TU)

L'approccio IR è nato dal progetto di ricerca Rationing of Nursing Care in Svizzera (un sottogruppo dello IHORC presso l'università di Basilea). I termini Implicit Rationing indicano la mancata erogazione delle attività infermieristiche necessarie agli assistiti, per una decisione degli infermieri a causa di carenza di personale, tempo e/o inadeguato utilizzo delle skill. La decisione dell'infermiere in questo caso è di sua sola responsabilità sulla base delle necessità: gli infermieri devono decidere quale priorità attribuire alle attività assistenziali quando hanno tempo e risorse insufficienti.

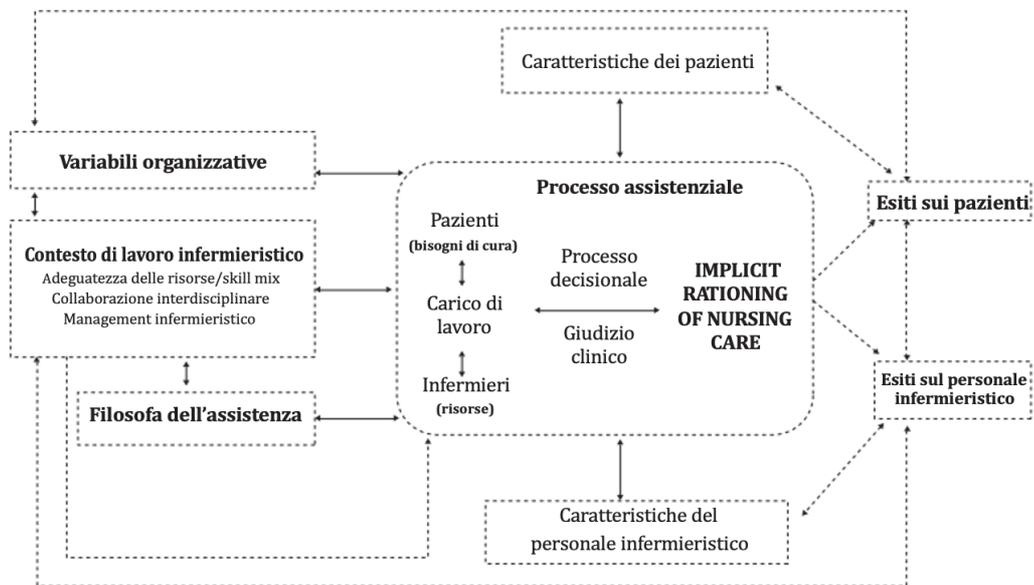


Figura 2 Modello concettuale - Approccio Implicit Rationing (IR)

L'approccio MC è stato sviluppato nella School of Nursing della University of Michigan (USA).

Nell'approccio MC, i termini *missed nursing care* e *omitted care* indicano un intervento infermieristico necessario al assistito ma omesso completamente, parzialmente o rimandato rispetto a quanto pianificato.

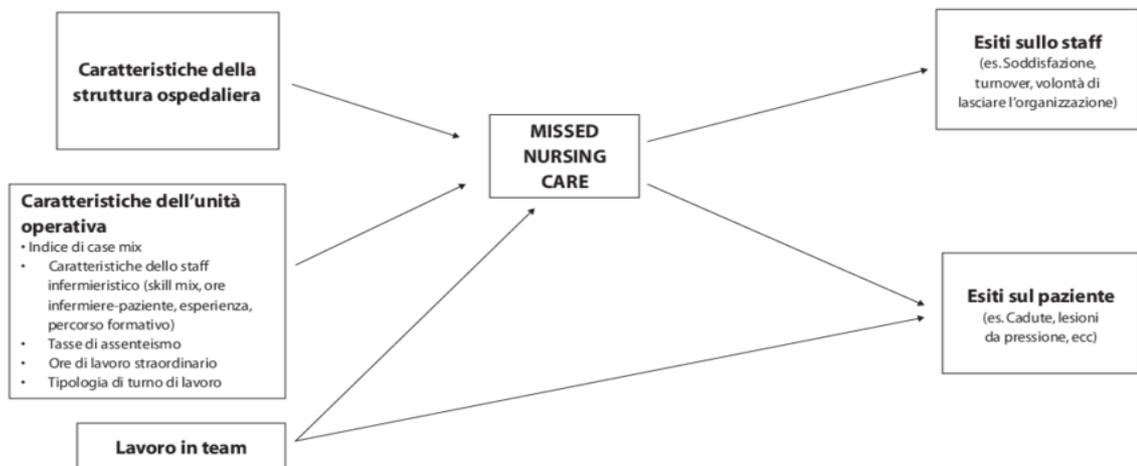
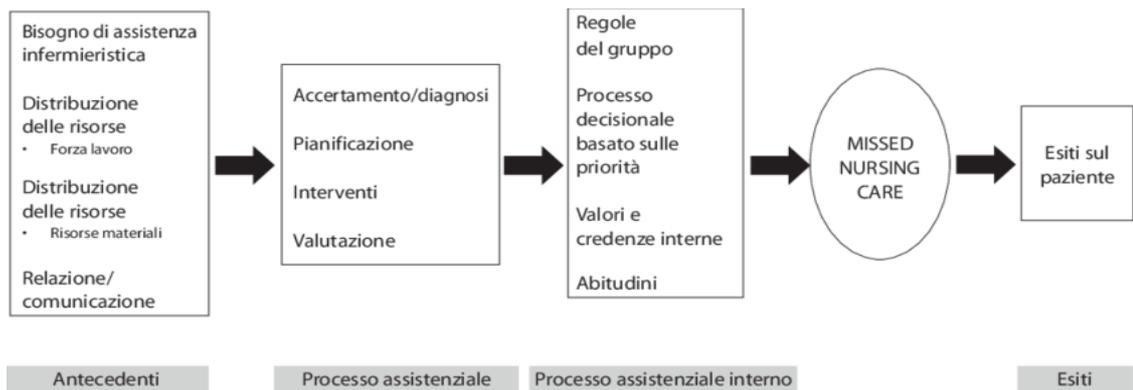


Figura 3 Modello concettuale-Approccio Missed Care (MC)

Gli strumenti di valutazione sono stati elaborati prevalentemente dai tre principali gruppi di ricerca (TU, IR, MC). Questi strumenti si avvalgono di questionari autovalutativi basati sulle percezioni degli infermieri o di altri operatori sanitari per misurare le cure mancate. Includono 17 questionari che richiedono agli infermieri di valutare la frequenza con cui determinate attività infermieristiche vengono tralasciate o rimandate al turno successivo, o di indicare se sono state effettivamente eseguite durante un determinato periodo, come ad esempio l'ultimo turno di lavoro. La maggior parte di questi strumenti è stata sviluppata per le degenze ospedaliere, con alcuni specificatamente pensati per la terapia intensiva neonatale e più recentemente anche per le case di riposo.

- *Tasks Undone Survey* un questionario con sette item, che costituisce il primo tentativo di quantificare le cure mancate.

- *Basel Extent of Rationing of Nursing Care Survey* (BERN- CA). Il BERNCA è stato sviluppato nell'ambito della sezione svizzera dell'International Hospital Outcomes Study. Dove sono elencati 32 item corrispondenti ad attività infermieristiche mancate.
- PIRNCA (*Perceived Implicit Rationing of Nursing Care*) rappresenta un adattamento del BERNCA al contesto assistenziale medico-chirurgico statunitense.
- NEWRI (*Neonatal Extent of Work Rationing Instrument*) è stato ideato per le terapie intensive neonatali.
- BERNCA-NH (*Nursing Home*) che rappresenta infine uno degli adattamenti più recenti.
- *MISSCARE Survey*. Il MISSCARE Survey misura le cure mancate. È stato sviluppato attraverso un'indagine qualitativa dai ricercatori della School of Nursing dell'Università del Michigan: sono stati condotti 25 focus group coinvolgendo infermieri e l'equivalente degli operatori socio-sanitari (nursing aides) di reparti medico-chirurgici di due ospedali per acuti; è stato chiesto loro quali fossero le attività assistenziali omesse più di frequente e per quali motivi.

Tabella 1 Termini per indicare le cure mancate e gli strumenti utilizzati per la loro misurazione nel contesto italiano

Approccio teorico	Termine originale per indicare le cure mancate	Termine corrispondente in lingua italiana	Strumenti utilizzati nel contesto italiano - n° item - opzioni di risposta - recall time
Task Undone	Care left undone	<i>Cure lasciate incompiute/non fatte/incomplete</i>	Tasks Undone (TU)^{13*} - 13 item - opzioni: SI/NO - recall time: ultimo turno
	Tasks left undone	<i>Compiti rimasti incompiuti/non fatti</i>	
	Tasks incomplection	<i>Compiti lasciati incompleti</i>	
	Unmet nursing care needs	<i>Bisogni di cura infermieristica non soddisfatti /disattesi</i>	
	Unfinished nursing care	<i>Cure infermieristiche incomplete</i>	
Implicit Rationing	Implicit rationing of nursing care	<i>Razionamento implicito delle cure infermieristiche</i>	Basel Extent of Rationing of Nursing Care Revised (BERNCA R)^{13*} - 32 item - opzioni: attività non necessaria, mai, rare volte, qualche volta, spesso - recall time: ultimi 7 giorni lavorativi
	Care rationing	<i>Razionamento dell'assistenza</i>	
Missed Care	Missed nursing care	<i>Cure infermieristiche mancate/perse</i>	MISSCARE Italian¹⁴ - 24 item - opzioni: mai, raramente, occasionalmente, frequentemente, sempre - recall time: non specificato
	Omitted nursing care	<i>Cure infermieristiche omesse</i>	
-	Prioritizing nursing care	<i>Prioritizzazione delle cure infermieristiche</i>	-

*Strumento utilizzato nell'ambito dello studio RN4CAST.

1.4 Ripercussioni sugli infermieri delle missed nursing care

Secondo un rapporto dell'Agenzia per la ricerca e la qualità sanitaria negli Stati Uniti del 2019, gli infermieri hanno un ruolo fondamentale nel monitorare gli assistiti, rilevare precocemente eventuali peggioramenti, individuare possibili errori ed effetti collaterali, e svolgere una vasta gamma di compiti per garantire cure sicure e di alta qualità. Gli infermieri sono spesso i primi a segnalare eventi avversi ed errori, contribuendo così in modo significativo a migliorare la sicurezza degli assistiti, l'efficacia dell'assistenza sanitaria e la soddisfazione degli assistiti.

Le ricerche attuali evidenziano una stretta relazione tra la sicurezza degli assistiti e vari fattori organizzativi del lavoro infermieristico, tra cui la qualità dell'ambiente lavorativo, il clima di sicurezza ospedaliera, il numero e la formazione degli infermieri, e la durata dell'orario di lavoro. Una minore sicurezza dell'assistito può essere correlata anche a carenze procedurali nell'assistenza infermieristica, come cure non completate o mancate. Inoltre, sono emerse associazioni negative tra la sicurezza degli assistiti e il benessere degli infermieri, inclusi il burnout professionale e una minore soddisfazione sul lavoro.

Capitolo 2: Lo stress

2.1 Definizione del termine

Nel corso degli anni, diversi autori hanno cercato di definire il fenomeno dello stress. Hans Selye⁸ fu uno dei primi a esplorare questo concetto, descrivendolo come la risposta dell'organismo alle richieste e alle sfide ambientali, creando così la Sindrome Generale di Adattamento. Identificò tre fasi in questo processo: l'allarme, la resistenza e l'esaurimento, in cui l'organismo reagisce e si adatta a stimoli stressanti, ma può anche sperimentare una caduta delle difese e sintomi fisici, fisiologici ed emotivi se lo stress persiste nel tempo.

Successivamente, nel 1993, Butler⁹ definì lo stress attraverso tre teorie:

1. La definizione per stimoli, che suggerisce che maggiore è la pressione esterna, maggiore è la probabilità di un cedimento interno nell'individuo;
2. Una definizione basata sulla risposta, che considera lo stress come la risposta a stimoli nocivi, come proposto da Selye;
3. Lo stress come processo dinamico, che enfatizza il ruolo di fattori interni ed esterni, inclusi pensieri, atteggiamenti e risorse percepite.

Secondo Lazarus e Folkman¹⁰, lo stress psicologico è una relazione tra l'individuo e l'ambiente che può mettere a dura prova le risorse e minacciare il benessere. Varie organizzazioni, come l'Istituto Superiore di Sanità, definiscono lo stress come una risposta psicologica e fisiologica a compiti o eventi percepiti come eccessivi o pericolosi, con la sensazione di affrontare una forte pressione mentale ed emotiva.

⁸ Selye, Hans and De Barbieri, Augusto. La sindrome di adattamento Milano Istituto sieroterapico milanese S. Belfanti, 1955

⁹ Gillian Butler, Definition of stress, Occas Pap R Coll Gen Pract. 1993 Aug; (61): 1-5.

¹⁰ Lazarus R. S., Folkman S. (1984). Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer

Lo stress è multifattoriale e le cause sono definite come "stressor", ma la reazione dell'organismo agli stimoli stressanti è simile in tutti gli individui, con differenze nella risposta emotiva. Lo stress può essere sia positivo (eustress), come uno stimolo per superare sfide, che negativo (distress), con conseguenze dannose per la salute mentale e fisica se non gestito correttamente.

Infine, è importante riconoscere che lo stress non è una malattia, ma può contribuire a problemi di salute se non affrontato adeguatamente. La tabella 2 allegata, ideata da Farrè¹¹, fornisce una descrizione delle risposte allo stress in relazione alle diverse tipologie.

Tabella 2 Tipologia di attivazione allo stress

		Tipologia (attivazione)		
		<i>Distress (Scarsa)</i>	<i>Eustress (Media)</i>	<i>Distress (Eccessiva)</i>
		Sonnolenza	Efficienza,	Ansia e rabbia
Risposte	Distrazione		Attenzione concentrata sul compito	Pensieri catastrofici,
	Decisioni lente, mediocri e inefficienti		Pensiero concentrato sul compito	Attenzione intermittente,
Stress	Pensiero sfuocato		Decisioni ottimali	Decisioni affrettate,
	Nessuna coscienza del pericolo		Coscienza costruttiva del pericolo	Coscienza agitata del pericolo.

2.2 Fattori di rischio

Lo stress è una reazione psicofisica che l'organismo attiva di fronte a compiti che sono percepiti come eccessivi dall'individuo. È importante riconoscere che ciò che può essere stressante per una persona potrebbe non esserlo per un'altra, e che la percezione di stress può variare in diverse fasi della vita. Tuttavia, esistono alcuni fattori tipicamente stressanti per la maggior parte delle persone.

¹¹ Farrè, M. (1999). Lo stress. Il Mulino, Bologna, 1999.

In generale, lo stress può essere scatenato da fattori comuni come:

1. Cause fisiche: condizioni estreme di temperatura, abuso di sostanze come il fumo e l'alcol, e limitazioni fisiche gravi.
2. Fattori ambientali: mancanza di alloggio, ambienti rumorosi, umidi o inquinati.
3. Malattie organiche: quando il corpo è affetto da malattie, richiedendo un considerevole sforzo per il recupero.
4. Cataclismi, incidenti gravi o minacce alla sicurezza personale.
5. Eventi della vita, sia positivi che negativi, ma che richiedono un notevole impegno psicofisico, come matrimoni, nascite, decessi, divorzi, pensionamenti e problemi sessuali.

Va notato che anche eventi piacevoli possono essere fonte di stress, poiché richiedono un adattamento significativo. Riguardo ai fattori di stress, due grandi categorie predominanti, specialmente nel settore sanitario, sono:

1. Stress legati al lavoro.
2. Stress personali.

Un'ulteriore classificazione per distinguere gli stressor è:

1. Stressor esterni;
2. Stressor interni.

Gli stressor esterni sono tutte le situazioni elencate prima, ma dobbiamo precisare che tutte le fonti, anche interne, sia essere concrete o no, possono causare situazioni di stress. In queste rientrano le reazioni psicologiche allo stress come ansia, rabbia o paura.

2.3 Lo stress negli infermieri

L'infermiere e gli operatori che forniscono assistenza attraverso la relazione terapeutica possono sperimentare stress emotivo e rischio di burnout, poiché entrano in contatto con le emozioni degli assistiti, che possono risvegliare esperienze personali. L'ambiente ospedaliero, in particolare, presenta numerosi fattori di rischio legati allo stress lavorativo. Gli infermieri nei reparti di emergenza sono esposti direttamente ad assistiti

complessi con elevata richiesta assistenziale, a situazioni patologiche gravi e decessi, creando una forte tensione emotiva. Durante il loro lavoro, gli infermieri possono sentirsi impotenti di fronte alle sfide e possono essere oggetto di aggressività da parte degli assistiti o dei familiari.

Alcune delle situazioni più significative che gli infermieri possono affrontare includono la difficoltà nella comunicazione con gli assistiti e i loro familiari, l'evoluzione incontrollabile delle malattie più gravi e la comunicazione di notizie di lutto. Questo continuo contatto con situazioni stressanti può portare a uno stress cronico e all'esaurimento emotivo.

Uno studio ha dimostrato che gli operatori più esperti sono meglio preparati ad affrontare tali situazioni, mentre quelli meno esperti possono essere più vulnerabili allo stress occupazionale.

Anche l'aspetto organizzativo, come il sovraccarico di lavoro e la mancanza di risorse, può contribuire allo stress e alla paura.

Cherniss¹² nel 1992 individuò delle strategie di coping per aiutare i professionisti della salute a gestire lo stress lavoro-correlato, inclusi lo sviluppo professionale dell'equipe, la struttura del lavoro e dei ruoli, la gestione dei conflitti e la soluzione dei problemi organizzativi. Queste strategie mirano a ridurre l'ambiguità dei ruoli, aumentare il successo e diminuire le aspettative e lo stress lavorativo:

1. sviluppo professionale dell'equipe;
2. struttura di lavoro e dei ruoli;
3. sviluppo della gestione infermieristica;
4. soluzione dei problemi organizzativi e di presa delle decisioni;
5. obiettivi del programma e i modelli gestionali.

¹² Cherniss, Cary. 1992. La Sindrome del burn-out: lo stress lavorativo degli operatori dei servizi socio-sanitari. Torino: Centro scientifico torinese.

Capitolo 3: Il Burnout

3.1 Definizione del termine

Il burnout è uno stato di esaurimento sul piano emotivo, fisico e mentale. L'OMS classifica questa sindrome come una forma di stress lavorativo che non si è in grado di gestire con successo. Intorno agli anni 60 l'utilizzo del termine si diffuse e venne così utilizzato per la prima volta in ambito sociosanitario per riferirsi ad assistiti con tossicodipendenze.¹³ Tradotto in italiano come «bruciato», «esaurito», «scoppiato», il burnout non si manifesta solamente nelle professioni sanitarie, ma costituisce un rischio potenziale per ogni operatore che lavora a stretto contatto con le persone. Il rischio di “bruciarsi” sembra derivare dalle relazioni interpersonali intense che gli operatori sanitari si trovano a dover fronteggiare. Relazioni con alti carichi emotivi, caratterizzate da tensione, ansia, imbarazzo e anche ostilità. Con Maslach (la psicologa sociale americana 1982 ;1997), si iniziò a parlare di “Sindrome del burnout”. La Maslach in particolare, osservò che gli operatori che svolgevano professioni a stretto contatto con l'altro dopo mesi o anni di lavoro iniziavano a manifestare una sorta di apatia, indifferenza, risultando spesso nervosi, irrequieti e cinici nei confronti del lavoro. Da qui il termine iniziò a essere rivolto prevalentemente ad una specifica tipologia di lavoratori: i professionisti dell'aiuto (helping professions). Cherniss nel 1983 scrisse: “Si usa il termine burnout per fare riferimento alla situazione in cui ciò che un tempo era una vocazione diventa soltanto un lavoro. Non si vive più per il lavoro, ma si lavora unicamente per vivere”. Nel 1994 l'Organizzazione mondiale della Sanità inserisce il burnout nella classificazione internazionale delle malattie tra i “fattori influenzanti lo stato di salute e il contatto con i servizi sanitari” definendolo come uno “stato di esaurimento vitale”. Negli ultimi anni vari studiosi hanno proposto diverse definizioni concettuali di burnout. In termini più specifici, Maslach e Jackson definiscono il burnout come una sindrome costituita da esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione professionale. Per esaurimento emotivo si intende lo svuotamento delle risorse emotive e personali e la

¹³ Burnout e organizzazione. Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro. Christina Maslach, Michael P. Leiter

sensazione che non si abbia più niente da offrire a livello psicologico; la depersonalizzazione si riferisce ad atteggiamenti negativi, di distacco, di cinismo, di ostilità nei confronti delle persone con cui si lavora. La ridotta realizzazione, infine, riguarda la percezione della propria carenza al lavoro, implica una caduta dell'autostima e una difficoltà tangibile nella relazione con l'altro.

Nel complesso, la sindrome di burnout deriva quindi da uno squilibrio tra le richieste professionali e la capacità del professionista di affrontarle. Tale stato esprime debolezza, frustrazione e demoralizzazione nei confronti del lavoro e successivamente nella vita di tutti i giorni.

3.2 Fattori di rischio

Come accennato in precedenza, il burnout è il risultato di uno stress cronico, particolarmente quando l'individuo si sente costantemente sotto pressione e non riceve adeguato riconoscimento emotivo. Esistono diversi fattori che possono contribuire a questo tipo di stress, che nel tempo può evolversi in una sindrome completa. Uno dei fattori chiave è la carenza di comunicazione all'interno dell'organizzazione o del team di lavoro, insieme a conflitti frequenti, mancanza di supporto e difficoltà nel collaborare con gli altri.

Un altro elemento di rischio è rappresentato dalla stessa relazione che gli infermieri intrattengono con gli assistiti, la quale talvolta può diventare fonte di stress. È fondamentale stabilire i confini dell'agire professionale e mantenere un rapporto appropriato con l'altro. Sebbene le professioni di assistenza richiedano un coinvolgimento emotivo significativo con gli assistiti, è importante fare attenzione a non sopportare il peso di ogni singolo caso, malattia, storia o evento vissuto in ambito ospedaliero. Gli infermieri e altri professionisti d'aiuto sono spesso considerati a rischio di burnout perché il legame con gli assistiti può gradualmente suscitare emozioni intense e persistenti nel tempo, come rabbia, colpa, paura e ansia. Se queste emozioni non vengono gestite adeguatamente, possono compromettere il benessere personale dei professionisti e influire negativamente sulla qualità dell'assistenza fornita. Gli operatori sanitari, in particolare gli infermieri, sono sottoposti a un notevole stress sul lavoro. Secondo Maslach, devono affrontare orari estenuanti, essere capaci di svolgere una vasta

gamma di compiti e lavorare costantemente per garantire la massima qualità dell'assistenza. Questo stress continuo nel tempo può costituire un ulteriore fattore di rischio andando a creare situazioni in cui gli infermieri non riescono ad essere sempre pronti o attenti, il che comporterebbe gravi ripercussioni sugli assistiti. Inoltre l'infermiere deve saper gestire nel miglior modo possibile i rapporti (talvolta molto complicati) con gli assistiti, con le famiglie e anche con i colleghi stessi. I rapporti interpersonali insoddisfatti come la mancanza di feedback positivo tra colleghi, influenzano i livelli di Burnout poiché portano gli infermieri a sentirsi esclusi e frustrati¹⁴.

3.3 Criteri diagnostici

Christina Maslach nella sua opera “Burnout – The cost of caring” (1982)¹⁵, diede una prima definizione strutturale al burnout. La Maslach in collaborazione con la collega Susan Jackson, ideò un questionario “The Maslach Burnout Inventory” (MBI) che conferì concretezza ad una problematica ancora astratta. Si tratta di un questionario composto da 22 item, attraverso i quali il soggetto dovrà andare a valutare durata e intensità delle emozioni legate al lavoro. Inizialmente il questionario era stato pensato per le professioni di aiuto, ovvero per gli ambiti lavorativi contraddistinti da un'elevata interazione emotiva tra l'operatore e l'utente, come ad esempio psicologi, operatori sociali, insegnanti e medici. Con l'avanzare del tempo invece il suo utilizzo si è ampliato anche a tutte quelle professioni che richiedono un costante contatto con il pubblico o con persone in stato di bisogno.

Gli aspetti che va a valutare il questionario infatti sono: esaurimento emotivo (EE), che esamina la sensazione di essere inaridito emotivamente ed esaurito dal proprio lavoro; depersonalizzazione (DP), che misura una risposta fredda ed impersonale nei confronti degli utenti del proprio servizio; realizzazione Personale (RP), che valuta la sensazione relativa alla propria competenza e al proprio desiderio di successo nel lavorare con gli altri.

¹⁴ Volpe U, Luciano M, Palumbo C, Sampogna G, Del Vecchio V, Fiorillo A. Risk of burnout among early career mental health professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2014 Nov;21(9):774-781

¹⁵ Christina Maslach. *Burnout: The cost of caring*. Malor Books, 2015.

3.4 The Maslach Burnout Inventory: modalità di scoring

Di seguito si la modalità di scoring proposta da Christina Maslach. Ogni items corrisponde ad una sezione degli aspetti precedentemente elencati: l'esaurimento emotivo che corrisponde alle domande nel questionario 1,2,3,6,8,13,14,16,20; la depersonalizzazione valutata con le domande 5,10,11,15,22; la realizzazione personale alle domande 4,7,9,12,17,18,19,21 del questionario. Ognuna di queste tre sezioni viene valutata con un punteggio attribuitogli tramite la frequenza con la quale il lavoratore sperimenta quelle situazioni in ambito lavorativo o nella vita personale. Il punteggio di ogni singola area permetterà poi di capire il grado di burnout: alto, moderato o lieve.

Il questionario serve quindi a capire se il lavoratore sperimenta i sintomi del burnout: con quale frequenza, quanto interferiscono con la sua vita interpersonale e in che modo. Attraverso questa scala dunque è possibile avere una chiave di lettura per capire quanto il burnout è grave e quanto compromette la possibilità di instaurare normali rapporti all'interno del luogo di lavoro (sia con gli assistiti che con i colleghi).

Di seguito sono riportati i 22 items presenti all'interno del questionario, per ogni item il lavoratore sarà chiamato a dare un punteggio da 1 a 6 indicatore della frequenza con la quale egli sperimenta le emozioni e le sensazioni sotto elencate.

Questionario Maslach burnout inventory

1. Mi sento emotivamente sfinito dal mio lavoro.
2. Mi sento sfinito alla fine della giornata.
3. Mi sento stanco quando mi alzo alla mattina e devo affrontare un'altra giornata di lavoro.
4. Posso capire facilmente come la pensano i miei pazienti.
5. Mi pare di trattare alcuni pazienti come se fossero degli oggetti.
6. Mi pare che lavorare tutto il giorno con la gente mi pesi.
7. Affronto efficacemente i problemi dei pazienti.
8. Mi sento esaurito dal mio lavoro.
9. Credo di influenzare positivamente la vita di altre persone attraverso il mio lavoro.
10. Da quando ho cominciato a lavorare qui sono diventato più insensibile con la gente.

11. Ho paura che questo lavoro mi possa indurire emotivamente.
12. Mi sento pieno di energie.
13. Sono frustrato dal mio lavoro.
14. Credo di lavorare troppo duramente.
15. Non mi importa veramente di ciò che succede ad alcuni pazienti.
16. Lavorare direttamente a contatto con la gente mi crea troppa tensione.
17. Riesco facilmente a rendere i pazienti rilassati e a proprio agio.
18. Mi sento rallegrato dopo aver lavorato con i pazienti.
19. Ho realizzato molte cose di valore nel mio lavoro.
20. Sento di non farcela più.
21. Nel mio lavoro affronto i problemi emotivi con calma.
22. Ho l'impressione che i pazienti diano la colpa a me per i loro problemi.

Punteggio da attribuire ad ogni item:

Mai = 0

Qualche volta l'anno = 1

Una volta al mese = 2

Qualche volta al mese = 3

Una volta la settimana = 4

Diverse volte la settimana = 5

Tutti i giorni = 6

Tabella 3 Modalità di Scoring

Grado di burn out	Alto	Moderato	Basso	Domande
Esaurimento emotivo	> 30	18-29	<17	1,2,3,6,8,13,14,16,20
Depersonalizzazione	>12	6-12	<5	5,10,11,15,22
Gratificazione personale	<36	34-39	>40	4,7,9,12,17,18,19,21

Capitolo 4: Tempo di ascolto e tempo di cura: quando il tempo non c'è

La cura è diventata sempre più la somma di trattamenti e somministrazioni riferite ad un oggetto chiamato assistito, piuttosto che riflettere una condizione soggettiva di sollecitudine e di preoccupazione. In qualche modo si tratta di un rovesciamento del significato originario del termine, che si è attuato gradualmente, in particolare con la professionalizzazione della medicina e con i rilevanti interessi economici connessi con l'erogazione dell'attività sanitaria, in origine il termine greco "therapeia" aveva un significato ben diverso da quello attribuitogli oggi: voleva dire servizio, mettersi all'ascolto dell'altro. Dunque, si rende necessario spostare il focus sull'importanza e sul significato della relazione tra infermiere e assistito, evidenziando come l'ascolto e il tempo siano fondamentali per una comunicazione efficace e per dare un senso umano all'assistenza infermieristica. Innanzitutto, si sottolinea che stabilire una connessione umana con l'assistito è cruciale, offrendo sostegno e aiuto in ogni fase del percorso di cura. Questo è riflesso nel nuovo codice deontologico, che sottolinea l'importanza della relazione di cura, includendo ascolto e dialogo come strumenti essenziali. L'obiettivo è garantire che l'assistito non si senta mai solo, coinvolgendo anche le sue figure di riferimento e altre figure professionali. La teoria di Hildegard Peplau, che identifica quattro fasi nella relazione infermieristica, evidenzia l'importanza del primo incontro, in cui si chiariscono i problemi e si cerca di evitare ansia e disagio. Successivamente, l'assistito si affida sempre di più al supporto dell'infermiere, sviluppando una sensazione di controllo sulla propria situazione grazie all'aiuto offerto. Infine, quando la persona diventa sempre più indipendente, la relazione con gli operatori si conclude.

La comunicazione efficace tra infermiere e assistito è cruciale per diversi motivi, tra cui la soddisfazione dell'assistito, la sicurezza delle cure e la soddisfazione lavorativa degli operatori sanitari. La comunicazione non efficace nella relazione tra infermiere e assistito è una delle cause, insieme alle problematiche collegate alle risorse umane e materiali, del fenomeno delle cure infermieristiche perse (Missed Nursing Care) ovvero quelle cure che gli infermieri hanno pianificato per i loro assistiti ma che in effetti, per diverse ragioni, non riescono ad erogare oppure sono costretti a ritardare. Una elevata occorrenza di cure perse è stata identificata tra le cause maggiori di eventi avversi e tra i fattori che

aumentano la demotivazione, l'insoddisfazione e il distress morale degli infermieri costretti a rinunciare agli standard definiti dalle evidenze disponibili e dalla professione. Tuttavia, spesso manca il tempo necessario per instaurare una comunicazione significativa, e questo può influenzare negativamente la qualità dell'assistenza. Si evidenzia poi che la comunicazione inefficace può portare a reclami e insoddisfazione da parte degli assistiti, con conseguenze negative sull'assistenza fornita.

“Non si tratta di stabilire se preferiscono il trattamento X o il trattamento Y. Si tratta di capire cosa è più importante per loro in queste circostanze in modo da poter fornire informazioni e consigli sull'approccio migliore per ottenere quello che vogliono. E per questo bisogna non solo parlare, ma anche ascoltare. Se parli per più della metà del tempo, vuol dire che stai parlando troppo”.
(Atul Gawand).¹⁶

L'ascolto attivo e la disponibilità a dedicare tempo all'assistito emergono come elementi fondamentali per migliorare la comunicazione e la qualità dell'assistenza infermieristica. La capacità di ascoltare in modo empatico e autentico permette di stabilire una relazione di fiducia con la persona, favorendo un'assistenza centrata e personalizzata.

In definitiva si può affermare che investire tempo e risorse nella comunicazione con il soggetto assistito è essenziale per ottenere cure migliori e contenere i costi, evidenziando l'importanza di una comunicazione efficace nella pratica infermieristica.

Dagli studi scelti infatti è emerso che una scarsa soddisfazione lavorativa sia attribuibile allo scarso tempo di cura e comunicazione che l'infermiere è in grado di erogare, ed allo stesso tempo l'insoddisfazione verso il proprio operato favorisce l'insorgenza del burnout. Questo ci mostra come i fattori siano nettamente interconnessi fra loro ed abbiano una relazione di mutuo rapporto che in ultima istanza scaturisce in cure infermieristiche mancate, che diventano causa e conseguenza del burnout.

¹⁶ GAWANDE A., Con cura. Diario di un medico deciso a fare meglio, Einaudi, 2008, p. 6. Humanities in Medical Education, Academic Medicine, vol. 85, n. 6/June 2010, Humanities in Undergraduate Medical Education: A Literature Review, Jakob Ousager, PhD, and Helle Johannessen, PhD.

Capitolo 5: Revisione della letteratura

In questo capitolo si va ad esplicitare la parte concernente la revisione della letteratura effettuata con lo scopo di indagare la sindrome del Burnout in associazione alle cure infermieristiche mancate e alla relazione infermiere-assistito. È stata eseguita una ricerca che andasse a delineare le caratteristiche definenti del Burnout nonché i suoi fattori di rischio, e che ne ricercasse la correlazione con quelle che vengono definite cure infermieristiche mancate. Dunque, questa revisione include una panoramica delle suddette, focalizzandosi sull'aspetto prettamente comunicativo e relazionale e sull'insoddisfazione lavorativa generata dalla carenza di tempo per dedicarsi all'ascolto dell'assistito che è da considerarsi tempo di cura.

Si vuole evidenziare la centralità dell'infermiere nel garantire la sicurezza dei propri assistiti e conseguentemente l'importanza di tutelare la qualità delle cure da egli erogate.

5.1 Obiettivo dello studio

Lo scopo di questa revisione è stato vagliare la letteratura scientifica in merito per rispondere alle seguenti domande:

- Cosa sono le cure infermieristiche mancate;
- In quale modalità le cure infermieristiche mancate influenzano la soddisfazione lavorativa degli infermieri;
- Qual è la relazione che intercorre tra cure infermieristiche mancate e Sindrome di Burnout;
- La sicurezza degli assistiti risente dello stress lavoro correlato attribuito ai professionisti sanitari;
- Quali sono le cause delle cure infermieristiche mancate e come possono essere ridotte per garantire una maggiore qualità delle cure.

5.2 Materiali e metodi

Per redigere il presente elaborato è stata effettuata una revisione aggiornata della letteratura utilizzando la banca dati di PubMed ed il motore di ricerca Google Scholar.

Sui suddetti motori di ricerca sono state inserite le seguenti stringhe:

“Burnout”, “Missed nursing care AND Burnout”, “Missed nursing care”, “Nurse Burnout”, “Nurse Burnout AND quality of life”, “Burnout and safety”, “Occupational stress”.

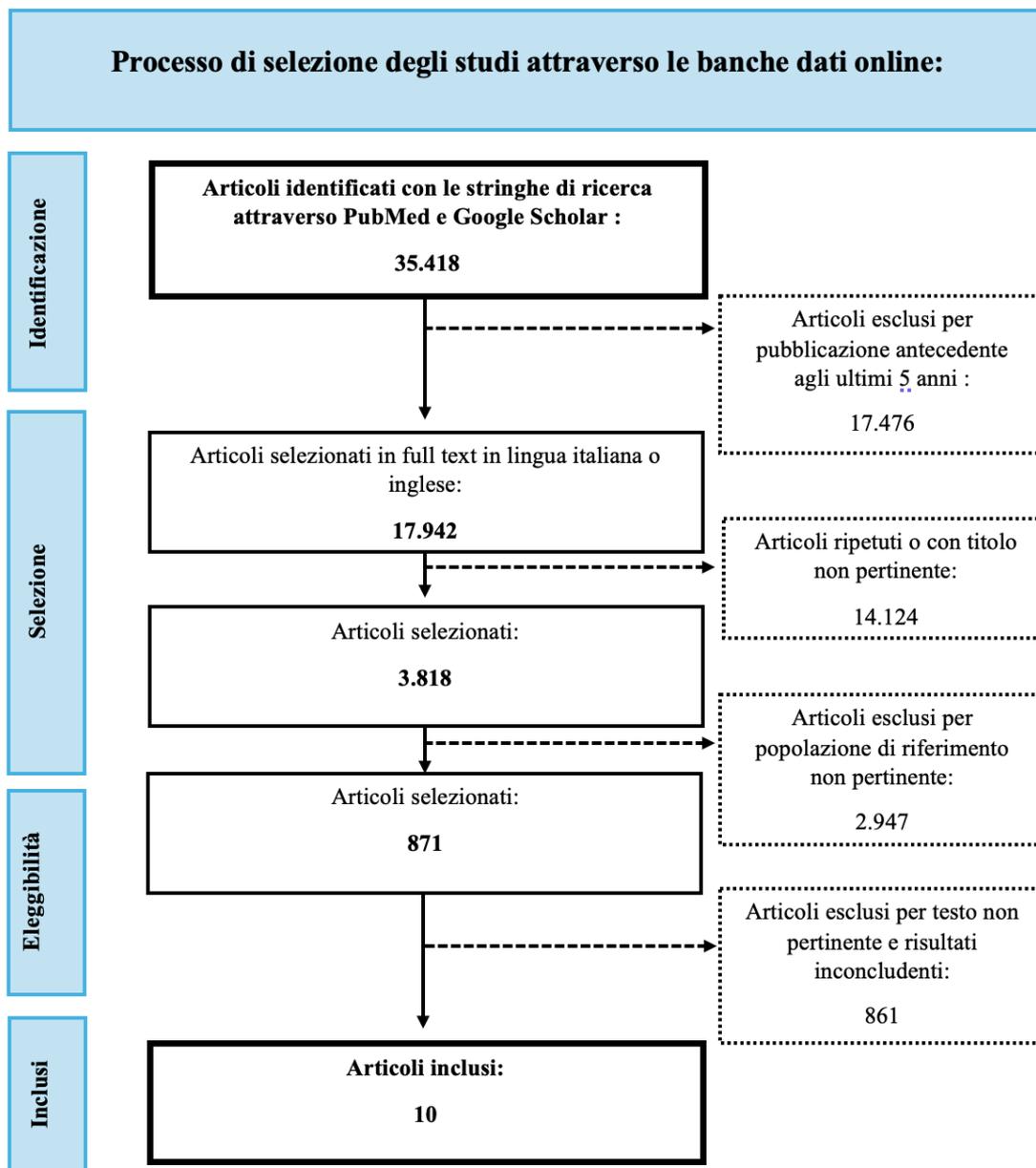
I criteri di selezione utilizzati sono stati i seguenti:

- Lo studio era incentrato sul personale infermieristico.
- Sono stati esclusi gli studi che indagavano queste tematiche durante la pandemia Covid-19
- Sono stati esclusi gli studi che includevano il personale medico e altro personale sanitario
- Sono stati esclusi gli articoli ripetuti nelle diverse stringe di ricerca
- Sono stati esclusi gli studi che indagavano i quesiti preposti esclusivamente in una unità operativa
- Sono stati selezionati tutti gli studi pertinenti degli ultimi 5 anni (2019-2024), ad eccezioni di due studi, inclusi per la rilevanza dei risultati, che sono antecedenti all’arco temporale scelto.

Tabella 4 Costruzione del PICOM

P	Patient/ Population/ Problem	Cure infermieristiche mancate e Burnout degli infermieri
I	Interventio	Comprendere l’impatto sugli assistiti e sugli infermieri
C	Comparison	/
O	Outcome	Indagare la relazione tra Burnout e cure infermieristiche mancate
M	Method	Revisione della letteratura

Tabella 5 PRISMA



5.3 Analisi dei risultati

Nella seguente tabella sono riportati gli studi inclusi nella revisione.

Tabella 6 Analisi dei risultati

Articolo	Autore-rivista-anno	Tipo di articolo	Caratteristiche e dei partecipanti	Obiettivo	Risultati
https://cejnm.osu.cz/pdfs/cjn/2021/01/08.pdf	Soósová, Mária Sováriová. "Associazione tra burnout degli infermieri, clima di sicurezza dei pazienti ospedalieri e qualità dell'assistenza infermieristica". <i>Giornal e centroeuropeo di infermieristica e ostetricia</i> 12.1 (2021): 245.	Studio descrittivo trasversale.	Infermieri, studenti infermieri.	Valutare le associazioni tra sicurezza dell'assistito, eventi avversi, clima di sicurezza in ospedale e sindrome da burnout infermieristico.	Questo studio ha evidenziato come il burnout degli infermieri, il personale inadeguato e il mancato supporto del management erano il punto debole della sicurezza della persona assistita. Ne consegue la necessità di disporre di personale adeguato, di prevenire la sindrome da burnout, di costruire un sistema volto a migliorare complessivamente la sicurezza dell'assistito e di integrare la questione della cultura della sicurezza nell'educazione e nei programmi di studio sanitario.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32805771/	<p>Uchmanowicz I, Karniej P, Lisiak M, Chudiak A, Lomper K, Wiśnicka A, Wleklík M, Rosińczuk J. The relationship between burnout, job satisfaction and the rationing of nursing care-A cross-sectional study. J Nurs Manag. 2020 Nov;28(8):2185-2195. doi: 10.1111/jonm.13135. Epub 2020 Sep 17. PMID: 32805771.</p>	<p>Studio trasversale.</p>	<p>Infermieri che lavorano nello stesso posto di lavoro da almeno un anno.</p>	<p>Valutare gli impatti del burnout e della soddisfazione lavorativa sul razionamento dell'assistenza nel gruppo professionale degli infermieri.</p>	<p>Da questo studio è emerso che il burnout professionale può diminuire la soddisfazione lavorativa del personale infermieristico e provocare esiti negativi del razionamento delle cure. I manager infermieristici dovrebbero prestare maggiore attenzione alle differenze individuali degli operatori infermieristici legate al burnout infermieristico, alla soddisfazione lavorativa e al razionamento dell'assistenza.</p>
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7273381/	<p>Dall'Ora C, Ball J, Reinius M, Griffiths P. Burnout in nursing: a theoretical review. Hum Resour Health. 2020 Jun 5;18(1):41. doi: 10.1186/s12960-020-00469-9. PMID: 32503559; PMCID: PMC7273381.</p>	<p>Revisione teorica.</p>	<p>Infermieri sottoposti a diverse scale di valutazione della Sindrome di Burnout.</p>	<p>Lo scopo dello studio è esaminare le relazioni tra burnout e altre variabili, al fine di determinare ciò che è noto e non sulle cause e le conseguenze del burnout nell'assistenza infermieristica, e come questo si collega alle teorie del burnout.</p>	<p>I modelli identificati da questo studio mostrano costantemente che le caratteristiche lavorative avverse, il carico di lavoro elevato, i bassi livelli di personale, turni lunghi e basso controllo, sono associate al burnout nell'assistenza infermieristica. Con potenziali conseguenze anche gravi per il personale e i soggetti assistiti.</p>

<p>https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/kjm2.12308</p>	<p>Chaboyer W, Harbeck E, Lee BO, Grealish L. Missed nursing care: An overview of reviews. Kaohsiung J Med Sci. 2021 Feb;37(2):82-91. doi: 10.1002/kjm2.12308. Epub 2020 Oct 6. PMID: 33022855.</p>	<p>Panoramica delle revisioni.</p>	<p>Infermieri.</p>	<p>Condurre una panoramica delle revisioni sul concetto di assistenza infermieristica mancata con il fine di individuare quali cure infermieristiche sono risultate mancanti, quali sono i fattori che influenzano la mancata assistenza e quali sono le conseguenze delle cure mancate.</p>	<p>I risultati di questo studio dimostrano che l'assistenza che viene persa spazia dall'assistenza fondamentale o di base all'assistenza psicosociale, alla pianificazione e all'educazione dell'assistenza. Tra i vari fattori che concorrono a questo fenomeno, molti sono legati alle risorse, al lavoro di squadra e alla gravità della persona assistita. Alcune cure mancate sono associate a una qualità delle cure inferiore e a eventi avversi. L'assistenza infermieristica è considerata una disciplina olistica che considera e si prende cura della persona nella sua interezza, tuttavia le cure psicosociali mancanti, come l'interazione con gli assistiti, l'educazione e il supporto emotivo, sono regolarmente nell'elenco delle cure mancate. Data l'etica infermieristica, non sorprende che gli infermieri riferiscano scarsa soddisfazione lavorativa, assenteismo e persino l'intenzione di lasciare il lavoro, quando mancano le cure infermieristiche.</p>
--	---	------------------------------------	--------------------	--	--

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8994939/	<p>Khatatbeh H, Pakai A, Al-Dwaikat T, Onchonga D, Amer F, Prémusz V, Oláh A. Nurses' burnout and quality of life: A systematic review and critical analysis of measures used. Nurs Open. 2022 May;9(3):1564-1574. doi: 10.1002/nop2.936. Epub 2021 May 15. PMID: 33991408; PMCID: PMC8994939.</p>	<p>Revisione Sistematica.</p>	<p>Infermieri sottoposti a questionari di valutazione con scale che misuravano sia il burnout che la qualità della vita.</p>	<p>Lo scopo di questa revisione sistematica è di rivedere sistematicamente la relazione tra burnout degli infermieri e qualità della vita e di introdurre raccomandazioni pratiche per ridurre il burnout degli infermieri e migliorare la loro qualità di vita.</p>	<p>Questo studio ha permesso di valutare i livelli di burnout che presentano gli infermieri: livelli di burnout che vanno da moderati ad alti e sono stati negativamente associati ad una scarsa qualità della vita. Sono necessari programmi di intervento per ridurre il burnout degli infermieri e migliorare la loro qualità di vita.</p>
---	--	-------------------------------	--	--	---

https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jan.15286	<p>Stemmer, R., Bassi, E., Ezra, S., Harvey, C., Jojo, N., Meyer, G., ... & Bail, K. (2022). Una revisione sistematica: assistenza infermieristica incompleta e impatto sui risultati degli infermieri in termini di soddisfazione lavorativa, burnout, intenzione di lasciare e turnover. <i>Giornale di infermieristica avanzata</i> , 78 (8), 2290-2303.</p>	<p>Revisione sistematica.</p>	<p>Infermieri provenienti da setting assistenziali differenti.</p>	<p>Esaminare l'associazione delle cure infermieristiche incomplete sugli obiettivi infermieristici.</p>	<p>Da questo studio si evince che le cure infermieristiche incomplete sono senza dubbio una causa plausibile di obiettivi infermieristici con risultati sfavorevoli. Nonostante ciò lo studio mette in luce la scarsa importanza che viene data dalle istituzioni alla problematica e la necessità di investigare ancora per migliorare la qualità della vita degli infermieri.</p>
---	---	-------------------------------	--	---	---

<p>https://www.researchgate.net/profile/Alvisa-Palese/publication/324570484_Missed_nursing_care_terminologies_theoretical_concepts_and_measurement_instruments_A_literature_review/links/5b55b2b7a6fdcc8dae3ca488/Missed-nursing-care-terminologies-theoretical-concepts-and-measurement-instruments-A-literature-review.pdf</p>	<p>Bassi, E., Tartaglini, D., & Palese, A. (2018). Termini, modelli concettuali e strumenti di valutazione delle cure infermieristiche mancate: una revisione della letteratura. <i>Assist Inferm Ric</i>, 37, 12-24.</p>	<p>Revisione della letteratura.</p>	<p>Infermieri sottoposti a questionari self-report sulle cure infermieristiche mancate.</p>	<p>Identificare i termini ed i modelli concettuali ad oggi disponibili e gli strumenti sviluppati dai diversi gruppi di ricerca, per misurare le cure mancate, sia a livello internazionale che italiano.</p>	<p>Sono stati rilevati tre principali approcci valutativi delle cure infermieristiche mancate: Tasks Undone, Implicit Rationing e Missed Care. Complessivamente, le cure infermieristiche mancate, il conseguente modello concettuale e la MISSCARE survey riflettono ad oggi l'approccio più diffuso sia a livello internazionale che italiano.</p>
--	---	-------------------------------------	---	---	--

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10390251/	<p>Vargas-Benítez MÁ, Izquierdo-Espín FJ, Castro-Martínez N, Gómez-Urquiza JL, Albendín-García L, Velando-Soriano A, Cañadas-De la Fuente GA. Burnout syndrome and work engagement in nursing staff: a systematic review and meta-analysis. <i>Front Med (Lausanne)</i>. 2023 Jul 17;10:1125133. doi: 10.3389/fmed.2023.1125133. PMID: 37529242; PMCID: PMC10390251.</p>	<p>Revisione sistematica di scoping.</p>	<p>Personale infermieristico.</p>	<p>L'obiettivo di questo studio è indagare i fattori che possono influenzare i livelli di burnout e di impegno lavorativo tra gli infermieri e cerca di determinare la relazione tra queste due condizioni.</p>	<p>Dallo studio si evince come lo scarso impegno lavorativo e il burnout negli infermieri non solo danneggia i professionisti, ma ha anche elevate conseguenze rischiose per le persone assistite e il sistema sanitario in generale. I fattori rilevanti che portano al burnout emersi dallo studio sono: il sovraccarico di lavoro e la tipologia di turno, caratteristiche personali degli infermieri e l'organizzazione delle risorse. Lo studio mette alla luce la fondamentale importanza di trovare strategie che riducano il burnout nel personale sanitario, in quanto non solo danneggia i lavoratori, ma mette anche a rischio la sicurezza del sistema sanitario e dei soggetti.</p>
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6242309/	<p>Zhang YY, Zhang C, Han XR, Li W, Wang YL. Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing: A correlative meta-analysis. <i>Medicine (Baltimore)</i>. 2018 Jun;97(26):e11086.</p>	<p>Revisione sistematica e meta-analisi.</p>	<p>Infermieri provenienti da diversi setting assistenziali.</p>	<p>L'obiettivo di questo studio è valutare i fattori che influenzano la soddisfazione che deriva dalla compassione, ma anche l'affaticamento che ne consegue in relazione al burnout</p>	<p>I risultati della ricerca mostrano come all'interno della professione infermieristica ci siano tantissimi elementi che generano l'affaticamento da compassione e il burnout. D'altro canto, si evidenzia anche come una compassione in chiave positiva possa attenuare gli effetti negativi dell'affaticamento.</p>

	doi: 10.1097/MD.0000000000 0011086. PMID: 29952947; PMCID: PMC6242309.			nell'assistenza infermieristica.	
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6446475/	de Oliveira SM, de Alcantara Sousa LV, Vieira Gadelha MDS, do Nascimento VB. Prevention Actions of Burnout Syndrome in Nurses: An Integrating Literature Review. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2019 Mar 29;15:64-73. doi: 10.2174/1745017901915010064. PMID: 31015857; PMCID: PMC6446475.	Revisione della letteratura.	Personale infermieristico.	Questo studio ha l'obiettivo di identificare le strategie di prevenzione della sindrome da burnout negli infermieri; e discutere i risultati degli interventi futuri che possono aumentare la promozione della salute degli infermieri e diminuire il burnout in questa classe di professionisti.	Questo studio ha permesso di indagare sulle tipologie di attività che consentono la prevenzione del burnout nella professione infermieristica. Le strategie di rilievo portate dallo studio sono: -formazione delle competenze comunicative -programmi che incentivino le strategie di coping attraverso il web -tecniche di rilassamento -lezioni guidate auto registrate che incentivino la consapevolezza del professionista -adeguata attività fisica eseguita abitualmente -riposo notturno

DISCUSSIONE

Con questo manoscritto si è voluto indagare sulla correlazione tra cure infermieristiche mancate, sicurezza delle persone assistite, soddisfazione lavorativa e burnout.

L'analisi dei dati effettuata infatti riporta che il burnout è sempre correlato ad una minore sicurezza della persona assistita: come scaturisce dallo studio "Burnout syndrome and work engagement in nursing staff". Il burnout è l'elemento predittivo di pericolo non solo per il lavoratore, ma anche per la sicurezza dell'assistito. Sempre secondo questo studio, tra i fattori principali che concorrono a scaturire la sindrome ci sono la scarsità delle risorse e il sovraccarico di lavoro, fattori determinanti comuni anche alle cure infermieristiche mancate. Inoltre, sintomo evidente del burnout è la mancanza di relazioni funzionali sia tra colleghi, e quindi all'interno del team multidisciplinare che orbita intorno al soggetto assistito, sia con la persona assistita stessa e la famiglia, inficiando la qualità di cure erogate e contribuendo ad altre due cure infermieristiche mancate presenti nell'elenco: confortare e parlare con l'assistito, educare assistito e caregiver. Si evince dunque che l'assistenza infermieristica concepita come una disciplina olistica, che vede il soggetto come un unicum funzionale, e non solo come una patologia attribuita, necessita di tempi propri per ascoltare la persona e costruire una relazione empatica. Le relazioni emotivamente cariche possono portare a sviluppare la Sindrome di Burnout, nel caso in cui la compassion fatigue, ovvero la condizione di non riuscire più ad accogliere il dolore dell'altro senza che questo rechi danno al professionista, superi quella che è invece definita compassion satisfaction che non è altro che la soddisfazione che deriva dallo svolgere in maniera soddisfacente il proprio lavoro. Quello che è emerso dallo studio di Zhang e colleghi "Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing: A correlative meta-analysis" del 2018 la realizzazione lavorativa passa attraverso quella che è una efficace relazione infermiere-assistito che si esprime come il sentirsi in grado di aver svolto efficacemente il proprio lavoro. D'altro canto, la compassion fatigue toglie al professionista gli strumenti per riuscire a prendersi cura della persona con una diminuzione della qualità delle cure erogate, ma anche della soddisfazione lavorativa.

Quest'ultima è per l'appunto un altro fattore determinante e non trascurabile emerso dagli studi. Infatti, ambienti di lavoro soddisfacenti per il personale infermieristico si traducono nella soddisfazione delle persone che usufruiscono dell'assistenza. Lo studio trasversale di Soòsova del 2021 "Associazione tra burnout degli infermieri, clima di sicurezza dei pazienti ospedalieri e qualità dell'assistenza infermieristica" ci mostra come la valutazione dell'ospedale da parte dei soggetti che usufruiscono delle cure erogate sia maggiore nei casi in cui anche il personale valuta il proprio ambiente lavorativo positivamente. In questo contesto anche i manager infermieristici dovrebbero tenere maggiore conto dell'individualità del personale infermieristico e del loro benessere lavorativo, come si evince dallo studio trasversale condotto da Uchmanowicz, Karniej e colleghi nel 2020 "The relationship between burnout, job satisfaction and the rationing of nursing care-A cross-sectional study" nel quale si sposta il focus proprio sulla tutela degli infermieri come individui e sulla qualità lavorativa, che diventa dato predittivo di sicurezza del soggetto assistito e di riduzione del burnout. Un altro studio di Vargas-Benítez MÁ, Izquierdo-Espín FJ, Castro-Martínez N, Gómez-Urquiza JL, Albendín-García L, Velando-Soriano A, Cañadas-De la Fuente GA, "Burnout syndrome and work engagement in nursing staff: a systematic review and meta-analysis" del 2023 ha riportato che fattori rilevanti che portano al burnout emersi dallo studio sono: il sovraccarico di lavoro e la tipologia di turno, caratteristiche personali degli infermieri e l'organizzazione delle risorse. Questo elaborato si proponeva anche di determinare quali potessero essere le metodiche di prevenzione del burnout nella professione infermieristica. La revisione della letteratura ha portato diversi spunti da approfondire: Mackenzie, Poulin e Seidman-Carlson hanno presentato un programma di salute mentale per infermieri costituito da esercizi audio registrati, che gli infermieri hanno ascoltato per 10 minuti al giorno, cinque giorni alla settimana, per quattro settimane; questo intervento ha dimostrato l'efficacia nel ridurre il burnout. Sabancogullari e Dogan hanno ideato un programma per sviluppare l'identità professionale dell'infermiere concentrato sullo sviluppo dell'immagine di sé professionale e sul pensiero positivo, sullo sviluppo di obiettivi professionali a breve termine, sulla programmazione del cervello per elaborare strategie di successo con il fine di aumentare la soddisfazione lavorativa. Sono state incluse anche strategie online che hanno mostrato risultati significativi, sperimentando l'attuazione di strategie di coping

attraverso il web. Il programma consisteva nell'invio di e-mail agli infermieri, che segnalavano i principali fattori di stress del loro ambiente di lavoro. Successivamente gli infermieri hanno ricevuto indicazioni su come affrontare lo stress sul lavoro.

Altre proposte di rilassamento provengono da Markwellet *attraverso* l'uso di attività come Reiki, Tocco di guarigione, Massaggio terapeutico, Jin Shin, Jyutsu e immagini guidate, come interventi promettenti contro lo stress lavoro correlato. Secondo Kim e Park, la compassion fatigue è un tipo di stress che può evolvere in burnout (come evidenziato sopra). Lo studio di Kim e Park propone un programma per la compassion fatigue che mira a diminuire gli aspetti negativi legati alla fatica di accogliere l'altro nella relazione terapeutica. Anche l'attività fisica eseguita abitualmente e le ore adeguate di sonno si sono dimostrati validi strumenti per prevenire il burnout. Darban, Balouchi e Housein hanno concluso che la formazione sulle abilità comunicative diminuisce il livello di burnout negli infermieri. Di fatti una comunicazione efficace ed infermieri con più esperienza nella gestione di situazioni potenzialmente critiche sono meno predisposti a sviluppare burnout. Dunque, ciò che è stato evidenziato con questa ricerca è la possibilità di arginare la sindrome del burnout attraverso strategie per la gestione dello stress, la soddisfazione lavorativa e il mantenimento di una qualità di vita ottimale in termini di attività fisica e benessere.

CONCLUSIONI

Nel contesto delle argomentazioni portate le carenze di studi effettuati sull'argomento in alcuni casi hanno reso gli approfondimenti delle tematiche inconcludenti. Inoltre, le ricerche effettuate hanno mostrato studi su specifici settori dell'assistenza infermieristica, questo sta a dimostrare come sia ancora più doveroso tenere in considerazione l'individualità dei professionisti. Approfondire dunque i diversi ambiti in cui questi fenomeni si instaurano è auspicabile per il futuro. È cruciale il ruolo dei sistemi sanitari e delle istituzioni per scongiurare i rischi di assistiti e personale e per creare una valida rete di supporto e controllo. Il miglioramento delle condizioni lavorative degli infermieri è risultato essere il punto chiave per limitare gli eventi avversi, aumentare la soddisfazione delle persone assistite e migliorare la qualità di vita del personale. L'elemento comune che è stato possibile ritrovare in tutti gli studi è il ruolo peggiorativo della sindrome di burnout nel garantire la sicurezza della persona assistita. Quello che è stato messo in luce dai diversi studi valutati è la necessità di intervenire nella prevenzione di questa sindrome che altro non è che un eccesso di stress lavoro correlato subito dagli operatori, molto spesso causato dalla carente organizzazione delle istituzioni lavorative che dovrebbero tutelarli. Si è infatti notato come la soddisfazione lavorativa sia direttamente proporzionale alla sicurezza della persona e per l'appunto inversamente proporzionale invece al comparire della sindrome di burnout. Il legame tra questi due fenomeni messo in luce dalla letteratura scientifica mostra una relazione circolare come già anticipato ad inizio manoscritto. Questa tipologia di relazione si potrebbe anche correlare al circolo dell'Uroboro la cui rappresentazione grafica è un serpente che inghiotte la sua stessa coda. Questa metafora permette di comprendere l'incapacità di scindere queste due intricate tematiche che altro non sono che la faccia della stessa medaglia. Infatti, se si vanno a confrontare i fattori di rischio e i determinanti collegati al burnout e alle cure mancate si mette in luce che i punti in comune tra le due sono molti. Tutto ciò porta alla luce la fondamentale importanza di trovare strategie che riducano il burnout nel personale sanitario, in quanto non solo danneggia i lavoratori, ma mette anche a rischio la sicurezza del sistema sanitario e dei soggetti. Per concludere la ricerca ha mostrato la necessità di attuare strategie preventive per diminuire l'incidenza della

sindrome di burnout e come queste si siano dimostrate efficaci nella maggior parte dei casi.

BIBLIOGRAFIA

Maslach C. , Leiter M.P., (1997) *Burnout e organizzazione : Modificare i fattori strutturali della motivazione al lavoro* , Erickson , Trento , 2000.

Christina Maslach. *Burnout: The cost of caring*. Malor Books, 2015.

Stress e burnout in un mondo di rifiuti. Gianni Del Rio.

Cherniss, Cary. 1992. *La Sindrome del burn-out: lo stress lavorativo degli operatori dei servizi sociosanitari*. Torino: Centro scientifico torinese.

Psicologia dell'emergenza sanitaria 118; Riflessioni ed esperienze di psicologi, medici e infermieri dell'area critica. A cura di Giorgia Cannizzaro, Roberta Casali; prefazione di Marco Venturino. (casali, 2011)

GAWANDE A., Con cura. *Diario di un medico deciso a fare meglio*, Einaudi, 2008, p. 6. *Humanities in Medical Education*, *Academic Medicine*, vol. 85, n. 6/June 2010, *Humanities in Undergraduate Medical Education: A Literature Review*, Jakob Ousager, PhD, and Helle Johannessen, PhD.

Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche; 2019.

Compare, Enzo Grossi, 2012. *Stress e disturbi da somatizzazione: evidence based practice in psicologia clinica*. Springer.

Umberto Curi, *Le parole della cura. Medicina e filosofia*, pubblicato nel 2017 da Cortina, dall'intervista di 2021, parla del significato autentico del termine cura.

Selye, Hans and De Barbieri, Augusto. *La sindrome di adattamento* Milano Istituto sieroterapico milanese S. Belfanti, 1955.

Gillian Butler, Definition of stress, *Occas Pap R Coll Gen Pract.* 1993 Aug; (61): 1–5.
Lazarus R. S., Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping.* New York: Springer.
Farrè, M. (1999). *Lo stress.* Il Mulino, Bologna, 1999.

SITOGRAFIA

Data di ultima consultazione 27 Marzo 2024.

de Oliveira SM, de Alcantara Sousa LV, Vieira Gadelha MDS, do Nascimento VB. Prevention Actions of Burnout Syndrome in Nurses: An Integrating Literature Review. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2019 Mar 29;15:64-73. doi: 10.2174/1745017901915010064. PMID: 31015857; PMCID: PMC6446475. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6446475/>

Maresca G, Corallo F, Catanese G, Formica C, Lo Buono V. Strategie di coping degli operatori sanitari con sindrome di burnout: una revisione sistematica. Medicina (Kaunas). 2022 febbraio 21;58(2):327. doi: 10.3390/medicina58020327. PMID: 35208650; ID PMC: PMC8877512. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35208650/>

Zhang YY, Zhang C, Han XR, Li W, Wang YL. Determinanti della soddisfazione della compassione, dell'affaticamento della compassione e del burn-out nell'assistenza infermieristica: una meta-analisi correlativa. Medicina (Baltimora). 2018 giugno;97(26):e11086. doi: 10.1097/MD.00000000000011086. PMID: 29952947; ID PMC: PMC6242309. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29952947/>

Griffiths P, Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Briggs J, Maruotti A, Meredith P, Smith GB, Ball J; Gruppo di studio sulle cure mancate. L'associazione tra personale infermieristico e omissioni nell'assistenza infermieristica: una revisione sistematica. J Adv Nurs. 2018 luglio;74(7):1474-1487. doi: 10.1111/gen.13564. Epub 2018, 23 aprile. PMID: 29517813; ID PMC: PMC6033178. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29517813/>

Tawfik DS, Scheid A, Profit J, Shanafelt T, Trockel M, Adair KC, Sexton JB, Ioannidis JPA. Prove relative al burnout degli operatori sanitari e alla qualità delle cure: una

revisione sistematica e una meta-analisi. *Ann Intern Med.* 15 ottobre 2019;171(8):555-567. doi: 10.7326/M19-1152. Epub 2019 8 ottobre. PMID: 31590181; ID PMC: PMC7138707.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31590181/>

Sala LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB. Benessere del personale sanitario, burnout e sicurezza dei pazienti: una revisione sistematica. *PLoS Uno.* 2016 8 luglio;11(7):e0159015. doi: 10.1371/journal.pone.0159015. PMID: 27391946; ID PMC: PMC4938539.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27391946/>

Garcia CL, Abreu LC, Ramos JLS, Castro CFD, Smiderle FRN, Santos JAD, Bezerra IMP. Influenza del burnout sulla sicurezza del paziente: revisione sistematica e meta-analisi. *Medicina (Kaunas).* 30 agosto 2019;55(9):553. doi: 10.3390/medicina55090553. PMID: 31480365; ID PMC: PMC6780563.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31480365/>

Salyers MP, Bonfils KA, Luther L, Firmin RL, White DA, Adams EL, Rollins AL. Il rapporto tra burnout professionale e qualità e sicurezza in sanità: una meta-analisi. *J Gen Intern Med.* 2017 aprile;32(4):475-482. doi: 10.1007/s11606-016-3886-9. Epub 26 ottobre 2016. PMID: 27785668; ID PMC: PMC5377877.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27785668/>

Khatatbeh H, Pakai A, Al-Dwaikat T, Onchonga D, Amer F, Prémusz V, Oláh A. Burnout e qualità della vita degli infermieri: una revisione sistematica e un'analisi critica delle misure utilizzate. *Infermieri aperti.* 2022 maggio;9(3):1564-1574. doi: 10.1002/nop2.936. Epub 2021 15 maggio. PMID: 33991408; ID PMC: PMC8994939.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33991408/>

González-Siles P, Martí-Vilar M, González-Sala F, Merino-Soto C, Toledano-Toledano F. Senso di coerenza e stress lavorativo o benessere nei professionisti dell'assistenza: una

revisione sistematica. *Sanità* (Basilea). 2022 luglio 20;10(7):1347. doi: 10.3390/assistenza sanitaria10071347. PMID: 35885873; ID PMC: PMC9323122.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35885873/>

Shoman Y, El May E, Marca SC, Wild P, Bianchi R, Bugge MD, Caglayan C, Cheptea D, Gnesi M, Godderis L, Kiran S, McElvenny DM, Mediouni Z, Mehlum IS, Mijakoski D, Minov J, van der Molen HF, Nena E, Otelea M, Guseva Canu I. Predittori del burnout professionale: una revisione sistematica. *Int J Environ Res Salute pubblica*. 31 agosto 2021;18(17):9188. doi: 10.3390/ijerph18179188. PMID: 34501782; ID PMC: PMC8430894.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34501782/>

Wilkinson H, Whittington R, Perry L, Eames C. Esaminando la relazione tra burnout ed empatia negli operatori sanitari: una revisione sistematica. *Brucia ris*. Settembre 2017;6:18-29. doi: 10.1016/j.burn.2017.06.003. PMID: 28868237; ID PMC: PMC5534210.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28868237/>

Chuang CH, Tseng PC, Lin CY, Lin KH, Chen YY. Burnout in the intensive care unit professionals: A systematic review. *Medicine (Baltimore)*. 2016 Dec;95(50):e5629. doi: 10.1097/MD.0000000000005629. PMID: 27977605; PMCID: PMC5268051.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27977605/>

Vargas-Benítez MÁ, Izquierdo-Espín FJ, Castro-Martínez N, Gómez-Urquiza JL, Albendín-García L, Velando-Soriano A, Cañadas-De la Fuente GA. Burnout syndrome and work engagement in nursing staff: a systematic review and meta-analysis. *Front Med (Lausanne)*. 2023 Jul 17;10:1125133. doi: 10.3389/fmed.2023.1125133. PMID: 37529242; PMCID: PMC10390251.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37529242/>

Kim SY, Cho MK. The Effect of Nurse Support Programs on Job Satisfaction and Organizational Behaviors among Hospital Nurses: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Dec 19;19(24):17061. doi: 10.3390/ijerph192417061. PMID: 36554942; PMCID: PMC9779627.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36554942/>

Dall'Ora C, Ball J, Reinius M, Griffiths P. Burnout in nursing: a theoretical review. *Hum Resour Health*. 2020 Jun 5;18(1):41. doi: 10.1186/s12960-020-00469-9. PMID: 32503559; PMCID: PMC7273381. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32503559/>

De Simone S, Cicotto G, Borgogni L. The role of Perceptions of Context (PoC) on Job Burnout in health services organizations. *Med Lav*. 2018 Aug 28;109(4):264-275. doi: 10.23749/mdl.v109i4.6787. PMID: 30168499; PMCID: PMC7682164.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7682164/>

Chaboyer W, Harbeck E, Lee BO, Grealish L. Assistenza infermieristica mancata: una panoramica delle recensioni. *Kaohsiung J Med Sci*. 2021 febbraio;37(2):82-91. doi: 10.1002/kjm2.12308. Epub 2020 6 ottobre. PMID: 33022855.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33022855/>

Uchmanowicz I, Karniej P, Lisiak M, Chudiak A, Lomper K, Wiśnicka A, Wlekklik M, Rosińczuk J. The relationship between burnout, job satisfaction and the rationing of nursing care-A cross-sectional study. *J Nurs Manag*. 2020 Nov;28(8):2185-2195. doi: 10.1111/jonm.13135. Epub 2020 Sep 17. PMID: 32805771.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32805771/>

Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I. S., Smith, H. L., & Kutney-Lee, A. (2012). Sicurezza, soddisfazione e qualità delle cure ospedaliere dei pazienti: indagini trasversali su infermieri e pazienti in 12 paesi in Europa

e negli Stati Uniti. *Giornale medico britannico*, 344, e1717.
<https://www.bmj.com/content/344/bmj.e1717#:~:text=https%3A//doi.org/10.1136/bmj.e1717>

Fabio Mozzarelli, Giovanna Casella , Sara Posla , Elisa Stefanoni: “Missed nursing care in area chirurgica: l’esperienza del Dipartimento chirurgico dell’Azienda ULS di Piacenza”.

[https://www.infermiereonline.org/2023/07/21/missed-nursing-care-in-area-chirurgica-lesperienza-del-dipartimento-chirurgico-dellazienda-uls-di-](https://www.infermiereonline.org/2023/07/21/missed-nursing-care-in-area-chirurgica-lesperienza-del-dipartimento-chirurgico-dellazienda-uls-di-piacenza/#:~:text=ULS%20DI%20PIACENZA-)

[piacenza/#:~:text=ULS%20DI%20PIACENZA-](https://www.infermiereonline.org/2023/07/21/missed-nursing-care-in-area-chirurgica-lesperienza-del-dipartimento-chirurgico-dellazienda-uls-di-piacenza/#:~:text=ULS%20DI%20PIACENZA-)

[.Rivista%20L%27Infermiere%20N%C2%B0%202%20%2D%202023,-](https://www.infermiereonline.org/2023/07/21/missed-nursing-care-in-area-chirurgica-lesperienza-del-dipartimento-chirurgico-dellazienda-uls-di-piacenza/#:~:text=ULS%20DI%20PIACENZA-)

[Fabio%20Mozzarelli%20Infermiere](https://www.infermiereonline.org/2023/07/21/missed-nursing-care-in-area-chirurgica-lesperienza-del-dipartimento-chirurgico-dellazienda-uls-di-piacenza/#:~:text=ULS%20DI%20PIACENZA-)

<https://old.jpsychopathol.it/article/il-burnout-e-lemozione-rabbia/>

<https://www.area-c54.it/public/stress%20e%20burn->

[out%20in%20un%20mondo%20di%20rifiuti.pdf](https://www.area-c54.it/public/stress%20e%20burn-out%20in%20un%20mondo%20di%20rifiuti.pdf)

<https://www.dimensioneinfermiere.it/relazione-infermiere-paziente-ascolto-tempo-nella-comunicazione-con-assistito/>

<https://psnet.ahrq.gov/primer/missed-nursing-care>

Sist L, Cortini C, Bandini A, Bandini S, Massa L, Zanin R, Vesca R, Ferraresi A. Il concetto di missed nursing care: una revisione narrativa della letteratura [The concept of missed care: a literature review]. *Assist Inferm Ric.* 2012 Oct-Dec;31(4):234-9. Italian. doi: 10.1702/1211.13414.

PMID:23334645. https://www.researchgate.net/publication/234702290_The_concept_of_missed_care_a_literature_review

Bagnasco, A., Catania, G., Aiken, L. H., Sermeus, W., Dasso, N., Rossi, S., ... & Sasso, L. (2020). Le Cure Infermieristiche Mancate (Missed Nursing Care) sono un dato utile ai leader infermieristici?. *L'Infermiere*, 57(6). <https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2021/01/LInfermiere-57-6-2020-pages-e100-e108.pdf>

Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2009 Jul;65(7):1509-17. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x. Epub 2009 May 9. PMID: 19456994. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>

<https://www.infermiereonline.org/2021/01/02/le-cure-infermieristiche-mancate/>

Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual*. 2006 Oct-Dec;21(4):306-13; quiz 314-5. doi: 10.1097/00001786-200610000-00006. PMID: 16985399. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16985399/>

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Personale infermieristico ospedaliero e mortalità dei pazienti, burnout infermieristico e insoddisfazione lavorativa. *JAMA*. 2002;288(16):1987–1993. doi:10.1001/jama.288.16.1987 <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/195438>

Il burn-out un “fenomeno occupazionale”: classificazione internazionale delle malattie. *Organizzazione mondiale della sanità*. 2019. [2022-06-27]. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

Kalisch, BJ, Landstrom, GL e Hinshaw, AS (2009), Assistenza infermieristica mancata: un'analisi concettuale. *Giornale di infermieristica avanzata*, 65: 1509-1517. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
https://www.pul.it/cattedra/upload_files/19350/questionario-maslach-del-burn-out.pdf

Maslach, C., Jackson, SE e Leiter, MP (1997). *Inventario del burnout di Maslach*. Educazione allo spaventa-passeri. <https://psycnet.apa.org/record/1997-09146-011>

<https://www.area-c54.it/public/stress%20e%20burn-out%20in%20un%20mondo%20di%20rifiuti.pdf>

Volpe U, Luciano M, Palumbo C, Sampogna G, Del Vecchio V, Fiorillo A. Risk of burnout among early career mental health professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014;21(9):774-81. doi: 10.1111/jpm.12137. Epub 2014 Feb 20. PMID: 25757038. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25757038/>

Sochalski, J. (2004). Is More Better? The Relationship between Nurse Staffing and the Quality of Nursing Care in Hospitals. *Medical Care*, 42(2), II67–II73. <http://www.jstor.org/stable/4640726>

RINGRAZIAMENTI

Un ringraziamento sentito va al relatore Dott. Maurizio Ercolani, che mi ha pazientemente ascoltata, che mi ha seguita con disponibilità e comprensione aiutandomi nella stesura di questo elaborato.

A mia nonna Pia, senza la quale non sarei mai arrivata qui.

A mia mamma e mio zio, sostenitori senza rivali.

Alle preghiere di mia nonna Ermetina recitate prima di ogni esame.

Alla mia rete di sicurezza, che ha attutito ogni mia caduta durante questi anni.