



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

La sindrome di Burnout negli infermieri del Blocco Operatorio

Relatore: Dott.ssa

FRANCESCA BARBARINI

Tesi di Laurea di:

JESSICA GIOVANELLI

Correlatore: Inf.ra

FRANCESCA FANESI

A.A. 2019/2020

INDICE

INTRODUZIONE.....	pag. 3
CAPITOLO 1. SINDROME DEL BURNOUT	
1.1 Definizione e fasi del burnout	pag. 5
1.2 Dallo stress al burnout.....	pag. 7
1.3 Caratteristiche individuali e burnout.....	pag. 9
CAPITOLO 2. BURNOUT ED INFERMIERE	
2.1 Infermiere di sala operatoria.....	pag.12
2.2 Clima lavorativo e fattori di tensione per gli infermieri di sala operatoria.....	pag.15
CAPITOLO 3. RICERCA SUL LIVELLO DI BURNOUT NEGLI INFERMIERI DEL BLOCCO OPERATORIO DI FANO, PESARO E URBINO	
3.1 Obiettivo.....	pag. 18
3.2 Materiali e metodi.....	pag. 18
3.3 Risultati.....	pag. 22
3.4 Discussione.....	pag. 41
CONCLUSIONI.....	pag. 45
RINGRAZIAMENTI.....	pag. 48
ALLEGATI.....	pag. 49
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	pag. 52

INTRODUZIONE

Durante questi tre anni di studi universitari ho preso consapevolezza di quanto sia importante la professione infermieristica e soprattutto di quanto sia complessa: importante perché è una professione di sostegno, di assistenza e di aiuto al prossimo; complessa perché non sempre di fronte alle sofferenze ed ai bisogni delle persone si riesce a mantenere la calma, la lucidità, la professionalità.

Le professioni di aiuto, come quella infermieristica, hanno come finalità principale il soddisfacimento dei bisogni e delle richieste della persona. Nel fare ciò il professionista sanitario può limitarsi alla mera esecuzione delle attività mettendo in campo le sue competenze tecniche e professionali oppure affiancare a quest'ultime le abilità sociali che permettono un'adeguata relazione con l'altro. Un professionista affetto da *burnout*, per i motivi che verranno illustrati in seguito, difficilmente riuscirà ad instaurare un rapporto umano adeguato con l'assistito e di conseguenza garantire l'efficienza del servizio.

Su queste riflessioni ho iniziato ad interessarmi al *burnout*.

L'intento di questa tesi è quindi quello di compiere un percorso partendo dalla conoscenza e descrizione della sindrome del *burnout*, dall'analisi dei fattori di stress in ambito sanitario, del clima e benessere lavorativo degli infermieri di Sala Operatoria (S.O.).

Questi, per superare tali stressors, devono adottare numerose strategie di coping con lo scopo di mantenere un equilibrio psico-fisico e un'elevata motivazione nello svolgere il proprio lavoro con soddisfazione. Naturalmente l'obiettivo principale è tutelare il benessere della persona in ogni suo aspetto durante la degenza nel Blocco Operatorio (B.O.).

Terminata questa parte descrittiva ho effettuato una ricerca finalizzata alla misurazione del livello di *burnout* negli infermieri del Blocco Operatorio

di Fano, Pesaro e Urbino attraverso la somministrazione di un questionario: il "Burnout Potential Inventory"¹ (B.P.I.) di B. Potter.

Mi è sembrato importante concludere questi tre anni formativi soffermandomi sull'aspetto emotivo e relazionale che caratterizza gli infermieri professionisti di S.O. e che permette agli stessi di mantenere un alto livello di motivazione e gratificazione sul proprio lavoro.

¹ B. Potter, "Overcoming Job Burnout: How to Renew Enthusiasm for Work", Ronin Publishing, 2005

CAPITOLO 1

SINDROME DEL BURNOUT

1.1 DEFINIZIONE E FASI DEL BURNOUT

Il termine *burnout* che in italiano possiamo tradurre come “bruciato”, “esaurito”, comparve per la prima volta nella lingua inglese negli anni trenta e venne riferito all’attività sportiva, in particolare, per indicare l’incapacità di un atleta, dopo alcuni successi, di ottenere ulteriori risultati e/o mantenere quelli acquisiti.

Nel 1974 Freudemberger utilizzò il termine *burnout*, in riferimento ai lavoratori in ambito sanitario, per descrivere una sindrome che costituirebbe la fase finale di un processo reattivo-difensivo verso condizioni di lavoro vissute insoddisfacenti. Condizioni capaci di innescare uno stress emozionale cronico che porta l’operatore a vivere il proprio ambiente di lavoro come una fonte di esaurimento emotivo, un luogo all’interno del quale si sente eccessivamente depersonalizzato e scarsamente realizzato sul piano professionale².

Nel linguaggio psicologico e sociologico il termine *burnout* venne utilizzato nel 1977 da C. Maslach, la quale iniziò a parlare di “Sindrome del *burnout*”. In particolare, ella utilizzò la parola *burnout* per definire la situazione in cui operatori che svolgevano professioni ad elevata implicazione relazionale, dopo mesi o anni di attività svolti con impegno ed efficienza, entravano in una fase di demotivazione e stanchezza manifestando apatia, nervosismo, indifferenza nei confronti del loro lavoro, ma soprattutto il distacco dall’utente. Da qui il termine iniziò a essere rivolto prevalentemente ad una specifica tipologia di lavoratori: i professionisti dell’aiuto (helping professions)³.

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*

² H.J. Freudemberger, “*Staff burn-out*”, *Journal of Social Issues*, 1974

³ C. Maslach, “*Burned-out*”, *Human Behaviour*, 1976

*un lavoro. Non si vive più per il lavoro, ma si lavora unicamente per vivere*⁴. Quindi, definisce tale sindrome come la risposta individuale ad una situazione lavorativa percepita come stressante e nella quale l'individuo non dispone di risorse e di strategie comportamentali o cognitive adeguate a fronteggiarla.

In altre parole, il *burnout* è definito come una sindrome, un "processo" piuttosto che un "evento", nel quale un professionista precedentemente impegnato si disimpegna del proprio lavoro in risposta allo stress, tensione ed esaurimento emotivo sperimentati sul lavoro stesso.

Si può riassumere quindi in una condizione sintomatica di tipo depressivo in cui si esprime il fallimento, più o meno parziale, dell'attività lavorativa. Il tutto porta ad una perdita dell'idealismo, dell'impegno, dell'energia e dello scopo che erano alla base delle aspettative lavorative del singolo operatore. Il *burnout* è pertanto un fenomeno complesso di "esaurimento" fisico, sociale-relazionale, psicologico, emotivo.

Esso non arriva istantaneamente, ma lo fa attraverso diverse fasi.

Gli autori Edelwich e Brodsky identificano quattro fasi del *burnout*⁵:

- la prima è definita "entusiasmo idealistico": è vissuta come positiva dalla persona. Si tratta di una fase in cui si idealizza il proprio lavoro; esso diventa quasi la propria vita e questo permette di sopportare carichi di lavoro molto alti;
- la seconda è quella della "stagnazione": l'operatore, sottoposto a carichi di lavoro e stress eccessivi, si accorge che l'interesse e la gratificazione legati alla professione iniziano a diminuire;
- la terza è quella della "frustrazione", in cui l'operatore si sente poco apprezzato e avverte sentimenti di nullità, inadeguatezza, insoddisfazione. Questa è la fase fulcro del *burnout*;
- la quarta è la fase dell'"apatia", che in casi estremi diventa anche nausea e disgusto per il proprio lavoro.

⁴ C. Cherniss, "La sindrome del burnout", Torino, Centro Scientifico Torinese, 1983

⁵ J. Edelwich, A. Brodsky, "Burn-out", Human Sciences Press, N.Y., 1980.

1.2 DALLO STRESS AL BURNOUT

Fu Hans Selye il primo che definì lo stress come *“Una reazione aspecifica dell’organismo a qualsiasi stimolo esterno e interno, di tale intensità da provocare una concatenazione di meccanismi di adattamento atti a ristabilire l’omeostasi”*⁶.

Il termine stress da un punto di vista etimologico deriva dal latino “strictus” che significa stretto ed è passato dal significato iniziale di avversità, difficoltà, afflizione, a quello più recente di sollecitazione, sforzo ed è frequentemente usato per indicare una “spinta a reagire” esercitata dall’organismo sui diversi stimoli. Esso rappresenta la risposta dell’individuo alle continue e quotidiane stimolazioni provenienti dall’ambiente esterno e interno che turbano l’equilibrio psicofisiologico, determinando nell’individuo una reazione atta a ripristinare l’omeostasi⁷.

Hans Selye individuò tre stadi che caratterizzano la Sindrome Generale di Adattamento (S.G.A.) ovvero il meccanismo difensivo con cui l’organismo reagisce all’esposizione ad agenti stressanti. Questi sono:

- reazione di allarme: rappresenta la prima fase, l’individuo risponde ai fattori di stress mettendo in atto dei meccanismi per fronteggiarlo sia fisici che mentali, tra cui l’aumento della frequenza cardiaca, la dilatazione delle pupille e tutte le risposte a disposizione dell’individuo;
- fase di resistenza: la sua durata varia sia a seconda del tempo in cui agisce l’agente stressante, sia a seconda delle capacità individuali di difesa. In questa fase l’organismo cerca di adattarsi allo sforzo per raggiungere l’equilibrio;
- fase di esaurimento: rappresenta la fase finale; subentra quando l’esposizione all’agente stressante si protrae in modo eccessivo. In questa fase l’organismo non è più in grado di mantenere l’adattamento con un dispendio di energia tale da indebolirlo, favorendo la comparsa di patologie difficilmente reversibili.

⁶ Selye, H., *“La sindrome di adattamento”*. Istituto sieroterapico milanese S. Belfanti, Milano, 1955

⁷ M. Santinello, *“La sindrome del burnout”*. Aspetti teorici, ricerche e strumenti per la diagnosi dello stress lavorativo nelle professioni di aiuto. Erip Editrice, 1990

Nel suo volume dal titolo “Stress without Distress”, Selye aveva sostenuto che lo stato di stress fosse uno stato fisiologico normale e che, quindi, non potesse e non dovesse essere evitato: *“La completa libertà dallo stress è la morte. Contrariamente a quanto si pensa di solito, non dobbiamo, e in realtà non possiamo, evitare lo stress, ma possiamo incontrarlo in modo efficace e trarne vantaggio imparando di più sui suoi meccanismi e adattando la nostra filosofia dell’esistenza a esso”*⁸.

Gli stimoli, positivi o negativi, costringono il nostro organismo ad adattarsi ad essi, ma lo stress non è tanto dovuto alla qualità degli stimoli stessi, quanto all’intensità del bisogno di adattamento che essi attivano. Se le sollecitazioni o gli stimoli esterni sono proporzionali alla capacità di risposta dell’organismo, ha luogo uno stress positivo (eustress); mentre se le sollecitazioni eccedono rispetto alle risorse dell’organismo, per esempio sono troppo intense o prolungate, si verifica lo stress negativo o distress che si traduce con una inibizione generale caratterizzata da reazioni affettivo-emotive (tristezza, irritazione, rabbia), reazioni comportamentali (scarsa concentrazione, dimenticanze, calo di rendimento) e fisiche. Il tutto accompagnato da impoverimento di autostima e aumento del senso di impotenza.

Le strategie, ovvero l’insieme di meccanismi che l’uomo mette in atto per fronteggiare problemi personali ed interpersonali allo scopo di gestire, ridurre o tollerare situazioni di stress, vanno sotto il nome di “coping” che potrebbe tradursi con “strategia di adattamento”.

Possiamo quindi collegare lo stress ed il *burnout*. Quest’ultimo non è altro che un tipo di risposta allo stress negativo, ovvero a situazioni o stimoli che risultano minacciosi o angoscianti per l’individuo. In particolare colpisce gli operatori impegnati in professioni di aiuto e si caratterizza nel sentimento di insoddisfazione, irritazione quotidiana, svuotamento, sentimento di non farcela più, di impotenza di lavoratori che si sentono sovraccaricati dal proprio lavoro quotidiano.

⁸ Selye, H. “*Stress without Distress*”. New York, J.B. Lippicott, 1974. trad. it. “Stress senza paura”, Milano. Rizzoli, 1976.

1.3 CARATTERISTICHE INDIVIDUALI E BURNOUT

È importante considerare che gli eventi stressanti vengono vissuti e valutati in modo diverso da ogni persona, a seconda della personalità e delle abilità. Di fatto, occorre contestualizzare il processo di stress e *burnout*, dove il suo significato, il suo peso e la valutazione dipendono dalla percezione che l'individuo ha della situazione in cui vive.⁹

Risulta quindi complicato individuare delle analogie tra le caratteristiche individuali e l'instaurarsi della sindrome del *burnout*, cioè non sono stati riscontrati studi in letteratura che delineassero una “*personalità standard*” soggetta a *burnout*; poiché esso deve essere considerato come un fenomeno multidimensionale, nel quale entrano in gioco diversi fattori (individuali, sociali, ambientali, economici, politici, storici, organizzativi) che si intrecciano tra loro.

Per quanto riguarda le variabili demografiche, Maslach e Jackson nel 1985¹⁰ affermano che le differenze tra i due sessi non riguardano in senso globale il *burnout*, ma come vengono da essi percepiti gli effetti. Le donne, essendo coinvolte emotivamente dal punto di vista relazionale con l'utenza, avvertono di più l'esaurimento emotivo rispetto agli uomini che reagiscono con comportamenti depersonalizzanti¹¹. Inoltre, in passato il genere femminile risultava più vulnerabile anche a causa del doppio carico di lavoro (professionale e familiare), rispetto al genere maschile.

Non si può dire lo stesso per l'età lavorativa che sembra essere la variabile individuale che maggiormente influisce nello sviluppo della sindrome da *burnout*. Infatti, i soggetti giovani sono maggiormente a rischio a causa dello scontro tra le aspettative idealistiche della professione e la realtà lavorativa. Mentre i soggetti meno vulnerabili sono quelli con un'esperienza professionale maggiore, in cui competenza ed esperienza,

⁹ Gabassi P. G, Gregori D. “*Indagini e valutazioni in sanità*”. Aspetti psicologici e organizzativi, Milano, Franco Angeli, 2003

¹⁰ C. Maslach e S.E. Jackson, “*The role of sex and family variables in burnout*”, Sex Roles, 1985

¹¹ M. Santinello, “*La sindrome del burnout*”. Aspetti teorici, ricerche e strumenti per la diagnosi dello stress lavorativo nelle professioni di aiuto. Erip Editrice, 1990

maturate nel tempo, riuscirebbero a dare una maggiore stabilità e capacità di affrontare le sfide lavorative¹²⁻¹³.

Sempre nel lavoro di Maslach e Jackson appaiono evidenti minori livelli di *burnout* nel personale coniugato e con prole; essi, infatti, con l'aiuto della famiglia riescono ad avere uno stile di vita più stabile, ma soprattutto ammortizzare e controbilanciare la tensione emotiva e lo stress con più efficacia. Al contrario, chi ha uno stile di vita instabile e non ha un rapporto affettivo è più esposto ad un elevato livello di esaurimento emotivo, depersonalizzazione e scarsa realizzazione professionale.

Passando ad osservare le caratteristiche di personalità, Freudenberger in uno studio del 1980 sostiene che siano predisposte al *burnout* le persone portatrici di grandi ideali: *“Uomini e donne dinamici, carismatici e risoluti (...) che si impegnano fino in fondo in tutto quello che fanno, lasciandosi coinvolgere anche intimamente”*¹⁴.

Viceversa, C. Maslach definisce così il profilo psicologico dell'operatore a rischio di *burnout*: *“L'individuo a rischio di burnout manca di fiducia in se stesso, ha scarsa ambizione (...) non ha obiettivi chiaramente definiti, né la dose di decisione necessaria a raggiungerli”*¹⁵; e anche *“È tendenzialmente debole e remissivo nei rapporti con gli altri (...). È una persona sottomessa, ansiosa, impaziente, intollerante, facile preda della rabbia e della frustrazione di fronte agli ostacoli: non infrequentemente proietta i suoi sentimenti sul cliente e instaura con esso un rapporto depersonalizzato e umiliato”*¹⁶.

Maslach sostiene quindi che i soggetti a maggior rischio di *burnout* sono quelli con una personalità fragile, con poca fiducia in se stessi, ansiosi nella relazione con l'altro oppure che non riescono a controllare impulsi come la rabbia e la frustrazione. Colui che spesso è incapace di controllare la situazione, che non riesce a far fronte agli ostacoli che incontra, che si lascia

¹² Maslach, C., *“Burnout, the cost of caring”*, New York: Prentice Hall Press, 1982

¹³ L. Borgoni. C. Consiglio. *“Job Burnout: evoluzione di un costrutto”*, 2005

¹⁴ M. Burish, *“Burnout”*, Psicologia contemporanea, 1995,

¹⁵ C. Maslach, *“La sindrome del burnout”*, Assisi, Cittadella, 1997

¹⁶ C. Maslach, *“La sindrome del burnout”*, Assisi, Cittadella, 1997

facilmente prendere da uno stato di agitazione emotiva e di esaurimento diventando intollerante e impaziente.

CAPITOLO 2

BURNOUT ED INFERMIERE

2.1 INFERMIERE DI SALA OPERATORIA

Quando si parla di assistenza infermieristica in Sala Operatoria probabilmente la prima figura alla quale pensiamo è l'infermiere strumentista che collabora con il primo e secondo chirurgo, ma egli non è l'unico; infatti al servizio della persona vi sono anche l'infermiere di sala, anche definito infermiere fuori campo, e l'infermiere addetto all'assistenza anestesilogica che collabora con il medico anestesista-rianimatore.

L'infermiere strumentista assume un ruolo di grande responsabilità all'interno dell'équipe poiché si occupa della preparazione dello strumentario chirurgico necessario all'espletamento, in sicurezza, dell'intervento da eseguire. Nello specifico l'infermiere strumentista provvede al corretto lavaggio chirurgico delle mani prima della vestizione sterile, alla preparazione del tavolo servitore con lo strumentario necessario all'intervento; controlla l'integrità di tutti i materiali da utilizzare, fili di sutura e altri materiali/dispositivi utili; esegue la conta dei ferri e delle garze sia prima che dopo l'intervento avvalendosi dell'ausilio del collega fuori campo nel rispetto delle Raccomandazioni Ministeriali¹⁷. Deve conoscere bene i tempi chirurgici relativi alla procedura in atto e le caratteristiche dello strumentario necessario.

L'infermiere di sala, o infermiere circolante, provvede all'accoglienza dell'operato compilando la check-list nelle sue parti, come prescritto dalle Raccomandazioni Ministeriali¹⁸. Si presenta al paziente fornendo le proprie generalità e spiegando il proprio ruolo all'interno dell'équipe. Collabora con tutta l'équipe, sia durante la fase organizzativa, sia in quella di svolgimento

¹⁷ Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali: *“Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria”* - Ottobre 2009; Raccomandazione n.2 “Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altri materiali all'interno del sito chirurgico”

¹⁸ Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali: *“Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria”* - Ottobre 2009; Raccomandazione n.3 “Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura”. n. 9 “Prevenzione degli atti avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali”

della procedura chirurgica. Egli, infatti, gestisce la S.O. assicurando il corretto funzionamento degli apparecchi medici ed elettromedicali¹⁹ e salvaguarda la sicurezza dell'assistito garantendo una valutazione continua al fine di rilevare eventuali segni di lesione e attuando appropriati interventi. Coadiuvava il collega strumentista nell'allestimento della S.O. e nella preparazione del tavolo servitore "aprendo" tutto il materiale sterile che verrà utilizzato. Durante l'intervento documenta attività specifiche, assicura la pulizia, la temperatura, l'umidità e l'illuminazione adeguata. È responsabile, insieme agli altri componenti dell'équipe, della raccolta e dell'invio del materiale all'esame istologico e/o estemporaneo, attenendosi alla procedura aziendale in atto.

L'infermiere addetto all'assistenza anestesiologicala è un professionista che ha acquisito competenza nella disciplina ed affianca l'anestesista-rianimatore per tutto ciò che riguarda l'anestesia, dall'accoglimento del paziente in S.O. fino alla sua dimissione dalla sala risveglio (alla fine dell'intervento chirurgico i pazienti vengono trasferiti in una sala attrezzata con tutti gli strumenti idonei per il monitoraggio delle funzioni vitali e il recupero della coscienza). L'infermiere addetto all'assistenza anestesiologicala intervista e valuta l'assistito all'ingresso, predispone le apparecchiature e i farmaci dell'anestesia, esegue il controllo del respiratore, somministra il tipo di anestesia prescritta dal medico-anestesista, collabora all'intubazione della persona se necessario, gestisce eventuali problemi tecnici legati alla somministrazione dell'anestetico e supervisiona le condizioni dell'assistito durante tutto l'intervento, monitorando la pressione arteriosa, il polso, la respirazione, la saturazione di ossigeno, la temperatura corporea, l'elettrocardiogramma, il Ph ematico, la concentrazione di gas a livello alveolare e non meno importante viene costantemente controllato il livello di anestetico. Qualche volta può essere necessario il monitoraggio tramite elettroencefalogramma. Riferisce all'anestesista ogni scostamento dai valori normali.

¹⁹ Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali: *"Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria"* - Ottobre 2009; Raccomandazione n. 9 "Prevenzione degli atti avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali"

Tutta la squadra operatoria ha come obiettivo la corretta esecuzione di tutte le procedure necessarie alla riuscita dell'intervento chirurgico: ridurre i fattori di rischio, prevenire le complicanze, garantire la sicurezza e il benessere dell'assistito, nonché il mantenimento degli standard chirurgici di assistenza.

Fondamentale risulta garantire una continuità assistenziale durante tutta la fase perioperatoria. Questo obiettivo può essere garantito attraverso un'adeguata condivisione del piano di cure con i membri dell'équipe e una corretta documentazione.

Non meno importante è lo stato emotivo della persona, un aspetto da presidiare durante tutto il suo percorso perioperatorio dal personale infermieristico, fornendo informazioni e rassicurazioni e favorendo un'atmosfera di fiducia e rilassatezza.

2.2 CLIMA LAVORATIVO E FATTORI DI TENSIONE PER GLI INFERMIERI DI SALA OPERATORIA

Uno dei campi dove lo stress è protagonista è senz'altro quello relativo ad un ambiente lavorativo dove viene chiesto di fare sempre di più, più velocemente e ovviamente di farlo nel miglior modo possibile.

In effetti i concetti di efficacia, efficienza sono molto importanti nel mondo del lavoro e in generale nella pianificazione e nel controllo di qualsiasi attività. Questi due termini, spesso usati indistintamente come sinonimi, in realtà riflettono due concetti ben distinti. L'efficacia indica la capacità di raggiungere l'obiettivo prefissato, mentre l'efficienza valuta l'abilità di farlo impiegando le risorse minime indispensabili.

In campo sanitario la *clinical governance* (C.G.) è “una strategia con cui le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale”. Il tutto attraverso la valutazione multidimensionale della qualità dell'assistenza che si articola in sei aree: efficacia, efficienza, appropriatezza, sicurezza, coinvolgimento degli utenti, equità d'accesso.

Per un infermiere di S.O. lavorare in un buon clima lavorativo-organizzativo significa rendere più sicura la permanenza del paziente nel Blocco Operatorio.

La Sala Operatoria si distingue da ogni altra Unità Operativa (U.O.) per il peculiare ambiente in cui si trovano ad operare i vari professionisti.

Sono fonte di stress e pericoli del benessere lavorativo alcuni fattori unici di questo ambiente, come: l'inquinamento acustico causato da allarmi dei monitor, del ventilatore, dai dispositivi di aspirazione; la possibile esposizione ad infezioni sia per contatto che per trasmissione aerea; la possibilità di essere soggetto a radiazioni ionizzanti in alcune procedure chirurgiche; la mancanza di esposizione diretta alla luce solare, in ambienti

asettici e isolati; l'esposizione a laser e fonti luminose artificiali di forte intensità²⁰.

Le decisioni prese ed imposte da un superiore senza il coinvolgimento degli operatori possono far alimentare in essi il senso di ingiustizia e di non equità, provocando un aumento dello stress, carenza di benessere fisico e mentale e di conseguenza sviluppo del *burnout*.

Infatti in una struttura che non dà opportunità di partecipazione, ove possibile, agli operatori, essi percepiscono di non essere valorizzati professionalmente e di non poter essere partecipi allo sviluppo dei programmi lavorativi; questa carenza porta, nel tempo, al disinteressamento per il lavoro, fino a provocare apatia, indifferenza e inefficienza²¹.

Altri elementi che potrebbero rivelarsi fondamentali nello sviluppo del *burnout* sono: il sovraccarico quantitativo del lavoro nell'operatore ovvero la persona percepisce un carico di lavoro eccessivo; le richieste lavorative sono così elevate da esaurire le energie individuali al punto da non rendere possibile il recupero; il tipo di compito non è adatto alla persona, quindi si percepisce di non avere le abilità per svolgere una determinata attività; il carico emotivo del lavoro è troppo elevato, di conseguenza si scatena una serie di emozioni che sono in contraddizione con i sentimenti della persona; tutto ciò innesca in esso una serie di sensazioni negative, come il costante senso di affaticamento accompagnato da insoddisfazione per il proprio lavoro, il sentimento di scoraggiamento, in aggiunta anche alle eccessive responsabilità da affrontare; determinando così il *burnout* proprio come lo definisce Harrison: "*burnout è una perdita di motivazione e di aspettativa ad essere bravi nel fare del bene*"²².

In qualsiasi lavoro, inoltre, anche in quello più tecnico, meccanico o individuale non si può trascurare la relazione con altri individui.

²⁰ Nyssen 2003; Morais 2006

²¹ C. Maslach e M.P. Leiter, "*Burnout e organizzazione: modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro*". Erickson. 2000

²² W. D. Harrison, "*Stress and burnout in the human service professions*". Pergamon Press, New York, 1983

In ambito sanitario la relazione interpersonale con il paziente, i colleghi, i superiori è indispensabile; ma non sempre positiva.

Gli infermieri, infatti, possono subire aggressioni verbali da parte di pazienti e famigliari che inevitabilmente sono fonte di stress; ma tali "attacchi" possono provenire anche da colleghi o superiori e risultare dei veri e propri atti di bullismo. Per esempio, delegare compiti poco piacevoli o compiti che non gli competono, limitare la loro autonomia professionale, non richiedere la loro collaborazione o non dare collaborazione in attività che la richiederebbero sono alcuni dei comportamenti a cui gli infermieri possono andare incontro nello svolgere il proprio lavoro. A lungo andare tali situazioni portano, da un parte, l'operatore a provare un senso di competizione, collera, frustrazione e, dall'altra, conseguenze anche sui pazienti, su cui egli scaricherà il proprio disagio.

Uno studio condotto da Jackson²³ sulla relazione tra violenza sui luoghi di lavoro e infermieri ha evidenziato come anche il solo essere potenziali vittime di aggressione pone gli infermieri in una condizione di continua ansia e li espone allo stress, con conseguenti assenze per malattia e abbandono prematuro della professione. Un fenomeno, questo, che meriterebbe di essere approfondito mediante uno studio ad hoc.

Il rischio in tutte queste situazioni è che il numero di errori che si possono commettere aumenta notevolmente, con gravi ripercussioni sulla sicurezza del paziente.

Perciò unire tutti i componenti e dirigere l'attività della Sala Operatoria in modo armonioso è il gold standard a cui si deve tendere per garantire la massima cura del paziente²⁴. Ciò da cui non si può prescindere è una comunicazione efficace, collaborazione e stima reciproca tra colleghi e superiori.

²³ Jackson, D., Clare, J., Mannix, J., "Who would want to be a nurse? Violence in the workplace: a factor in recruitment and retention". Journal of Nursing Management, 2002

²⁴ Silén-Lipponen, M., "Teamwork in operating room nursing. conceptual perspective and finnish, British and American nurses' and nursing students' experiences." Dissertation. Kuopio University, 2005

CAPITOLO 3

RICERCA SUL LIVELLO DI BURNOUT NEGLI INFERMIERI DEL BLOCCO OPERATORIO

3.1 OBIETTIVO

L'intento è quello di andare ad individuare il livello di *burnout* - "*Sindrome di esaurimento emozionale, di depersonalizzazione e di riduzione delle capacità personali che può presentarsi in soggetti che per professione si occupano della gente; reazione alla tendenza emozionale cronica creata dal contatto continuo con altri esseri umani, in particolare quando si hanno problemi o motivi di sofferenza*"²⁵ - negli infermieri del Blocco Operatorio di Fano, Pesaro e Urbino.

3.2 MATERIALI E METODI

La parte sperimentale di questo lavoro di tesi consiste in un'indagine quantitativa condotta presso il Blocco Operatorio di Fano, Pesaro (Azienda Ospedaliera – Ospedali Riuniti Marche Nord) e Urbino (Area Vasta 1).

L'obiettivo è quello di rilevare il livello di *burnout* tra il personale infermieristico attraverso la somministrazione di un questionario: il "Burnout Potential Inventory"²⁶.

Nel periodo che va da luglio a settembre del corrente anno 2019, lo stesso è stato distribuito a 41 infermieri del Blocco Operatorio di Fano, 56 infermieri del Blocco Operatorio di Pesaro e 26 infermieri del Blocco Operatorio di Urbino, per un totale di 123 infermieri.

Hanno risposto in 98: 30 del Blocco Operatorio di Fano, 49 del Blocco Operatorio Pesaro e 19 del Blocco Operatorio di Urbino.

²⁵ C. Maslach, "Burned-out", Human Behaviour vol. 5, 1976

²⁶ B. Potter, "Overcoming Job Burnout: How to Renew Enthusiasm for Work", Ronin Publishing, 2005

Da segnalare il fatto che 5 infermiere di Fano, 3 infermiere di Pesaro e 1 infermiera di Urbino erano assenti per maternità e un infermiere di Urbino era assente per congedo.

Attraverso la somministrazione del questionario “Burnout Potential Inventory”²⁷ sono stati indagati dodici specifici items. In relazione a ciascun item sono state poste 4 domande (48 quesiti totali).

A ciascuna domanda l’infermiere ha potuto attribuire un punteggio da 1 a 9 rispetto alla frequenza con la quale egli ha riscontrato la situazione lavorativa presentata dalla domanda.

Il questionario è articolato come segue:

- “mancanza di potere”, intesa come impossibilità decisionale; le domande sono le seguenti: “non posso risolvere i problemi che mi vengono assegnati”, “sono intrappolato in un lavoro senza opzioni”, “non posso influenzare le decisioni che mi riguardano”, “posso essere licenziato senza poter far niente”;
- “assenza di informazioni”, ovvero scarsa chiarezza delle mansioni da espletare; le domande sono le seguenti: “le responsabilità legate al mio lavoro non sono chiare”, “non ho le informazioni che mi servono per lavorare bene”, “i miei colleghi non capiscono il mio ruolo”, “non capisco gli obiettivi del mio lavoro”;
- “conflitto”, ossia il dover rispondere a richieste contrastanti o il trovarsi in disaccordo con colleghi di lavoro; le domande sono le seguenti: “sono preso in mezzo”, “devo soddisfare domande conflittuali”, “sono in disaccordo con i miei colleghi”, “devo violare le norme per fare il mio lavoro”;
- “équipe inefficace”, ovvero quanto la mancanza di collaborazione e sostegno fra colleghi e superiori influisca negativamente sull’operato del singolo; le domande sono le seguenti: “i colleghi mi ostacolano”, “il dirigente fa favoritismi”, “la burocrazia interferisce con il mio lavoro”, “sul lavoro si compete invece di cooperare”;

²⁷ B. Potter, “Overcoming Job Burnout: How to Renew Enthusiasm for Work”, Ronin Publishing, 2005

- “straripamento”, vale a dire l’interferenza lavorativa nella vita privata e quanto possa essere opprimente il carico di lavoro; le domande sono le seguenti: “il lavoro interferisce con la mia vita privata”, “ho troppo da fare in poco tempo”, “devo lavorare anche nel tempo libero”, “il lavoro straordinario aumenta”;
- “noia”, ossia il sentimento di depauperamento psichico derivante da condizioni di condizioni di inoperatività e monotonia; le domande sono le seguenti: “ho troppo poco da fare”, “sono iper qualificato per il lavoro dequalificato che faccio”, “il lavoro non offre nessuna sfida”, “la maggior parte del mio tempo è spesa in lavori di routine”;
- “scarsi feedbacks”, cioè scarsa interattività tra i membri dell’équipe medico-sanitaria; le domande sono le seguenti: “non so mai se quello che faccio va bene o no”, “il mio capo non dice mai nulla di quello che faccio”, “ottengo le informazioni troppo tardi per usarle”, “non vedo i risultati del mio lavoro”;
- “punizioni”, ovvero il non riconoscimento del proprio lavoro; le domande sono le seguenti: “il mio capo è ipercritico”, “sono gli altri che traggono il merito dal mio lavoro”, “il mio lavoro non è apprezzato”, “vengo rimproverato per gli errori di altri”;
- “alienazione”, intesa come percezione di isolamento; le domande sono le seguenti: “sono isolato dagli altri”, “sono un ingranaggio della macchina organizzativa”, “ho poco in comune con i miei colleghi”, “evito di dire in giro dove lavoro e cosa faccio”;
- “ambiguità”, ossia cambiamenti frequenti e mancanza di priorità; le domande sono le seguenti: “i ruoli cambiano costantemente”, “non so cosa ci si aspetta da me”, “non c’è relazione fra prestazione e successo”, “le priorità sul mio lavoro non sono chiare”;
- “scarsità di ricompense”, ovvero la quotidianità lavorativa non fornisce motivi e momenti di crescita e gratificazione per cui l’operatore non è più soddisfatto del proprio lavoro; le domande sono le seguenti: “il mio lavoro non è soddisfacente”, “ho pochi successi reali”, “la carriera non è come mi aspettavo”, “non ho rispetto”;

- “conflitti di valore”, cioè la percezione di incongruenza tra l’attività che si svolge ed i pensieri e valori personali; le domande sono le seguenti: “i miei valori sono compromessi”, “la gente disapprova quello che faccio”, “non credo nell’organizzazione in cui lavoro”, “nel lavoro non ci metto il cuore”.

Il questionario così proposto individua tre fasce di risultato:

- punteggio compreso tra 48 e 168 → **Basso rischio di burnout**
- punteggio compreso tra 169 e 312 → **Medio rischio di burnout**
- punteggio compreso tra 313 e 432 → **Alto rischio di burnout**

Lo studio si compone di due parti: nella prima parte vengono analizzati i dati dei tre presidi considerandoli unitariamente; nella seconda i risultati vengono stratificati per presidio.

La ricerca è stata effettuata considerando il genere dell’operatore, l’età anagrafica e l’età di servizio nell’unità operativa.

Un’ulteriore analisi prende in considerazione i singoli items proposti dal questionario, individuando quelli più significativi che incidono maggiormente sul livello di *burnout*.

La Tabella che segue (Tabella n.1) riporta i dati anagrafici (genere ed età) e lavorativi (anzianità di servizio all’interno del Blocco Operatorio) di tutti gli infermieri che si sono sottoposti allo studio.

Tabella n. 1: dati anagrafici e lavorativi degli infermieri presi in esame

	Genere		Tot.	Età in anni				Tot.	Anni di servizio			Tot.
	M	F		20/30	31/40	41/50	>50		<5	5/10	>10	
f.a. N°	38	60	98	9	41	33	15	98	21	32	45	98
f.r. %	39%	61%	100%	9%	42%	34%	15%	100%	21%	33%	46%	100%

3.3 RISULTATI

ANALISI COMPLESSIVA:

Nella Tabella n. 2 ho analizzato il livello di *burnout* con riferimento al genere. Nel genere maschile i livelli basso e medio si equivalgono (50% ciascuno); nel genere femminile predomina il livello basso (62%), mentre il livello di *burnout* medio è presente nel 37% delle infermiere.

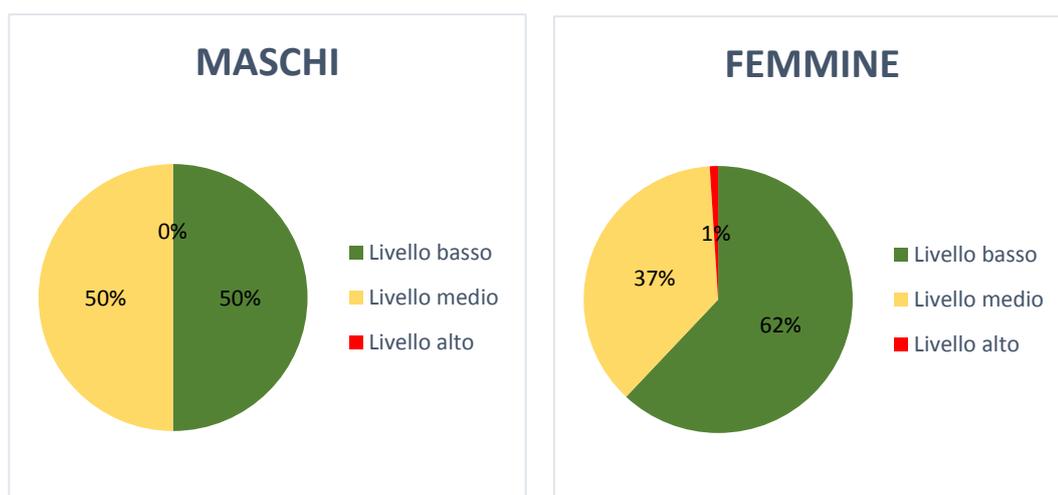
Una sola operatrice presenta un livello alto.

I dati sono rappresentati graficamente nella Figura n. 1.

Tabella n. 2: analisi del livello di *burnout* in relazione al genere

Livello di burnout e punteggio	Maschi		Femmine		Totale
	Frequenza assoluta	Frequenza relativa	Frequenza assoluta	Frequenza relativa	Freq. assoluta
Livello basso (48-168)	19	50%	37	62%	56
Livello medio (169-312)	19	50%	22	37%	41
Livello alto (313-432)	0	0%	1	1%	1
Totale	38	100%	60	100%	98

Figura n. 1: distribuzione del *burnout* rispetto al genere



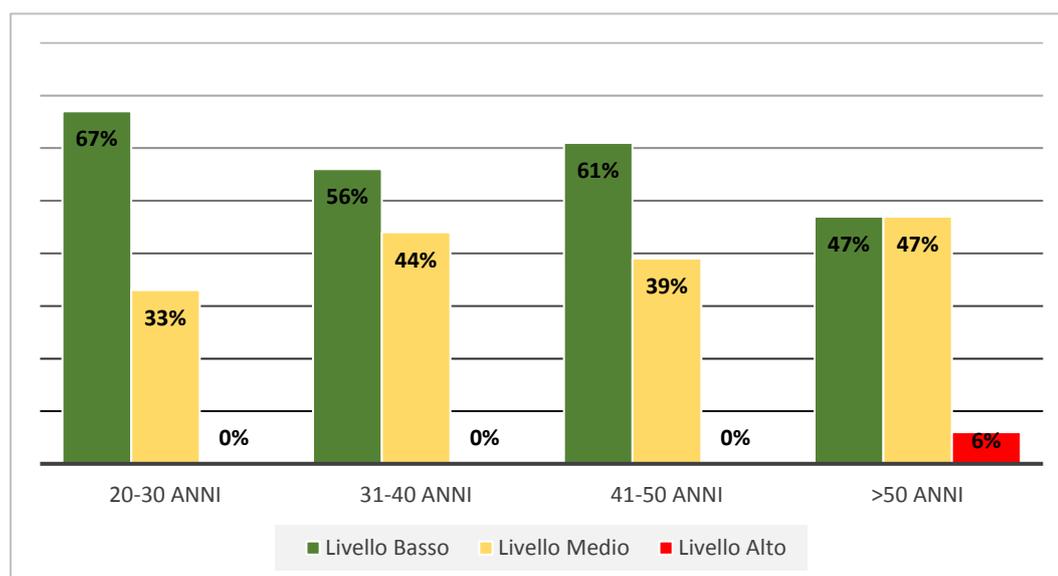
Nella Tabella n. 3 viene analizzato il livello di *burnout* in base all'età anagrafica degli operatori. Anche in questo caso un solo operatore oltre i 50 anni risulta avere un alto livello di *burnout*. Negli infermieri di età compresa tra i 20 e i 30 anni, tra i 31 e i 40 anni e tra i 41 e i 50 anni il livello basso di *burnout* è quello maggiormente rappresentato e corrisponde rispettivamente al 67%, 56% e 61%. Nella fascia di età oltre i 50 anni i livelli basso e medio si equivalgono e rappresentano il 47% dei casi.

Nella Figura n. 2 è illustrata graficamente la distribuzione del livello di *burnout* rispetto all'età anagrafica.

Tabella n. 3: analisi del livello di *burnout* in relazione all'età anagrafica

Livello di burnout e punteggio	20-30 anni		31-40 anni		41-50 anni		>50 anni		Tot.
	Freq. ass.	Freq. rel.	Freq. ass.						
Livello basso (48-168)	6	67%	23	56%	20	61%	7	47%	56
Livello medio (169-312)	3	33%	18	44%	13	39%	7	47%	41
Livello alto (313-432)	0	0%	0	0%	0	0%	1	6%	1
Totale	9	100%	41	100%	33	100%	15	100%	98

Figura n. 2: distribuzione *burnout* rispetto all'età anagrafica



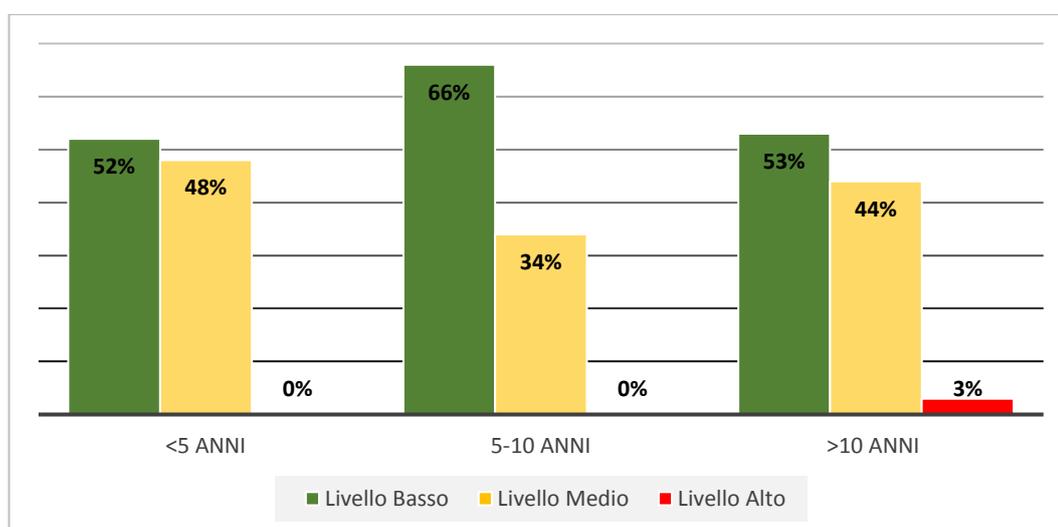
Nella Tabella n.4 viene analizzato il livello di *burnout* in base agli anni di servizio nelle U.O. presa in esame. Nelle tre fasce esaminate possiamo osservare che quella maggiormente rappresentata è quella di un basso livello di *burnout* ed in particolare nel 52% fra gli infermieri che hanno meno di 5 anni di servizio nel B.O.; nel 66% fra gli infermieri che hanno un'anzianità presso il B.O. fra i 5 e i 10 anni; e nel 53% fra gli infermieri che lavorano al B.O. da più di 10 anni. Solo un operatore che lavora da più di 10 anni presenta un livello alto.

Nella Figura n.3 è rappresentata graficamente la distribuzione del livello di *burnout* rispetto agli anni di servizio.

Tabella n. 4: analisi del livello di *burnout* in relazione agli anni di servizio

Livello di burnout e punteggio	<5 anni		5-10 anni		>10 anni		Tot.
	Freq. assoluta	Freq. relativa	Freq. assoluta	Freq. relativa	Freq. assoluta	Freq. relativa	Freq. ass.
Livello basso (48-168)	11	52%	21	66%	24	53%	56
Livello medio (169-312)	10	48%	11	34%	20	44%	41
Livello alto (313-432)	0	0%	0	0%	1	3%	1
Totale	21	100%	32	100%	45	100%	98

Figura n. 3: distribuzione *burnout* rispetto agli anni di servizio



Nella Tabella n. 5 viene riportata la somma del punteggio di ciascun item calcolata con riferimento ai 98 questionari compilati nei tre presidi.

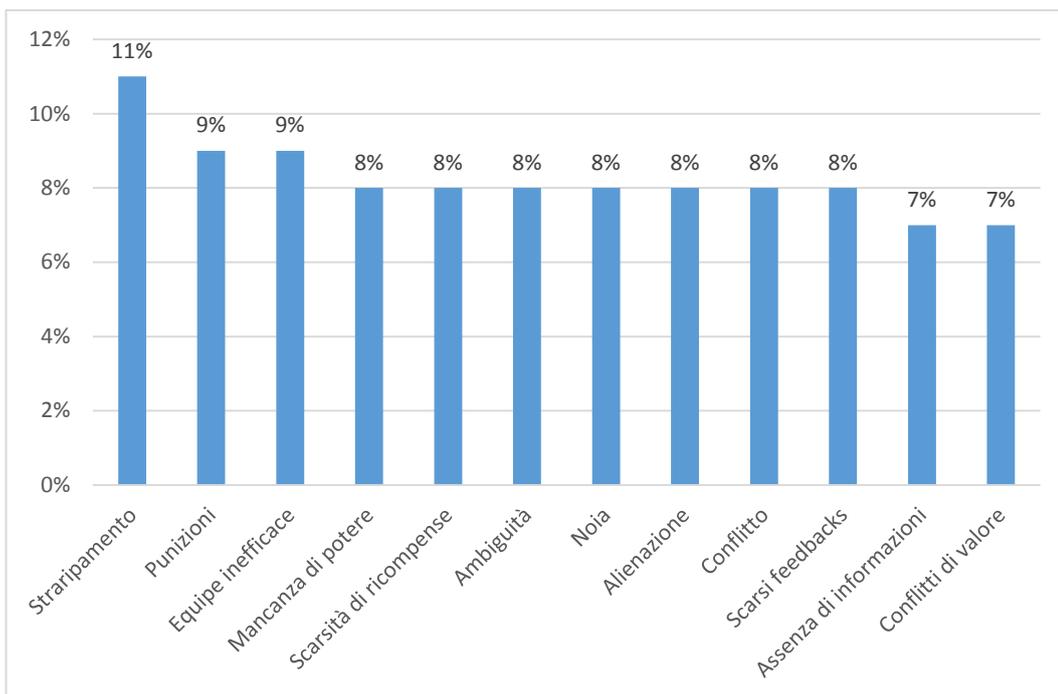
L'obiettivo di questa classifica è quello di mettere in evidenza quali items, secondo gli infermieri sottoposti all'esame, incidono maggiormente nello sviluppo del *burnout* in Sala Operatoria.

La Figura n. 4 illustra graficamente la distribuzione degli items.

Tabella n. 5: analisi degli items

ITEMS:	Frequenza assoluta	Frequenza relativa
1. Straripamento	1.814	11%
2. Punizioni	1.434	9%
3. Equipe inefficace	1.403	9%
4. Mancanza di potere	1.334	8%
5. Scarsità di ricompense	1.330	8%
6. Ambiguità	1.303	8%
7. Noia	1.291	8%
8. Alienazione	1.268	8%
9. Conflitto	1.261	8%
10. Scarsi feedbacks	1.205	8%
11. Assenza di informazioni	1.126	7%
12. Conflitti di valore	1.115	7%
Totale	15.884	100%

Figura n. 4: distribuzione degli items



DATI PRESIDIO DI FANO:

Sui 30 questionari ottenuti dei 41 distribuiti sono stati analizzati i seguenti dati.

Nella Tabella n. 6 ho analizzato il livello di *burnout* con riferimento al genere. Nel genere maschile risulta prevalente un basso livello di *burnout* nel 56% dei casi; nel genere femminile predomina il livello medio rappresentato dal 55% dei casi.

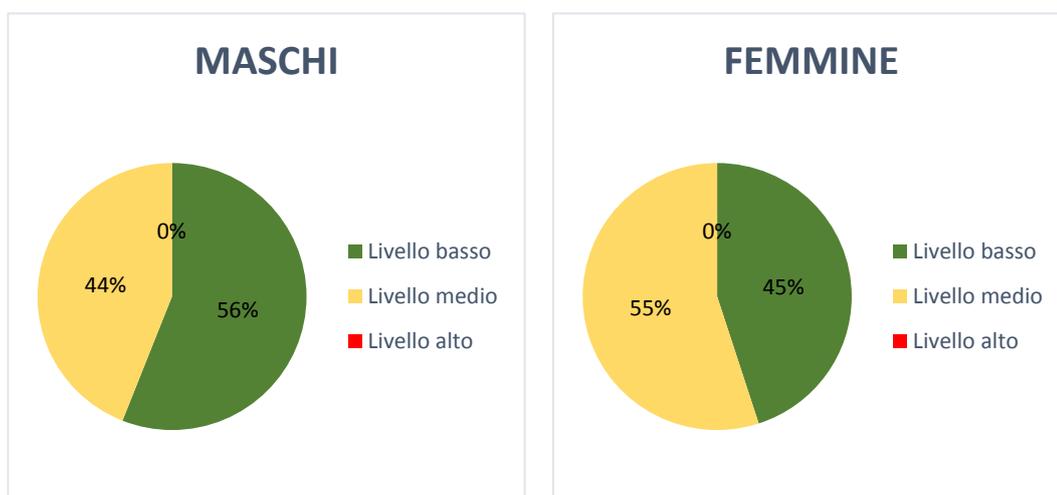
Nessun operatore presenta un livello alto.

I dati sono rappresentati graficamente nella Figura n. 5.

Tabella n. 6: analisi del livello di *burnout* in relazione al genere

Livello di burnout e punteggio	Maschi		Femmine		Totale
	Frequenza assoluta	Frequenza relativa	Frequenza assoluta	Frequenza relativa	Frequenza assoluta
Livello basso (48-168)	5	56%	10	45%	15
Livello medio (169-312)	4	44%	11	55%	15
Livello alto (313-432)	0	0%	0	0%	0
Totale	9	100%	21	100%	30

Figura n. 5: distribuzione del *burnout* rispetto al genere



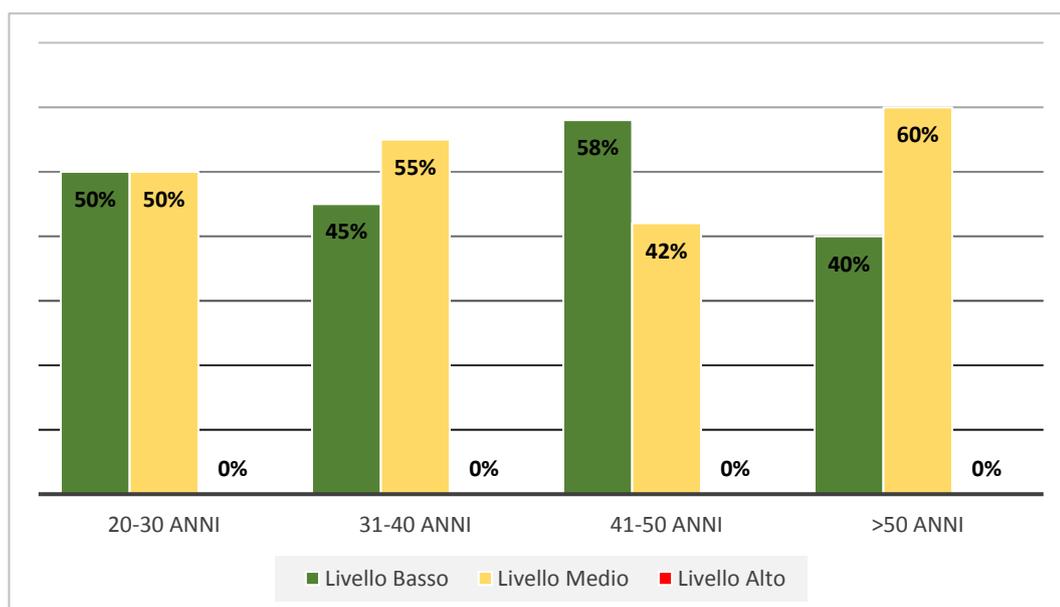
Nella Tabella n. 7 viene analizzato il livello di *burnout* in base all'età anagrafica degli operatori. Anche in questo caso nessuno risulta avere un alto livello di *burnout*. Fra coloro che hanno un'età compresa tra i 20 e i 30 anni i livelli basso e medio si equivalgono (50% ciascuno). Negli infermieri di età compresa tra i 31 e i 40 anni e in quelli oltre i 50 anni prevale il livello medio, rispettivamente 55% e 60%; infine negli operatori che hanno tra i 41 e i 50 anni prevale (58%) il livello basso.

Nella Figura n. 6 è illustrata graficamente la distribuzione del livello di *burnout* rispetto all'età anagrafica.

Tabella n. 7: analisi del livello di *burnout* in relazione all'età anagrafica

Livello di burnout e punteggio	20-30 anni		31-40 anni		41-50 anni		>50 anni		Tot.
	Freq. ass.	Freq. rel.	Freq. ass.						
Livello basso (48-168)	1	50%	5	45%	7	58%	2	40%	15
Livello medio (169-312)	1	50%	6	55%	5	42%	3	60%	15
Livello Alto (313-432)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
Totale	2	100%	11	100%	12	100%	5	100%	30

Figura n. 6: distribuzione *burnout* rispetto all'età anagrafica



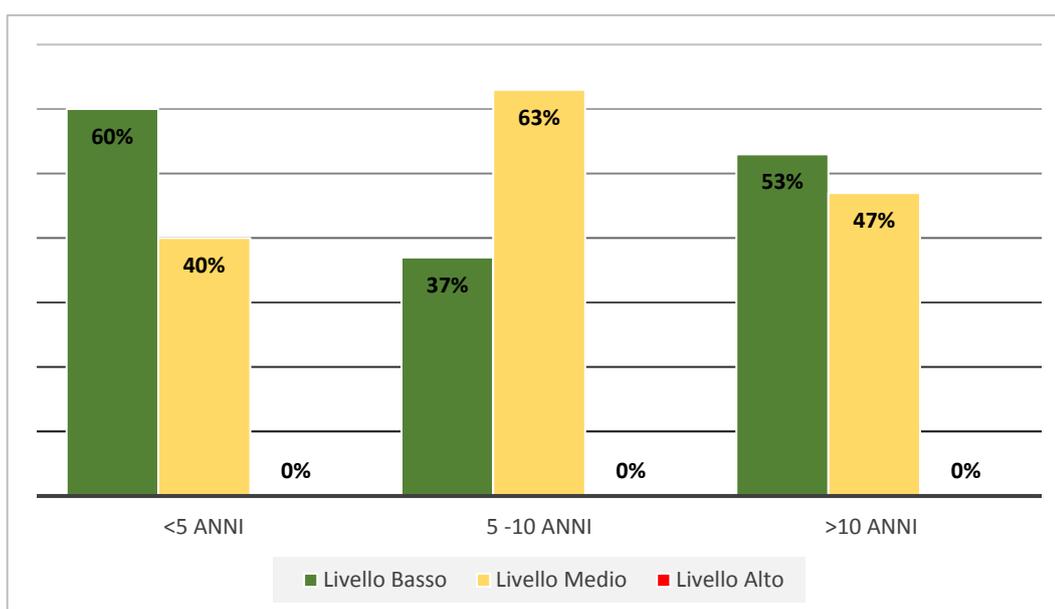
Nella Tabella n. 8 viene analizzato il livello di *burnout* in base agli anni di servizio nell'U.O. presa in esame. Tra gli infermieri che lavorano da meno di 5 anni al B.O. prevale un basso livello di *burnout* (60%); in coloro che hanno un'età di servizio compresa tra i 5 e 10 anni si riscontra la preponderanza di un livello medio (63%); tra coloro che lavorano al B.O. da oltre 10 anni emerge, anche se di poco, un basso livello di *burnout* (53%).

Nella Figura n.7 è rappresentata graficamente la distribuzione del livello di *burnout* rispetto agli anni di servizio nel B.O di Fano.

Tabella n. 8: analisi del livello di *burnout* in relazione agli anni di servizio

Livello di burnout e punteggio	<5 anni		5-10 anni		>10 anni		Tot.
	Freq. assoluta	Freq. relativa	Freq. assoluta	Freq. relativa	Freq. assoluta	Freq. relativa	Freq. ass.
Livello basso (48-168)	3	60%	3	37%	9	53%	15
Livello medio (169-312)	2	40%	5	63%	8	47%	15
Livello alto (313-432)	0	0%	0	0%	0	0%	0
Totale	5	100%	8	100%	17	100%	30

Figura n. 7: distribuzione *burnout* rispetto agli anni di servizio



DATI PRESIDIO DI PESARO:

Sui 49 questionari ottenuti dai 56 distribuiti sono stati analizzati i seguenti dati.

Nella Tabella n. 9 ho analizzato il livello di *burnout* con riferimento al genere. Sia nel genere maschile che in quello femminile predomina un basso livello di *burnout*, rispettivamente 63% per i maschi e 77% per le femmine.

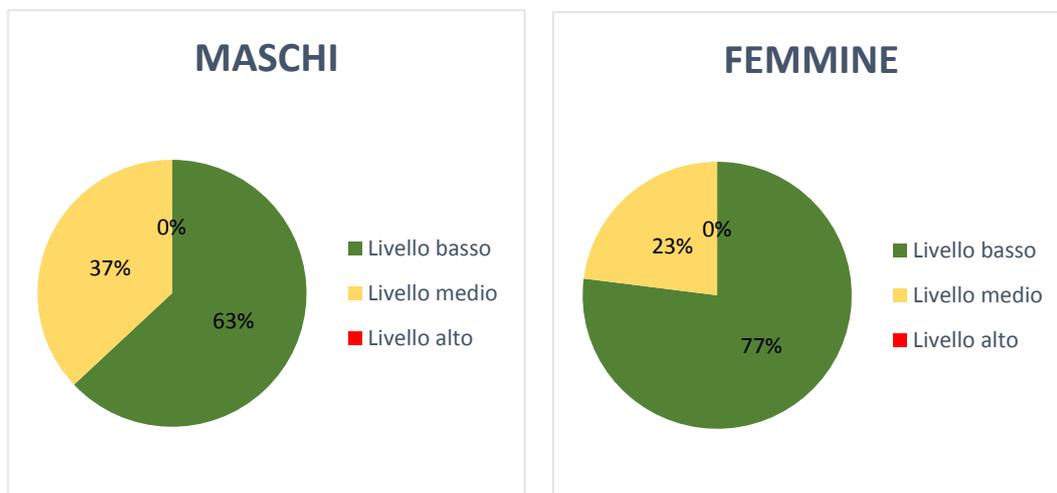
Nessun operatore presenta un livello alto.

I dati sono rappresentati graficamente nella Figura n. 8.

Tabella n. 9: analisi del livello di *burnout* in relazione al genere

Livello di burnout e punteggio	Maschi		Femmine		Totale
	Frequenza assoluta	Frequenza relativa	Frequenza assoluta	Frequenza relativa	Freq. assoluta
Livello basso (48-168)	12	63%	23	77%	35
Livello medio (169-312)	7	37%	7	23%	14
Livello alto (313-432)	0	0%	0	0%	0
Totale	19	100%	30	100%	49

Figura n. 8: distribuzione del *burnout* rispetto al genere



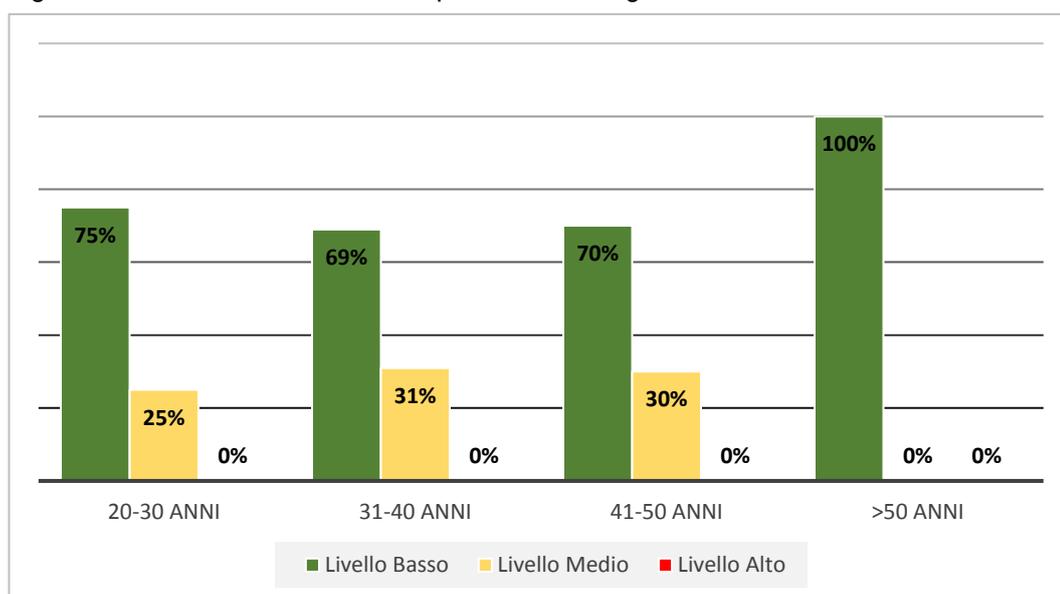
Nella Tabella n. 10 viene analizzato il livello di *burnout* in base all'età anagrafica degli operatori. Anche in questo caso nessuno risulta avere un alto livello di *burnout*. Negli infermieri di età compresa tra i 20 e i 30 anni, tra i 31 e i 40 anni e tra i 41 e i 50 anni il livello basso è rappresentato rispettivamente nel 75%, 69% e 70%. Entrambi gli operatori oltre i 50 anni hanno un livello basso di *burnout*.

Nella Figura n. 9 è illustrata graficamente la distribuzione del livello di *burnout* in relazione all'età anagrafica.

Tabella n. 10: analisi del livello di *burnout* in relazione all'età anagrafica

Livello di burnout e punteggio	20-30 anni		31-40 anni		41-50 anni		>50 anni		Tot.
	Freq. ass.	Freq. rel.	Freq. ass.						
Livello basso (48-168)	3	75%	18	69%	12	70%	2	100%	35
Livello medio (169-312)	1	25%	8	31%	5	30%	0	0%	14
Livello alto (313-432)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
Totale	4	100%	26	100%	17	100%	2	100%	49

Figura n. 9: distribuzione *burnout* rispetto all'età anagrafica



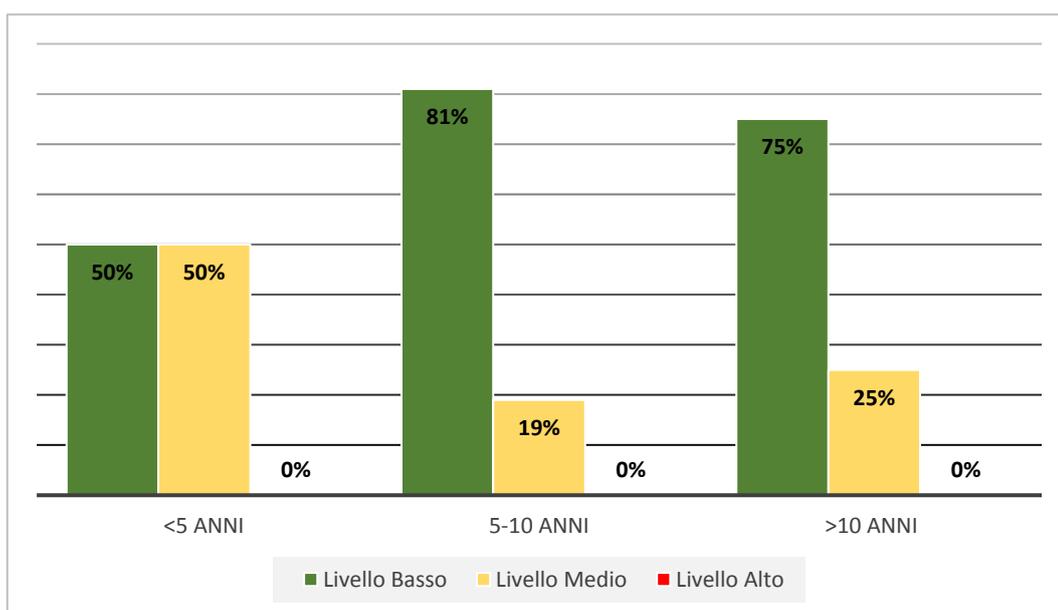
Nella Tabella n. 11 viene analizzato il livello di *burnout* in base agli anni di servizio nell'U.O. presa in esame. Tra gli infermieri che lavorano da meno di 5 anni al B.O. il livello basso e quello medio si equivalgono (rispettivamente 50% ciascuno). Il livello basso di *burnout* in coloro che hanno un'età di servizio compresa tra i 5 e i 10 anni è rappresentato nell'81% dei casi e in quelli con oltre 10 anni si riscontra nel 75%.

Nella Figura n.10 è rappresentata graficamente la distribuzione del livello di *burnout* rispetto agli anni di servizio nel B.O. di Pesaro.

Tabella n. 11: analisi del livello di *burnout* in relazione agli anni di servizio

Livello di burnout e punteggio	<5 anni		5-10 anni		>10 anni		Tot.
	Freq. assoluta	Freq. relativa	Freq. assoluta	Freq. relativa	Freq. assoluta	Freq. relativa	Freq. ass.
Livello basso (48-168)	6	50%	17	81%	12	75%	35
Livello medio (169-312)	6	50%	4	19%	4	25%	14
Livello alto (313-432)	0	0%	0	0%	0	0%	0
Totale	12	100%	21	100%	16	100%	49

Figura n. 10: distribuzione *burnout* rispetto agli anni di servizio



DATI PRESIDIO URBINO:

Sui 19 questionari ottenuti dai 26 distribuiti sono stati analizzati i seguenti dati.

Nella Tabella n. 12 ho analizzato il livello di *burnout* con riferimento al genere. Nel genere femminile risulta che il livello basso e medio si equivalgono (44%). Nel genere maschile predomina il livello medio (80%).

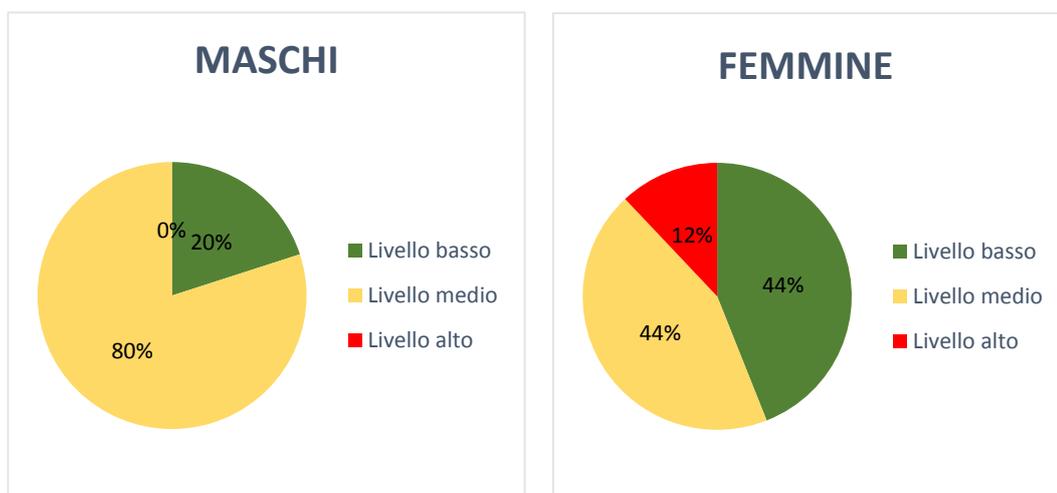
Un solo operatore di genere femminile presenta un livello alto.

I dati sono rappresentati graficamente nella Figura n. 11.

Tabella n. 12: analisi del livello di *burnout* in relazione al genere

Livello di burnout e punteggio	Maschi		Femmine		Totale
	Frequenza assoluta	Frequenza relativa	Frequenza assoluta	Frequenza relativa	Freq. Assoluta
Livello basso (48-168)	2	20%	4	44%	6
Livello medio (169-312)	8	80%	4	44%	12
Livello alto (313-432)	0	0%	1	12%	1
Totale	10	100%	9	100%	19

Figura n. 11: distribuzione del *burnout* rispetto al genere



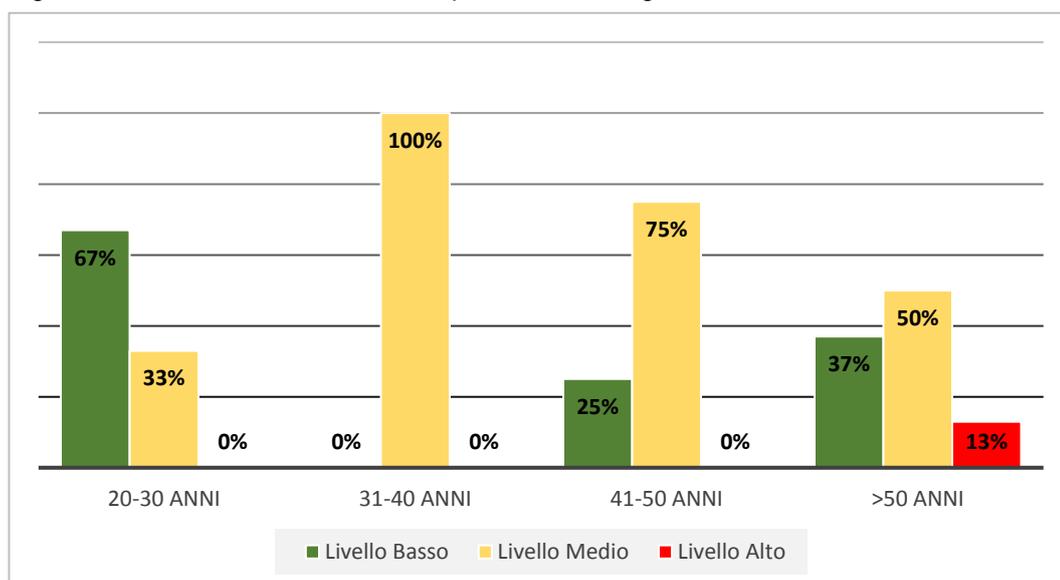
Nella Tabella n.13 viene analizzato il livello di *burnout* in base all'età anagrafica degli operatori. In questo caso un operatore che ha un'età > 50 anni risulta avere un alto livello di *burnout*. Fra coloro che hanno un'età compresa tra i 20 e i 30 anni predomina un livello basso (67%). La totalità degli infermieri di età compresa tra i 31 e i 40 anni presenta un livello medio. Tale livello prevale anche fra coloro che hanno tra i 41 e i 50 anni rappresentato nel 75% dei casi e in quelli oltre i 50 esprimendo il 50% dei casi.

Nella Figura n. 12 è illustrata graficamente la distribuzione del livello di *burnout* in relazione all'età anagrafica.

Tabella n. 13: analisi del livello di *burnout* in relazione all'età anagrafica

Livello di burnout e punteggio	20-30 anni		31-40 anni		41-50 anni		>50 anni		Tot.
	Freq. ass.	Freq. rel.	Freq. ass.						
Livello basso (48-168)	2	67%	0	0%	1	25%	3	37%	6
Livello medio (169-312)	1	33%	4	100%	3	75%	4	50%	12
Livello alto (313-432)	0	0%	0	0%	0	0%	1	13%	1
Totale	3	100%	4	100%	4	100%	8	100%	19

Figura n. 12: distribuzione *burnout* rispetto all'età anagrafica



Nella Tabella n.14 viene analizzato il livello di *burnout* in base agli anni di servizio nell'U.O. presa in esame. Tra gli infermieri che lavorano da meno di 5 anni i livelli basso e medio si equivalgono (50% ciascuno); in coloro che hanno un'età di servizio compresa tra i 5 e i 10 anni e oltre i 10 anni un livello medio rappresenta il 67% dei casi.

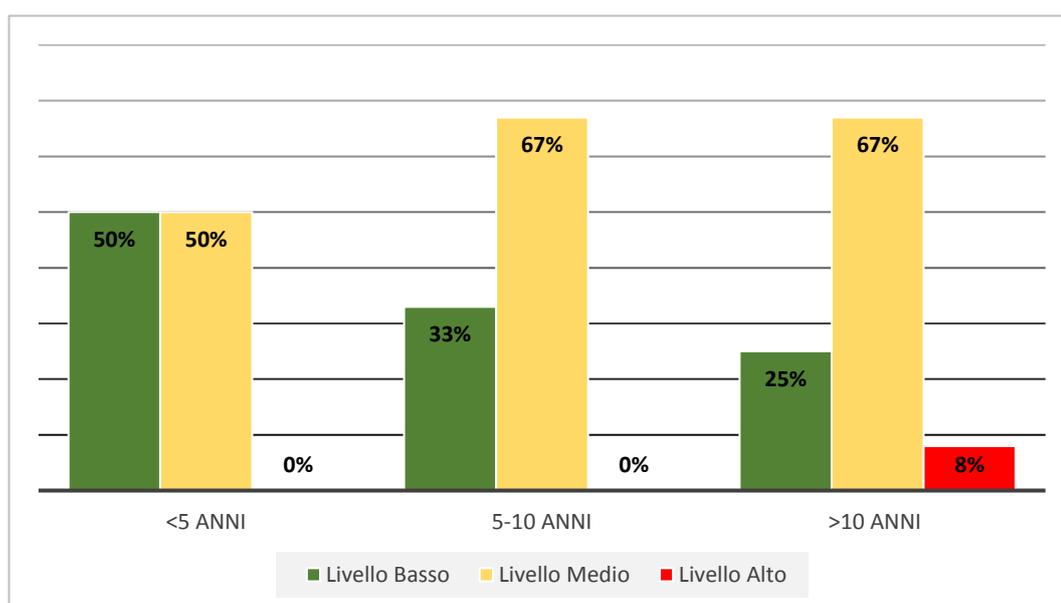
Un operatore che lavora da oltre 10 anni rivela un alto livello di *burnout*.

Nella Figura n.13 è rappresentata graficamente la distribuzione del livello di *burnout* rispetto agli anni di servizio nel B.O. di Urbino.

Tabella n.14: analisi del livello di *burnout* in relazione agli anni di servizio

Livello di burnout e punteggio	<5 anni		5-10 anni		>10 anni		Tot.
	Freq. assoluta	Freq. relativa	Freq. assoluta	Freq. relativa	Freq. assoluta	Freq. relativa	Freq. ass.
Livello basso (48-168)	2	50%	1	33%	3	25%	6
Livello medio (169-312)	2	50%	2	67%	8	67%	12
Livello alto (313-432)	0	0%	0	0%	1	8%	1
Totale	4	100%	3	100%	12	100%	19

Figura n. 13: distribuzione *burnout* rispetto agli anni di servizio



ANALISI QUESTIONARIO “B.P.I.”:

FANO

Nella Tabella n. 15 vengono analizzati i punteggi ottenuti dalla somma delle varie domande nei 12 items proposti dal questionario. Come si può notare, l’item “straripamento” e l’item “équipe inefficace” occupano le prime due posizioni. Ciò significa che sono quelli che incidono maggiormente sul livello di *burnout* degli infermieri del B.O. di Fano.

Tabella n. 15: analisi degli items

ITEMS	Frequenza assoluta	Frequenza relativa
1. Straripamento	539	10%
2. Equipe inefficace	516	10%
3. Mancanza di potere	479	9%
4. Ambiguità	475	9%
5. Alienazione	430	8%
6. Punizioni	428	8%
7. Scarsità di ricompense	428	8%
8. Noia	407	8%
9. Conflitto	402	8%
10. Scarsi feedbacks	397	8%
11. Assenza di informazioni	359	7%
12. Conflitti di valore	345	7%
Totale	5.205	100%

PESARO

Nella Tabella n. 16 vengono analizzati i punteggi ottenuti dalla somma delle varie domande nei 12 items proposti dal questionario. Come si può notare, l'item "straripamento" e l'item "punizioni" occupano le prime due posizioni. Ciò significa che sono quelli che incidono maggiormente sul livello di *burnout* degli infermieri del B.O. di Pesaro.

Tabella n. 16: analisi degli items

ITEMS:	Frequenza assoluta	Frequenza relativa
1. Straripamento	786	12%
2. Punizioni	669	10%
3. Equipe inefficace	601	9%
4. Conflitto	561	9%
5. Mancanza di potere	547	8%
6. Alienazione	522	8%
7. Noia	518	8%
8. Ambiguità	507	8%
9. Conflitti di valore	480	7%
10. Scarsi feedbacks	479	7%
11. Scarsità di ricompense	470	7%
12. Assenza di informazioni	452	7%
Totale	6.592	100%

URBINO

Nella Tabella n. 17 vengono analizzati i punteggi ottenuti dalla somma delle varie domande nei 12 items proposti dal questionario. Come si può notare, l'item "straripamento" e l'item "scarsità di ricompense" occupano le prime due posizioni. Ciò significa che sono quelli che incidono maggiormente sul livello di *burnout* degli infermieri del B.O. di Urbino.

Tabella n. 17: analisi degli items

ITEMS:	Frequenza assoluta	Frequenza relativa
1. Straripamento	489	12%
2. Scarsità di ricompense	432	11%
3. Noia	366	9%
4. Punizioni	337	8%
5. Scarsi feedbacks	329	8%
6. Ambiguità	321	8%
7. Alienazione	316	8%
8. Assenza di informazioni	315	8%
9. Mancanza di potere	308	8%
10. Conflitto	298	7%
11. Conflitti di valore	290	7%
12. Equipe inefficace	286	7%
Totale	4.087	100%

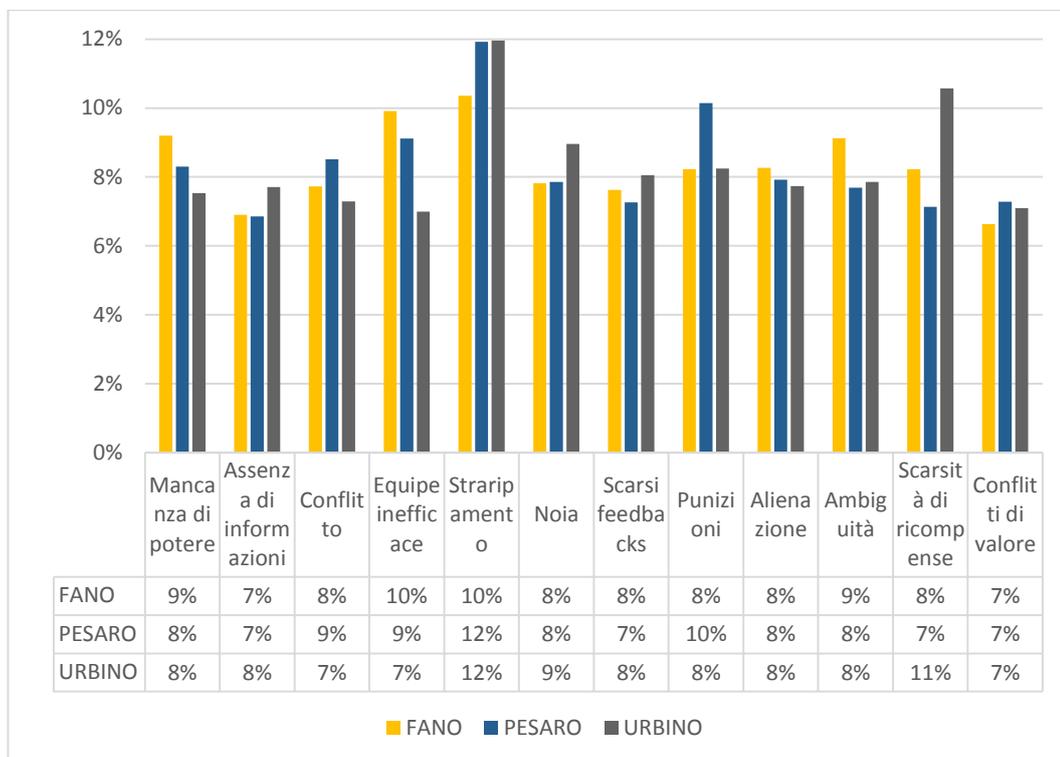
Nella Tabella n.18 sono messi a confronto i punteggi ottenuti nei singoli items sui tre presidi.

Tabella n.18: punteggi degli items sui tre presidi

ITEMS	FANO		PESARO		URBINO		TOTALE
	Freq. ass.	Freq. rel.	Freq. ass.	Freq. rel.	Freq. ass.	Freq. rel.	
1.Mancanza di potere	479	9%	547	8%	308	8%	1.334
2. Assenza di informazioni	359	7%	452	7%	315	8%	1.126
3. Conflitto	402	8%	561	9%	298	7%	1.261
4.Equipè inefficace	516	10%	601	9%	286	7%	1.403
5.Straripamento	539	10%	786	12%	489	12%	1.814
6. Noia	407	8%	518	8%	366	9%	1.291
7.Scarsi feedbacks	397	8%	479	7%	329	8%	1.205
8. Punizioni	428	8%	669	10%	337	8%	1.434
9. Alienazione	430	8%	522	8%	316	8%	1.268
10. Ambiguità	475	9%	507	8%	321	8%	1.303
11. Scarsità di ricompense	428	8%	470	7%	432	11%	1.330
12.Conflitti di valore	345	7%	480	7%	290	7%	1.115
TOTALE	5.205	100%	6.592	100%	4.087	100%	15.884

Nella Figura n.14 è rappresentata graficamente l'incidenza percentuale di ciascun items.

Figura n.14: rappresentazione grafica degli items dei tre presidi



3.4 DISCUSSIONE

L'obiettivo di questa tesi è quello di andare ad individuare il livello di *burnout* negli infermieri del Blocco Operatorio di Fano, Pesaro e Urbino.

I livelli di *burnout* registrati nella parte quantitativa della ricerca (questionario "Burnout Potential Inventory") ci permettono di fare alcune considerazioni.

Innanzitutto dall'analisi dei tre presidi considerati unitariamente emerge che rispetto al genere - ovvero con riferimento alla domanda: "chi ha un livello di *burnout* più elevato tra il genere maschile e quello femminile?" - possiamo affermare che il genere maschile ha un livello di *burnout* superiore rispetto a quello riscontrato nel genere femminile in quanto nel genere maschile il livello basso e medio si equivalgono (50% ciascuno), mentre nel genere femminile il livello basso è pari al 62% dei casi e il livello medio al 37% dei casi. Nel complesso, comunque, il livello di *burnout* si può definire medio-basso.

Rispetto all'età anagrafica degli operatori - ovvero con riferimento alla domanda "quale tra le quattro fasce di età (20/30 anni, 31/40 anni, 41/50 anni e >50 anni) prese in esame ha un livello di *burnout* più elevato?" - possiamo rispondere che solo nella fascia di età >50 anni si rileva un livello medio-alto, mentre nelle altre si riscontra un livello medio-basso. Soprattutto gli infermieri più giovani sono coloro a cui si può riferire un livello di *burnout* più basso, in quanto nella fascia di età 20/30 anni il livello basso corrisponde ad un 67%, mentre il livello medio ad un 33% dei casi; nella fascia di età 31/40 anni il livello basso è rappresentato dal 56% dei casi, mentre il livello medio dal 44%; nella fascia di età 41/50 il livello basso è pari ad un 61%, mentre il livello medio al 39% dei casi; nella fascia di età >50 anni i livelli basso e medio corrispondono ciascuno al 47% dei casi e il livello alto al 6%. Anche in questa analisi, nei 98 infermieri presi in esame, possiamo mettere in evidenza un livello medio-basso di *burnout*.

Passando all'analisi dei dati in base agli anni di servizio degli infermieri nei rispettivi B.O. - ovvero con riferimento alla domanda: "quale tra le tre fasce di anzianità di servizio (<5 anni, 5/10 anni, >10 anni) prese in esame

ha un livello di *burnout* più elevato?” - possiamo affermare che gli infermieri con più di 10 anni di servizio sono coloro che hanno un *burnout* più elevato. Nel complesso il livello di *burnout* che si riscontra è medio-basso. Sicuramente gli infermieri che lavorano da 5/10 anni sono coloro a cui si può riferire un livello più basso di *burnout*, anche se i dati relativi alle altre due fasce di età non si discostano di molto, per cui risulta anche in esse un livello basso leggermente più rappresentato rispetto al medio. In particolare, in coloro che hanno un'età di servizio <5 anni il livello basso corrisponde ad un 52%, mentre il livello medio al 48% dei casi; in coloro che hanno un'età di servizio 5/10 anni il livello basso è rappresentato dal 66% dei casi, mentre il livello medio dal 34%; in coloro che hanno un'età di servizio >10 anni il livello basso è pari al 53%, il livello medio al 44% e il livello alto al 3%.

Riassumendo, possiamo dire che non emergono dati eccessivamente preoccupanti nei 98 professionisti indagati dallo studio, risultando essi in una fascia medio-bassa di *burnout*.

Non avendo riscontrato in letteratura e sul web studi pubblicati che riguardassero nello specifico la rilevazione del *burnout* negli infermieri del Blocco Operatorio, non è stato possibile un confronto fra essi ed i dati emersi nella presente ricerca.

Ci si è limitati pertanto ad effettuare una comparazione fra i dati dei tre singoli presidi.

Rispetto al genere - ovvero con riferimento alla domanda: “chi ha un livello di *burnout* più elevato tra il genere maschile e quello femminile?” - possiamo affermare che:

- al B.O. di Fano il genere femminile ha un livello di *burnout* superiore rispetto a quello riscontrato nel genere maschile, che corrisponde comunque ad un livello medio;
- al B.O. di Pesaro il genere maschile ha un livello di *burnout* superiore rispetto a quello riscontrato nel genere femminile; in ogni caso il livello di *burnout* è basso;
- al B.O. di Urbino il genere maschile ha un livello di *burnout* superiore rispetto a quello riscontrato nel genere femminile, che comunque

corrisponde ad un livello medio; da evidenziare, tuttavia, che un'operatrice presenta un livello alto.

Rispetto all'età anagrafica - ovvero con riferimento alla domanda "quale tra le quattro fasce di età (20/30 anni, 31/40 anni, 41/50 anni e >50 anni) prese in esame ha un livello di *burnout* più elevato?" - possiamo rispondere che:

- al B.O. di Fano il livello più elevato si rileva nella fascia di età >50, che in ogni caso corrisponde ad un livello medio ;
- al B.O. di Pesaro il livello più elevato si rileva nella fascia di età 31/40 anni; in ogni caso il livello di *burnout* è basso;
- al B.O. di Urbino il livello più elevato si rileva nella fascia di età 31/40 anni in cui la totalità degli operatori presenta un livello medio di *burnout*.

Passando all'analisi dei dati in base agli anni di servizio degli infermieri - ovvero con riferimento alla domanda: "quale tra le tre fasce di anzianità di servizio (<5 anni, 5/10 anni, >10 anni) prese in esame ha un livello di *burnout* più elevato?" - possiamo affermare che:

- al B.O. di Fano la fascia 5/10 anni presenta il livello più elevato, che comunque corrisponde ad un livello medio;
- al B.O. di Pesaro la fascia <5 anni presenta il livello più elevato rispetto alle altre fasce di età; tuttavia, considerando solo tale fascia, i livelli basso e medio si equivalgono (50%);
- al B.O. di Urbino la fascia >10 anni presenta il livello più elevato, che corrisponde ad un livello medio, a cui poi si somma un operatore di livello alto.

In aggiunta a queste considerazioni è bene soffermare l'attenzione sulle tabelle che analizzano i 12 items del questionario. Da tale analisi possiamo desumere quali items incidono maggiormente sullo sviluppo del *burnout* secondo gli infermieri dei tre presidi.

Nelle prime due posizioni troviamo:

- l'item dello "straripamento" e quello dell'"équipe inefficace" nel presidio di Fano;

- l'item dello "straripamento" e quello delle "punizioni" nel presidio di Pesaro;
- l'item dello "straripamento" e quello delle "scarsità di ricompense" nel presidio di Urbino.

E' evidente quindi che l'indicatore "straripamento", ossia quanto il lavoro diventi intrusivo e quanto incida nella vita privata, è collocato al primo posto per tutti e tre i presidi; ciò significa che buona parte degli infermieri "porta a casa" le emozioni, l'ansia e la tensione lavorativa, con il rischio di avere ripercussioni negative nelle relazioni familiari.

Appare molto significativo anche un altro item "équipe inefficace", che sta ad indicare quanto la mancanza di sostegno e collaborazione fra colleghi e superiori interferisca negativamente sull'operato del singolo individuo. È evidente che quando lo scontro va a discapito del confronto, la competizione prevale sulla cooperazione e sulla condivisione, specie all'interno di un contesto assistenziale, si espone il professionista a rischio di isolamento e di *burnout*.

Degni di considerazione sono altresì gli items "punizioni" e "scarsità di ricompense", da cui possiamo evincere che gran parte degli operatori presi in esame dimostra un senso di insoddisfazione verso il proprio lavoro. Essi si sentono inappagati dalla realtà che stanno vivendo poiché hanno difficoltà a realizzare i propri obiettivi ed aspirazioni personali. Non si sentono apprezzati e valorizzati da colleghi e superiori.

CONCLUSIONI

Parlare di *burnout* significa trattare un fenomeno complesso e multifattoriale.

Come abbiamo visto nella prima parte della tesi, gli sviluppi teorici sul *burnout* hanno riconosciuto l'importanza dei fattori individuali nello sviluppo dello stesso, ma non è emersa una "*personalità standard*" predisposta a *burnout*. Questo perché esso è il risultato di molteplici variabili: sociali, ambientali, economiche, politiche, storiche, organizzative. Il contesto lavorativo nel quale gli infermieri si trovano ad esercitare la propria professione potremmo considerarlo come quello che ne ha maggior incidenza.

L'infermiere deve necessariamente coniugare all'estrema competenza professionale anche una buona competenza relazionale ed emozionale e potrebbe perciò risultare molto stressante a causa delle numerose situazioni cui è sottoposto.

Con questa tesi si è voluto mettere in evidenza, nel particolare, l'importanza dello sviluppo della sindrome del *burnout* che può coinvolgere gli infermieri che operano nel Blocco Operatorio.

In tale contesto è fondamentale che il *burnout* sia adeguatamente indagato al fine di poter individuare elementi disfunzionali, favorire il benessere lavorativo e garantire così agli operatori sanitari un ambiente favorevole in grado di offrire agli assistiti la miglior assistenza.

Promuovere la salute degli infermieri presuppone molteplici livelli di intervento e non significa solamente fare informazione rispetto al concetto di salute e ai rischi a cui si può andare incontro nell'aiutare gli altri, ma significa soprattutto attuare strategie focalizzate sull'infermiere, comprendendo, per esempio, dei programmi che promuovano un'efficace formazione orientata alla salute, strategie finalizzate al miglioramento del benessere psicosociale, al rilassamento, al cambiamento delle abitudini lavorative o ancora promozione di percorsi per gli operatori in difficoltà per gestire e affrontare il malessere.

Non meno importanti sono altresì le strategie centrate sul contesto lavorativo, le quali mirano al miglioramento del clima sociale all'interno dell'U.O., al rafforzamento delle relazioni dei membri dell'équipe e più raramente possono riguardare la struttura o le modalità di lavoro dell'intera organizzazione.

Per tutelare gli operatori sanitari da eventuali rischi di isolamento e di *burnout* è necessario agire nell'ottica non del singolo professionista, ma dell'intera équipe professionale. Ciò al fine di integrare conoscenze e competenze per operare al meglio con lo scopo primario di migliorare lo stato di benessere delle persone prese in carico.

Lavorare in gruppo significa utilizzare le risorse di ogni singolo individuo, valorizzando ogni opinione anche se diverse tra loro. All'interno dell'équipe devono inoltre emergere le difficoltà personali riscontrate durante il lavoro, per poterle affrontare con gli altri, con l'obiettivo di mantenere sempre alta in ognuno la motivazione e la fiducia in se stessi e nel proprio operato.

Indispensabile, a mio parere, è la presenza di un punto di riferimento, un coordinatore che abbia il compito di evitare che ci siano persone che si impongano sugli altri, di gestire i possibili conflitti e far attenzione a che nessuno si isoli o assuma comportamenti non idonei. Il fine deve essere quello di creare un ambiente dove ognuno si senta libero di esprimersi senza il timore di essere giudicato; ogni punto di vista professionale deve essere valorizzato per il prezioso contributo che porta al raggiungimento di un obiettivo comune.

In conclusione i dati relativi ai livelli di *burnout* emersi dall'analisi condotta presso il Blocco Operatorio di Fano, Pesaro e Urbino hanno messo in evidenza livelli di *burnout* medio-bassi. Ciò non toglie che è necessario riflettere sugli elementi messi in luce dallo studio per comprendere in che modo intervenire al fine di migliorare lo svolgimento della professione infermieristica.

Oggi la migliore strategia per combattere il *burnout* è sicuramente la prevenzione. Pertanto, potrebbe utile eseguire dei test periodici sul personale infermieristico - come ad esempio quello che è stato condotto con

la presente tesi - con lo scopo di misurare il livello di *burnout* e di conseguenza adottare le strategie più opportune.

A tale proposito sarebbe interessante indagare nello specifico ogni singolo item per comprendere a fondo quali possano essere le motivazioni che stanno alla base di ciascuno di essi; uno studio specifico in tal senso potrebbe essere l'oggetto di una futura ricerca.

Detto questo, la professione infermieristica resta a mio parere uno dei lavori più belli in assoluto che ripaga dei sacrifici che quotidianamente si fanno. Quando un paziente premia la tua passione, dedizione e motivazione con un grazie e un sorriso sincero, l'infermiere ha già vinto la sua battaglia contro lo stress.

RINGRAZIAMENTI

Giunta al termine di questo lavoro di tesi desidero ringraziare tutte le persone che, in modi diversi, mi sono state vicine e mi hanno aiutato a raggiungere questo traguardo.

Ringrazio *tutti gli infermieri del Blocco Operatorio di Fano* per avermi dato la possibilità, durante il tirocinio, di innamorarmi del loro lavoro.

Ringrazio *la Coordinatrice del Blocco Operatorio di Pesaro Di Giovanni Nadia, la facente funzioni del Blocco Operatorio di Fano Brera Daniela, il coordinatore del Blocco Operatorio di Urbino Serafini Marco e tutti gli infermieri* che hanno speso del tempo per la compilazione del questionario rendendo possibile la stesura della tesi.

Non meno importanti *tutti gli infermieri* che ho incontrato in questi tre anni formativi, perché ciascuno, ha potuto offrirmi la propria esperienza lavorativa facendomi crescere.

Un grazie anche a tutti i miei compagni di corso, in particolare ad *Alessia* e *Marina*, con le quali ho condiviso gioie e dolori e senza le quali sarebbe stato indubbiamente tutto più difficile. Avete reso questo percorso indimenticabile.

Non so se trovo le parole giuste per ringraziare *i miei genitori e la mia famiglia* per il sostegno ed il grande aiuto che mi hanno dato e per tutte le volte che mi hanno incoraggiata. A loro dedico la mia tesi.
Un grazie infinito per esserci sempre.

L'abbraccio più grosso che riesco ad immaginare va sicuramente a *MIO FIGLIO*, che mi ha dato la forza e la volontà di continuare ad impegnarmi per realizzare il mio sogno: "diventare infermiera"; perché non è stato facile.

ALLEGATI

Gentilissimo/a,

sono una studentessa del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche di Ancona - sede di Pesaro.

A seguito della mia esperienza di tirocinio formativo presso il Blocco Operatorio di Fano, ho deciso di intraprendere un'indagine rivolta al personale infermieristico del Blocco Operatorio di Fano, Pesaro e Urbino con lo scopo di valutare rischio/livello di Burnout.

Il questionario che sottoporro è il Burnout Potential Inventory (BPI) di B.Potter, che verrà autocompilato in forma anonima, ed i risultati del test utilizzati ai soli fini dell'argomentazione della suddetta tesi di Laurea.

Comprende, dodici situazioni potenzialmente pericolose perché correlate al rischio d' insorgenza della "Sindrome da Burnout".

Il tempo necessario per la sua compilazione è di 5-10 minuti.

La ringrazio sin d'ora per il Suo prezioso contributo perché, se questo progetto di tesi andrà in porto, sarà sicuramente anche grazie alla Sua collaborazione e disponibilità.

Per iniziare le chiedo di rispondere ad alcune domande di carattere generale:

SESSO

- M
- F

ETA'

- Tra 20 e 30 anni
- Tra 31 a 40 anni
- Tra 41 e 50 anni
- Oltre i 51 anni

ANNI DI SERVIZIO NELL' ATTUALE U.O.

- Meno di 5 anni
- Da 5 a 10 anni
- Più di 10 anni

Ora pensi alla sua vita lavorativa, quanto **spesso** riscontra le situazioni di seguito elencate?

Segni con un X il numero che ritiene opportuno.

(Raramente) 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 (Costantemente)

Questionario “Burnout Potential Inventory”

SITUAZIONI LAVORATIVE	Domande	Quanto spesso
1. Mancanza di potere	➤ Non posso risolvere i problemi che mi vengono assegnati	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ Sono intrappolato in un lavoro senza opzioni	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ Non posso influenzare le decisioni che mi riguardano	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ Posso essere licenziato senza poter fare niente	1 2 3 4 5 6 7 8 9
2. Assenza di informazioni	➤ Le responsabilità legate al mio lavoro non sono chiare	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ Non ho le informazioni che mi servono per lavorare bene	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ I miei colleghi non capiscono il mio ruolo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ Non capisco gli obiettivi del mio lavoro	1 2 3 4 5 6 7 8 9
3. Conflitto	➤ Sono preso in mezzo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ Devo soddisfare domande conflittuali	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ Sono in disaccordo con i miei colleghi	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ Devo violare le norme per fare il mio lavoro	1 2 3 4 5 6 7 8 9
4. Equipe inefficace	➤ I colleghi mi ostacolano	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ Il dirigente fa favoritismi	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ La burocrazia interferisce con il mio lavoro	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ Sul lavoro si compete invece di cooperare	1 2 3 4 5 6 7 8 9
5. Straripamento	➤ Il lavoro interferisce con la mia vita privata	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ Ho troppo da fare in poco tempo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ Devo lavorare anche nel tempo libero	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ Il lavoro straordinario aumenta	1 2 3 4 5 6 7 8 9
6. Noia	➤ Ho troppo poco da fare	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ Sono iper qualificato per il lavoro dequalificato che faccio	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ Il lavoro non offre nessuna sfida	1 2 3 4 5 6 7 8 9

	➤ La maggior parte del mio tempo è spesa in lavori di routine	1 2 3 4 5 6 7 8 9
7. Scarsi feedbacks	➤ Non so mai se quello che faccio va bene o no	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ Il mio capo non dice mai nulla di quello che faccio	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ Ottengo le informazioni troppo tardi per usarle	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ Non vedo i risultati del mio lavoro	1 2 3 4 5 6 7 8 9
8. Punizioni	➤ Il mio capo è ipercritico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ Sono gli altri che traggono merito dal mio lavoro	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ Il mio lavoro non è apprezzato	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ Vengo rimproverato per gli errori di altri	1 2 3 4 5 6 7 8 9
9. Alienazione	➤ Sono isolato dagli altri	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ Sono un ingranaggio della macchina organizzativa	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ Ho poco in comune con i colleghi	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ Evito di dire in giro dove lavoro e cosa faccio	1 2 3 4 5 6 7 8 9
10. Ambiguità	➤ I ruoli cambiano costantemente	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ Non so cosa ci si aspetta da me	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ Non c'è relazione fra prestazione e successo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ Le priorità sul mio lavoro non sono chiare	1 2 3 4 5 6 7 8 9
11. Scarsità di ricompense	➤ Il mio lavoro non è soddisfacente	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ Ho pochi successi reali	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ La carriera non è come mi aspettavo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ Non ho rispetto	1 2 3 4 5 6 7 8 9
12. Conflitti di valore	➤ I miei valori sono compromessi	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ La gente disapprova quello che faccio	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ Non credo nell'organizzazione in cui lavoro	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	➤ Nel lavoro non ci metto il cuore	1 2 3 4 5 6 7 8 9

da: B. Potter, "Overcoming Job Burnout: How to Renew Enthusiasm for Work", Ronin Publishing, 2005

BIBLIOGRAFIA

- B. Potter, "Overcoming Job Burnout: How to Renew Enthusiasm for Work", Ronin Publishing, 2005
- C. Cherniss, "Staff Burnout: job stress in the Human service", Beverly Hills: Sage, 1980
- C. Maslach e M.P Leiter, "Burnout e organizzazione" modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro. Erickson. 2000
- C. Maslach e S.E. Jackson, "The role of sex and family variables in burnout", Sex Roles, 1985
- C. Maslach, "Burned-out", Human Behaviour vol. 5, 1976
- C. Maslach, "La sindrome del burnout", Assisi, Cittadella, 1997
- Cherniss, "La sindrome del burnout", Torino, Centro Scientifico Torinese, 1983
- G. Del Rio, "Stress e lavoro nei servizi" sintomi, cause e rimedi del burnout. La Nuova Italia Scientifica, 1993
- Gabassi P. G, Gregori D., Indagini e valutazioni in sanità. Aspetti psicologici e organizzativi, Milano, Franco Angeli, 2003
- H.J. Freudenberg, "Staff burn-out", Journal of Social Issues, 1974
- J. Edelwich, A. Brodsky, "Burn-out", Human Sciences Press, N.Y., 1980
- Jackson, D., Clare, J., Mannix, J., "Who would want to be a nurse? Violence in the workplace: a factor in recruitment and retention". Journal of Nursing Management, 2002
- Janice L, Hinkle, Kerry H, Cheever. Brunner – Suddarth. "Infermieristica medico-chirurgica", Casa ed: Ambrosiana, 2017
- L. Borgoni. C. Consiglio. "Job Burnout: evoluzione di un costrutto", 2005
- M. Burish, "Burnout", Psicologia contemporanea, 1995
- M. Santinello, "La sindrome del burnout". Aspetti teorici, ricerche e strumenti per la diagnosi dello stress lavorativo nelle professioni di aiuto. Erip Editrice, 1990

- Maslach, C., "Burnout, the cost of caring", New York: Prentice Hall Press, 1982
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali: "Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria". Ottobre 2009
- Morais, A., Maia, P., Azevedo, A., Amaral, C., Tavares, J., "Stress and burnout amongst Portuguese Anaesthesiologists. European Journal of Anaesthesiology", 2006
- Nyssen, A. S., Hansez, I., Baele, P., Lamy, M., De Keyser, V., "Occupational stress and burnout in anaesthesia. British journal of Anaesthesia", 2003
- P. G. Gabassi, M. Mazzon, "Burnout: 1974-1994, venti anni di ricerche sullo stress degli operatori socio-sanitari", Franco Agnelli, 1995
- R. Baiocco, G. Crea, F. Laghi, L. Provenzano. "Il rischio psicosociale nelle professioni di aiuto", La sindrome del burnout negli operatori sociali, medici, infermieri, psicologi e religiosi. Erickson, 2004
- Selye, H., "A syndrome produced by diverse nocuous agents". Nature, London, 1936
- Selye, H., "La sindrome di adattamento". Istituto sieroterapico milanese S. Belfanti, Milano, 1955
- Selye, H., "Stress without Distress". New York, J.B. Lippicott, 1974 trad. it. "Stress senza paura", Milano. Rizzoli, 1976
- Silén-Lipponen, M., "Teamwork in operating room nursing. conceptual perspective and finnish, British and American nurses' and nursing students' experiences." Dissertation. Kuopio University, 2005
- W. D. Harrison, "Stress and burnout in the human service professions. Pergamon Press", New York, 1983

SITOGRAFIA:

- <http://www.salute.gov.it/portale/home.html> (ultimo accesso 03/11/2019)
- <https://www.nurse24.it/specializzazioni/area-clinica/la-figura-infermieristica-all-interno-del-blocco-operatorio.html> (ultimo accesso: 30/10/2019)
- <https://www.nurse24.it/specializzazioni/area-clinica/infermiere-di-anestesia-tra-blocco-operatorio-e-criticita.html> (ultimo accesso 05/11/2019)
- http://www.ipasvi.laspezia.net/images/ipafile/newsletter/news_002_burnout.pdf (ultimo accesso: 15/10/2019)
- <http://www.psicologiadellavoro.org/burnout-d1/> (ultimo accesso: 01/11/2019)