EBOOKECM JOURNAL
N. 9 - MAG 2025

FUGA DALLA SANITÀ

CRISI DEL LAVORO SANITARIO TRA DIMISSIONI SILENZIOSE, DISIMPEGNO EMOTIVO E SFIDE PER IL BENESSERE

GREAT RESIGNATION WELLBEING QUIET
BEING QUIET QUITTING GREAT RESIGNA
RESIGNATION WELLBEING QUIET QUITT
GREAT RESIGNATION WELLBEING QUIET
BEING QUIET QUITTING GREAT RESIGNA
RESIGNATION WELLBEING QUIET QUITT

ARTICOLI SELEZIONATI E TRADOTTI DA

Humanities and Social Comunication // Journal of Global Health // Human Resources for Health // MDPI Healthcare // BMC Health Services Research // Frontiers in Psychology // Frontiers in Psychology // JAMA Network Open // NPJ Mental Health // International Journal of Environmental Research and Public Health ...

La presente pubblicazione è accreditata come **corso ECM FAD** solo attraverso apposita registrazione su www.ebookecm.it

EBOOKECM JOURNAL

Titolo: FUGA DALLA SANITÀ
Sottotitolo: Crisi del lavoro sanitario tra dimissioni silenziose, disimpegno emotivo e sfide per il benessere
Curatela: Carlo Duò
Traduzioni: Carlo Duò
Editing e copertina: Attilio Scullari
Concept copertina: Licia Casula
Direzione editoriale: Mario Marcello Verona, Claudia Sabella
Supervisione scientifica: Carlo Duò
Data Pubblicazione: Aprile 2025

Licenza Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) Questa pubblicazione è liberamente scaricabile, copiabile e ridistribuibile su ogni media o in ogni formato, previa citazione completa delle fonti e indicazione delle eventuali modifiche effettuate. Non è possibile invece distribuire la pubblicazione per fini commerciali diretti o indiretti.

Leggi il testo della licenza integrale.

ebookecm.it

COLLANA EBOOKECM
EBOOK PER L'EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA © 2025

ISBN: 9791281289314
ISSN: 2785-2911

BOOKIA SRL. Servizi di editoria accreditata, Piazza Deffenu 12, 09125 Cagliari.

INDICE

INTRODUZIONE 5

PARTE I

DIMISSIONI SILENZIOSE (*QUIET QUITTING*)
E GRANDE RASSEGNAZIONE (*GREAT RESIGNATION*)
NELLE PROFESSIONI SANITARIE

1 - L'economia morale della Grande Rassegnazione 17

2 - Abbandono silenzioso: un rischio significativo per l'assenza sanitaria globale 52

3 - L'impatto del significato della vita e della felicità professionale sull'intenzione di turnover degli operatori sanitari: uno studio trasversale dalla Cina 58

4 - Le "dimissioni silenziose" tra gli infermieri aumentano l'intenzione di lasciare il lavoro: prove dalla Grecia nell'era post-COVID-19 78

PARTE II

STRESS, BURNOUT E
BENESSERE LAVORATIVO NELLA PROFESSIONI SANITARIE

5 - Fattori associati alle reazioni da stress degli operatori sanitari, alla soddisfazione lavorativa, all'intenzione di lasciare il lavoro e ai risultati relativi alla salute negli ospedali per acuti, di riabilitazione e psichiatrici, nelle case di cura e nelle organizzazioni di assistenza domiciliare 98

6 - Editoriale: Ansia, burnout e stress tra i professionisti della sanità 112

7 - L'effetto dei livelli di stress, ansia e burnout degli operatori sanitari che hanno assistito i pazienti COVID-19 sulla loro qualità di vita 117

8 - Fattori associati ai risultati della salute mentale tra gli operatori sanitari esposti alla malattia da coronavirus 2019 134

9 - Prevalenza del burnout tra gli operatori sanitari: un'indagine presso l'ospedale di riferimento regionale Fort Portal 151

PARTE III

BEST PRACTICES PER IL BENESSERE PROFESSIONALE E ORGANIZZATIVO (*WELLBEING*)

10 - Qualità di vita e gestione dello stress negli operatori sanitari di un ambiente di cura dentale in un ospedale universitario di Roma: risultati di uno studio clinico controllato e randomizzato 185

11 - Interventi a livello individuale per ridurre lo stress professionale negli operatori sanitari 202

12 - Interventi per ridurre lo stress e prevenire il burnout negli operatori sanitari con il supporto di applicazioni digitali: una scoping review 235

13 - Interventi organizzativi e individuali per la gestione dello stress legato al lavoro negli operatori sanitari: Una revisione sistematica 257

14 - Benessere degli operatori sanitari: una revisione sistematica degli interventi di psicologia positiva 279

Le fonti di questo numero 293

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni, il mondo della sanità è stato attraversato da trasformazioni profonde e complesse, che hanno investito non solo le strutture e i sistemi organizzativi, ma anche, e forse soprattutto, l'esperienza soggettiva e professionale delle persone che ci lavorano. Il desiderio di rimozione e superamento della crisi pandemica non ha rallentato l'emersione di dinamiche già in atto prima del COVID-19, evidenziando una serie di fragilità sistemiche che hanno contribuito a minare il benessere psicologico, motivazionale e organizzativo delle professioni sanitarie. Quello che stiamo osservando non è semplicemente un affaticamento momentaneo o un effetto collaterale passeggero, ma una vera e propria transizione culturale e valoriale, che coinvolge il significato attribuito al lavoro, le aspettative verso le organizzazioni, la sostenibilità del carico emotivo e le condizioni necessarie per mantenere alta la qualità dell'assistenza. È in questo contesto che si inseriscono due fenomeni emergenti e sempre più discussi anche nella letteratura scientifica internazionale: il quiet quitting (dimissione silenziose) e la great resignation (grande rassegnazione) . Queste due espressioni, sebbene non nate in ambito sanitario, stanno trovando una crescente applicazione anche nel mondo della salute, ponendo interrogativi urgenti e non più rimandabili. Che cosa significa "fuggire" dalla sanità oggi? Come si manifesta, nel quotidiano professionale, la rinuncia implicita o esplicita a rimanere pienamente connessi con il proprio ruolo, la propria missione e il proprio ambiente di lavoro? Quali sono i segnali da intercettare, le cause da comprendere e le leve su cui agire per prevenire una crisi sistemica delle vocazioni professionali nella salute? Questo nono numero dell'Ebookecm Journal, intitolato provocatoriamente "Fuga dalla sanità", nasce proprio

dall'esigenza di offrire uno spazio di riflessione e approfondimento su questi interrogativi, proponendo una selezione ragionata della migliore letteratura scientifica open access disponibile sul tema. Il formato è quello ormai consolidato della collana: un percorso articolato in sezioni tematiche, che accompagna il lettore in un viaggio tra diagnosi e proposte, tra analisi dei fenomeni e individuazione di buone pratiche.

LE RADICI DI UN MALESSERE SISTEMICO

Il disagio che oggi molti professionisti e professioniste della salute esprimono — a volte apertamente, più spesso in forme implicite o simboliche — non nasce dal nulla. È il risultato di un accumulo di fattori individuali, relazionali, organizzativi e culturali che nel tempo hanno generato un progressivo scollamento tra l'identità professionale e le condizioni reali in cui essa si trova ad agire. Per anni, le professioni sanitarie sono state idealizzate come "missioni vocazionali" chiamate ad affrontare la sofferenza, il dolore e l'emergenza con spirito di abnegazione. Questa narrativa, pur fondata su nobili intenti, ha finito per diventare una trappola retorica che ha occultato il diritto al benessere di chi cura, educa e accompagna. Così, in molti contesti, si è consolidata una cultura del lavoro che premia l'iperproduttività, la disponibilità illimitata e l'autosacrificio, scoraggiando l'espressione di difficoltà o il bisogno di supporto. Nel frattempo, le organizzazioni sanitarie hanno dovuto fare i conti con tagli, carenze di personale, aumento delle richieste da parte dell'utenza, informatizzazione spinta e carichi amministrativi crescenti. L'equilibrio si è incrinato. Con l'arrivo della pandemia, tutto è precipitato. I mesi più duri dell'emergenza sanitaria hanno visto i professionisti in prima linea esposti a livelli estremi di stress acuto e cronico, turni massacranti, lutti, incertezze e frustrazione. L'esperienza della crisi ha lasciato una cicatrice profonda, fatta di traumi, ma anche di consapevolezze nuove: sulla propria vulnerabilità, sulla priorità dei legami sociali, sull'importanza della

salute mentale e sull'insostenibilità di certi ritmi. Terminata l'emergenza, molti operatori si sono trovati di fronte a un bivio: continuare come prima, facendo finta che nulla fosse accaduto, oppure fermarsi, riflettere e rinegoziare il senso del proprio lavoro. È da qui che nascono, con forza crescente, il quiet quitting e la great resignation.

LA DISCONNESSIONE EMOTIVA E LE DIMISSIONI VOLONTARIE

La prima sezione dell'ebook è quindi dedicata all'approfondimento dei fenomeni del quiet quitting e della great resignation nelle professioni sanitarie. Si tratta di due dinamiche diverse ma collegate, che meritano di essere comprese nelle loro specificità e intersezioni. Il quiet quitting, come mostrano gli articoli di Boy & Sürmeli e Moisoglou et al., non è una scelta esplicita di abbandono, ma un ritiro graduale dall'impegno emotivo, un "disinvestimento silenzioso" che si traduce in un'esecuzione minima delle proprie mansioni, spesso senza violare formalmente alcuna norma contrattuale. È un comportamento che nasce dal desiderio di proteggere la propria salute mentale, di ristabilire confini, di ridurre l'impatto dello stress, ma che può avere conseguenze significative sul clima organizzativo, sulla qualità dell'assistenza, sulla sicurezza dei pazienti. La great resignation, invece, è una forma esplicita di uscita dal sistema, che si manifesta in dimissioni volontarie, spesso motivate da un senso di insoddisfazione, disillusione, mancanza di riconoscimento o desiderio di cambiare vita. L'analisi proposta da Varavallo et al. offre uno sguardo illuminante sulle motivazioni etiche e valoriali che spingono molti operatori a dire "basta": non è solo una questione di stipendi o carichi di lavoro, ma di disallineamento tra valori personali e prassi organizzative. Lo studio di Huang et al. introduce un elemento di grande interesse: il ruolo del senso della vita e della felicità professionale come fattori protettivi contro l'intenzione di abbandono. Se il lavoro è percepito come significativo,

se contribuisce alla realizzazione personale e sociale, se è inserito in un contesto che valorizza la persona, allora il rischio di fuga si riduce. Al contrario, la perdita di senso è uno dei principali predittori del turnover. Negli ultimi dieci anni, il settore sanitario ha registrato un aumento significativo delle dimissioni volontarie a livello globale, con un'accelerazione durante la pandemia di COVID-19. Negli Stati Uniti, il tasso mensile di dimissioni non ha mai superato il 2,4% dei lavoratori dal 2000 al 2019. Tuttavia, durante la pandemia, si è osservato un aumento delle dimissioni, con un picco nel settembre 2021, in particolare tra impiegati tra i 30 e i 45 anni nei settori tecnologico e sanitario .Wikipedia, l'enciclopedia libera. In Europa, un sondaggio condotto da SD Worx nel 2021, su 5.000 persone in Belgio, Francia, Regno Unito, Germania e Paesi Bassi ha rilevato che i dipendenti in Germania hanno avuto il più alto numero di dimissioni legate al post-pandemia, con il 6,0% dei lavoratori che hanno lasciato il loro lavoro. Seguono il Regno Unito con il 4,7%, i Paesi Bassi con il 2,9% e la Francia con il 2,3%. Il Belgio ha avuto il minor numero di dimissioni con l'1,9%. Secondo i dati Istat e Inps, in Italia il fenomeno ha mostrato un incremento significativo nel secondo trimestre del 2021, con un aumento dell'85% delle dimissioni volontarie rispetto all'anno precedente. Il trend è proseguito nel 2022, con un tasso di dimissioni oltre il 3%. Le dimissioni hanno riguardato principalmente persone di età compresa fra i 26 e i 35 anni (70%) e tra i 36 e i 45 anni (30%) del Nord (79%). Nel 2021 gli ospedali italiani hanno perso quasi 3.000 medici per dimissioni volontarie e circa 2.000 professionisti sanitari non medici hanno detto addio alle strutture pubbliche. I dati sugli addii degli operatori sanitari dal SSN hanno registrato nel 2021 un aumento del 39% rispetto al 2020. Secondo questi dati, la media nazionale di dimissioni in sanità nello stesso anno è del 2,9%, ma in regioni come la Puglia si sale al 3,29%, in Calabria al 3,8% e in Sicilia al 5,18%. Nella sola Lombardia le dimissioni dal SSN sono cresciute del 43% e in Liguria sono triplicate. Dai più recenti confermano questa tendenza: secondo

un rapporto del sindacato Nursing Up, nei primi nove mesi del 2024 oltre 20.000 infermieri hanno lasciato il proprio lavoro.

STRESS, BURNOUT E BENESSERE LAVORATIVO

Nella seconda sezione, l'attenzione si sposta su quello che potremmo considerare il terreno fertile su cui attecchiscono il quiet quitting e la great resignation: lo stress lavorativo cronico, il burnout e il disagio organizzativo. I contributi raccolti in questa parte dell'ebook – tra cui quelli di Peter et al., Bayram, Çelmeçe et al., Lai et al. e Batanda – documentano con rigore scientifico l'ampiezza e la gravità della sofferenza psicologica vissuta da molti operatori sanitari. I dati parlano chiaro: ci sono livelli elevati di ansia, depressione, sintomi da stress post-traumatico, senso di inefficacia e esaurimento emotivo. Condizioni che non solo compromettono la salute degli individui, ma riducono anche l'efficacia del sistema sanitario nel suo complesso. Un elemento particolarmente interessante che emerge da questi studi è la trasversalità del disagio: il burnout non riguarda solo i medici o gli infermieri dei reparti acuti, ma attraversa tutti i setting – dalla riabilitazione alla psichiatria, dalle case di riposo all'assistenza domiciliare – e indistintamente tutte le professioni sanitarie. Inoltre, colpisce in modo particolare le donne, i giovani e coloro che si trovano in condizioni di vulnerabilità contrattuale o sociale. Le cause? Molteplici. Carichi di lavoro eccessivi, mancanza di risorse, conflitti tra ruoli, ambiguità organizzativa, scarsa leadership e assenza di supporto psicologico. Ma anche fattori più sottili, come la perdita di senso, il disequilibrio tra vita personale e professionale, la mancanza di riconoscimento e l'invisibilità emotiva.

INTERVENTI E BUONE PRATICHE PER IL BENESSERE PROFESSIONALE

Alla luce di questo scenario, la terza sezione dell'ebook si occupa di wellbeing (letteralmente "star bene") e assume un valore

fondamentale: non si limita infatti a descrivere i problemi, ma propone soluzioni. I lavori selezionati (Guerra et al., Tamminga et al., Adam et al., Catapano et al.) documentano una serie di interventi validati per la promozione del benessere lavorativo e la prevenzione del burnout, sia a livello individuale che sistemico. Si va dagli studi clinici controllati, come quello condotto in ambito odontoiatrico a Roma, agli interventi evidence-based della Cochrane, fino alle rassegne sistematiche su strumenti digitali e strategie organizzative. Tutti questi approcci condividono una premessa comune: il benessere dei professionisti non è un lusso, ma una condizione necessaria per la sicurezza, l'efficacia e la sostenibilità della cura. Il filo conduttore che unisce le esperienze descritte è la centralità della persona. Promuovere il benessere non significa solo offrire corsi di mindfulness o momenti di decompressione, ma costruire ambienti di lavoro in cui ci si senta riconosciuti, ascoltati e valorizzati, sviluppare una leadership empatica, creare spazi di dialogo, sostenere la formazione continua, prevenire il conflitto e facilitare l'equilibrio vita-lavoro. Uno degli elementi più critici nella gestione del malessere organizzativo nelle professioni sanitarie è la latenza dei segnali. Troppo spesso il disagio si manifesta in forma carsica, silenziosa, non verbalizzata, e viene interpretato – se non addirittura banalizzato – come semplice stanchezza, insofferenza temporanea o mancanza di spirito di sacrificio. La cultura della "resilienza", che spesso domina gli ambienti sanitari, ha portato a una pericolosa normalizzazione della sofferenza: "è sempre stato così", "nessuno ti regala niente", "il nostro è un lavoro duro, punto". Ma oggi quella retorica mostra tutte le sue crepe: i professionisti non sono più disposti ad accettare in silenzio condizioni insostenibili. Questo però non rappresenta un segno di fragilità, ma un'affermazione di consapevolezza e una legittima pretesa di sostenibilità. La vera forza non sta nel sopportare senza fiatare, ma nel riconoscere i propri limiti e chiedere che vengano tutelati. Da qui nasce l'urgenza di educare le organizzazioni a riconoscere i segnali precoci della disconnessione professionale. Il quiet quitting, per esempio, non avviene all'improvviso: è preceduto da una serie di in-

dicatori comportamentali, emotivi e relazionali che possono (e devono) essere intercettati. Cambiamenti nell'umore, riduzione dell'iniziativa, distacco relazionale, calo nella qualità dell'assistenza e aumento dei conflitti interpersonali sono tutti campanelli d'allarme che non vanno ignorati. Lo stesso vale per la great resignation: prima della lettera di dimissioni, spesso ci sono mesi – se non anni – di frustrazione, mancato riconoscimento e senso di impotenza. Intervenire in quella finestra temporale è cruciale per evitare la perdita di risorse umane preziose. Ma per farlo servono strumenti, sensibilità, tempi e spazi dedicati.

RIPENSARE LA LEADERSHIP SANITARIA: IL BENESSERE ORGANIZZATIVO COME LEVA STRATEGICA PER LA QUALITÀ E LA SICUREZZA

Un altro aspetto chiave per affrontare la crisi del benessere nella sanità riguarda lo stile manageriale e il modello di leadership. Le strutture sanitarie sono spesso organizzate secondo una logica gerarchica, verticale e burocratica, in cui la comunicazione è unidirezionale e le decisioni calano dall'alto. Questo approccio può funzionare in contesti emergenziali, dove sono necessarie rapidità e chiarezza operativa. Tuttavia, nella gestione continuativa della quotidianità – e soprattutto nella costruzione di un clima lavorativo sano – risulta addirittura controproducente. I dati della letteratura sono inequivocabili: un buon clima organizzativo, caratterizzato da leadership partecipativa, supporto emotivo, chiarezza dei ruoli e valorizzazione dei contributi individuali, è uno dei principali fattori protettivi contro il burnout e l'intenzione di abbandono. Al contrario, ambienti dominati da autoritarismo, sfiducia, conflitti o assenza di comunicazione generano demotivazione, cinismo e fuga. Serve dunque un cambiamento culturale: da un'idea di leadership come esercizio di potere a una leadership che si fonda sulla cura delle relazioni, sull'ascolto attivo, sull'empatia e sull'esempio. Non è raro che le organizzazioni sanitarie considerino le iniziative di promozione del benessere

come attività "accessorie", da attivare in periodi di maggiore disponibilità economica o peggio come "bonus" motivazionali. Tuttavia, la letteratura più aggiornata ci invita a rovesciare questa prospettiva: il benessere non è un accessorio, ma una leva strategica fondamentale per garantire qualità, sicurezza, innovazione e continuità del sistema sanitario. Operatori che stanno bene, che si sentono ascoltati, rispettati e valorizzati, sono più motivati, flessibili e capaci di costruire relazioni significative con pazienti, perenti e gruppo di lavoro. Al contrario, professionisti esausti, in burnout o disaffezionati, commettono più errori, si ammalano di più, cambiano più spesso lavoro e alimentano un circolo vizioso di insoddisfazione e discontinuità. Investire nel benessere organizzativo significa quindi investire nella sostenibilità del sistema salute. Si tratta di una forma evoluta di prevenzione, di un'indispensabile politica di retention e di una scelta fondamentalmente etica.

USCIRE DALLA RETORICA DELL'EROISMO: VERSO UNA NUOVA CULTURA DEL LAVORO IN SANITÀ

Durante la pandemia, le professioni sanitarie sono state celebrate come "eroiche". È una narrazione che ha avuto la funzione, in quel momento, di generare coesione sociale, valorizzare l'impegno e riconoscere il sacrificio. Tuttavia, nel lungo termine, quella retorica si è rivelata ambivalente, se non addirittura tossica. Definire gli operatori sanitari come eroi significa implicitamente chiedere loro di andare oltre i limiti umani, di resistere a qualsiasi costo e di mettere il dovere prima della cura di sé. Significa disumanizzare e legittimare condizioni di lavoro disumane in nome di un bene superiore. Ma i professionisti e le professioniste della salute non sono eroi: sono persone con bisogni, emozioni, fragilità e diritti. Uscire da questa retorica è un passaggio necessario per costruire una nuova cultura del lavoro che valorizzi la competenza senza mitizzare il sacrificio, che riconosca il valore della cura senza romanticizzarne il prezzo e che costruisca senso

senza chiedere martirio. Se vogliamo davvero affrontare la fuga dalla sanità in modo efficace, dobbiamo agire su più livelli contemporaneamente: ricerca, formazione e politiche pubbliche. La ricerca deve continuare a indagare in profondità le determinanti del benessere organizzativo, valutare l'efficacia degli interventi, sviluppare modelli predittivi e costruire indicatori sensibili. La formazione, da parte sua, deve integrare nei percorsi curriculari e di aggiornamento professionale i temi della salute mentale, della leadership, della gestione dello stress, della comunicazione interprofessionale e dell'intelligenza emotiva. Serve una formazione psicosociale, non solo tecnica, che aiuti le persone a comprendere e gestire il proprio ruolo, a sviluppare autoconsapevolezza e a costruire relazioni sane. Le politiche, infine, devono assumere il benessere dei professionisti come priorità strategica nazionale. Servono investimenti, normative, incentivi, piani di prevenzione del burnout, strutture di supporto psicologico, sistemi di segnalazione sicuri e meccanismi di coinvolgimento attivo del personale nelle decisioni organizzative.

TRASFORMARE LA CRISI IN OPPORTUNITÀ: BENESSERE COME INFRASTRUTTURA DEL FUTURO

Ogni crisi, se osservata con lo sguardo giusto, contiene in sé un potenziale trasformativo. Quella attuale delle professioni sanitarie, con le sue componenti di fuga, silenzio, malessere e rassegnazione, non fa eccezione. È, a tutti gli effetti, un grido collettivo che ci costringe a ripensare le fondamenta stesse del lavoro di cura e a interrogarci su cosa significhi oggi prendersi cura degli altri e, in parallelo, su come le organizzazioni possano prendersi cura di chi cura. Questo Ebookecm Journal 9 nasce con l'intento di offrire una mappa interpretativa, critica e documentata di ciò che sta accadendo. I tredici articoli selezionati nelle tre sezioni tematiche – dimissioni silenziose e Great Resignation, stress e burnout, strategie di prevenzione e intervento – rappresentano altrettante "finestre" aperte su un fenomeno complesso che non

può essere ridotto a slogan o mode passeggere. Leggere questi studi significa immergersi nella vita quotidiana dei reparti, dei turni notturni, degli ambulatori, delle RSA e degli ambiti emergenziali. Significa sentire la voce (spesso sommessa, talvolta spezzata) di infermieri, medici, OSS, psicologi, terapisti, ostetriche, tecnici e amministrativi. Significa confrontarsi con numeri, indicatori, dati comparativi, ma anche con le narrazioni implicite che attraversano le organizzazioni sanitarie: il senso di solitudine, l'assenza di riconoscimento, la perdita del significato, la distanza tra valori personali e pratiche istituzionali. Tutto ciò non è solo un problema clinico, gestionale o sindacale: è un tema profondamente etico. Perché il modo in cui trattiamo i nostri professionisti sanitari racconta molto di più del funzionamento di un sistema: racconta chi siamo come società. Se tolleriamo la loro sofferenza come un effetto collaterale inevitabile, allora stiamo accettando che la salute degli altri si costruisca a spese di chi la garantisce.

CONCLUSIONI

In conclusione, è importante superare una visione statica del benessere lavorativo. Non si tratta di uno stato da raggiungere e mantenere una volta per tutte, ma di un processo continuo, dinamico e situato. Il benessere organizzativo e professionale si costruisce ogni giorno attraverso piccole azioni, decisioni consapevoli, spazi di parola e pratiche collettive. Richiede attenzione costante, manutenzione relazionale e disponibilità all'ascolto. In questo senso, è utile pensare al benessere non come "premio" o "strumento di welfare", ma come infrastruttura di sistema. Così come investiamo in tecnologie, DPI o macchinari, dobbiamo investire in pratiche, strumenti, spazi e competenze per la salute mentale, la relazione, la comunicazione e la riflessività. Significa destinare risorse per supervisioni, équipe multidisciplinari, counselling, sportelli di ascolto, programmi di leadership gentile e reti di mentoring. Ma significa anche – e soprattutto

– generare una cultura dove parlare del proprio disagio non sia un tabù, dove il fallimento non sia uno stigma e dove il tempo della cura sia valorizzato tanto quanto quello della produttività. Un'altra chiave interpretativa utile è quella dell'ecologia del lavoro. In questa prospettiva, ogni contesto organizzativo è un ecosistema fatto di relazioni, spazi, rituali, norme implicite e rappresentazioni condivise. Il benessere, in un ecosistema, non è mai soltanto individuale, ma collettivo e interdipendente. Se una parte del sistema è in sofferenza, prima o poi l'intero ecosistema ne risentirà; se un'équipe vive in un clima di sfiducia o di ipercompetizione, la qualità della cura ne uscirà comunque compromessa; se la comunicazione è ostile, se la leadership è assente e se la burocrazia soffoca il senso, allora anche i professionisti più motivati rischiano di disinvestire. Ecco perché servono interventi ecosistemici, che non si limitino a formare i singoli o a offrire supporti individuali, ma che ripensino le strutture stesse in cui il lavoro si svolge. Alla luce di tutto questo, è forse giunto il momento di proporre un nuovo patto professionale e sociale tra le istituzioni, i professionisti e la cittadinanza. Un patto che riconosca la centralità del lavoro di cura, non solo nei momenti di crisi, ma come pilastro permanente del vivere civile. Un patto che superi la retorica dell'eroismo e assuma la fragilità come condizione strutturale da proteggere. Un patto che affermi – con la forza dei fatti – che prendersi cura di chi cura è una responsabilità collettiva. "Fuga dalla sanità" è un titolo forte, evocativo, ma anche profondamente realistico. Rende visibile ciò che spesso si preferisce non vedere. Ma questa fuga può essere fermata, rallentata, trasformata. Questa raccolta non ha la pretesa di offrire risposte definitive, ma ha un obiettivo chiaro: fornire strumenti, dati, riflessioni e buone pratiche per orientarsi. Vuole essere un contributo concreto al dibattito e, soprattutto, un invito a costruire una sanità che non faccia fuggire chi ha scelto di restare.

PARTE I

DIMISSIONI SILENZIOSE (*QUIET QUITTING*) E GRANDE RASSEGNAZIONE (*GREAT RESIGNATION*) NELLE PROFESSIONI SANITARIE

1 - L'ECONOMIA MORALE DELLA GRANDE RASSEGNAZIONE

GIUSEPPE VARAVALLO, GIULIA SCARPETTI, FILIPPO BARBERA

Tratto e tradotto da
Varavallo et al. La "grande rassegnazione": economia morale della *Great Resignation*. Humanities and Social Comunication, 19 settembre 2023; 10:587. doi: 10.1057/s41599-023-02087
https://www.nature.com/articles/s41599-023-02087-x
Humanities and Social Comunication. Rivista multidisciplinare dedicata allo studio delle scienze umane e della comunicazione sociale, con focus su media, linguaggi e processi culturali.

Le parti omesse dal curatore rispetto all'originale sono indicate dal segno [...]

Abstract
Le 'Grandi Dimissioni' o 'The Big Quit' rappresentano un cambiamento significativo nell'importanza che le persone attribuiscono al lavoro. Nel settembre 2021, i dati del Dipartimento del Lavoro degli Stati Uniti hanno rivelato che 4,4 milioni di americani hanno lasciato il lavoro, con un aumento di oltre 1,13 milioni rispetto a settembre 2020. Questo studio si propone di esplorare le ragioni socio-psicologiche alla base delle Grandi Dimissioni e i potenziali cambiamenti futuri nel modo in cui le persone percepiscono il lavoro nella loro vita. È stata analizzata una raccolta di dati di 955 post altamente valutati del subreddit r/antiwork, utilizzando il metodo BERTopic per esaminare semanticamente i post in argomenti identificabili da febbraio 2020 a febbraio 2022.

Successivamente, è stato utilizzato il quadro dell'economia morale per indagare questi argomenti, classificando i motivi in tre dimensioni: 'Lavoro e occupazione', che riflette i fattori organizzativi; 'Giustizia sociale e attivismo', che include considerazioni a livello di comunità; e 'Salute, benessere e stile di vita', che si riferisce alle circostanze individuali. Lo studio rivela un 'vocabolario di motivazioni', comprendente la flessibilità, il lavoro significativo, la responsabilità sociale e la cura di sé, mostrando l'interconnessione tra le dimensioni individuali, comunitarie e organizzative. Queste prove suggeriscono una trasformazione significativa in corso nell'importanza e nella comprensione del lavoro da parte della società. Questi risultati mettono in luce il profondo cambiamento dei valori lavorativi, contribuendo a una comprensione più completa del fenomeno delle Grandi Dimissioni e hanno implicazioni di vasta portata per le organizzazioni e i responsabili politici.

1.1 INTRODUZIONE

Nell'estate del 2021, è stato osservato un aumento significativo di persone che hanno lasciato il lavoro in molti settori diversi, in particolare negli Stati Uniti e in numerosi altri Paesi. Questo fenomeno, chiamato "Grandi Dimissioni" o "Big Quit", rappresenta un cambiamento significativo nell'importanza del lavoro per le persone (Kuzior et al., 2022). Il fenomeno è stato e continua a essere discusso dai media internazionali, nonché dalle sfere accademiche e aziendali. Noti giornali hanno riportato i dati del Dipartimento del Lavoro degli Stati Uniti, secondo cui nel settembre 2021, 4,4 milioni di americani hanno lasciato il proprio lavoro, con un aumento di oltre 1,1 milioni rispetto al settembre 2020, e un numero record di posizioni aperte (Gallup, 2021; The Washington Post, 2021).

Inoltre, il 36% dei lavoratori statunitensi prevede di cambiare lavoro a causa della mancanza di flessibilità negli accordi di lavoro a distanza (Workhuman, 2022). Il basso reddito, la mancanza di opportunità di promozione e la sensazione di non

essere rispettati sul lavoro sono stati i motivi principali per cui gli americani hanno lasciato il lavoro nel 2021 (Pew Research Center, 2022a).

Un potenziale evento scatenante delle Grandi Dimissioni è il passaggio al lavoro a distanza indotto dalla pandemia (Gittleman, 2022; Tessema et al., 2022). Più del 50% dei lavoratori statunitensi che hanno potuto lavorare da casa durante la pandemia desidera farlo in futuro (Pew Research Center, 2022b). Come è stato sottolineato, il lavoro da casa ha aumentato i conflitti tra lavoro e vita, ha innescato una maggiore stanchezza legata al lavoro e ha peggiorato l'equilibrio percepito tra lavoro e vita. Questi effetti negativi sono mediati da un impegno lavorativo positivo (Palumbo, 2020). In quest'ottica, la pandemia di COVID-19 ha spinto alcuni lavoratori a rivalutare le loro priorità e i loro valori lavorativi. In particolare, li ha costretti a confrontarsi con la realtà che il lavoro non è solo un modo per guadagnarsi da vivere, ma anche una parte significativa della loro identità, dei legami sociali e della realizzazione personale. Studi recenti hanno dimostrato che le persone che si sentono scollegate dal proprio lavoro o che non hanno un senso di scopo possono andare incontro a burnout, stress e riduzione della motivazione (Adamopoulos e Syrou, 2022; Anjum et al., 2023). Al contrario, le persone che trovano un lavoro significativo tendono ad avere una salute mentale e fisica migliore, livelli più elevati di soddisfazione lavorativa e un maggiore impegno e produttività sul lavoro (Ahmadi et al., 2022; Niebuhr et al., 2022).

Un altro fattore potenziale che contribuisce alle Grandi Dimissioni è il cambiamento di prospettiva sul lavoro tra i lavoratori della generazione più giovane (Montaudon-Tomas et al., 2022). Diversi studi hanno dimostrato che i millennial e i lavoratori della Gen Z tendono a dare priorità all'equilibrio tra vita privata e lavoro, a un impiego significativo e a un senso di scopo nella loro carriera (Fraley et al., 2022; Kuzior et al., 2022). È meno probabile che siano spinti da incentivi estrinseci, come lo stipendio e la sicurezza del posto di lavoro, e più probabile che cerchino datori di lavoro che si allineino con i loro valori intrin-

seci e offrano opportunità di crescita personale. Questi valori sono guidati non solo da interessi materiali, ma anche da un senso di moralità che modella il modo in cui le persone pensano al lavoro e al suo ruolo nella loro vita.

Sosterremo che la cosiddetta "Economia Morale" è particolarmente pertinente nell'analizzare il cambiamento di visione del lavoro e dell'occupazione che si è manifestato per alcuni lavoratori nel fenomeno delle Grandi Dimissioni. L'Economia Morale si riferisce a un insieme di principi morali ed etici che guidano e giustificano il comportamento economico e il processo decisionale nella vita economica (Polanyi, 2018). Suggerisce che le transazioni economiche non si basano solo sull'interesse personale, ma anche su un senso di responsabilità sociale, giustizia e moralità. Il concetto di Economia Morale è stato originariamente applicato da E.P. Thompson (1971) nell'illustrazione delle rivolte alimentari inglesi del XVIII secolo. Nel suo lavoro fondamentale, Thompson ha fatto un'affermazione chiave su ciò che distingue le pratiche moralmente legittime da quelle moralmente illegittime nella vita economica. Questa differenza, come sosteneva Thompson, è capace di ispirare un'azione individuale e collettiva basata su un certo senso di ciò che gli individui devono alle collettività in cui vivono. In questo senso, le rivolte non sono state semplicemente una reazione ai bisogni di base insoddisfatti, perché riflettono la volontà di un mondo migliore (Carrier, 2018).

Rispetto, riconoscimento, reciprocità, solidarietà, giustizia, equità, riguardo, apprezzamento, premura, considerazione, stima: la concezione dell'Economia Morale sottolinea che le persone vogliono e sperano di essere considerate dagli altri come "persone morali", i cui bisogni sono considerati validi di per sé. È fondamentale chiarire come l'Economia Morale concepisce i valori e la moralità come meccanismi chiave. L'approccio dell'Economia Morale considera la moralità come un fenomeno sociale. Come affermano Fourcade e Healy (2007, pag. 301): "Questo approccio è ampiamente durkheimiano. La moralità non si riferisce a qualche standard etico universale; piuttosto, significa

ciò che una società, o un gruppo, definisce come buono o cattivo, legittimo o inappropriato" (Fourcade e Healy, 2017). Come sosterremo in seguito, il fenomeno delle Grandi Dimissioni si riferisce alla "violazione" dell'Economia Morale delle persone. È fondamentale evidenziare due implicazioni analitiche.

Innanzitutto, va chiarito che il concetto di Economia Morale ha perso il suo potere analitico in un processo di "banalizzazione" che lo ha ridotto a una "economia moralizzata" (Hann, 2018). È diventato un simbolo da invocare piuttosto che un concetto da applicare nella teoria sociale e nella ricerca scientifica (Carrier, 2018). Gli elementi descrittivi e prescrittivi si sono sovrapposti in modo confuso (Arnold, 2001). Questa sovrapposizione ha oscurato il valore aggiunto chiave del concetto, vale a dire il valore sociale degli obblighi reciproci che sorgono quando le persone effettuano transazioni reciprocamente nel corso del tempo. In secondo luogo, va sottolineato che questi obblighi sono entrambi motivi psicologici che spiegano le scelte (Bowles, 2016). Pertanto, riteniamo che sia fondamentale tracciare una linea di demarcazione tra le "motivazioni psicologiche" e i "vocabolari delle motivazioni" degli attori sociali, come sostenuto da C. Wright Mills (1940) e, più recentemente, dalla cosiddetta economia delle convenzioni o teoria delle convenzioni (Thévenot, 2017). La prospettiva dei vocabolari delle motivazioni va oltre la semplice elencazione delle presunte ragioni addotte da un individuo e le interpreta come forze psicologiche alla base di un'azione. Esamina piuttosto il modo in cui le persone esprimono le loro motivazioni, come sono raggruppate e come questi vocabolari si relazionano alla struttura sociale più ampia e ai cambiamenti a livello di società. Questa concezione, quindi, è particolarmente efficace per esplorare le implicazioni morali ed etiche di un cambiamento sociale su larga scala che i vocabolari delle motivazioni esprimono e riflettono. Le "motivazioni" qui devono essere inquadrate non come "forze psicologiche interne", cioè come intenzioni che spiegano causalmente i comportamenti individuali, ma come giustificazioni pubbliche che sostengono/giustificano la decisione di una persona agli occhi degli altri. Sono pubbliche

perché la loro logica è accettabile per i membri del pubblico. Sono una sorta di "regole di riconoscimento morale" che hanno significati e conseguenze socio-culturali più ampie, nonché convenzioni pubbliche che collocano l'azione sociale all'interno di modelli normativi ampiamente accettati (Borghi e Vitale, 2007). In questo senso, valutare empiricamente la rilevanza dell'Economia Morale è un modo per comprendere il cambiamento dell'ordine simbolico del capitalismo (Chiapello e Boltanski, 1999).

Partendo da questa premessa, le domande chiave della ricerca di questo articolo sono:

- RQ1: Quali sono le ragioni predominanti che gli individui su Reddit citano per partecipare alla 'Grande Dimissione'?
- RQ2: Come si possono analizzare e comprendere questi motivi prevalenti attraverso l'applicazione della lente dell'Economia Morale?
- RQ3 Qual è il 'vocabolario delle motivazioni' e/o delle giustificazioni pubbliche espresse dagli individui, come derivato dall'analisi dell'Economia Morale?

Dal punto di vista empirico, questo studio cerca innanzitutto di identificare le ragioni comuni associate alle 'Grandi Dimissioni', poi di applicare una lente di Economia Morale a queste ragioni e infine di distillare il 'vocabolario delle motivazioni' dall'analisi, interpretando questo vocabolario di motivazioni come potenziali indicatori di un cambiamento della società nella valutazione degli aspetti morali del lavoro.

I dati del sub-Reddit r/anti-work (Reddit, 2023) dal febbraio 2020 al febbraio 2022 sulla piattaforma di social media Reddit sono stati analizzati per capire le ragioni del fenomeno delle Grandi Dimissioni. Il Big Quit è stato ampiamente associato a r/antiwork (Jiskrova, 2022), un forum dedicato alla discussione sullo sfruttamento dei lavoratori, sui diritti del lavoro e sulle ideologie politiche di sinistra ad esso associate. Le Grandi Dimissioni, come definite dai media tradizionali, hanno coinciso con il momento in cui r/antiwork ha registrato la sua massima

crescita su Reddit alla fine del 2021, guadagnando 1,7 milioni di iscritti alla fine del 2021 e raggiungendo 2,3 milioni nell'ottobre 2022. La popolarità e la successiva espansione del subreddit r/antiwork sono state attribuite alla copertura mediatica (Medlar et al., 2022). Il gruppo di subreddit antiwork raccoglie numerose testimonianze e resoconti di dimissioni volontarie e, più in generale, opinioni sulla situazione attuale del mondo del lavoro, fornendo preziosi approfondimenti sui diversi vocabolari di motivazione utilizzati dagli individui durante questo fenomeno.

Il metodo BERTopic (Grootendorst, 2022) è stato utilizzato per analizzare il testo ed estrarre argomenti dal gruppo di sottoredditi anti-lavoro, che sono stati successivamente interpretati semanticamente e raggruppati utilizzando il quadro dell'economia morale (Bolton e Laaser, 2013; Sayer, 2007) per identificare i diversi vocabolari di motivazioni alla base delle Grandi Dimissioni e i cambiamenti prospettici nel modo in cui le generazioni future considerano il lavoro.

1.2 REVISIONE DELLA LETTERATURA E QUADRO CONCETTUALE

Le Grandi Dimissioni", chiamate anche "Big Quit", sono una tendenza iniziata all'inizio del 2021, caratterizzata da un numero considerevole di persone che scelgono volontariamente di lasciare il proprio lavoro. Negli ultimi anni, diversi studi hanno proposto spiegazioni per il fenomeno delle Grandi Dimissioni.

Secondo Mitchell e Dill (2021), molti lavoratori hanno lasciato le loro posizioni a tempo pieno per lavorare come freelance e dedicare più tempo alle loro famiglie. In particolare, l'epidemia di COVID-19 ha avuto una grande influenza sulle prospettive di lavoro, sulle esperienze e sulle traiettorie a breve e a lungo termine delle persone (Akkermans et al., 2020).

Serenko (2022) ha proposto altre spiegazioni per il fenomeno del Big Quit. In primo luogo, così tante persone si sentivano a proprio agio nel lavorare da casa, senza dover affrontare lunghi

ed estenuanti spostamenti, che si sono rifiutate di tornare alla presenza obbligatoria in ufficio dopo la riapertura. Inoltre, durante la chiusura, le persone hanno avuto l'opportunità di riesaminare il loro rapporto con il lavoro e di ridefinire le priorità di vita e gli obiettivi di carriera a lungo termine. Di conseguenza, hanno deciso di trasferirsi più vicino alla famiglia e agli amici, di godersi la pace e la tranquillità lontano da una città trafficata, di cercare un maggiore equilibrio tra lavoro e vita privata e di accelerare i piani di pensionamento.

Moon et al. (2023) hanno utilizzato i dati dei dipendenti a tempo pieno per esaminare il ruolo dell'estroversione nel fenomeno delle Grandi Dimissioni. I risultati mostrano che le persone estroverse sperimentano una riduzione del burnout sul lavoro. Schmiedehaus et al. (2023) analizzano le dimissioni durante l'epidemia di COVID-19 per indagare le cause principali e i predittori dell'abbandono del mondo accademico. Secondo i loro risultati, lo scarso supporto organizzativo percepito, l'eccessiva stanchezza e la bassa soddisfazione erano le caratteristiche principali legate all'intenzione di lasciare. Allo stesso modo, il personale accademico che progettava di abbandonare il mondo accademico presentava tassi più elevati di stress e ansia.

Lambert (2023) esamina i dati sui modelli occupazionali degli Stati Uniti dal 2003 al 2021 per dimostrare che le dimissioni sono aumentate nell'economia generale, con tassi di abbandono in crescita in diversi settori. Lo studio ipotizza che questo fenomeno possa essere spiegato dagli alti tassi di disoccupazione e sottoccupazione, dalla stagnazione dei salari, dalla supervisione dei dirigenti e dalla composizione dei gruppi di minoranza all'interno dei settori.

Kundu et al. (2022) hanno esplorato e individuato le cause principali che hanno creato il contesto o costruito le basi per il trend delle Grandi Dimissioni. Dopo aver determinato le variabili che influenzano le Grandi Dimissioni, hanno utilizzato il processo di gerarchia analitica fuzzy per quantificare l'importanza di ciascuna variabile. Le variabili "Ambiente di lavoro tossico"

e "Lavoro poco stimolante" sono risultate le più significative nel predire le Grandi Dimissioni.

Shukla et al. (2022) hanno eseguito un'analisi del sentiment dei tweet che si riferiscono al grande fenomeno delle Dimissioni. I loro risultati indicano che i dipendenti decidono di lasciare il loro attuale posto di lavoro e di intraprendere un nuovo viaggio verso iniziative imprenditoriali o lavoro freelance a causa dello scarso equilibrio tra lavoro e vita privata, dell'incertezza del posto di lavoro, della mancanza di fiducia reciproca tra dipendenti e datori di lavoro, della bassa retribuzione e della mancanza di opportunità di avanzamento di carriera, che sono responsabili dell'intenzione di turnover.

Utilizzando l'analisi del testo, Del Rio-Chanona et al. (2022) hanno esaminato come sono cambiati i post su Reddit riguardanti il lavoro e le dimissioni tra il 2018 e il 2021. Hanno scoperto che le dinamiche dei tassi di abbandono e di licenziamento negli Stati Uniti sono simili all'evoluzione delle discussioni su Reddit. Inoltre, le discussioni sul lavoro da casa, sul cambio di lavoro, sullo stress legato al lavoro e sulla salute mentale sono aumentate quando è scoppiata l'epidemia di COVID-19. Il loro risultato chiave è che dall'inizio dell'epidemia, i post relativi alle dimissioni sono aumentati in modo sproporzionato rispetto ai contenuti relativi alla salute mentale e al disagio sul posto di lavoro, il che è probabilmente una delle cause delle Grandi Dimissioni.

Inoltre, il fenomeno ha colpito alcuni settori lavorativi in modo specifico; secondo Avitzur (2021), la pandemia di COVID-19 ha causato stress ed esaurimento significativi tra vari gruppi di professionisti della sanità negli ultimi mesi. Secondo un sondaggio di Morning Consult su 1.000 operatori sanitari americani, circa un quinto dei lavoratori ha dato le dimissioni dal proprio impiego a causa dell'epidemia, e un altro quinto stava pensando di farlo (Morning Consult, 2022). Anche l'industria dell'ospitalità è stata uno dei settori più precoci e gravemente colpiti quando il COVID ha costretto la nazione a fermarsi. I dati suggeriscono che il burnout contribuisce ad aumentare i

tassi di abbandono in settori specifici. Secondo Sull et al. (2022), la Grande Dimissione ha avuto lo stesso impatto sia sui colletti bianchi che sui colletti blu. Tra tutti i settori esaminati, i fast food, la vendita al dettaglio di specialità e la vendita al dettaglio di abbigliamento sono i più colpiti e impiegano il maggior numero di operai.

Ciò che viene fortemente messo in discussione dal fenomeno del Big Quit è la concezione di "etica del lavoro", ossia la convinzione che il duro lavoro e la perseveranza abbiano benefici morali e una capacità, virtù o valore innato per sviluppare le proprie capacità e il proprio carattere. Weeks (2011) la definisce come il risultato di un processo di reificazione, in base al quale il fatto che sia necessario lavorare per "guadagnarsi da vivere" viene visto come parte dell'ordine naturale, piuttosto che come una convenzione sociale. La naturalizzazione del lavoro salariato come unico modo possibile per gli individui di guadagnarsi da vivere è accompagnata dalla glorificazione del tempo e delle risorse impiegate nei compiti lavorativi. Data la rilevanza del giudizio morale nelle scelte che possono aver portato alla decisione di dimettersi di molti individui, si può fare riferimento al concetto di economia morale come chiave teorica per interpretare il fenomeno.

Nonostante la ricchezza di studi che hanno fatto progredire la nostra comprensione delle Grandi Dimissioni, rimangono delle lacune critiche nella nostra conoscenza. La maggior parte della ricerca attuale si è concentrata su fattori a livello individuale, come la soddisfazione personale, il burnout o i tratti di personalità come l'estroversione. Si parla anche di fattori legati al lavoro, come il supporto organizzativo percepito, le condizioni di lavoro e la retribuzione.

Tuttavia, questi studi non colgono appieno gli aspetti collettivi e sociali delle Grandi Dimissioni, che potrebbero essere determinanti per la comprensione del fenomeno. C'è un'evidente mancanza di esplorazione dell'interazione tra fattori individuali, organizzativi e sociali. Ad esempio, il contributo delle norme e degli atteggiamenti sociali verso il lavoro, come la concezione dell'etica del lavoro, a questa tendenza è un'area relativamente inesplorata.

Inoltre, la maggior parte degli studi attuali utilizza metodi di raccolta dati tradizionali, come sondaggi o interviste. Questi metodi potrebbero non cogliere del tutto la gamma di ragioni alla base delle Grandi Dimissioni, soprattutto considerando le dinamiche in rapida evoluzione del lavoro e dell'occupazione nell'era digitale. La necessità di una ricerca che sfrutti nuove forme di dati, come i post sui social media, per indagare sulle Grandi Dimissioni è palpabile.

Il nostro studio mira a colmare le lacune della ricerca, indagando le Grandi Dimissioni attraverso la lente dell'economia morale e utilizzando i dati dei post di Reddit come fonte di dati inedita. Adottando il quadro dell'economia morale, vogliamo rivelare le Grandi Dimissioni come una transizione sociale complessa che si svolge attraverso domini personali, organizzativi e collettivi, piuttosto che come una serie di azioni individuali o una tendenza. Questo metodo è progettato per fornire una spiegazione completa delle dinamiche socio-psicologiche alla base delle Grandi Dimissioni, fornendo una prospettiva profonda e multidimensionale su questo evento contemporaneo. Ci permette di vedere e indagare l'interdipendenza tra motivazioni individuali, circostanze strutturali e tendenze sociali più ampie, ottenendo una prospettiva più completa sulle Grandi Dimissioni.

1.3 IL QUADRO DELL'ECONOMIA MORALE

Il concetto di "economia morale" si riferisce a un quadro concettuale per comprendere le norme morali, i valori e le preoccupazioni etiche che formano e influenzano le pratiche economiche (Sayer, 2007). Riconosce che gli atti economici sono influenzati non solo dall'interesse personale o dalle pressioni del mercato, ma anche da circostanze sociali, politiche e morali più ampie. Di conseguenza, l'economia morale sottolinea l'interazione tra le attività economiche e gli atteggiamenti morali e i principi etici più ampi che le governano.

Lo sviluppo dell'approccio dell'economia morale può essere ricondotto agli scritti di autori come Karl Polanyi (1957) ed Edward Thompson (1971). Polanyi, nella sua opera fondamentale "La grande trasformazione", ha criticato il concetto di mercato autoregolato che ignora le ripercussioni sociali e umane dell'attività economica (Polanyi, 1957). Per esempio, ha sottolineato che la terra, il lavoro e il denaro non sono solo merci, ma sono interconnessi nelle interazioni sociali, e la loro commercializzazione può avere conseguenze negative. L'idea dell'economia morale è stata ulteriormente esplorata da Edward Thompson nel suo lavoro "The Moral Economy of the English Crowd in the Eighteenth Century" (L'economia morale della folla inglese nel diciottesimo secolo), il quale ha esaminato particolari conflitti di classe e attività collettive motivate da preoccupazioni morali ed etiche (Thompson, 1971). Generalizzando dai particolari delle rivolte alimentari, Thompson concepisce l'economia morale come un consenso popolare su ciò che distingue le pratiche legittime da quelle illegittime, un consenso radicato nel passato e capace di ispirare l'azione. Secondo l'approccio dell'economia morale, l'azione collettiva è una risposta alle violazioni delle norme e degli standard morali a cui la classe emarginata si è abituata e che si aspetta che le élite al potere mantengano. Thompson ha quindi sottolineato l'importanza di comprendere, oltre agli interessi materiali, le dimensioni morali ed etiche del comportamento economico e del processo decisionale (Granovetter, 2017).

La scoperta chiave offerta da Polanyi e Thompson è che il mercato è costituito dalle istituzioni, dai principi morali delle persone e dalle dimensioni comunitarie, e che questo è ciò che permette alle forze di mercato e alla società di persistere insieme nel tempo. Le persone riconoscono le realtà materiali del vivere e lavorare in una società guidata dal mercato e fanno ciò che devono fare per sopravvivere. Inoltre, i mercati hanno bisogno di legittimità morale per funzionare.

Infine, l'idea di Sayer di "normatività laica" (Sayer, 2011, 2005) fornisce l'ultima componente di questo quadro di economia morale, colmando il divario tra le norme istituzionali/

comunitarie e le capacità morali riflessive quotidiane delle persone. Porta all'attenzione le domande relative a "cosa ha valore, come vivere, per cosa vale la pena lottare e cosa no" (Sayer, 2005), dimostrando la ricchezza e la complessità dell'esistenza sociale e morale. Gli esseri umani sono entità valutative in grado di accettare o rifiutare gli standard della comunità e di fornire ragioni per impegnarsi o meno in comportamenti economici. La nozione di Sayer si basa sulla natura reciproca delle relazioni sociali e sulla comprensione delle persone come individui bisognosi e fragili, che possono prosperare o soffrire in condizioni specifiche. Sostiene che, per essere efficaci, gli sforzi per promuovere obiettivi più sostenibili devono prendere in considerazione queste normatività laiche (Wheeler, 2014). L'azione sociale può essere spiegata non solo dalle intenzioni/ragioni o dai suoi risultati comportamentali, ma anche dalla valutazione degli altri e dal loro giudizio sociale. Il giudizio dipende dal modo in cui un'azione viene accolta in un "cerchio di riconoscimento" che la giudica socialmente valida. Per dare un senso all'azione sociale, le teorie del giudizio guardano ai cambiamenti contestuali esogeni e alle dinamiche di macrolivello. Quando la struttura sociale cambia, gli agenti affrontano una sorta di "tsunami simbolico": il significato morale dell'azione sociale cambia di conseguenza, spesso in modo repentino (Pizzorno, 2007).

Come abbiamo sostenuto, la letteratura sull'economia morale contiene elementi sia descrittivi che prescrittivi (Barbera, 2023). L'elemento descrittivo riguarda l'indagine delle varie norme e obblighi morali che mediano le relazioni economiche centrali in un determinato contesto. L'elemento prescrittivo si riferisce all'economia morale come strumento per formulare un giudizio etico sulle pratiche economiche (Sayer, 2007). Gli economisti morali forniscono mezzi efficaci per riflettere sul lavoro, sull'occupazione e sulla società, offrendo una lente analitica approfondita (Bolton e Laaser, 2013). Bolton e Laaser (2013) hanno proposto un quadro di economia morale basato sul lavoro di Karl Polanyi (1957), E.P. Thompson (1971) e Andrew Sayer (2005, 2007, 2011). Come notato in precedenza, la tesi di Po-

lanyi riflette la contraddizione tra una società stabile, morale e umana e le pratiche di autoregolazione dell'economia di mercato. L'approccio di Thompson all'economia morale, basato sulla comunità, offre una ricca prospettiva storica sull'interazione tra pratiche economiche e ideali sociali. La comprensione di Sayer della moralità laica e delle norme politiche rivela i fondamenti sottostanti che guidano le economie di mercato. La rilevanza dell'economia morale è fondamentale nella fornitura di tutti i beni, in cui il benessere umano è considerato un obiettivo intrinsecamente significativo (Morgan, 2020).

Esaminando il fenomeno delle Grandi Dimissioni attraverso la lente del quadro dell'economia morale, otteniamo una comprensione più profonda delle dinamiche tra istituzioni, comunità e individui. Le istituzioni, comprese le organizzazioni, stabiliscono le regole e le convenzioni che regolano il comportamento sul posto di lavoro. Le comunità fungono da punti centrali per l'azione collettiva e il cambiamento sociale, riunendo le persone per sfidare le convenzioni stabilite e lottare per i propri interessi. Gli individui, nel frattempo, negoziano i propri desideri, valori e motivazioni all'interno di queste strutture istituzionali e sociali più ampie.

Su questo sfondo, la nostra ricerca si concentra sull'esplorazione del vocabolario di motivazioni o ragioni pubbliche a cui gli individui fanno riferimento quando giustificano le loro dimissioni, come presentato nel canale r/antiwork. Sebbene diversi ricercatori abbiano studiato e proposto le ragioni delle Grandi Dimissioni, il nostro approccio offre una prospettiva nuova. Questo approccio completo combina il quadro dell'economia morale e il modello BERTopic per identificare la varietà di vocabolari delle motivazioni associate al fenomeno delle Grandi Dimissioni. Combinando il quadro dell'economia morale e il modello BERTopic, questo approccio illumina le implicazioni morali su larga scala del fenomeno delle Grandi Dimissioni, fornendo una comprensione più sfumata della complessa interazione tra motivazioni individuali, valori culturali e fattori sociali.

1.4 METODOLOGIA

Il presente studio impiega un metodo di topic modeling per far luce sul vocabolario di motivazioni associate al fenomeno delle Grandi Dimissioni. La Figura 1 mostra il quadro metodologico impiegato, composto da fasi distinte:

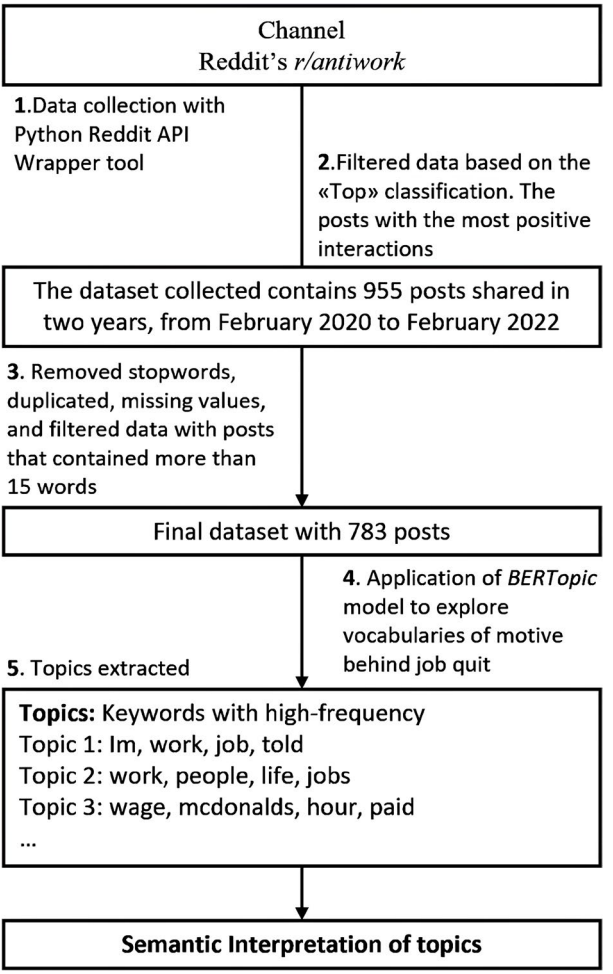


Fig. 1. Metodologia del quadro.

1.5 RACCOLTA DATI

Lo studio è iniziato con la raccolta di dati da Reddit, utilizzando lo strumento Python Reddit API Wrapper (PRAW) (PRAW, 2023). Questo strumento consente di estrarre i post e le informazioni correlate dalla piattaforma Reddit. Una parte sostanziale del contenuto dei post è composta da immagini, principalmente screenshot di chat o post condivisi su altre piattaforme sociali o, in misura minore, fotografie e meme. Per raccogliere manualmente queste informazioni è stata utilizzata un'estensione per Google Chrome chiamata riconoscimento ottico dei caratteri (OCR) (Google, 2023). L'OCR consente di estrarre e copiare il testo dalle immagini, facilitando il processo di raccolta di contenuti testuali da diversi tipi di immagini.

1.6 FILTRO DEI DATI

I dati raccolti sono stati filtrati in base alla classificazione "Top". Ciò significa che solo i post con un alto livello di coinvolgimento, come i voti positivi e i commenti, sono stati considerati per un'ulteriore analisi. Concentrandosi sui post "Top", lo studio mirava a catturare le discussioni più rilevanti e influenti all'interno del subreddit r/antiwork. Ne è risultato un set di dati contenente 955 post condivisi da febbraio 2020 a febbraio 2022. Il set di dati di output è stato ottenuto considerando le informazioni del post (ID post, titolo, punteggio, post, numero di commenti, ora della condivisione e URL).

1.7 PRE-ELABORAZIONE DEI DATI

In questa fase, sono stati compiuti diversi passi per pulire e preparare i dati per l'analisi del testo. Le stopword, parole di uso frequente che non hanno un significato significativo, sono state rimosse dal testo per migliorare la qualità degli argomenti estratti. Sono stati affrontati anche i valori mancanti. Inoltre, i

post che contenevano meno di 15 parole sono stati filtrati, assicurando che solo i post con un contenuto sufficiente fossero inclusi nell'analisi. Il set di dati di output dopo questa fase era composto da 783 post.

1.8 APPLICAZIONE DEL MODELLO BERTOPIC

BERTopic, una tecnica di modellazione di argomenti basata sul modello linguistico BERT, è stata applicata ai dati pre-elaborati (Grootendorst, 2022). Questo modello utilizza un'architettura di rete neurale basata su trasformatori per identificare argomenti coerenti all'interno di una raccolta di documenti. Applicando BERTopic, l'analisi mirava a scoprire temi o argomenti distinti presenti nel subreddit r/antiwork e a esplorare la ragione potenziale alla base del Big Quit.

1.9 ESTRAZIONE DI ARGOMENTI

La fase finale prevedeva l'interpretazione semantica degli argomenti estratti. Questa fase mirava a comprendere il significato e le implicazioni sottostanti di ciascun argomento nel contesto della domanda di ricerca. L'interpretazione degli argomenti all'interno del quadro dell'economia morale (Bolton e Laaser, 2013) cerca di ottenere approfondimenti sulle motivazioni e sulle prospettive alla base del fenomeno delle Grandi Dimissioni.

La metodologia di ricerca ha coinvolto la raccolta dei dati, il filtraggio, la pre-elaborazione, la modellazione degli argomenti utilizzando BERTopic, l'estrazione degli argomenti e l'interpretazione semantica degli argomenti estratti. Queste fasi permettono di analizzare le motivazioni e le prospettive delle persone che partecipano al subreddit r/antiwork durante il fenomeno delle Grandi Dimissioni.

1.10 MODELLAZIONE DEGLI ARGOMENTI CON BERTOPIC

Nell'ambito delle tecniche di elaborazione del linguaggio naturale (NLP), la modellazione degli argomenti è spesso eseguita come un problema di apprendimento non supervisionato, in cui gli algoritmi utilizzano le statistiche per determinare quali parole sono correlate e poi le organizzano in gruppi (De Leo et al., 2023; Jónsson e Stolee, 2015; Kherwa e Bansal, 2018).

La tecnica di modellazione topica è diventata un modo prevalente per analizzare i dati non strutturati; l'allocazione latente di Dirichlet (LDA) è frequentemente applicata in studi precedenti (Mo et al., 2015; Zhu et al., 2022). LDA è un modello generativo stocastico per insiemi di dati discreti, come i corpora di testo, ed è tipicamente considerato l'approccio standard (Newman et al., 2009; Gallagher et al., 2017). Tuttavia, l'efficacia di LDA nell'analisi dei dati dei social media è stata criticata, in quanto risulta efficace nell'identificare gli argomenti, soprattutto quando il corpus di dati comprende documenti più lunghi e complessi (Baird et al., 2022; Egger e Yu, 2022). Di conseguenza, i ricercatori hanno rafforzato il valore di algoritmi di nuova concezione come alternative, poiché spesso superano LDA, in particolare quando si analizzano dati testuali più brevi dai social media (Vayansky e Kumar, 2020; Egger e Yu, 2022).

Pertanto, il modello BERTopic (Bidirectional Encoder Representations from Transformers) può fornire argomenti più specifici per il contesto, comprendendo alcune sfumature del linguaggio che potrebbero sfuggire a LDA (Baird et al., 2022). Nello specifico, BERTopic è una tecnica di modello tematico che genera integrazioni di documenti usando modelli linguistici basati su trasformatori pre-addestrati e raggruppa queste integrazioni. Infine, genera rappresentazioni di argomenti mediante la procedura TF-IDF basata sulle classi (Grootendorst, 2022).

Questo metodo genera rappresentazioni di argomenti attraverso tre fasi (Saidi et al., 2022; Baird et al., 2022):

- **Estrarre le incorporazioni di parole:** La prima fase consiste nel trasformare i dati testuali in rappresentazioni numeriche, chiamate word embeddings. Per eseguire questa trasformazione, BERTopic utilizza la libreria sentence-transformers (Devika et al., 2021), che contiene una serie di modelli linguistici pre-addestrati, progettati per applicazioni di elaborazione del linguaggio naturale (NLP). La trasformazione risultante migliora la comprensione dei dati testuali da parte dei modelli di apprendimento automatico e costituisce una base per l'elaborazione successiva.
- **Incorporamenti ridotti a cluster:** Quando il testo viene convertito in incorporazioni di parole, ogni documento viene rappresentato come un vettore ad alta dimensionalità, che è in pratica un lungo elenco di numeri. Poiché gli approcci di clustering non sempre sono efficaci nel trattare i dati ad alta dimensionalità, BERTopic implementa la riduzione della dimensionalità per impostazione predefinita, utilizzando l'algoritmo UMAP (uniform manifold approximation and projection) (McInnes et al., 2018). L'UMAP è scelto perché preserva parte della struttura dei dati, necessaria per raggruppare il testo in base alla somiglianza. Dopo aver ridotto la dimensionalità, BERTopic raggruppa i dati utilizzando il clustering spaziale gerarchico basato sulla densità delle applicazioni con rumore (HDB-SCAN) (McInnes et al., 2017), poiché è in grado di generare cluster di varie forme e di individuare gli outlier. Le rappresentazioni tematiche risultanti sono meno rumorose, poiché non costringono il testo a raggrupparsi. Quando BERTopic utilizza HDB-SCAN per raggruppare i dati, i cluster risultanti possono avere gradi variabili di densità e forma. BERTopic impiega una tecnica di bag-of-words per creare argomenti senza fare ipotesi sulla struttura prevista dei cluster, contando la frequenza con cui ogni parola appare in ogni cluster.
- **Rappresentazione degli argomenti**: Infine, il modello BERTopic crea argomenti e genera parole chiave per ogni argomento, estraendo parole specifiche della classe e utiliz-

zando la TF-IDF (Class-based Term Frequency-Inverse Document Frequency), chiamata c-TF-IDF. La TF-IDF è una tecnica popolare per identificare i 'documenti' più rilevanti dati un termine o un insieme di termini. La c-TF-IDF capovolge questa tecnica trovando i termini più rilevanti dati tutti i 'documenti' all'interno di un cluster. La c-TF-IDF è ben spiegata dalla seguente equazione (1):
(1)

$$w_{t,c} = tf_{t,c} \cdot \log\left(1 + \frac{A}{tf_t}\right)$$

dove la "frequenza dei termini" in questo contesto si riferisce alla frequenza con cui una particolare parola, rappresentata come t, appare in un gruppo o 'classe', rappresentata come c. Una classe, in questo contesto, è una raccolta di documenti che sono stati uniti. Quindi, il termine "frequenza inversa del documento" viene sostituito con "frequenza inversa della classe". Questo chiarisce quante informazioni può fornire una parola particolare su una classe. Si calcola dividendo il log dei termini medi della classe A per il numero di parole t di ogni classe.

Questi approcci consentono a BERTopic di produrre rappresentazioni di argomenti rilevanti, pur mantenendo la ricchezza contestuale del testo di partenza, rendendolo uno strumento valido per l'analisi del testo e l'estrazione di informazioni. Inoltre, BERTopic offre un vantaggio significativo rispetto ai metodi tradizionali, come l'allocazione latente di Dirichlet (LDA), grazie alla sua capacità di dedurre il numero ottimale di argomenti dai dati. A differenza di LDA, che richiede che il numero di argomenti sia predefinito, BERTopic può identificare autonomamente il numero appropriato di argomenti in base al contenuto dei documenti. Questo elimina i potenziali pregiudizi o le rappresentazioni imprecise della struttura tematica dei dati, producendo argomenti più accurati e naturalmente coerenti (Wang et al., 2023).

1.11 RISULTATI

Nella Fig. 2, illustriamo la distribuzione del conteggio delle parole in tutti i post del subreddit r/antiwork. L'istogramma è stato creato dividendo i post in cestini in base alla lunghezza delle parole, con ogni cestino che rappresenta una gamma specifica di conteggi di parole. L'asse y indica il numero di post che corrispondono a ciascun bin, rappresentando così la frequenza dei post con una determinata lunghezza di parole. Per dare una rappresentazione più chiara del trend dei dati sottostanti, è stata sovrapposta all'istogramma una stima della densità Kernel (KDE), che fornisce un'approssimazione smussata della distribuzione di frequenza. Il conteggio medio delle parole, rappresentato da una linea rossa tratteggiata verticale, è di 143,72 parole. Questa figura serve come misura di tendenza centrale della lunghezza delle parole all'interno del set di dati, fornendo un valore rappresentativo della lunghezza complessiva dei post. È interessante notare che la distribuzione sembra essere positivamente skewed. Ciò suggerisce che, mentre la maggior parte dei post è relativamente breve, un piccolo numero di post più lunghi inclina la media verso un numero di parole più elevato.

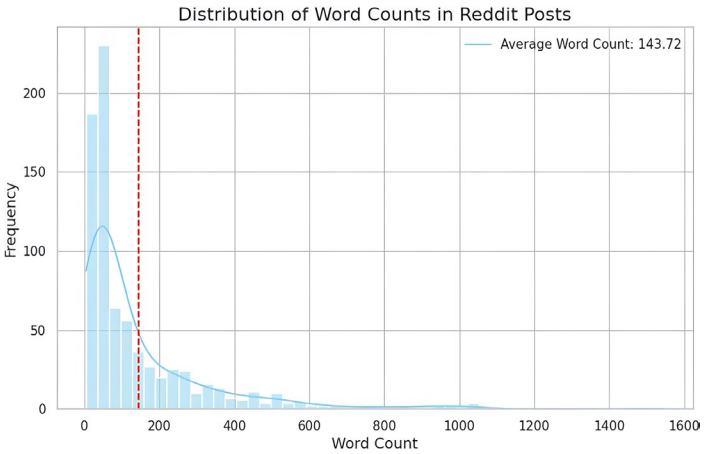


Fig. 2. Istogramma del numero di parole dei post nel subreddit r/antiwork.

Dopo aver condotto un'esplorazione iniziale dei nostri dati, abbiamo applicato il modello BERTopic per estrarre gli argomenti dominanti dai post. I risultati di questa analisi sono mostrati nella Fig. 3, che presenta gli argomenti con i rispettivi punteggi di probabilità, ordinati in modo decrescente, partendo dall'Argomento 0, che comprende 139 post, fino all'Argomento 11, che contiene 15 post (Tabella 1). Inoltre, il modello ha identificato una categoria, Argomento 1, con 244 post, che rappresenta una raccolta di documenti che non si allineano strettamente a nessun argomento specifico. Potrebbe trattarsi di testi anomali o di testi con temi diversi che non si sono adattati perfettamente agli altri argomenti identificati. In particolare, la Tabella 1 fornisce un'interpretazione e le etichette assegnate a ciascun argomento in base alle parole più rappresentative all'interno di ciascun argomento.

Questa interpretazione semantica è stata generata analizzando a fondo i post associati a ciascun argomento identificato. Le etichette mirano a incapsulare il tema o la discussione centrale di ciascun argomento, che vanno dalle esperienze lavorative personali (Argomento 0) alle questioni relative alle assenze per malattia (Argomento 11).

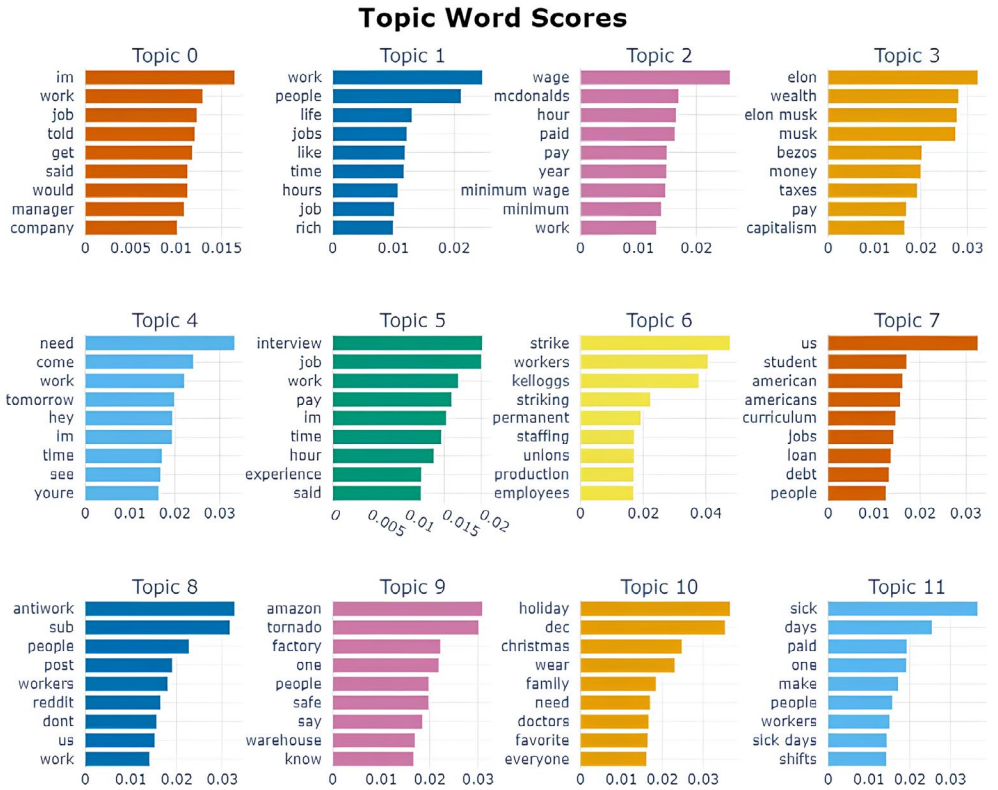


Fig. 3. Argomenti estratti utilizzando il modello BERTopic.

Numero di argomenti	Etichette assegnate	Parole	Conteggio
0	Dinamiche e gestione del posto di lavoro	im, lavoro, lavoro, ha detto, ottenere, ha detto, avrebbe, manager, azienda	139
1	Equilibrio vita-lavoro e soddisfazione personale	lavoro, persone, vita, lavoro, come, tempo, ore, lavori, ricchi	118
2	Salari e compensi	salario, mcdonalds, ora, pagato, paga, anno, salario minimo, minimo, lavoro	47
3	Disuguaglianza di ricchezza e di reddito	elon, ricchezza, elon musk, musk, bezos, denaro, tasse, pagare, capitalismo	43

4	Orari di lavoro e comunicazione	bisogno, venire, lavorare, domani, ehi, im, tempo, vedere, sei	35
5	Colloqui di lavoro ed esperienze di impiego	colloquio, lavoro, lavoro, retribuzione, im, tempo, ora, esperienza, detto	33
6	Scioperi dei lavoratori e diritti dei lavoratori	sciopero, lavoratori, kellogs, sciopero, permanente, personale, sindacati, produzione, dipendenti	32
7	Istruzione e occupazione	noi, studenti, americani, americani, curriculum, lavori, prestito, deb, persone	23
8	Anti-lavoro e occupazione alternativa	antiwork, sub, persone, post, lavoratori, reddit, non, noi, lavoro	19
9	Sicurezza sul lavoro e disastri naturali	amazon, tornado, fabbrica, uno, persone, sicuro, dire, magazzino, conoscere	18
10	Tradizioni e celebrazioni natalizie	vacanza, dec, natale, indossare, famiglia, bisogno, medici, preferito, tutti	16
11	Politiche di congedo per malattia e benefici per i lavoratori	giorni di malattia, pagati, uno, fare, persone, lavoratori, giorni di malattia, turni	15

Tabella 1 Interpretazione ed etichette assegnate a ciascun argomento in base alle parole rappresentative.

I numeri degli argomenti sono generati automaticamente dagli algoritmi utilizzati, e le etichette sono assegnate dai ricercatori in base ai punti in comune sottostanti.

Argomento 0 - Dinamiche e gestione del posto di lavoro

Con parole come "lavoro", "mansione", "manager" e "azienda", questo tema è legato all'occupazione e agli ambienti di lavoro, comprese le regole del posto di lavoro, l'avanzamento di carriera e la politica d'ufficio. Il tema raccoglie storie che generalmente descrivono esperienze lavorative negative che spesso portano alle dimissioni, coinvolgendo abusi da parte dei supervisori e includendo lo sfruttamento del lavoro che non viene compensato monetariamente o attraverso una promozione.

Argomento 1 - Equilibrio vita-lavoro e soddisfazione personale

L'argomento riguarda l'equilibrio tra lavoro e vita privata e la feli-

cità lavorativa. Parole chiave come "vita", "tempo" e "ricco" implicano che possano riguardare argomenti come la ricerca di un impiego significativo, la programmazione efficace del proprio tempo e il raggiungimento della stabilità finanziaria. L'idea che lavorare molte ore e investire tutti i propri sforzi abbia un valore in sé o permetta di ottenere una posizione di successo o ben retribuita è messa in discussione. Ecco un esempio di post condiviso da un utente di Reddit, relativo a uno degli argomenti che fanno parte di questo gruppo: "Adoro il modo in cui i Millennial e i GenZ stanno rifiutando collettivamente la cultura della fretta. No, non lavoreremo nei nostri giorni di riposo. No, non dormiremo per 2 ore. No, non c'è gloria nella devozione cieca alla fatica. No, non è ammirevole - letteralmente - lavorare fino alla tomba".

Argomento 2 - Salari e compensi

Con parole come "salario", "retribuzione", "salario minimo" e "lavoro", questo argomento riguarda gli stipendi e i benefici. Potrebbe toccare argomenti come l'equo compenso, la disuguaglianza economica e gli effetti delle normative sul salario minimo. In questo caso, vengono citati il salario orario per lavori poco qualificati (come nei fast food) e il salario minimo. Una parte significativa dei post sostiene che il salario minimo negli Stati Uniti è insufficiente per sostenere uno stile di vita decente. Un esempio di post pubblicato da un utente di Reddit su uno degli argomenti di questo gruppo è mostrato di seguito: "Non c'è nessuno Stato negli Stati Uniti in cui un salario minimo settimanale di 40 ore sia sufficiente per permettersi un appartamento con due camere da letto".

Argomento 3 - Disuguaglianza di salute e reddito

Questo argomento contiene termini come "ricchezza", "denaro", "tasse" e "capitalismo". Potrebbe includere una discussione sulla disuguaglianza di reddito, sulla politica fiscale e sulla struttura di potere del capitalismo. La discussione riguarda i celebri miliardari, la distribuzione ineguale della ricchezza e la tassazione. Molti post sottolineano l'importanza di tassare queste figure

multimiliardarie in proporzione al contributo richiesto ai cittadini statunitensi.

Argomento 4 - Orari di lavoro e comunicazione

Questo argomento è legato agli orari di lavoro e alla comunicazione, con parole chiave come "domani", "tempo" e "vedere". Le discussioni riguardano la gestione dei propri orari di lavoro e la comunicazione con colleghi e dirigenti. In particolare, le discussioni consistono principalmente in screenshot di messaggi scambiati tra dipendenti e datori di lavoro. I dialoghi di questi messaggi includono spesso richieste di modifiche dell'orario di lavoro, di ferie o di riposo. Molti messaggi sottolineano la cultura del lavoro urgente sul posto di lavoro.

Argomento 5 - Colloqui di lavoro ed esperienze lavorative

Questo argomento riguarda i colloqui di lavoro e le esperienze lavorative e contiene termini come "colloquio", "retribuzione", "ora" e "esperienza". Comprende conversazioni sulla ricerca di lavoro e sulla candidatura, sulla negoziazione del salario e sull'esperienza lavorativa. Molte discussioni riguardano il processo di colloquio per ottenere un lavoro. Molti utenti concordano sul fatto che i reclutatori dovrebbero rivelare la fascia salariale per la posizione aperta. Inoltre, altre discussioni riguardano lo squilibrio tra il lavoro ottenuto e il salario proposto.

Argomento 6 - Scioperi dei lavoratori e diritti dei lavoratori

Questo argomento riguarda gli scioperi del lavoro e i diritti dei lavoratori e include termini come "sciopero", "lavoratori", "sindacati" e "dipendenti". Le discussioni sulla contrattazione collettiva, l'organizzazione dei lavoratori e le leggi sul lavoro ne fanno parte. I post del gruppo tematico sono legati agli eventi pianificati dagli utenti del subreddit in opposizione alla decisione di Kellogg's di assumere nuovi lavoratori per sostituire quelli in sciopero. Gli utenti discutono dell'utilità e dell'efficacia degli scioperi in questi post.

Argomento 7 - Istruzione e occupazione

Questo argomento riguarda l'istruzione e l'occupazione e include termini come "studente", "lavoro", "prestito" e "debito". Include discussioni sul mercato del lavoro per i neolaureati, sui costi dell'università e sul debito degli studenti. In particolare, l'argomento è legato al sistema economico americano e alle sfide più gravi che i cittadini devono affrontare a causa dell'aumento del costo della vita. In diversi post si parla di salari insufficienti a sostenere un sistema sanitario non pubblico, di avere una casa e una famiglia, delle spese significative necessarie per iscriversi all'università e delle spese impreviste.

Argomento 8 - Anti-lavoro e occupazione alternativa

Con parole chiave come "antiwork", "workers" e "reddit", questo argomento è legato al movimento anti-lavoro. Le discussioni sulla gig economy, le ragioni per cui le persone abbandonano il lavoro regolare e la possibilità di una vita dopo il lavoro fanno parte di questo argomento. Inoltre, l'argomento raccoglie i post in cui le persone discutono del subreddit antiwork, con le discussioni più comuni che si concentrano sulla popolarità del canale al di fuori di Reddit. Altri post discutono di questioni interne al subreddit, come l'organizzazione e le regole.

Argomento 9 - Sicurezza sul posto di lavoro e disastri naturali

Con parole come "Amazon", "tornado", "fabbrica" e "sicurezza", questo argomento riguarda la sicurezza sul posto di lavoro. L'argomento include discussioni sui rischi di lavorare in determinati settori, sulle responsabilità dei datori di lavoro nel proteggere la sicurezza dei dipendenti e sugli effetti dei disastri naturali sui luoghi di lavoro. I post su questo argomento discutono principalmente del tornado che ha demolito un magazzino di proprietà di Amazon a Edwardsville, Illinois, il 10 dicembre 2021, e che ha causato la morte di sei lavoratori. Gli utenti discutono le carenze delle regole di Amazon basate sulle prestazioni nel forum r/anti-lavoro. Di seguito, un esempio di un post condiviso da un utente di Reddit su uno degli argomenti trattati da

questo gruppo: "I dipendenti di Amazon lavorano di più mentre Jeff Bezos diventa più ricco. È quasi come se fossero i lavoratori a creare il denaro".

Argomento 10 - Tradizioni e celebrazioni delle vacanze

Con parole come "vacanza", "Natale", "famiglia" e "preferito", questo argomento si riferisce alle abitudini e alle festività natalizie. Si parla dell'influenza del consumismo sulle festività natalizie, delle relazioni familiari durante le feste e delle tradizioni culturali. In particolare, questo argomento tratta dell'importanza di trascorrere il tempo libero e i giorni di vacanza con la famiglia.

Argomento 11 - Politiche di congedo per malattia e benefici per i lavoratori

Questo argomento riguarda le politiche di congedo per malattia e i benefici per i dipendenti e contiene termini come 'malattia,' 'retribuzione,' 'lavoratori' e 'turni.' Comprende discussioni sui diritti dei dipendenti, sugli obblighi dell'azienda e sull'impatto delle politiche di congedo per malattia sulla salute e sulla produttività dei dipendenti. Inoltre, l'argomento include post sui giorni di assenza per malattia dal lavoro, con particolare riferimento ai diritti del lavoratore e ai giorni di assenza per malattia negati durante il periodo della pandemia.

Per valutare i risultati del nostro modello tematico, abbiamo utilizzato il punteggio di coerenza come misura quantitativa dell'interpretabilità semantica degli argomenti. Il modello ha ottenuto un punteggio di coerenza di 0,6081, suggerendo che gli argomenti generati dal modello erano, in media, abbastanza coerenti dal punto di vista semantico.

1.12 APPLICAZIONE DEL QUADRO DELL'ECONOMIA MORALE AL FENOMENO DELLE GRANDI DIMISSIONI

Esaminando tutti gli argomenti estratti, identifichiamo modelli e temi riguardanti il lavoro e l'occupazione (dimensione organizzativa), la giustizia sociale e l'attivismo (dimensione comunitaria), e la salute, il benessere e lo stile di vita (dimensione individuale), illustrati nella Tabella 2. Nel contesto dell'economia morale, questi raggruppamenti rappresentano la natura diversa delle esperienze e delle interazioni umane. Attingendo alle idee degli scritti di Karl Polanyi, E.P. Thompson e Andrew Sayer, possiamo comprendere più a fondo i concetti fondamentali che influenzano questi gruppi.

Dimensione	Gruppi	Numero di argomenti	Etichette assegnate
Organizzazioni	Lavoro e occupazione	0	Dinamiche e gestione del posto di lavoro
		2	Salari e compensi
		4	Orari di lavoro e comunicazione
		5	Colloqui di lavoro ed esperienze di impiego
		9	Sicurezza sul lavoro e disastri naturali
Comunità	Giustizia sociale e attivismo	3	Disuguaglianza di ricchezza e di reddito
		6	Scioperi dei lavoratori e diritti dei lavoratori
		7	Istruzione e occupazione
		8	Anti-lavoro e occupazione alternativa
Individui	Salute, benessere e stile di vita	1	Equilibrio vita-lavoro e soddisfazione personale
		10	Tradizioni e celebrazioni natalizie
		11	Politiche di congedo per malattia e benefici per i lavoratori

Tabella 2. Argomenti raggruppati in base al quadro dell'Economia Morale.

1.13 LAVORO E OCCUPAZIONE

L'approccio dell'economia morale sviluppato da Polanyi sottolinea la necessità di integrare le pratiche lavorative e occupazionali con le strutture sociali e morali. Questo punto di vista evidenzia l'importanza delle procedure di assunzione etiche, delle retribuzioni eque e delle condizioni di lavoro rispettose. Esorta le aziende ad andare oltre le semplici strategie di mercato e a prendere in considerazione il benessere dei loro lavoratori, promuovendo un ambiente di lavoro che valorizzi i legami sociali, l'occupazione significativa e la dignità umana. Le organizzazioni possono costruire ambienti di lavoro più sostenibili e inclusivi, che sostengano gli individui nel prosperare all'interno di una struttura etica e sociale più ampia, abbracciando i principi guida dell'economia morale.

1.14 GIUSTIZIA SOCIALE E ATTIVISMO

L'approccio di Thompson all'economia morale basata sulla comunità si concentra sul modo in cui le comunità possono lottare per la giustizia sociale e sfidare le disuguaglianze. Questa interpretazione sottolinea il valore del lavoro di squadra, della solidarietà e della dedizione alla ricerca di una maggiore giustizia ed equità nell'interazione economica. Evidenzia la necessità che le comunità si uniscano per lottare per i diritti dei lavoratori, combattere la disparità di reddito e promuovere la giustizia sociale. Gli individui possono impegnarsi per un'economia morale in linea con i valori comunitari, dove le attività economiche sono dettate da principi di equità, giustizia e dignità umana, organizzando le comunità, partecipando alle azioni e affrontando le ingiustizie sistematiche.

1.15 SALUTE, BENESSERE E STILE DI VITA

La comprensione di Sayer delle norme politiche e della moralità laica richiama l'attenzione sulle implicazioni politiche e morali delle economie di mercato. Questa visione evidenzia il valore di riconoscere e apprezzare le scelte personali delle persone, il loro benessere e i contesti sociali e culturali più ampi in cui avvengono le transazioni economiche. Il benessere individuale deve avere la priorità, l'equilibrio tra lavoro e vita privata deve essere sostenuto e le politiche e le procedure devono essere in linea con le convinzioni personali. Un'economia morale che rispetti le molteplici esigenze e ambizioni delle persone all'interno della società può essere formata considerando le conseguenze del lavoro sulla salute fisica e mentale delle persone, valorizzando le loro scelte personali e riconoscendo le componenti sociali e culturali del benessere. Il quadro dell'economia morale ci aiuta a comprendere le interazioni dinamiche che esistono tra organizzazioni, comunità e individui nel contesto del lavoro e dell'occupazione, della giustizia sociale e dell'attivismo, nonché della salute, del benessere e dello stile di vita. Nel contesto del 'lavoro e dell'occupazione', è essenziale che il Governo degli Stati Uniti richiami l'attenzione sui diritti e sulla sicurezza dei lavoratori come fornitore istituzionale primario. Questa priorità può aiutare a stabilire politiche che promuovano pratiche occupazionali eque ed etiche. Nel campo della 'Giustizia sociale e attivismo', il sostegno a meccanismi come la legislazione anti-discriminazione, i regolamenti sulle pari opportunità e i diritti di contrattazione collettiva può rafforzare le persone e le comunità. Ciò migliorerebbe la loro capacità di lottare per un trattamento equo, proteggere i diritti dei lavoratori e promuovere l'uguaglianza sociale generale. Infine, nel contesto di "Salute, benessere e stile di vita", i responsabili politici dovrebbero dare priorità al benessere generale, come l'assistenza sanitaria universale, le politiche di congedo retribuito e l'assistenza per la salute mentale, per contribuire a uno stile di vita migliore e più equilibrato.

1.16 DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

Nel nostro studio, adottiamo un quadro di economia morale e un disegno di ricerca che combina più metodologie per ottenere approfondimenti completi sulle ragioni del Big Quit. Utilizziamo la metodologia BERTopic per analizzare i dati della piattaforma di social media Reddit, applichiamo la prospettiva dell'economia morale per esaminare le dimensioni sociali ed etiche più ampie e identifichiamo vocabolari distinti di motivazioni espresse dagli utenti di r/antiwork. Esaminando questi potenziali vocabolari di motivazioni nel contesto dei gruppi "Lavoro e occupazione", "Giustizia sociale e attivismo" e "Salute, benessere e stile di vita", otteniamo una comprensione più profonda delle giustificazioni pubbliche delle scelte. Un motivo chiave è la ricerca di un lavoro significativo, con i lavoratori più giovani che cercano sempre più spesso un impiego che sia appagante, allineato alle convinzioni personali e che permetta loro di avere un effetto positivo sul mondo mentre perseguono interessi personali (Kuzior et al., 2022). Un altro vocabolario di spicco del movente è la flessibilità negli orari individuali, poiché le persone danno priorità all'equilibrio tra lavoro e vita privata anziché all'impegno e alla stabilità a lungo termine. Apprezzano le opportunità di lavorare a distanza o con orari flessibili e sono meno propensi a rimanere con un'unica azienda per tutta la loro carriera (Fraley et al., 2022; Niebuhr et al., 2022).

Inoltre, la responsabilità sociale gioca un ruolo significativo, dato che le generazioni più giovani diventano sempre più consapevoli dell'ingiustizia strutturale insita nel sistema economico esistente. Sono socialmente consapevoli e meno disposti ad accettare lo status quo, impegnandosi spesso nell'attivismo e in azioni di gruppo. Inoltre, l'attenzione alla cura di sé è un fattore trainante, poiché la generazione più giovane dà priorità al proprio benessere fisico ed emotivo (Montaudon-Tomas et al., 2022). Comprendono il valore di mantenere un sano equilibrio tra lavoro e vita privata e danno priorità alla cura di sé per avere successo nel lavoro.

Questi risultati indicano uno spostamento verso un approccio al lavoro e all'occupazione più personalizzato, incentrato sull'uomo e socialmente responsabile. Ciò è in linea con l'argomentazione secondo cui le generazioni più giovani cercano carriere che consentano loro di bilanciare gli obblighi personali e professionali, avere un impatto positivo sul mondo e dare priorità al proprio benessere (Fraley et al., 2022; Kuzior et al., 2022). Le Grandi Dimissioni sono un segnale di un cambiamento sociale più ampio a livello macro: le persone giudicano e valutano i lavori e gli ambienti di lavoro in modo "olistico", rifiutando di segmentare il proprio lavoro da una valutazione più ampia degli altri ruoli che ricoprono. In questa luce, il fenomeno delle Grandi Dimissioni indica una maggiore intersezione tra i ruoli delle persone come lavoratori, cittadini, attivisti, familiari e simili (Merton, 1957). Possiamo ipotizzare che le persone che hanno lasciato il lavoro abbiano giudicato sempre di più il loro ambiente di lavoro attraverso convenzioni di qualità e giustificazioni pubbliche che fanno riferimento al loro intero ruolo di attivisti nella comunità (giustizia sociale), di familiari (equilibrio tra lavoro e vita privata) e simili. Si tratta di un'ipotesi del tutto speculativa, poiché non disponiamo di dati sul cambiamento di ruolo di chi "abbandona" rispetto a chi "resta". La congettura è comunque coerente con la constatazione consolidata che le persone, in genere, perseguono più scopi contemporaneamente in formazioni sociali intersecanti (Granovetter, 2000). La comprensione di questi vocabolari fornisce quindi preziose intuizioni sul panorama mutevole del lavoro e dell'occupazione nella società nel suo complesso e sui fattori sottostanti che contribuiscono al fenomeno delle Grandi Dimissioni.

I risultati hanno implicazioni importanti per comprendere il fenomeno delle Grandi Dimissioni. Offrono spunti che possono aiutare le aziende, i politici e gli stakeholder a costruire strategie per adattarsi alle dinamiche lavorative in evoluzione e migliorare gli ambienti di lavoro. L'identificazione di un cambiamento nella percezione dell'importanza del lavoro evidenzia la necessità di

un approccio al lavoro più incentrato sull'uomo e socialmente responsabile.

Ci sono diverse limitazioni allo studio da considerare attentamente. Innanzitutto, i dati provenienti dal social network Reddit non riflettono l'intera popolazione. Il subreddit R/antiwork è stato creato nel 2013 come forum di discussione del pensiero anti-lavoro all'interno dell'anarchismo post-sinistro ed è chiaramente una sottopopolazione auto-selezionata con tratti peculiari. Guardando all'intera popolazione, gli atteggiamenti dei lavoratori e le dimensioni morali sembrano essere meno pertinenti. Come è stato sostenuto: "La percentuale record di lavoratori che si licenziano, nota come 'Grande Dimissione', non è un cambiamento negli atteggiamenti dei lavoratori sulla scia della pandemia. L'evidenza su quali lavoratori si stanno licenziando suggerisce che riflette il forte rimbalzo della domanda di lavoratori più giovani e meno istruiti" (Hobijn, 2022). Inoltre, la tecnica BERTopic ha dei limiti intrinseci nel catturare i dettagli intricati del linguaggio umano e del contesto. Infine, l'uso del Quadro di Economia Morale è suscettibile di molte interpretazioni analitiche diverse.

In conclusione, il nostro studio sulle Grandi Dimissioni ha fornito intuizioni empiricamente fondate sul vocabolario di motivazioni che una sottopopolazione di persone che hanno lasciato il lavoro riferisce pubblicamente come giustificazioni significative per le loro scelte. Le motivazioni identificate di flessibilità, lavoro significativo, responsabilità sociale e cura di sé riflettono un cambiamento di paradigma nella percezione dell'importanza del lavoro rispetto ad altre dimensioni e ruoli sociali. Abbiamo attribuito provvisoriamente i nostri risultati alle intersezioni di ruoli innescate dalla pandemia e dal lavoro a domicilio; le dinamiche di tali intersezioni sono un argomento importante che va ben oltre lo scopo di questa ricerca (Granovetter, 2017).

Dal punto di vista della gestione delle risorse umane, il nostro studio evidenzia la necessità per le organizzazioni e i politici di adattarsi a questi cambiamenti, dando priorità alla flessibilità, al lavoro significativo, all'impatto sociale e al benessere personale.

Tuttavia, esistono dei limiti nella dipendenza dei dati dai social media e nelle metodologie utilizzate. Ulteriori studi potrebbero esaminare altre fonti di dati e strutture per comprendere meglio i meccanismi di micro-livello all'opera. In sintesi, la nostra ricerca contribuisce alla comprensione delle Grandi Dimissioni come fenomeno 'morale' per una sottopopolazione specifica in relazione a un cambiamento sociale più ampio, consentendo alla ricerca futura di identificare meccanismi diversi per diversi tipi di sottopopolazioni, settori economici e dimensioni specifiche di un Paese.

I risultati hanno implicazioni importanti per comprendere il fenomeno delle Grandi Dimissioni. Offre spunti che possono aiutare le aziende, i politici e gli stakeholder a costruire strategie per adattarsi alle dinamiche lavorative in evoluzione e migliorare gli ambienti di lavoro. L'identificazione di un cambiamento nella percezione dell'importanza del lavoro evidenzia la necessità di un approccio al lavoro più incentrato sull'uomo e socialmente responsabile.

2 - ABBANDONO SILENZIOSO: UN RISCHIO SIGNIFICATIVO PER L'ASSENZA SANITARIA GLOBALE

YASEMIN BOY, MAHMUT SÜRMELI

Tratto e tradotto da
Boy Y., Sürmeli M. Le "dimissioni silenziose": il *Quiet Quitting* come rischio significativo per la sanità globale. Journal of Global Health, 31 marzo 2023. 13:03014. doi: 10.7189/jogh.13.03014
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10062397/
Journal of Global Health. Rivista che pubblica ricerche sulla salute globale, equità sanitaria, malattie infettive e sviluppo sostenibile nei sistemi sanitari di tutto il mondo.

Le parti omesse dal curatore rispetto all'originale sono indicate dal segno [...]

Quando il mondo ha affrontato la pandemia di COVID-19, la maggior parte di noi non si aspettava che avrebbe influenzato così profondamente tutti gli aspetti della vita umana. Le decisioni improvvise sulle regole di isolamento sociale e le serrate hanno interrotto in modo significativo il lavoro in tutti i settori e le industrie, al di là della portata della crisi sanitaria globale. Di conseguenza, le aziende e i dipendenti hanno rapidamente adottato modelli di lavoro a distanza. Questo ha portato molti dipendenti a riconoscere i vantaggi del lavoro a distanza, come la flessibilità, il comfort e l'equilibrio tra lavoro e vita privata [[1](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10062397/#R1)]. Tuttavia, nel mondo degli af-

fari sono emerse spesso anche disuguaglianze lavorative e salariali, un aumento del carico di lavoro e conflitti di ruolo. Questo ha alterato e sconvolto gli atteggiamenti, le abitudini e i comportamenti lavorativi dei dipendenti, provocando burnout, intenzione di turnover e disimpegno. Di conseguenza, molte persone in entrambi gli scenari hanno iniziato a dimettersi dalle loro posizioni attuali, tra cui decine di milioni di persone negli Stati Uniti. Questo movimento, rapidamente definito 'La Grande Dimissione', ha occupato le prime pagine dei media e si è diffuso rapidamente oltre gli Stati Uniti, includendo, ma non limitandosi a, l'Europa e l'Asia - anche se in misura minore. In effetti, le autorità europee hanno affermato che i tassi di partecipazione all'occupazione erano al di sopra dei livelli pre-pandemia. Un effetto simile, anche se minore, è stato osservato in Asia [[2](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10062397/#R2)].

Anche se questo movimento sta diminuendo, le persone hanno ancora bisogno di un migliore equilibrio tra lavoro e vita privata. Questo ha portato a un'altra tendenza chiamata 'quiet quitting' o 'silent resignation' nel mondo degli affari. Non si riferisce all'abbandono di un lavoro, ma indica piuttosto un comportamento lavorativo adottato [[3](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10062397/#R3)]. I dipendenti eseguono 'solo' i compiti assegnati nell'ambito della loro mansione, senza sforzi supplementari e lavorando con dedizione. Non intendono superare i loro obblighi di base; scelgono di svolgere tutti i loro compiti durante l'orario di lavoro, rifiutando la mentalità di essere disponibili per altro lavoro dopo l'orario di lavoro. In altre parole, adottano il motto 'lavorare per vivere' anziché 'vivere per lavorare'. Questo permette ai dipendenti di stabilire dei confini tra lavoro e vita personale. Lavorano con la consapevolezza di 'lasciare il lavoro al lavoro' per risparmiare energia per la loro vita sociale ([Figura 1](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10062397/#F1)). Non tutti i dipendenti hanno la possibilità di lasciare il proprio lavoro, il che porterà molto probabilmente le persone che tornano alla loro posizione dopo essersi dimesse o che non possono dimettersi ad adottare questo atteggiamento [[4](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10062397/#R4)].

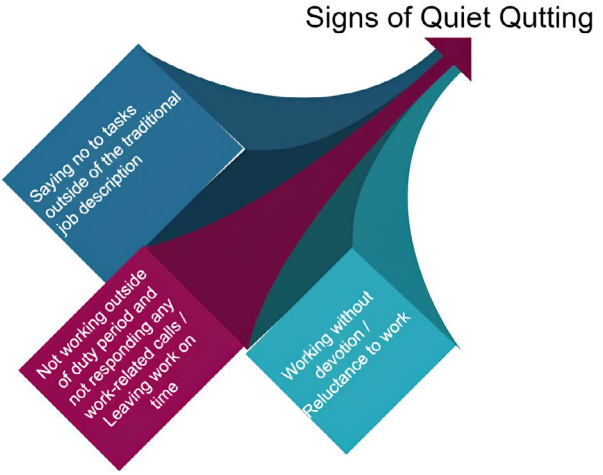


Figura 1. Il riassunto di base delle azioni d'abbandono silenzioso. Dalla collezione personale degli autori.

Sebbene sia stato adottato nella maggior parte dei settori, il modello di lavoro a distanza non è stato applicato agli operatori sanitari (HW). L'aumento dei casi e la carenza di personale medico e di attrezzature hanno portato a una risposta insufficiente alla crisi urgente della domanda di assistenza sanitaria. Di conseguenza, gli HW hanno dovuto affrontare molte sfide sin dall'inizio della crisi pandemica [5]. Pertanto, è fondamentale affrontare le enormi difficoltà che gli HW hanno dovuto affrontare e le loro preoccupazioni per la salute.

Sebbene le assunzioni di personale sanitario siano aumentate nella maggior parte dei paesi, si prevede che la massiccia ondata di dimissioni colpirà inevitabilmente il settore sanitario. Le lavoratrici con figli, quelle più giovani, quelle che si occupano di cure primarie e le HW in prima linea costituiscono il gruppo più numeroso disposto a lasciare il settore. Inoltre, gli HW che non sono disposti a lasciare il settore sanitario possono perseguire carriere alternative nella stessa professione o in ambiti diversi, con orari e carichi di lavoro ridotti [6,7]. È facile comprendere le ragioni alla base dell'aumento dei cambiamenti nel comporta-

mento lavorativo degli assistenti sanitari. Il rischio significativo di infezioni, le condizioni di lavoro avverse, la recessione economica, l'inflazione, le disparità di carico di lavoro e di pagamento, la cultura organizzativa tossica, la violenza fisica e verbale, l'ansia, la depressione, il burnout e la conseguente rottura dell'equilibrio tra lavoro e vita privata sembrano aver causato un drastico cambiamento nell'atteggiamento degli operatori sanitari verso il mantenimento di questo equilibrio e l'aumento della qualità della vita [1,3]. Le sfide relative alla gestione della vita quotidiana, che hanno portato all'interruzione dell'equilibrio tra lavoro e vita privata, hanno contribuito a diminuire l'impegno lavorativo e ad aumentare lo stress. La lontananza dalla vita sociale e il timore di trasmettere l'infezione ai familiari hanno fatto sì che gli HW pensassero anche alle loro condizioni di lavoro e alla soddisfazione professionale [7].

Nonostante gli sforzi per aumentare la motivazione degli HW, l'incapacità di gestire questi problemi ha evidenziato come la cultura organizzativa tossica potrebbe essere un ostacolo significativo agli sforzi di miglioramento. L'incertezza, la mancanza di piani d'azione ben strutturati, i problemi di comunicazione, le disuguaglianze nel carico di lavoro, nel reddito e nell'equipaggiamento protettivo (la cui distribuzione era basata sulla professione e sull'anzianità), la mancanza di apprezzamento da parte dei colleghi o dei pazienti, le limitazioni alle dimissioni e alle ferie annuali, nonché i fattori associati che spingevano gli HW a sentirsi vittime di ingiustizie, hanno contribuito ai cambiamenti negli atteggiamenti e nei comportamenti lavorativi [2,7]. Oltre a ciò, l'aumento dell'esposizione alla violenza fisica è forse il fattore più cruciale che non dovrebbe essere ignorato. Nei paesi fragili con strutture organizzative tossiche, l'assenza di leggi severe ha alimentato i tassi di violenza e messo gli operatori sanitari in una posizione sfavorevole [8]. Infatti, l'idea di avere maggiori probabilità di essere puniti in caso di denuncia, nonostante la violenza subita, o che le sanzioni legali contro l'autore dell'atto violento non avrebbero funzionato, è stata adottata da alcuni operatori sanitari e ha portato a un aumento dei problemi psicologici.

Hanno iniziato a mettere in discussione i loro prossimi passi, a riconsiderare la loro vita e a cercare di raggiungere un equilibrio tra lavoro e vita privata, soprattutto a causa delle preoccupazioni sull'aspettativa di vita e sul luogo di lavoro.

Potrebbe venire in mente la seguente domanda: 'Il quiet quitting rappresenta una minaccia significativa anche se non c'è una riduzione del numero di dipendenti?' Considerando il tasso crescente di giovani nella forza lavoro e la maggiore adozione di questa nuova tendenza a livello globale, la risposta sarebbe 'sì'.

Il movimento di dimissioni è ancora in corso e non si fermerà. Nei prossimi anni, il deficit di oltre 1 milione di lavoratori della salute (HW) sarà evidente. Nel quiet quitting, i dipendenti agiscono solo nell'ambito delle loro mansioni, senza passione né impegno lavorativo. Se consideriamo la percentuale crescente di giovani dipendenti, dobbiamo analizzare criticamente il futuro della qualità dell'assistenza sanitaria. La cooperazione tra pazienti e fornitori di assistenza sanitaria e un ambiente ben strutturato sono forti determinanti della qualità dell'assistenza sanitaria. Pertanto, il miglioramento della cultura organizzativa è essenziale per ottenere atteggiamenti, comportamenti, piacere e impegno appropriati per i membri dell'organizzazione. Alcune caratteristiche personali, come la compassione, la devozione, l'empatia, il tocco terapeutico, l'atteggiamento gentile e l'eccellente comunicazione, sono necessarie, ma non sono elencate nella descrizione del lavoro degli HW. Considerando l'aumento del tasso di partecipazione della Gen Z nella forza lavoro nei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), è necessario prevedere che le generazioni successive daranno forma ai cambiamenti negli atteggiamenti e nei comportamenti degli HW e che saranno più dipendenti dall'equilibrio tra lavoro e vita privata. Sebbene non si oppongano all'istituzionalismo aziendale, favoriscono la flessibilità, l'apprezzamento, l'autonomia e l'equilibrio tra lavoro e vita privata e sono più desiderosi di lavorare a distanza e meno inclini a lavorare con dedizione. Considerando le differenze generazionali, diventa chiaro che dobbiamo migliorare

la qualità dell'assistenza sanitaria implementando miglioramenti organizzativi per promuovere il coinvolgimento aziendale.

In sintesi, le risorse umane hanno affrontato per lungo tempo il rischio di infezioni, condizioni di lavoro avverse, violenza fisica e verbale, disparità nel carico di lavoro e pagamenti, limitazioni nella partecipazione alle attività sociali e interruzione dell'equilibrio tra lavoro e vita privata. L'inadeguatezza dei tentativi di risolvere questi problemi ha fatto sì che cambiasse il loro atteggiamento e i loro comportamenti lavorativi. Le tendenze attuali sottolineano l'importanza di comprendere le ragioni alla base delle dimissioni dei dipendenti e di capire come prevenirle in tempo. La nuova tendenza del 'quiet quitting' è stata adottata in molti Paesi, soprattutto tra i giovani dipendenti, e potrebbe influire negativamente sulla qualità dell'assistenza sanitaria, innescando una cultura organizzativa tossica.

L'epidemia ha innescato cambiamenti radicali in tutti i settori dell'attività umana, compresa l'assistenza sanitaria. Abbiamo imparato l'importanza di proteggere e migliorare la salute oltre agli aspetti clinici specifici del paziente; abbiamo bisogno di una cultura organizzativa ben strutturata, di un'economia solida e ben fondata, di centri sanitari e operatori sanitari ben attrezzati, di pratiche politiche adeguate e molto altro ancora. I sistemi sanitari sono solo un'area in cui è necessario apportare cambiamenti fondamentali prima che sia troppo tardi. Le risorse umane sono essenziali per il funzionamento dei sistemi sanitari; l'espansione della copertura sanitaria e il raggiungimento del diritto al più alto livello di salute possibile si basano sulla disponibilità, l'accessibilità, l'accettazione e la qualità dell'assistenza sanitaria. I responsabili politici devono compiere i passi necessari per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, considerando le differenze di genere, famiglia, professione e gruppo di età, in linea con gli sviluppi tecnologici, scientifici e sociali. Inoltre, dobbiamo ricordare i fattori che riducono l'impegno organizzativo, la soddisfazione lavorativa, la produttività e la motivazione. Agire nel quadro della cooperazione internazionale contribuirà a una maggiore armonia tra le società.

3 - L'IMPATTO DEL SIGNIFICATO DELLA VITA E DELLA FELICITÀ PROFESSIONALE SULL'INTENZIONE DI TURNOVER DEGLI OPERATORI SANITARI: UNO STUDIO TRASVERSALE DALLA CINA

YUTING HUANG, HUILIN ZHANG, ZUMING QIN, YING ZOU, ZHILING FENG & JIAO CHENG

Tratto e tradotto da
Huang Y. et al. L'impatto del significato della vita e della felicità professionale sull'intenzione di abbandono del personale sanitario: uno studio trasversale dalla Cina. Human Resources for Health, 17 novembre 2023; 21:92. doi: 10.1186/s12960-023-00878-6
https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-023-00878-6
Human Resources for Health. Rivista che esamina le politiche, la formazione e la gestione delle risorse umane in sanità per migliorare l'accesso e la qualità dei servizi sanitari.

Le parti omesse dal curatore rispetto all'originale sono indicate dal segno [...]

Introduzione

Il turnover e la carenza di operatori sanitari (HCW) sono stati un problema mondiale per le organizzazioni sanitarie. L'obiettivo primario di questo studio è stato identificare i fattori che influenzano l'intenzione degli operatori sanitari cinesi di lasciare il proprio lavoro, in particolare il significato della vita e la felicità professionale.

Metodi
Questo studio osservazionale trasversale, condotto su 1.125 operatori sanitari a tempo pieno, ha valutato le variabili demografiche, il significato della vita, la felicità professionale e l'intenzione di turnover mediante un sondaggio. Il sondaggio è stato distribuito agli operatori sanitari di tre ospedali terziari. I dati sono stati analizzati con test T, ANOVA, test di Kruskal-Wallis e modello di regressione lineare gerarchica.

Risultati
Ci sono state differenze statisticamente significative nell'intenzione di turnover degli operatori sanitari in base a sesso, età, ruolo, livello di istruzione, anni di pratica e numero di turni notturni mensili. Il senso della vita e la felicità professionale degli operatori sanitari erano associati negativamente all'intenzione di turnover. Inoltre, dopo il controllo di altri fattori, il senso della vita spiegava il 3,7% dell'intenzione di turnover e la felicità professionale il 13,4%.

Conclusione
Nel nostro studio, i fattori psicologici positivi sono stati correlati alle intenzioni di turnover. La felicità professionale è stata il predittore più forte. Pertanto, i responsabili delle risorse umane del settore sanitario dovrebbero promuovere la psicologia positiva tra gli operatori sanitari per ridurre il loro turnover.

3.1 PREMESSA

Il turnover sembra essere inevitabile nella gestione delle risorse umane, in quanto indica il flusso di personale all'interno di un'organizzazione [1]. Un elevato turnover può comportare un aumento dei costi, delle difficoltà di gestione e una diminuzione del morale [2]. Diventa una preoccupazione prevalente nel settore sanitario, dove gli operatori sanitari (HCW) devono affrontare carichi di lavoro maggiori, salari ridotti e condizioni di lavoro difficili [3]. In particolare, i risultati di una revisione

sistematica globale hanno mostrato un tasso di turnover del 47,0% per i medici di base (GP) [4]. Il tasso di turnover del personale infermieristico ospedaliero era del 41,3% [5]. In Cina, il 70,0% dei medici di base aveva l'intenzione di andarsene [6]. Anche con la riforma del meccanismo di incentivazione del personale sanitario, il tasso di intenzione di turnover degli operatori sanitari a Shanghai ha raggiunto il 15,8% [7]. Di conseguenza, il turnover del personale sanitario può avere un impatto profondo sui profitti degli ospedali. Ad esempio, un recente rapporto negli Stati Uniti ha evidenziato che ogni punto percentuale di aumento del turnover degli infermieri costa agli ospedali una media di 52.350 dollari [8]. Inoltre, il turnover e la carenza di personale sanitario hanno ricevuto un'attenzione significativa come problema globale, che influisce sulle prestazioni delle organizzazioni sanitarie.

L'intenzione di turnover è definita come la probabilità che i dipendenti dell'organizzazione se ne vadano volontariamente a un certo punto nel prossimo futuro [9]. Si tratta della visione individuale di una possibile partenza ed è considerata il più forte predittore della partenza effettiva del personale medico [10]. L'intenzione individuale di andarsene può riflettere i problemi di gestione dell'organizzazione, come il basso status lavorativo, l'assenteismo e le scarse prestazioni, e la sua comprensione può aiutare le organizzazioni a trovare modi per prevenire o ridurre le partenze effettive del personale. Pertanto, l'intenzione di turnover è l'obiettivo di questo studio. È importante notare che le indagini hanno dimostrato che il turnover dei dipendenti è associato a un reddito basso [11], a condizioni di lavoro scadenti [12], a un elevato stress legato al lavoro [13] e alla frequente violenza sul posto di lavoro [14]. Tuttavia, poche ricerche esplorano il ruolo psicologico del turnover dei dipendenti."

La psicologia positiva sostiene un orientamento positivo della psicologia, studiando le qualità psicologiche positive degli esseri umani e concentrandosi sulla loro salute, sul benessere e sullo sviluppo armonioso. Inoltre, lo stato psicologico positivo degli operatori sanitari aiuta a coltivare e a gestire efficace-

mente il loro potenziale psicologico, migliorando così le loro prestazioni lavorative. Tuttavia, la maggior parte degli studiosi si è concentrata sull'inefficienza dei dipendenti e sulle disfunzioni organizzative, piuttosto che sul potenziale dei dipendenti e sui punti di forza positivi, soprattutto tra gli operatori sanitari. Inoltre, il significato della vita e la felicità professionale sono due componenti importanti della psicologia positiva. Il primo indica che un individuo trova l'obiettivo della vita riflettendo sulla propria ragione o scopo dell'esistenza. Ha un effetto moderatore sulla salute mentale in condizioni di stress ed è essenziale per la sopravvivenza personale nelle avversità. Inoltre, è associato alle emozioni positive, alla soddisfazione di vita e all'autoefficacia decisionale nella carriera. La felicità professionale, un effetto energetico positivo dei dipendenti nel loro lavoro, è una sensazione legata alla professione generata dalla realizzazione del proprio valore e delle proprie emozioni. Si tratta della soddisfazione psicologica dei dipendenti ottenuta direttamente dalle prospettive legate al lavoro, come il contenuto del lavoro, l'ambiente e la retribuzione. Sebbene questo concetto sia relativamente nuovo, è dimostrato che investire nella felicità professionale all'interno delle organizzazioni può portare al successo. In sintesi, questo studio sostiene che una psicologia più positiva (ad esempio, il significato della vita e la felicità professionale) predice negativamente l'intenzione di turnover degli operatori sanitari. Pertanto, questo studio si propone di esplorare il significato della vita e la felicità professionale degli operatori sanitari, nonché l'impatto delle due componenti psicologiche sull'intenzione di turnover degli operatori sanitari. A tal fine, è stata condotta un'indagine trasversale in tre ospedali di Hunan, in Cina. Inoltre, i fattori che influenzano il turnover devono essere meglio compresi dai direttori sanitari distrettuali, che sono cruciali a livello operativo del sistema sanitario e rappresentano motori di performance essenziali nei loro distretti.

3.2 DISEGNO DELLO STUDIO, CAMPIONAMENTO E PARTECIPANTI

Questo studio è stato progettato come uno studio osservazionale trasversale. Ha incluso operatori sanitari di tre ospedali terziari di livello A nella provincia di Hunan, da marzo 2023 ad aprile 2023. In Cina, gli ospedali sono classificati in tre categorie: primario, secondario e terziario (il più alto). Inoltre, in base alla loro capacità di fornire cure mediche, educazione medica e condurre ricerche, e considerando un punteggio totale di 1000 punti, gli ospedali sono suddivisi in livello A (il più alto), B, C e così via. Gli ospedali terziari (con più di 501 posti letto) forniscono servizi medici e sanitari a tutte le regioni, province, città e nel Paese, offrendo servizi medici e sanitari specializzati di alto livello e portando avanti l'istruzione superiore e la ricerca scientifica. Il livello A è assegnato a quelli con oltre 900 punti. In particolare, gli ospedali terziari di livello A sono considerati i migliori in Cina. L'elenco dei requisiti per il personale è il seguente: (1) almeno 1,03 tecnici sanitari per letto; (2) almeno 0,4 infermieri per letto; (3) il direttore di ogni reparto deve avere il titolo di vice primario o superiore; (4) non meno di 2 nutrizionisti clinici; (5) non meno dell'1% di tecnici ingegneri. Ad esempio, in un ospedale terziario di livello A nella provincia di Hunan, il numero di servizi ambulatoriali e di emergenza era di 4,152 milioni, con 175.000 pazienti dimessi e 142.000 interventi chirurgici nel 2022. L'ospedale ha attualmente 5.301 dipendenti, tra cui 2.558 infermieri registrati. In primo luogo, è stato utilizzato il campionamento casuale a grappolo. I numeri casuali sono stati generati al computer per ciascuno dei 57 ospedali terziari della provincia di Hunan, e i tre ospedali con i numeri casuali più piccoli sono stati selezionati per il sondaggio. In secondo luogo, è stato applicato un campionamento di convenienza per reclutare volontari per il questionario dai dipartimenti clinici dei tre ospedali, dai dipartimenti medici e tecnici, dai centri di ricerca e dai dipartimenti amministrativi.

Questo studio è stato condotto secondo rigorosi criteri di inclusione ed esclusione per i partecipanti al sondaggio. I criteri

di inclusione sono i seguenti: (1) operatori sanitari, (2) lavoro a tempo pieno in ospedali terziari di livello A, (3) condizioni fisiche e mentali normali e (4) partecipazione volontaria al sondaggio. I criteri di esclusione includono i tirocinanti che non avevano ancora ottenuto il certificato di pratica. Prima di completare il questionario, ogni partecipante ha ricevuto una formazione online di 15-25 minuti, che comprendeva lo scopo, il contenuto, il processo e le precauzioni del sondaggio.

Lo studio ha raccolto i dati attraverso una piattaforma di questionari online (https://www.wjx.cn/). Il project manager era responsabile di contattare i direttori infermieristici degli ospedali, che hanno assistito nel reclutamento dei volontari, nella formazione e nella distribuzione del questionario. Nel processo di compilazione del questionario, se c'erano informazioni mancanti, dopo che i partecipanti avevano cliccato su "invia", appariva un messaggio per compilare le parti mancanti; non potevano inviare con successo il questionario fino a che non avessero completato tutte le informazioni, garantendo così la completezza del questionario. Il sistema è stato impostato in modo da consentire a ciascun rispondente di completare il questionario una sola volta, per evitare duplicazioni. Due ricercatori del team hanno monitorato i dati in tempo reale e li hanno esportati quando non venivano generati nuovi dati per una settimana. Altri due ricercatori hanno controllato due volte la qualità dei questionari e hanno escluso quelli brevi che violavano i requisiti o presentavano risposte contraddittorie. Durante il periodo del sondaggio, sono stati raccolti 1.214 questionari, di cui 1.125 erano validi, con un tasso di ritorno ragionevole del 92,67%. Inoltre, gli autori hanno seguito la lista di controllo Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) per gli studi trasversali.

3.3 STIMA DEL CAMPIONE

Per l'analisi di regressione, la dimensione del campione è stata calcolata utilizzando $N \geq 20*m$ (dove m è il numero di va-

riabili indipendenti) per verificare la validità. Il nostro studio ha testato 46 variabili indipendenti in ogni ospedale, quindi la dimensione minima del campione è stata di 920. Considerando un tasso di attrito del 15%, abbiamo stimato una dimensione del campione più grande, ossia un minimo di 1.083 operatori sanitari necessari per questo studio. Pertanto, la dimensione del campione per questo studio era adeguata.

3.4 CONSIDERAZIONI ETICHE

I partecipanti sono stati informati dello scopo dello studio, che la loro partecipazione era volontaria e che avevano il diritto di interrompere la loro partecipazione in qualsiasi momento. Prima di rispondere al questionario, i partecipanti hanno dovuto leggere e accettare il modulo di consenso informato. I questionari erano anonimi e i dati dello studio erano archiviati in un computer criptato a cui poteva accedere solo il ricercatore. Questo studio è stato approvato dal Comitato di Revisione Etica della Ricerca Infermieristica e Medicina Comportamentale della Scuola di Infermieristica della Central South University (Approvazione n. E202361).

3.5 MISURE DEI RISULTATI

3.5.1 CARATTERISTICHE PERSONALI E PROFESSIONALI

Questo includeva il sesso, l'età, lo stato civile, il ruolo, il livello di istruzione, gli anni di pratica, il titolo professionale, il reddito mensile e il numero di turni notturni mensili.

3.5.2 IL SIGNIFICATO DELLA VITA

In questo studio è stata utilizzata la versione cinese del questionario sul significato della vita (MLQ). Questa scala è stata sviluppata da Steger nel 2006 [23] e tradotta in cinese da

Mengcheng W nel 2008 [24]. Viene utilizzata per valutare il livello di significato della vita. La scala contiene 10 elementi, suddivisi in due dimensioni: la ricerca di significato (MLQ-S) e la presenza di significato (MLQ-P), con 5 elementi in ciascuna dimensione. Ogni elemento è valutato su una scala Likert a 7 punti, con un punteggio totale che va da 10 a 70. I punteggi più alti indicano un livello più elevato di significato della vita. Inoltre, i coefficienti di Cronbach'α per ciascuna dimensione e per la scala totale sono compresi tra 0,82 e 0,85 [24].

3.5.3 LA FELICITÀ PROFESSIONALE

La Scala di Felicità Professionale per i Medici è stata sviluppata da Dongmei H nel 2011 [25], e misura la felicità dei medici sul lavoro. La scala è composta da 24 voci suddivise in 5 dimensioni, tra cui 6 voci sulla salute fisica e mentale, 6 voci sui valori o sulle capacità, 5 sul supporto sociale, 3 sul reddito e 4 sull'ambiente di lavoro. Ogni voce è valutata su una scala Likert a 5 punti che va da 1 (per niente) a 5 (completamente), e il punteggio totale va da 24 a 120. Più alto è il punteggio, maggiore è la felicità. I coefficienti di Cronbach α per ciascuna dimensione e per la scala totale sono compresi tra 0,84 e 0,97 [25].

3.5.4 INTENZIONE DI TURNOVER

La Scala dell'Intenzione di Turnover utilizzata in questo studio è stata sviluppata da Michael e Spector nel 1982 [26]. È stata tradotta e rivista nella versione cinese da Don-Yon L e Gin-Yuan L [27]. Xinbin F [28] ha adattato la scala per l'uso tra gli operatori sanitari. La scala è composta da tre domande. Ciascuna voce viene valutata utilizzando una scala Likert a 4 punti che va da 1 (mai) a 4 (spesso), e il punteggio totale varia da 3 a 12. I punteggi più alti indicano una maggiore probabilità di abbandonare il lavoro attuale. Basata sulle condizioni nazionali cinesi, la scala è stata ampiamente accettata come misura per valutare la disponibilità degli operatori sanitari cinesi a lasciare il proprio lavoro. Inoltre, ha dimostrato un'elevata affidabilità. Il coefficiente di Cronbach α della scala è di 0,878 [28].

3.5.5 ANALISI DEI DATI

L'analisi dei dati è stata condotta con SPSS 26.0. Sono state utilizzate le statistiche descrittive per descrivere le caratteristiche demografiche, il significato della vita, la felicità professionale e l'intenzione di turnover tra gli operatori sanitari. Le differenze nell'intenzione di turnover tra le caratteristiche demografiche sono state esaminate mediante test t, analisi della varianza a senso unico (ANOVA) o test di Kruskal-Wallis. Per i confronti multipli sono state utilizzate la correzione LSD e Bonferroni. Inoltre, è stata applicata l'analisi di correlazione di Pearson per verificare la correlazione tra il significato della vita, la felicità professionale e l'intenzione di turnover. Le variabili indipendenti con $P < 0,1$ nell'analisi della varianza unidirezionale e nell'analisi di correlazione sono state incluse in un'analisi di regressione lineare gerarchica, con l'intenzione di turnover come variabile dipendente. Le variabili indipendenti sono state inserite in tre fasi: la prima fase consisteva nell'aggiungere al modello le variabili di controllo, come il sesso, il gruppo di età e lo stato civile; il significato della vita è stato aggiunto nella seconda fase; e la felicità è stata aggiunta nella terza fase. Tutte le differenze sono state testate con un test a due code e il livello di significatività è stato fissato a $P < 0,05$.

3.6 RISULTATI

3.6.1 CARATTERISTICHE E ANALISI UNI VARIATA DEGLI OPERATORI SANITARI

Dei 1125 intervistati nei tre ospedali terziari, l'84,70% era di sesso femminile. L'età media dei partecipanti era di (30,64 ± 4,64) anni. La maggior parte erano infermiere, sposate e avevano conseguito una laurea. Dall'analisi univariata, sono emerse differenze statisticamente significative ($p < 0,05$) nell'intenzione di turnover in termini di sesso, età, ruolo, livello di istruzione, anni di pratica e numero di turni notturni (mensili) (Tabella 1).

Caratteristiche	Partecipanti, n. (%)	Intenzione di fatturato (M ± SD)	t/F/Z	P
Genere				
Uomo	172 (15.3)	6.96 ± 2.078	- 2.331^{t}	0.020
Donna	953 (84.7)	7.32 ± 1.847		
Gruppo di età				
< 30	456 (40.5)	7.45 ± 1.855	3.974^{F}	0.019
30-40	657 (58.4)	7.15 ± 1.893		
41-51	11 (1.1)	6.67 ± 2.387		
Stato civile				
Non sposato	424 (37.7)	7.42 ± 1.874	2.456^{F}	0.086
Sposato	686 (61.0)	7.19 ± 1.889		
Divorziato	15 (1.3)	6.80 ± 2.042		
Ruolo				
Medico	129 (11.5)	7.70 ± 1.818	41.809^{Z}	< 0.001
Infermiera	779 (69.2)	7.40 ± 1.763		
Tecnico di laboratorio o di radiologia	112 (10.0)	6.61 ± 2.072		
Ricercatore (senza ruolo clinico)	10 (0.9)	7.30 ± 2.058		
Amministrativo	95 (8.4)	6.36 ± 2.269		
Livello di istruzione				
Laurea associata o inferiore	26 (2.3)	7.35 ± 1.765	3.734^{F}	0.011
Laurea triennale	767 (68.2)	7.34 ± 1.819		
Laurea specialistica	216 (19.2)	6.89 ± 1.976		
Laurea in medicina o superiore	116 (10.3)	7.46 ± 2.116		

Anni di pratica				
≤ 5	394 (35.0)	7.31 ± 1.919		
6-10	472 (42.0)	7.52 ± 1.757		
11-15	171 (15.2)	6.95 ± 1.977		
16-20	69 (6.1)	6.48 ± 1.720		
> 20	19 (1.7)	5.79 ± 2.440		
Titolo professionale				
Titolo principale	503 (44.7)	7.38 ± 1.895		
Titolo centrale	598 (53.2)	7.18 ± 1.863		
Titolo di vice-senior	20 (1.8)	7.10 ± 2.532		
Titolo senior	4 (0.4)	7.25 ± 0.500		
Reddito (CNY)				
≤ 6000	219 (19.5)	7.47 ± 2.005	2.042[F]	0.130
6001-9000	408 (36.3)	7.29 ± 1.830		
> 9000	498 (44.3)	7.16 ± 1.878		
Numero di turni notturni (mensile)				
Nessuno	205 (18.2)	6.55 ± 2.152	47.300[Z]	< 0.001
< 5	315 (28.0)	7.19 ± 1.892		
5-9	358 (31.8)	7.46 ± 1.791		
10-15	194 (17.2)	7.58 ± 1.628		
> 15	53 (4.7)	8.08 ± 1.426		

Tabella 1. Caratteristiche e analisi univariata dell'intenzione di turnover (n = 1125). Un diploma associato richiede 3 anni di istruzione universitaria dopo il diploma di scuola media superiore (da 10 a 12 anni) o 5 anni di istruzione universitaria dopo il diploma di scuola media inferiore (da 7 a 9 anni).

CNY: *Yuan cinese*
[t]*Test T*
[F] *Analisi della varianza a senso unico*
[Z]*Test di Kruskal-Wallis*

3.7 ANALISI DESCRITTIVA

La Tabella 2 mostra i dati descrittivi delle variabili dello studio. Il punteggio dell'intenzione di turnover era di 7,27 (SD = 1,888). Il punteggio del significato della vita è stato di 49,96 (SD = 8,499), con un punteggio di 24,15 (SD = 4,464) per la presenza di significato e 25,81 (SD = 5,194) per la ricerca di significato. Inoltre, il punteggio totale della felicità professionale è stato di 78,86 (SD = 15,256), con i punteggi medi più bassi nelle dimensioni della salute fisica e psicologica e del reddito. Più della metà del personale medico a volte (43,5%) o spesso (10,6%) ha preso in considerazione l'idea di dimettersi dal proprio lavoro, e la maggior parte non sceglierebbe di lavorare di nuovo nella professione medica dopo essersi dimesso (Tabella 3).

Articolo	Intervallo di punteggio	Media ± SD
Aspettative di reddito	3-12	7.27 ± 1.888
Il significato della vita	10-70	49.96 ± 8.499
La presenza di significato, MLQ-P	5-35	24.15 ± 4.464
La ricerca di significato, MLQ-S	5-35	25.81 ± 5.194
Felicità professionale	24-120	78.86 ± 15.256
Salute fisica e psicologica	6-30	16.67 ± 5.730
Valore o capacità	6-30	20.42 ± 4.561
Sostegno sociale	5-25	19.74 ± 3.374
Reddito	3-15	8.68 ± 2.872
Ambiente di lavoro	4-20	13.36 ± 3.137

Tabella 2. Punteggi totali e punteggi delle varie dimensioni (n = 1125).

Articolo	Mai	Raramente	A volte	Frequentemente
Prenderà in considerazione l'idea di dimettersi?	220 (19.6)	297 (26.4)	489 (43.5)	119 (10.6)

Cercherebbe lo stesso lavoro dopo essersi licenziato?	337 (33.5)	353 (31.4)	231 (20.5)	164 (14.6)
Cambierebbe lavoro di natura diversa dopo essersi licenziato?	193 (17.2)	257 (22.8)	420 (37.3)	255 (22.7)

Tabella 3. Distribuzione di ogni voce dell'intenzione di fatturato, partecipanti, n. (%).

3.8 ANALISI BIVARIATA

La Tabella 4 mostra la correlazione tra significato della vita, felicità professionale e intenzione di turnover. Sono state trovate correlazioni significative tra tutte le variabili studiate. Il significato della vita e tutte le sue dimensioni erano correlate positivamente con la felicità professionale e negativamente con l'intenzione di turnover. La felicità professionale era correlata negativamente con l'intenzione di turnover.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Il significato della vita	1								
2. La presenza di un significato	0.859**	1							
3. La ricerca del significato	0.898**	0.546**	1						
4. Felicità professionale	0.464**	0.467**	0.358**	1					
5. Salute fisica e psicologica	0.278**	0.326**	0.175**	0.770**	1				
6. Valore o capacità	0.435**	0.438**	0.336**	0.861**	0.513**	1			
7. Sostegno sociale	0.418**	0.396**	0.343**	0.718**	0.360**	0.601**	1		
8. Reddito	0.312**	0.296**	0.256**	0.727**	0.428**	0.579**	0.388**	1	
9. Ambiente di lavoro	0.383**	0.343**	0.332**	0.767**	0.396**	0.620**	0.532**	0.581**	1
10. Intenzione di turnover	- 0.218**	- 0.250**	- 0.142**	- 0.452**	- 0.403**	- 0.364**	- 0.304**	- 0.316**	- 0.316**

*Tabella 4. Rilevanza delle variabili. **p < 0,01 (a due code)*

[...]

3.9 DISCUSSIONE

Data l'ampia popolazione cinese, il pesante carico di lavoro degli operatori sanitari e la difficoltà di cambiare il loro ambiente di lavoro a breve termine, è importante che questo studio si concentri sulla psicologia positiva degli operatori sanitari per ridurre il turnover. Questo studio ha esplorato l'impatto del significato della vita e della felicità professionale degli operatori sanitari cinesi sull'intenzione di turnover. Nel frattempo, abbiamo analizzato e controllato il ruolo di alcune caratteristiche personali e professionali sull'intenzione di turnover. Il punteggio dell'intenzione di turnover degli operatori sanitari in questo studio è stato di (7,27 ± 1,888), con un punteggio medio di (2,42 ± 0,629), superiore a quello degli operatori sanitari dell'ospedale dell'Ontario, in Canada [29]. Questi due studi sono stati condotti in un momento particolare, quando la COVID-19 si stava concludendo e stava per verificarsi. A seguito di un'epidemia di COVID-19 prolungata, l'aumento dell'intenzione di turnover può essere dovuto al carico di lavoro stressante, alla difficoltà di conciliare vita privata e lavoro e alla paura della morte durante il periodo COVID-19 [30]. Inoltre, la Teoria della Gestione del Terrore (TMT) suggerisce che la consapevolezza della morte scatena l'ansia da morte e promuove la riflessione sul significato e sullo scopo della vita, favorendo la percezione dell'autotrascendenza [31]. Sulla base di ciò, è stato rilevato che l'ansia di morte indotta dal COVID-19 influisce indirettamente sull'intenzione di turnover, aumentando la necessità di un lavoro significativo. Inoltre, questo effetto diminuisce con l'aumento dell'importanza del compito medico [32]. In altre parole, l'aumento dell'intenzione di turnover può derivare da un meccanismo costruttivo e autotrascendente. Gli operatori sanitari aspirano a scoprire il significato più profondo della vita e a trovare appagamento nel loro lavoro, riconoscendo la loro autostima intrinseca attraverso

i loro sforzi professionali; ciò sembra essere supportato dai livelli più bassi di significato della vita e di felicità professionale rilevati dal sondaggio. Inoltre, questo ha convalidato la necessità di condurre questo studio. I risultati dello studio forniscono anche strategie per le organizzazioni sanitarie cinesi al fine di ridurre il turnover del personale, migliorare il comportamento lavorativo e aumentare l'efficacia organizzativa.

Abbiamo trovato interessante il fatto che, nell'ambiente di lavoro sanitario, le donne abbiano mostrato una maggiore intenzione di andarsene e che altri ricercatori abbiano ottenuto gli stessi risultati [33]. Inoltre, alcuni studi hanno concluso che il genere non influisce sul turnover [34]. Tuttavia, studi condotti in altri ambienti di lavoro hanno suggerito che gli uomini mostrerebbero un'intonazione di turnover più elevata [35]. Questa contraddizione può rivelare che il genere può avere un ruolo specifico in questo senso, ma non è conclusiva. Nessuno studio specifico ha esaminato le differenze di genere nell'intenzione di turnover e se tali differenze esistano nel comportamento effettivo di abbandono. I risultati del nostro studio non hanno mostrato alcuna differenza statisticamente significativa nel guadagno medio mensile raggiunto dal personale medico maschile e femminile ($Z = 0{,}035$, $p = 0{,}851$). Tuttavia, il personale femminile ha mostrato una felicità professionale inferiore rispetto ai maschi, il che si rifletteva nella dimensione della salute fisica e psicologica e nella dimensione del valore (File aggiuntivo 1: Appendice S1); ciò era probabilmente legato all'intenzione di turnover più elevata del personale femminile. Naturalmente, l'alta percentuale di dipendenti di sesso femminile in questo studio (84,7%) può aver influenzato i risultati. Inoltre, l'intenzione di turnover dei dipendenti ha mostrato una variabilità in base all'età, al ruolo, al livello di istruzione e agli anni di esperienza. I risultati dei confronti multipli (File aggiuntivo 1: Appendice S2) hanno suggerito che l'intenzione di turnover era più alta tra gli operatori sanitari di età inferiore ai 30 anni e i medici, mentre era più bassa tra coloro che possedevano un master. In particolare, l'intenzione di turnover è diminuita con l'aumentare degli anni di esperienza.

Nella teoria della giustizia organizzativa, diventa evidente che i dipendenti si impegnano in un'analisi comparativa perpetua delle ricompense che ricevono (stipendio, bonus, promozioni, ecc.) rispetto ai loro input individuali (istruzione, intelligenza ed esperienza, ecc.) nello scambio sociale. La giustizia organizzativa è un fattore cruciale che influenza la motivazione e la dedizione dei dipendenti, in particolare di quelli che possiedono conoscenze specialistiche. Il mancato raggiungimento della giustizia relativa può avere un impatto negativo sul comportamento organizzativo, con esiti negativi potenziali come l'aumento del tasso di turnover. Pertanto, se da un lato i risultati presenti sottolineano l'importanza dell'attenzione dei dirigenti ospedalieri a specifici profili demografici dei dipendenti, come quelli di età inferiore ai 30 anni e i medici, dall'altro lato sottolineano la necessità fondamentale per la gestione delle risorse umane della sanità di impegnarsi per un trattamento equo tra diversi profili demografici e caratteristiche lavorative.

Il Modello Job Demands-Resources (Modello JD-R) suggerisce che, in termini di caratteristiche del lavoro, le continue richieste di lavoro esauriscono l'energia dei dipendenti e aumentano il loro burnout e l'intenzione di turnover. Al contrario, le risorse lavorative motivano i dipendenti a impegnarsi nel lavoro, aumentano il loro senso di impegno organizzativo e diminuiscono l'intenzione di turnover [36]. I turni di notte, un requisito lavorativo più specifico per gli operatori sanitari, hanno mostrato una variabilità in questo studio. L'aumento dell'intenzione di turnover era statisticamente significativo quando il numero di turni notturni superava i 15 al mese. Altri ricercatori hanno ottenuto risultati simili, suggerendo che più di 14 turni notturni al mese aumenterebbero l'intenzione di turnover [37]. Purtroppo, non abbiamo ancora visto uno studio che specifichi questo numero. Non c'è dubbio che il lavoro a turni abbia esiti negativi sulla salute dei dipendenti, come malattie cardiovascolari [38], depressione [39], disfunzioni gastrointestinali [40] e il disturbo da lavoro a turni, che ha mostrato una prevalenza complessiva del 26,5% [41] e addirittura fino all'84,0% tra gli infermieri [42].

Pertanto, la gestione del personale sanitario dovrebbe concentrarsi sulla salute fisica e mentale dei lavoratori a turni. Inoltre, è necessario effettuare controlli regolari e ridurre al minimo il numero di turni notturni pro capite al mese. Dopo aver introdotto il significato della vita e la felicità professionale nel modello, rispettivamente, l'impatto del numero di turni notturni mensili sull'intenzione di turnover degli operatori sanitari è diminuito e ha persino raggiunto l'insignificanza statistica. Questo implica che la promozione di una psicologia positiva può rendere gli operatori sanitari più tolleranti nei confronti del logorio causato dalle esigenze lavorative. Quando le persone trovano un significato nella loro vita e si sentono felici, un ambiente di lavoro altrimenti insoddisfacente può diventare meno importante, riducendo così l'impatto negativo di questa esperienza sul turnover [43].

Il significato della vita degli operatori sanitari è correlato negativamente all'intenzione di turnover. Dopo il controllo di altri fattori, il significato della vita spiega il 3,7% dell'intenzione di turnover. In altre parole, il significato della vita può proteggere l'intenzione di licenziamento degli operatori sanitari e rappresenta una risorsa positiva per il comportamento lavorativo dei dipendenti. È stato suggerito che una maggiore esperienza di significato della vita è associata a una migliore salute fisica e mentale [44], il che potrebbe essere un motivo per cui il significato della vita può ridurre l'intenzione di turnover. Inoltre, se gli operatori sanitari trovano il loro lavoro significativo, sono più intrinsecamente motivati ad adempiere ai loro doveri con maggiore determinazione, anche a svolgere attività che vanno oltre i loro obblighi contrattuali [45]. Tuttavia, alcuni studi hanno rilevato che, a livello di significato, lo scarso contributo del lavoro alla propria vita aumenta l'intenzione di turnover, mentre se il lavoro crea valore per gli altri non mostra alcun effetto [46]. Naturalmente, questo non significa che il valore del proprio lavoro non sia importante, ma che ci sono altre variabili più rilevanti sulle quali è necessario fare ulteriori indagini. In particolare, è necessario raccogliere ulteriori prove nel gruppo di professionisti

medici i cui valori professionali sono caratterizzati da alti livelli di dedizione.

La felicità professionale è un'altra risorsa lavorativa ancora più importante, che spiega il 13,4% dell'intenzione di turnover. La felicità è un'esperienza interna positiva. Avere dipendenti felici ed efficienti è uno degli ideali delle organizzazioni sanitarie, dato il suo impatto sulla qualità dei servizi sanitari [47]. Gli operatori sanitari con alti livelli di felicità possono mantenere meglio le emozioni positive sul lavoro. Mostrano livelli più elevati di comportamento di cittadinanza organizzativa e livelli più bassi di burnout lavorativo. Di conseguenza, è meno probabile che scelgano di "tirarsi indietro", come assentarsi dal lavoro o andarsene [48]. Inoltre, la felicità dei dipendenti è associata alla loro produttività, alla sicurezza sul lavoro e alla soddisfazione sul lavoro [49]. Il significato, tra l'altro, è anche postulato come pilastro centrale del benessere nel modello PERMA di Seligman [50]. I nostri risultati rivelano che la felicità professionale degli operatori sanitari è correlata al significato della vita e che il significato della vita non è più significativo nel modello di regressione lineare gerarchica dopo l'introduzione della felicità professionale. In questo modo, alcune misure per migliorare il significato della vita potrebbero essere utili per la felicità professionale degli operatori sanitari. Inoltre, il concetto di significato della vita è considerato relativamente stabile [51] e crea una felicità duratura. Inoltre, la felicità professionale è associata alla salute fisica e mentale, al valore o alle capacità, al supporto sociale, al reddito e all'ambiente di lavoro. Gli interventi basati sulla psicologia positiva, come l'intervento Tre cose buone [52] e gli interventi basati sul luogo di lavoro, come la gestione del carico di lavoro e del tempo [53], sono stati confermati come efficaci nel migliorare la felicità. Tuttavia, dati i numerosi fattori coinvolti nella felicità professionale, è importante pensare in modo sistemico, in particolare per promuovere la felicità degli operatori sanitari attraverso un approccio olistico e intersettoriale. Sviluppando e istituzionalizzando politiche e programmi volti a migliorare la

felicità degli operatori sanitari, è più probabile raggiungere prestazioni ottimali e rafforzare il personale sanitario.

In una parola, il significato della vita e la felicità professionale non sono solo una risorsa di supporto per il comportamento lavorativo (prospettiva della psicologia positiva), ma anche una risorsa protettiva contro i danni al comportamento lavorativo (prospettiva della psicologia dello stress). Lo stress sul lavoro è difficile da evitare completamente, ma quando gli operatori sanitari sperimentano il significato della loro vita e la felicità professionale, attribuiscono anche un grande valore al loro lavoro. Considerando gli stati mentali positivi come una risorsa potenzialmente protettiva, la creazione di significato e felicità consente alle persone la flessibilità di rispondere e adattarsi allo stress. Pertanto, è fondamentale che i manager si assicurino che il loro personale non manchi di significato e felicità. Per stabilizzare la forza lavoro, i dirigenti dovrebbero concentrarsi sullo stato psicologico positivo degli operatori sanitari e sviluppare misure per migliorare il senso di significato e il benessere positivo nel lavoro, come, ad esempio, costruire atteggiamenti positivi verso la morte attraverso l'educazione alla morte, per aiutare i dipendenti a determinare i loro significati e obiettivi nella vita [54]. Anche l'utilizzo di strumenti a percussione o di musica suonata da singoli o gruppi può aiutare ad alleviare lo stress lavorativo e a migliorare la sensazione soggettiva di felicità professionale [55].

3.10 PUNTI DI FORZA E LIMITI

Questo studio è il primo a valutare l'impatto di un senso di vita significativo e della felicità professionale sull'intenzione di turnover degli operatori sanitari cinesi. L'intenzione di turnover degli operatori sanitari e i suoi predittori sono stati analizzati da una prospettiva di psicologia positiva. L'analisi ha rilevato che, dopo aver controllato diverse caratteristiche personali e professionali difficili da cambiare, gli stati psicologici positivi sono rimasti un predittore significativo dell'intenzione di turnover

degli operatori sanitari. Pertanto, questo studio è prezioso per i responsabili politici di tutto il mondo che desiderano affrontare l'instabilità occupazionale nel settore sanitario nei propri Paesi. È particolarmente rilevante nei Paesi in via di sviluppo, dove ci sono vincoli nel miglioramento dell'ambiente di lavoro sanitario. Tuttavia, questo studio deve considerare alcune limitazioni nell'interpretazione e nell'applicazione dei risultati. In primo luogo, sebbene la dimensione del campione di questo studio fosse ampia, la popolazione dello studio proveniva da Hunan, in Cina, e il campione era composto prevalentemente da infermieri. Pertanto, la rappresentatività del campione è stata in qualche modo limitata, rendendo difficile rappresentare la situazione generale di tutti gli operatori sanitari in Cina. In futuro, i ricercatori potrebbero condurre studi multicentrici e selezionare metodi di campionamento appropriati per l'indagine. In secondo luogo, sebbene la definizione di intenzione di turnover sia oggettiva e accurata e alcuni studi abbiano confermato la correlazione tra l'intenzione di turnover e l'effettivo comportamento di uscita, l'intenzione di turnover ottenuta attraverso i questionari potrebbe essere bassa.

3.11 CONCLUSIONE

Come prevenire e ridurre il turnover del personale medico è diventato un elemento importante della gestione delle risorse umane nelle organizzazioni sanitarie. Occorre identificare i fattori personali e professionali caratteristici che influenzano l'intenzione di turnover degli operatori sanitari. Inoltre, l'analisi di questi fattori e degli stati psicologici positivi legati al lavoro evidenzia il legame tra il significato della vita e la felicità professionale con l'intenzione di turnover degli operatori sanitari.

4 - LE "DIMISSIONI SILENZIOSE" TRA GLI INFERMIERI AUMENTANO L'INTENZIONE DI LASCIARE IL LAVORO: PROVE DALLA GRECIA NELL'ERA POST-COVID-19

DI PETROS GALANIS, IOANNIS MOISOGLOU, MARIA MALLIAROU, IOANNA V. PAPATHANASIOU, AGLAIA KATSIROUMPA, IRENE VRAKA, OLGA SISKOU, OLYMPIA KONSTANTAKOPOULOU E DAPHNE KAITELIDOU

Tratto e tradotto da

Moisoglou Y. et al. Le dimissioni silenti tra gli infermieri aumentano la loro intenzione di abbandono. MDPI Healthcare, 29 dicembre 2023; 12(1):79. doi: 10.3390/healthcare12010079

https://www.mdpi.com/2227-9032/12/1/79

MDPI Healthcare. Rivista open access che copre tutti gli aspetti dell'assistenza sanitaria, dalla medicina clinica alla sanità pubblica e alla tecnologia medica.

Le parti omesse dal curatore rispetto all'originale sono indicate dal segno [...]

Abstract

Poiché l'intenzione di turnover è un forte determinante del comportamento effettivo di turnover, gli studiosi dovrebbero identificare i determinanti dell'intenzione di turnover. In questo contesto, l'obiettivo di questo studio è stato quello di valutare l'effetto delle dimissioni silenziose sulle intenzioni di turnover degli infermieri. Inoltre, questo studio ha esaminato l'impatto di diverse caratteristiche demografiche e lavorative

sull'intenzione di turnover. È stato condotto uno studio trasversale su 629 infermieri in Grecia. I dati sono stati raccolti nel settembre 2023. Le dimissioni silenziose sono state misurate utilizzando la scala "Quiet Quitting". In questo studio, il 60,9% degli infermieri è stato considerato come "quiet quitters", mentre il 40,9% ha sperimentato alti livelli di intenzione di turnover. L'analisi di regressione multivariabile ha mostrato che livelli più elevati di abbandono silenzioso aumentano l'intenzione di turnover. Inoltre, questo studio ha rilevato che l'intenzione di turnover era più alta tra le donne, i lavoratori a turni, gli infermieri del settore privato e quelli che consideravano il loro posto di lavoro sotto organico. Inoltre, l'esperienza clinica era associata positivamente all'intenzione di turnover. Poiché le dimissioni silenziose influenzano l'intenzione di turnover, le organizzazioni, i responsabili politici e i manager dovrebbero affrontare questo problema per migliorare l'intenzione degli infermieri di rimanere sul posto di lavoro.

4.1 INTRODUZIONE

Fornire assistenza sanitaria è un processo impegnativo e stressante per gli operatori sanitari, in particolare per gli infermieri, che sperimentano alti tassi di burnout, insoddisfazione, ansia e depressione [1,2,3]. Nel tempo, la gestione delle organizzazioni sanitarie non è riuscita a garantire un ambiente di lavoro in cui gli infermieri possano lavorare in modo efficiente per soddisfare le esigenze dei pazienti. Il sotto organico dei reparti infermieristici, l'inadeguatezza di altre risorse, il lavoro straordinario e la mancanza di supporto da parte dell'organizzazione sono i fattori organizzativi più importanti associati al deterioramento della qualità e della sicurezza dell'assistenza infermieristica e del benessere degli infermieri [4,5,6,7]. L'impatto della pandemia, con ricoveri di massa, intubazioni e decessi, ha messo ancora più a dura prova gli infermieri. Si sono ritrovati a fornire assistenza in un ambiente di lavoro poco rassicurante, che porta con sé le patologie del passato [7]. In queste circostanze particolarmente

difficili, una percentuale di infermieri ha dichiarato l'intenzione di cambiare lavoro, con una percentuale più alta durante la pandemia COVID-19 [8]. Tuttavia, più spesso rispetto ad altri operatori sanitari, molti infermieri alla fine hanno deciso di rimanere sul posto di lavoro e di ridurre il loro impegno e le loro prestazioni licenziandosi silenziosamente [9].

L'abbandono silenzioso è un fenomeno che ha iniziato a emergere durante il periodo della pandemia e sta assumendo dimensioni preoccupanti. Poiché la pandemia di COVID-19 ha creato un'asfissia economica nel mercato a causa delle continue chiusure, si sono perse molte opportunità di lavoro. Di conseguenza, è diventato molto difficile per gli infermieri lasciare il lavoro e cambiare professione. Prima della pandemia di COVID-19, era comune per gli infermieri abbandonare la professione e seguire un altro percorso professionale. L'abbandono della professione, guidato principalmente da fattori organizzativi, non si limitava ai lavoratori più anziani, ma comprendeva anche gli infermieri neolaureati che si affacciavano alla professione infermieristica. Ora scelgono di rimanere nella professione e nelle loro attuali posizioni lavorative, ma attuando il quiet quitting. Un dipendente che sceglie il quiet quitting riduce il proprio impegno, svolge solo compiti strettamente necessari, non propone nuove idee e pratiche, non fa straordinari e non arriva al lavoro in anticipo. Il loro obiettivo è lavorare solo quanto necessario per evitare di essere licenziati. Nel settore sanitario, solo due studi hanno analizzato, fino ad oggi, la prevalenza e i fattori associati al fenomeno del quiet quitting. Nel primo studio, che ha coinvolto 1.760 operatori sanitari, è stato rilevato che la percentuale di infermieri che sceglieva il licenziamento silenzioso era del 67,4%, la più alta tra il personale medico e gli altri operatori sanitari. Nel secondo studio, che ha coinvolto 946 infermieri, il burnout lavorativo è emerso come un fattore predittivo che porta all'abbandono silenzioso, mentre la soddisfazione lavorativa ha avuto un effetto negativo sul verificarsi di questo fenomeno. Poiché gli infermieri nell'era post-COVID stanno sperimentando tassi molto elevati di burnout e di insoddisfazione lavorativa, superiori anche a

quelli di altri professionisti della salute, è molto probabile che in futuro la percentuale di infermieri che scelgono l'abbandono silenzioso aumenterà drasticamente. Tuttavia, il quiet quitting non è limitato al settore sanitario. Un importante studio condotto negli Stati Uniti dalla società di analisi e consulenza del lavoro Gallup ha rilevato che il 50% della forza lavoro statunitense ha optato per il quiet quitting. Gli effetti di un abbandono silenzioso possono riguardare sia l'individuo che l'organizzazione sanitaria. Riducendo il loro impegno e la loro creatività, gli infermieri ostacolano il loro sviluppo professionale, che è un prerequisito necessario per lo sviluppo dell'organizzazione stessa. Gli infermieri sono il gruppo professionale che incorpora idee e pratiche innovative nei loro compiti quotidiani, al fine di creare nuove conoscenze, sviluppare politiche e pratiche sanitarie, migliorare la qualità dell'assistenza e far progredire la tecnologia dell'informazione sanitaria. Attraverso queste azioni innovative, gli infermieri migliorano l'esperienza di cura del paziente, compresa la qualità e la soddisfazione, migliorando la salute delle popolazioni e riducendo il costo pro capite dell'assistenza sanitaria. L'impatto delle dimissioni silenziose sull'organizzazione è legato anche all'assistenza ai pazienti, in quanto una riduzione delle prestazioni degli infermieri può portare all'incapacità di soddisfare le esigenze dei pazienti e a un'assistenza inadeguata. Esistono già studi che dimostrano che gli infermieri non hanno abbastanza tempo per soddisfare le esigenze dei pazienti durante il loro turno, una situazione che può essere aggravata dalle dimissioni silenziose. Tutto questo può portare a un'ospedalizzazione prolungata, con conseguente aumento dei costi e dei rischi per la sicurezza del paziente (ad esempio, infezioni nosocomiali). Pertanto, questo fenomeno sarà di grande preoccupazione per la gestione delle organizzazioni nel prossimo periodo, in quanto il quiet quitting avrà un impatto crescente sulla produttività aziendale.

Il turnover degli infermieri è stato un problema estremamente importante nel tempo, che ha influenzato sia il funzionamento delle organizzazioni sia la salute pubblica. Il turnover si riferisce al passaggio volontario degli infermieri dalla posizione

lavorativa principale all'interno della stessa organizzazione, al trasferimento in un'altra organizzazione sanitaria o addirittura alle dimissioni dalla professione e al cambio di orientamento professionale [19]. Nei reparti con alti tassi di turnover, il rischio di errore aumenta e la sicurezza del paziente ne risente negativamente. Inoltre, il costo per coprire il posto vacante è elevato per l'organizzazione, variando da 49.000 a 88.000 dollari, e comporta il processo di reclutamento di nuovo personale e la sua formazione, riducendo la produttività concomitante [20,21]. A livello macro dei sistemi sanitari, ci sono effetti negativi del turnover degli infermieri. Gli infermieri sono il gruppo più numeroso di professionisti dell'assistenza sanitaria all'interno delle organizzazioni; allo stesso tempo, si registra una forte carenza di personale infermieristico a livello mondiale, una situazione che si stima rimarrà elevata fino al 2030 [22]. Pertanto, il turnover degli infermieri esaspera la difficoltà già esistente per i sistemi sanitari di garantire un'adeguata dotazione di personale infermieristico per i loro servizi, poiché la percentuale di infermieri che dichiarano la loro intenzione di turnover raggiunge quasi l'80% [23,24]. Il problema della carenza di personale infermieristico e l'assenza di personale infermieristico disponibile è di lunga data e la sua soluzione richiede un'attenzione urgente. Le soluzioni proposte per trattenere il personale infermieristico nella professione includono l'innovazione, la disponibilità di risorse, le opportunità di formazione, il coinvolgimento del personale e lo sviluppo della leadership [25]. Tuttavia, finché permangono i fattori organizzativi che contribuiscono al burnout e all'insoddisfazione del personale infermieristico, la decisione degli infermieri di abbandonare silenziosamente e il turnover aumenteranno, minando, in ultima analisi, qualsiasi sforzo di innovazione e di mantenimento del personale nelle proprie posizioni. In sostanza, i sistemi sanitari e le organizzazioni sanitarie si trovano in un circolo vizioso di carenza di personale, incapacità di coprire i posti vacanti e riduzione delle prestazioni. Poiché il fenomeno delle dimissioni silenziose ha iniziato a interessare il settore sanitario relativamente di recente, la sua ricerca è in corso e questo

è il primo studio che indaga la sua relazione con l'intenzione di turnover. Indubbiamente, sono necessari ulteriori studi in altri Paesi per confermare un forte legame tra le dimissioni silenziose e le intenzioni di turnover degli infermieri. Poiché ci troviamo nell'era post-COVID-19 e le operazioni ospedaliere sono ormai normalizzate, il comportamento di abbandono silenzioso potrebbe essere, in definitiva, un sintomo di stanchezza, burnout o depressione che ha colpito in modo significativo il personale infermieristico durante la pandemia da COVID-19. La ricerca sul fenomeno delle dimissioni silenziose è ancora preliminare e molto limitata; c'è solo uno studio che collega il burnout alle dimissioni silenziose [14]. Si ritiene necessario indagare su altri fattori che potrebbero essere correlati al comportamento di abbandono silenzioso.

Il modo in cui un'organizzazione sanitaria è strutturata e gestita può influenzare l'intenzione degli infermieri di lasciare il lavoro. Le risorse inadeguate, la carenza di personale, lo stile di leadership, il burnout e la bassa soddisfazione lavorativa aumentano le intenzioni di turnover degli infermieri [26,27,28,29,30]. Durante la pandemia di COVID-19, si è riscontrato che fattori come la paura dell'infezione da virus, l'aumento dello stress, le condizioni di lavoro e la diminuzione del supporto organizzativo contribuiscono all'aumento delle intenzioni di turnover da parte degli infermieri [31], con tassi più elevati rispetto a prima della pandemia [8]. Poiché l'intenzione di turnover è un forte determinante del comportamento effettivo di turnover [32,33], identificare i fattori che influenzano l'intenzione di turnover degli infermieri è essenziale per migliorare il numero di infermieri che rimangono nel loro posto di lavoro. Inoltre, gli studiosi non hanno ancora analizzato la relazione tra il "silent quitting" e l'intenzione di turnover negli infermieri. Pertanto, l'obiettivo di questo studio è stato valutare l'effetto delle dimissioni silenziose sulle intenzioni di turnover degli infermieri. Inoltre, questo studio ha esaminato diverse caratteristiche demografiche e lavorative come potenziali determinanti dell'intenzione di turnover.

4.2 MATERIALI E METODI

4.2.1 DISEGNO DELLO STUDIO

È stato condotto uno studio trasversale utilizzando solo un campione di convenienza a causa di limitazioni finanziarie e logistiche. In particolare, è stato creato un modulo online per il questionario dello studio con Google Forms, pubblicato sugli account di social media degli autori (Facebook, Instagram, WhatsApp e LinkedIn), ed è stato inviato un invito alle infermiere a partecipare a questo studio. In questo contesto, il tasso di risposta non può essere stimato. I dati sono stati raccolti nel settembre 2023. Poiché il questionario dello studio era in greco, solo gli infermieri che comprendevano la lingua greca potevano partecipare a questo studio. La popolazione dello studio comprendeva infermieri adulti in Grecia che lavoravano da almeno un anno. Considerando una debole associazione tra l'abbandono silenzioso e l'intenzione di turnover (odds ratio = 1,50), il numero di predittori (n = 7), l'errore alfa fissato al 5%, il livello di potenza al 95% e un test a due code, per l'analisi di regressione logistica multivariabile era necessaria una dimensione del campione di 503 infermieri. Allo stesso modo, nell'analisi di regressione lineare multivariabile, considerando la bassa dimensione dell'effetto (f2 = 0,03) dell'abbandono silenzioso sull'intenzione di turnover, la dimensione del campione comprendeva 436 infermieri. I sette predittori in questo studio erano il sesso, l'esperienza clinica, il lavoro a turni, il lavoro a tempo pieno, il settore lavorativo, il posto di lavoro con poco personale e i livelli di abbandono silenzioso. Si è deciso di aumentare la dimensione del campione per diminuire ulteriormente l'errore casuale delle misurazioni.

4.2.2 MISURE

Le caratteristiche demografiche e lavorative degli infermieri includevano il sesso, l'età, l'esperienza clinica (in anni), il lavoro a turni, il lavoro a tempo pieno, il settore lavorativo (privato o pubblico) e la presenza di poco personale (sì o no). L'abbando-

no silenzioso del campione è stato misurato con la Scala "Quiet Quitting" (QQS) [34]. È stata utilizzata la versione greca valida del QQS [9]. In questo studio, l'alfa di Cronbach per la versione greca del QQS era pari a 0,782, mentre l'Omega di McDonald era pari a 0,785. Inoltre, gli autori hanno riscontrato correlazioni statisticamente significative, da moderate ad alte, tra i tre fattori del QQS, indicando un'elevata affidabilità interna dello strumento. I coefficienti di correlazione intraclasse per lo strumento e i tre fattori erano superiori a 0,97 (valore $p < 0,001$ in tutti i casi) nello studio test-retest. Inoltre, l'analisi fattoriale di conferma ha dimostrato la struttura a tre fattori del QQS, poiché tutte le statistiche di bontà di adattamento hanno mostrato valori accettabili. Il QQS comprende nove voci a cui sono stati assegnati valori da 1 a 5 (Tabella 1). Inoltre, il QQS include tre fattori: distacco (quattro voci), mancanza di iniziativa (tre voci) e mancanza di motivazione (due voci). I valori più alti sono indicativi di livelli maggiori di abbandono silenzioso. Inoltre, gli infermieri con un valore sul QQS superiore a 2,06 sono considerati "quiet quitters" [35]. In questo studio, l'alfa di Cronbach per il QQS era di 0,82, il che indica un'ottima affidabilità interna. Inoltre, l'alfa di Cronbach per i fattori distacco, mancanza di iniziativa e mancanza di motivazione era rispettivamente 0,85, 0,79 e 0,81.

1. Svolgo il lavoro di base o minimo, senza andare oltre.
2. Se un collega può svolgere una parte del mio lavoro, glielo lascio fare.
3. Faccio tutte le pause possibili.
4. Quanto spesso finge di lavorare per evitare un altro compito?
5. Non esprimo opinioni e idee sul mio lavoro perché temo che il manager mi assegni altri compiti.
6. Non esprimo opinioni e idee sul mio lavoro perché penso che le condizioni di lavoro non cambieranno.
7. Quanto spesso prende l'iniziativa nel suo lavoro?
8. Trovo delle motivazioni nel mio lavoro.
9. Mi sento ispirato quando lavoro.

Tabella 1. I nove elementi che sono stati inclusi nella Quiet Quitting Scale.

L'intenzione di lasciare il lavoro è stata misurata con la domanda: 'Quante volte ha preso seriamente in considerazione l'idea di lasciare il suo attuale lavoro?'. Questa domanda è uno strumento valido per misurare l'intenzione di turnover, poiché gli autori hanno riscontrato alti livelli di affidabilità, validità convergente e validità discriminante. È stata utilizzata la versione greca valida dello strumento QQS, e gli autori hanno riscontrato che lo strumento ha un'affidabilità eccellente (coefficiente di correlazione intraclasse = 0,986, valore $p < 0,001$). Inoltre, lo strumento aveva un'eccellente validità concorrente, poiché hanno trovato correlazioni moderate e statisticamente significative tra lo strumento e altre due scale (il Patient Health Questionnaire-4 e la scala di burnout COVID-19). Le risposte sono valutate su una scala Likert a sei punti: mai (1), raramente (2), qualche volta (3), un po' spesso (4), abbastanza spesso (5) ed estremamente spesso (6). I valori ≥4 indicano un livello elevato di intenzione di turnover, mentre i valori ≤3 indicano un livello basso di intenzione di turnover. L'intenzione complessiva di turnover varia da 1 a 6, con valori più alti che indicano livelli più elevati di intenzione di turnover. Poiché i questionari sono stati utilizzati per raccogliere tutte le variabili dello studio, sono state fornite istruzioni chiare agli infermieri per evitare i comuni pregiudizi di metodo. In particolare, la presentazione di ogni variabile dello studio (ossia, dati demografici, caratteristiche, caratteristiche lavorative, Quiet Quitting Scale, scala dell'intenzione di turnover) è stata chiara e completa, utilizzando parti e colori diversi nel questionario dello studio. Inoltre, le voci non erano complesse o ambigue, mantenendo il questionario di studio conciso. Inoltre, il legame tra l'abbandono silenzioso e l'intenzione di turnover è stato nascosto agli infermieri.

4.2.3 CONSIDERAZIONI ETICHE

Il protocollo dello studio è stato approvato dal Comitato Etico della Facoltà di Infermieristica dell'Università Nazionale e Capodistriana di Atene (numero di approvazione: 459, 20 settembre 2023). Inoltre, i dati personali dei partecipanti non sono

stati raccolti, e le infermiere hanno fornito il loro consenso informato prima della partecipazione. Questo studio è stato condotto in conformità con la Dichiarazione di Helsinki [39].

4.2.4 ANALISI STATISTICA

Per presentare le variabili categoriche, sono stati utilizzati numeri e percentuali. Inoltre, per le variabili continue, sono stati utilizzati media, deviazione standard (SD), valore minimo e valore massimo. Il test di Kolmogorov-Smirnov e i grafici Q-Q sono stati utilizzati per valutare la distribuzione delle variabili continue. L'età, il punteggio QQS e il punteggio dell'intenzione di turnover hanno seguito una distribuzione normale, mentre l'esperienza clinica non ha seguito una distribuzione normale. La relazione bivariata tra l'abbandono silenzioso e l'intenzione di turnover è stata valutata con un test di tendenza chi-quadro. Le caratteristiche demografiche, le caratteristiche del lavoro e l'abbandono silenzioso erano le variabili indipendenti, mentre l'intenzione di turnover era la variabile dipendente. In primo luogo, è stata eseguita un'analisi di regressione logistica, considerando l'intenzione di turnover come una variabile dicotomica. Poi, è stata eseguita un'analisi di regressione lineare, considerandola come variabile continua, per convalidare i risultati. In entrambi i casi, sono state eseguite analisi di regressione univariata e multivariabile. Stimando una regressione multivariabile finale, è stato stimato l'effetto indipendente dell'abbandono silenzioso e di altre variabili indipendenti sull'intenzione di turnover. Per quanto riguarda l'analisi di regressione logistica, sono stati presentati gli odds ratio (OR) non aggiustati e aggiustati, gli intervalli di confidenza al 95% (CIs) e i valori p. Inoltre, nel caso dell'analisi di regressione lineare, sono stati presentati i coefficienti beta non aggiustati e aggiustati, gli intervalli di confidenza al 95% e i valori p. I valori p inferiori a 0,05 sono stati considerati statisticamente significativi. IBM SPSS 21.0 (IBM Corp. Rilasciato nel 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Versione 21.0. IBM Corp., Armonk, NY, USA) è stato utilizzato per l'analisi."

4.3 RISULTATI

4.3.1 CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE

La popolazione dello studio comprendeva 629 infermieri. L'età media del campione era di 39,7 anni (SD = 9,8), con un range da 22 a 74 anni. La maggior parte degli infermieri era di sesso femminile (77,3%) e lavorava a tempo pieno (92,5%). L'esperienza clinica media era di 15,4 anni (SD = 12,8), con un range da 1 a 40 anni. Tra gli infermieri, il 37,7% lavorava a turni e il 59% prestava servizio nel settore pubblico. Tre infermieri su quattro considerano il proprio posto di lavoro sottodimensionato. Le caratteristiche socio-demografiche dettagliate degli infermieri sono riportate nella Tabella 2.

Caratteristiche	N	%
Genere		
Femmine	486	77.3
Maschi	143	22.7
Età [a]	39.7	9.8
Esperienza clinica (anni) [a]	15.4	12.8
Lavoro a turni		
No	392	62.3
Sì	237	37.7
Lavoro a tempo pieno		
No	47	7.5
Sì	582	92.5
Settore		
Privato	258	41.0
Pubblico	371	59.0
Posto di lavoro sotto organico		
No	163	25.9
Sì	466	74.1

Tabella 2. Caratteristiche socio-demografiche degli infermieri. [a] media e deviazione standard.

4.3.2 DIMISSIONI SILENZIOSE

Il punteggio medio del QQS è stato di 2,3 (SD = 0,6), con un intervallo da 1,0 a 4,6 e un valore mediano di 2,2. Nel campione, il 60,9% (n = 383) degli infermieri aveva un punteggio QQS superiore al punto di demarcazione di 2,06 ed era considerato tranquillo, avendo smesso. D'altra parte, il 39,1% (n = 246) aveva un punteggio QQS inferiore al punto di cut-off suggerito e veniva descritto come chi abbandona in modo non tranquillo. Per quanto riguarda i tre fattori del QQS, i valori medi per il distacco, la mancanza di iniziativa e la mancanza di motivazione erano rispettivamente 2,0 (SD = 0,7), 2,3 (SD = 0,8) e 2,8 (SD = 1,0). Quindi, gli infermieri hanno sperimentato livelli più alti di mancanza di motivazione e di iniziativa, e livelli più bassi di distacco.

4.3.3 INTENZIONE DI TURNOVER

L'intenzione media di turnover è stata di 3,3 (SD = 1,6), con un intervallo da 1,0 a 6,0 e un valore mediano di 3,0. Tra gli infermieri, il 40,9% (n = 257) ha considerato di abbandonare il proprio lavoro attuale un po', abbastanza o molto spesso, il che implica un alto livello di intenzione di turnover. Tuttavia, il 59,1% (n = 372) degli infermieri del campione non ha mai, raramente o talvolta preso in considerazione l'idea di lasciare il proprio lavoro, il che indica un basso livello di intenzione di turnover.

Le statistiche descrittive per la relazione bivariata tra le dimissioni silenziose e l'intenzione di turnover sono riportate nella Tabella 3. Tra i dimissionari silenziosi, il 49,9% (n = 191) ha riferito un alto livello di intenzione di turnover, mentre la percentuale corrispondente tra i dimissionari non silenziosi è stata del 26,8% (n = 66) (chi-quadro = 63, valore p per il test di tendenza < 0,001)."

Chi abbandona in silenzio	Quante volte ha pensato seriamente di lasciare il suo attuale lavoro?					
	Mai	Raramente	A volte	Un po' spesso	Molto spesso	Molto spesso
No	61 (24.8)	63 (25.6)	56 (22.8)	21 (8.5)	19 (7.7)	26 (10.6)
Si	28 (7.3)	58 (15.1)	106 (27.7)	66 (17.2)	62 (16.2)	63 (16.4)

Tabella 3. Relazione bivariata tra l'abbandono silenzioso e l'intenzione di turnover. I valori sono espressi come n (%).

4.3.4 ANALISI DI REGRESSIONE

Le analisi di regressione logistica e lineare multivariabile hanno confermato i risultati dell'analisi bivariata riguardo alla relazione tra le dimissioni silenziose e l'intenzione di turnover. In particolare, l'analisi di regressione logistica multivariabile ha identificato che un livello elevato di intenzione di turnover era 3,18 volte più comune tra i quiet quitters rispetto ai non quiet quitters (odds ratio aggiustato = 2,69, 95% CI = da 1,87 a 3,86, p-value < 0,001). Allo stesso modo, l'analisi di regressione lineare multivariabile ha mostrato che livelli più elevati di abbandono silenzioso aumentavano il punteggio dell'intenzione di turnover (coefficiente beta aggiustato = 0,89, 95% CI = da 0,72 a 1,07, valore p < 0,001).

Tra le altre caratteristiche socio-demografiche degli infermieri, questo studio ha rilevato che l'intenzione di turnover era più alta tra le donne, i lavoratori a turni, gli infermieri del settore privato e quelli che consideravano il loro posto di lavoro come poco personale. Inoltre, l'esperienza clinica è stata associata positivamente all'intenzione di turnover. La Tabella 4 e la Tabella 5 mostrano i risultati dettagliati delle analisi di regressione logistica e lineare, rispettivamente.

Variabili indipendenti	OR non aggiustato	Intervallo di confidenza al 95% per OR	*Valore* p	OR rettificato a	Intervallo di confidenza al 95% per OR	*Valore* p
Femmine vs. Maschi	1.43	Da 1,04 a 1,98	0.030	1.53	Da 1,001 a 2,33	0.049
Esperienza clinica (anni)	1.004	Da 0,99 a 1,02	0.563	1.01	Da 0,99 a 1,03	0.190
Lavoro a turni	2.43	da 1,86 a 3,17	<0.001	1.71	Da 1,15 a 2,55	0.008
Lavoro a tempo pieno	0.64	Da 0,36 a 1,15	0.132	1.28	Da 0,63 a 2,62	0.500

Settore privato	0.98	Da 0,74 a 1,28	0.857	1.66	Da 1,11 a 2,48	0.013
Posto di lavoro sotto organico	3.42	da 2,41 a 4,88	<0.001	3.04	da 1,92 a 4,82	<0.001
"Punteggio della scala "Abbandono silenzioso	3.18	da 2,39 a 4,24	<0.001	2.69	da 1,87 a 3,86	<0.001

Tabella 4. Analisi di regressione logistica con l'intenzione di turnover (variabile dicotomica) come variabile dipendente (categoria di riferimento: basso livello di intenzione di turnover). OR: odds ratio. [a] R^2 per il modello multivariabile = 17,0%.

Variabili indipendenti	Coefficiente non aggiustato Beta	Intervallo di confidenza al 95% per il Beta	*Valore* p	Coefficiente Beta rettificato a	Intervallo di confidenza al 95% per il Beta	*Valore* p
Femmine vs. Maschi	0.32	Da 0,06 a 0,57	0.014	0.37	Da 0,11 a 0,64	0.007
Esperienza clinica (anni)	0.01	Da -0,01 a 0,02	0.354	0.01	Da 0,001 a 0,03	0.033
Lavoro a turni	0.85	Da 0,65 a 1,05	<0.001	0.42	Da 0,16 a 0,68	0.002
Lavoro a tempo pieno	0.26	Da -0,19 a 0,70	0.253	0.05	Da -0,38 a 0,49	0.815
Settore privato	0.06	Da -0,16 a 0,28	0.575	0.31	Da 0,06 a 0,56	0.017
Posto di lavoro sotto organico	1.09	Da 0,86 a 1,33	<0.001	0.79	0,52 το 1,07	<0.001
"Punteggio della scala "Abbandono silenzioso	1.01	Da 0,86 a 1,15	<0.001	0.89	Da 0,72 a 1,07	<0.001

Tabella 5. Analisi di regressione lineare con l'intenzione di turnover (variabile continua) come variabile dipendente. [a] R^2 per il modello multivariabile = 23,1%, valore p per ANOVA < 0,001.

4.4 DISCUSSIONE

Questo studio ha messo in evidenza l'altissima percentuale di infermieri che hanno scelto l'abbandono silenzioso del lavoro. Questo risultato è coerente con quello di uno studio condotto in Grecia dopo la pandemia di COVID-19, dove è stato riscontrato che anche gli infermieri scelgono di abbandonare il lavoro in modo silenzioso con un tasso molto elevato [9]. Poiché il fenomeno delle dimissioni silenziose è emerso di recente nel settore

sanitario, nell'unico studio che ha analizzato questo fenomeno, si è riscontrato che il burnout influenza il suo verificarsi, mentre la soddisfazione professionale risulta essere un inibitore [14]. Gli studi sono limitati anche nel settore aziendale. Le situazioni principali identificate come predittori di abbandono silenzioso del lavoro nel settore aziendale includono la mancanza di: sensazione di attenzione, opportunità di apprendimento, autonomia del dipendente, crescita e connessione con lo scopo dell'organizzazione. Anche il ruolo di sentirsi sottovalutati e non apprezzati è importante [40,41]. Tutti i fattori di cui sopra sono effettivamente inclusi nel quadro concettuale del supporto organizzativo percepito [42]. Il grado di supporto organizzativo ricevuto dagli infermieri influenza la loro soddisfazione lavorativa, l'impegno verso l'organizzazione, il burnout e l'intenzione di turnover [43,44,45]. Anche se, come detto in precedenza, non ci sono studi che indaghino i fattori che portano alle dimissioni silenziose, le condizioni di lavoro esistenti sono favorevoli allo sviluppo delle dimissioni silenziose da parte degli infermieri. Poiché gli infermieri vedono che nel corso degli anni il loro ambiente di lavoro non migliora e gli effetti diventano sempre più gravosi, possono decidere di agire da soli. Scelgono l'abbandono silenzioso nel tentativo di autoconservazione e di equilibrio tra lavoro e vita privata. Trasformano tutta l'insoddisfazione e il burnout del loro lavoro in un atteggiamento che non li farà licenziare, assicurandosi lo stipendio e tornando a casa con un peso minore [13,46]. Secondo i risultati statisticamente significativi di questo studio, gli infermieri che hanno scelto l'abbandono silenzioso hanno anche riferito la loro intenzione di turnover. Pertanto, è possibile che l'abbandono silenzioso sia una soluzione temporanea, una soluzione di necessità, fino a quando gli infermieri non troveranno un ambiente di lavoro migliore. Finché le amministrazioni delle organizzazioni sanitarie non riusciranno ad affrontare le debolezze organizzative, gli infermieri saranno spinti a licenziarsi silenziosamente e cercheranno di fuggire alla prima opportunità di lavoro.

La carenza di personale infermieristico, che risulta influenzare l'intenzione di turnover secondo questo studio, è uno dei fat-

tori più importanti che influiscono sul benessere degli infermieri. Quando gli infermieri lavorano in reparti con poco personale, è più probabile che sperimentino burnout e insoddisfazione e che segnalino una maggiore intenzione di lasciare il lavoro [47]. Il lavoro a turni, che in questo studio risulta influenzare l'intenzione di turnover, è esacerbato dalla carenza di personale. Con un numero inferiore di infermieri che lavorano, i turni di notte e di fine settimana vengono assegnati al personale esistente. I turni di notte influenzano l'intenzione degli infermieri di lasciare il lavoro [48]. Nel corso degli anni, con la persistenza della carenza di personale e dei turni, l'onere si accumula, soprattutto per gli infermieri con più anni di esperienza. I risultati di questo studio hanno mostrato una relazione positiva tra l'esperienza clinica e l'intenzione di turnover. Questa scoperta è coerente con i risultati di altri studi [8,26]. L'esperienza lavorativa è un fattore protettivo che può ridurre il burnout e l'insoddisfazione lavorativa degli infermieri [49,50]. Tuttavia, nelle condizioni lavorative estremamente difficili durante la pandemia di COVID-19, in cui gli infermieri si sentivano spesso incapaci di far fronte alle richieste del lavoro [51], sembra che l'esperienza lavorativa non fosse sufficiente a proteggerli. Inoltre, il sistema sanitario greco è stato, per decenni, uno dei più carenti di personale (in termini di personale infermieristico) tra i Paesi sviluppati [52]. Di conseguenza, gli infermieri più esperti sono anche quelli più affaticati ed esprimono le loro intenzioni di turnover.

Questo studio presenta diverse limitazioni. In primo luogo, è stato utilizzato un campione di convenienza di infermieri in Grecia. Sebbene siano stati raggiunti i requisiti minimi di dimensione del campione, ulteriori studi con campioni rappresentativi e stratificati aggiungerebbero informazioni preziose. Inoltre, studi in altri Paesi e culture possono ampliare la domanda di ricerca. In secondo luogo, poiché è stato condotto uno studio trasversale, non è possibile stabilire una relazione causale tra l'abbandono silenzioso e l'intenzione di turnover. Gli studi longitudinali, che seguono un campione di infermieri nel tempo, possono produrre risultati più validi. In terzo luogo, è stato utilizzato un singolo

item per misurare l'intenzione di turnover. Sebbene questo strumento sia valido, gli studiosi possono utilizzare altri strumenti validi per misurare l'intenzione di turnover. In quarto luogo, sono stati utilizzati questionari auto-riferiti per misurare le dimissioni silenziose e l'intenzione di turnover. Pertanto, in questo studio possono verificarsi pregiudizi informativi. La misurazione dell'effettivo comportamento di turnover degli infermieri può ridurre questo pregiudizio informativo. In quinto luogo, è stato analizzato l'impatto di diverse variabili demografiche e lavorative sull'intenzione di turnover. Tuttavia, ci sono diversi altri fattori che possono influenzare l'intenzione di turnover, ad esempio le caratteristiche del lavoro, della personalità, il salario e gli atteggiamenti dei dirigenti. In sesto luogo, questo studio ha analizzato per la prima volta l'impatto delle dimissioni silenziose sull'intenzione di turnover in un campione di infermieri. Pertanto, le generalizzazioni di questi risultati non dovrebbero essere applicate. Per migliorare le conoscenze, sono necessari studi futuri con meno pregiudizi e campioni diversi. Infine, in questo studio è probabile un pregiudizio di desiderabilità sociale, poiché gli infermieri potrebbero rispondere alle domande relative alle dimissioni silenziose cercando di essere considerati favorevolmente dagli altri. Tuttavia, poiché è stato condotto un sondaggio online anonimo, si prevede che il pregiudizio di desiderabilità sociale sia basso. In ogni caso, dovrebbero essere condotti ulteriori studi con campioni più ampi e casuali per ridurre ulteriormente il pregiudizio della desiderabilità sociale.

4.5 IMPLICAZIONI PER LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

Questo studio ha evidenziato due importanti implicazioni che dovrebbero mobilitare i politici e le amministrazioni delle organizzazioni sanitarie. La prima riguarda i tassi elevati di infermieri che scelgono di ridurre le loro prestazioni attraverso un abbandono silenzioso. Già nel settore dell'assistenza sanitaria ci sono problemi di qualità dell'assistenza ai pazienti, con un alto

numero di errori e di bisogni non soddisfatti. Gli infermieri, scegliendo il silenzio nell'abbandonare le loro responsabilità, danno la falsa impressione che i reparti siano dotati di personale adeguato. La decisione di abbandonare le proprie responsabilità comporta un carico di lavoro maggiore per coloro che non scelgono questo comportamento. Ciò crea un ambiente di lavoro fragile, dove possono sorgere conflitti tra il personale e la direzione. Questi conflitti possono danneggiare il morale del team, sottrarre tempo prezioso all'assistenza dei pazienti e degradare la qualità dell'assistenza.

La seconda implicazione riguarda l'intenzione degli infermieri di andarsene, compresi quelli che decidono di smettere di lavorare. Quando anche gli infermieri con maggiore esperienza clinica scelgono di andarsene, la qualità dell'assistenza fornita ne risente. La perdita di infermieri da molti reparti già carenti di personale aggrava questa situazione, crea oneri per coloro che rimangono al loro posto di lavoro e spreca le risorse dell'organizzazione per il reclutamento di nuovo personale. Le organizzazioni sanitarie sono sottoposte a una pressione costante per ridurre i costi e aumentare l'efficienza.

Il miglioramento dell'ambiente di lavoro degli infermieri, unito al supporto organizzativo, può aumentare la soddisfazione degli infermieri, ridurre il burnout e contrastare la situazione attuale. Sono necessari ulteriori studi in altri Paesi sulla prevalenza dell'abbandono silenzioso e sui fattori che contribuiscono alla sua diffusione.

4.6 CONCLUSIONI

I risultati di questo studio hanno evidenziato l'alta percentuale di infermieri che scelgono l'abbandono silenzioso e la loro intenzione di turnover, e hanno anche rivelato un impatto positivo dell'abbandono silenzioso sull'intenzione di turnover. Il fenomeno delle dimissioni silenziose si sta diffondendo e mina l'efficienza e la qualità dei servizi sanitari. Le condizioni di la-

voro degli infermieri sembrano favorire questo comportamento. Sebbene il 'quiet quitting' sia una soluzione scelta da molti infermieri, non è sufficiente a trattenere questi professionisti, e, alla prima occasione, dichiarano la loro volontà di andarsene. La pandemia ha trovato i sistemi sanitari con molti problemi organizzativi. Non c'è più spazio per la gestione delle organizzazioni sanitarie per chiudere un occhio sulla situazione attuale. Il supporto organizzativo per gli infermieri e la garanzia delle risorse umane e di altri tipi necessarie sono imperativi per creare un ambiente di lavoro che motivi gli infermieri e impedisca loro di abbandonare la professione.

PARTE II

STRESS, BURNOUT E BENESSERE LAVORATIVO NELLA PROFESSIONI SANITARIE

5 - FATTORI ASSOCIATI ALLE REAZIONI DA STRESS DEGLI OPERATORI SANITARI, ALLA SODDISFAZIONE LAVORATIVA, ALL'INTENZIONE DI LASCIARE IL LAVORO E AI RISULTATI RELATIVI ALLA SALUTE NEGLI OSPEDALI PER ACUTI, DI RIABILITAZIONE E PSICHIATRICI, NELLE CASE DI CURA E NELLE ORGANIZZAZIONI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

KARIN ANNE PETER, CHRISTIAN VOIROL, STEFAN KUNZ, ANDREA GURTNER, FABIENNE RENGGLI, TYPHAINE JUVET, CHRISTOPH GOLZ

Tratto e tradotto da

Peter KA, et al. Fattori associati alle reazioni di stress degli operatori sanitari, alla soddisfazione sul lavoro, all'intenzione di lasciare il lavoro e agli esiti relativi alla salute in ospedali di terapia intensiva, di riabilitazione e psichiatrici, case di cura e organizzazioni di assistenza domiciliare. BMC Health Services Research, 2 marzo 2024; 24(1):269. doi: 10.1186/s12913-024-10718-5

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10909269/

BMC Health Services Research. Rivista focalizzata sull'organizzazione, gestione, finanziamento e valutazione dei servizi sanitari a livello globale, con approccio evidence-based.

Le parti omesse dal curatore rispetto all'originale sono indicate dal segno [...]

Abstract

Lo scopo di questo studio è identificare (1) l'entità dello stress correlato al lavoro e (2) i fattori di stress associati alle reazioni cognitive e com-

portamentali allo stress, ai sintomi di burnout, allo stato di salute, alla qualità del sonno, alla soddisfazione sul lavoro e all'intenzione di lasciare l'organizzazione e la professione tra i professionisti della salute che lavorano in ospedali per cure acute, ospedali psichiatrici, case di cura e organizzazioni di assistenza domiciliare.

Premessa

I professionisti della salute devono affrontare diversi fattori di stress sul lavoro e, di conseguenza, abbandonano prematuramente la loro professione. Questo studio mira a identificare l'entità dello stress correlato al lavoro e i fattori di stress associati alle reazioni allo stress, alla soddisfazione sul lavoro, all'intenzione di lasciare la professione e ai risultati relativi alla salute tra i professionisti della salute che lavorano in vari settori sanitari (ospedali per acuti, ospedali di riabilitazione, case di cura e organizzazioni di assistenza domiciliare).

Metodi

Questo studio si basa su un disegno trasversale ripetuto, che comprende tre misure di dati tra il 2017 e il 2020, con 19.340 professionisti sanitari partecipanti provenienti da 26 ospedali per cure acute e riabilitazione, 12 ospedali psichiatrici, 86 case di cura e 41 organizzazioni di assistenza domiciliare in Svizzera. Per l'analisi dei dati, sono stati calcolati modelli gerarchici multilivello (utilizzando l'AIC) separatamente per gli ospedali, le case di cura e le organizzazioni di assistenza domiciliare, in relazione ai sintomi di stress degli operatori sanitari, alla soddisfazione sul lavoro, all'intenzione di lasciare l'organizzazione o la professione, allo stato di salute generale, ai sintomi di burnout e alla qualità del sonno.

Risultati

I risultati principali rivelano che l'incompatibilità tra lavoro e vita privata degli operatori sanitari è significativamente associata ($p < 0,05$) alle loro reazioni allo stress, alla soddisfazione lavorativa, all'intenzione di lasciare e ai risultati relativi alla salute in tutte le aree lavorative incluse. Anche le buone qualità di leadership del supervisore diretto sono state associate alla soddisfazione lavorativa degli operatori sanitari in tutte le

aree di lavoro (B ≥ 0,22, p = 0,000). Inoltre, un legame positivo percepito con l'organizzazione (B ≥ 0,13, p < 0,01) e migliori opportunità di sviluppo (B ≥ 0,05, p < 0,05) sono stati associati a una maggiore soddisfazione lavorativa e a una minore intenzione di lasciare l'organizzazione e la professione tra i professionisti sanitari. Inoltre, l'età più giovane degli operatori sanitari è stata associata a una maggiore intenzione di lasciare prematuramente l'organizzazione e la professione in tutte le aree di lavoro incluse. Anche le elevate richieste fisiche (B ≥ 0,04, p < 0,05) e quantitative (B ≥ 0,05, p = 0,000) sul lavoro sono state associate a esiti negativi legati alla salute.

5.1 INTRODUZIONE

In tutto il mondo, i sistemi sanitari stanno lottando con una carenza di professionisti della salute e una potenziale destabilizzazione della qualità e della disponibilità delle cure fornite [1]. Lo stress legato al lavoro e le cattive condizioni di lavoro sono tra i motivi principali per cui gli operatori sanitari abbandonano prematuramente la loro professione [2-4]. Come dimostrano studi recenti, la pandemia di COVID-19 ha ulteriormente aggravato il problema dello stress e delle cattive condizioni di lavoro degli operatori sanitari in vari paesi e aree di lavoro [5-7].

Lo stress legato al lavoro può essere definito come "un modello di reazioni che si verificano quando i lavoratori si trovano di fronte a richieste o pressioni che non corrispondono alle loro conoscenze, abilità e competenze, e che mettono a dura prova la loro capacità di affrontarle" [8, 9]. Il modello di 'cause e conseguenze dello stress legato al lavoro' [8, 10] costituisce il background teorico di base di questo studio. Esso spiega le cause dello stress (fattori di stress), le reazioni allo stress (a breve termine) e le conseguenze dello stress legato al lavoro (a lungo termine) sul dipendente, nonché le loro interrelazioni (i fattori di stress sono associati alle reazioni allo stress e alle conseguenze a lungo termine) [8, 10]. I fattori di stress sul lavoro

sono particolarmente pronunciati nel lavoro quotidiano degli operatori sanitari, come le elevate richieste emotive dovute al confronto con la malattia e la morte, l'aggressione sul lavoro o le elevate richieste fisiche quando si sollevano o si spostano i pazienti [11-13]. Lavorare sotto pressione, fare straordinari, orari di lavoro lunghi e la carenza di personale sono altri fattori di stress ben noti agli operatori sanitari [14-16]. Inoltre, devono affrontare la mancanza di opportunità di sviluppo, le scarse qualità di leadership dei superiori e l'elevata esposizione a malattie infettive o a sostanze pericolose nel loro lavoro quotidiano [4, 17]. Inoltre, sono fortemente influenzati dalle incompatibilità tra lavoro e vita privata, dal lavoro a turni e dai problemi di demarcazione tra lavoro e tempo libero [4, 18-20]. Come indicano studi precedenti, un elevato livello di fattori di stress sul lavoro è associato all'aumento dell'ansia, della depressione, dell'insoddisfazione lavorativa e dell'intenzione di lasciare prematuramente la professione [21, 22].

Esistono diversi studi sui fattori di stress, sulle reazioni allo stress e sulle conseguenze a lungo termine tra gli operatori sanitari che operano a diversi livelli di gestione [23, 24], ruoli professionali [2, 3, 21, 25] o aree di lavoro [14, 26, 27]. Tuttavia, la maggior parte degli studi si concentra su un'area di lavoro specifica (ad esempio, ospedali per acuti o case di cura) [3, 15, 19] o su una sola professione sanitaria specifica (ad esempio, infermieri) [14, 28]. Pertanto, gli studi incentrati sullo stress correlato al lavoro tra i professionisti della salute che combinano e confrontano diverse aree di lavoro nel settore sanitario sono rari.

Pertanto, lo scopo di questo studio è identificare (1) l'entità e le differenze dello stress correlato al lavoro nelle varie aree lavorative e (2) i fattori di stress associati alle reazioni cognitive e comportamentali allo stress, ai sintomi di burnout, allo stato di salute, alla qualità del sonno, alla soddisfazione lavorativa e all'intenzione di lasciare l'organizzazione e la professione tra gli operatori sanitari che lavorano in ospedali per cure acute/

riabilitative, ospedali psichiatrici, case di cura e organizzazioni di assistenza domiciliare.

5.2 DISEGNO DI RICERCA

Questo studio presenta i risultati del progetto nazionale STRAIN 'stress legato al lavoro tra i professionisti della salute in Svizzera' [4, 23]. Questi risultati si basano su un disegno trasversale ripetuto, utilizzando tre misurazioni tra settembre 2017 e marzo 2018 (T0), gennaio e aprile 2019 (T1) e marzo e settembre 2020 (T2), condotte tra i professionisti sanitari svizzeri che lavorano in ospedali per cure acute/riabilitazione, ospedali psichiatrici, case di cura e organizzazioni di assistenza domiciliare. Solo il 4% dei partecipanti ha preso parte a tutti e tre i punti di misurazione. Le organizzazioni partecipanti erano libere di scegliere il momento della raccolta dei dati che meglio si adattava alle loro esigenze.

5.3 RECLUTAMENTO E CAMPIONE DELLO STUDIO

Per il reclutamento, le potenziali organizzazioni sanitarie sono state selezionate in modo casuale da un registro (Ufficio federale di statistica nel 2016) di tutti gli ospedali, le case di cura e le organizzazioni di assistenza domiciliare in Svizzera. Abbiamo escluso le organizzazioni di dimensioni troppo piccole (numero medio di letti < 20, meno di 7 dipendenti) o specializzate (ad esempio, in neonatologia) [23]. Il processo di randomizzazione è stato basato su computer utilizzando randomizer.org e ha considerato un campione geograficamente rappresentativo della Svizzera (69% di lingua svizzera o tedesca standard, 23% di lingua francese, 8% di lingua italiana). Pertanto, 100 ospedali, 100 case di cura e 100 organizzazioni di assistenza domiciliare sono stati selezionati in modo casuale e invitati a partecipare allo studio. Le organizzazioni invitate

hanno ricevuto informazioni sullo studio tramite un volantino e un breve filmato. Alla fine, un totale di 26 ospedali per acuti/riabilitazione, 12 ospedali psichiatrici, 86 case di cura e 41 organizzazioni di assistenza domiciliare (117 di lingua tedesca, 39 di lingua francese, 9 di lingua italiana) hanno partecipato allo studio.

5.4 RACCOLTA DATI

Per la raccolta dei dati, una persona di contatto in ogni organizzazione partecipante era responsabile della distribuzione del questionario. Il questionario è stato distribuito a tutti gli operatori sanitari che lavoravano nell'organizzazione al momento della raccolta dei dati. Infermieri, ostetriche, medici, professionisti medico-tecnici, professionisti medico-terapeutici e dipendenti dell'amministrazione e della ricerca, a tutti i livelli gerarchici e di competenza (ad esempio, professionisti sanitari in formazione), sono stati inclusi nello studio. Il questionario era disponibile in tedesco, francese e italiano in due versioni online (Surveymonkey®, UmfrageOnline®), oltre che in una versione cartacea. I professionisti sanitari partecipanti avevano un mese di tempo per completare il questionario e hanno ricevuto un promemoria dopo le prime due settimane durante il periodo di raccolta dei dati. La raccolta dei dati era su base volontaria per tutte le organizzazioni partecipanti e per tutti i professionisti sanitari coinvolti al loro interno.

5.5 QUESTIONARIO STRAIN

Lo studio ha utilizzato il questionario STRAIN, progettato sulla base del modello di 'cause e conseguenze dello stress legato al lavoro' [8, 10]. Pertanto, è composto da scale che valutano i fattori di stress sul lavoro (ad esempio, le richieste sul lavoro, il conflitto tra lavoro e vita privata), le reazioni allo

stress (reazioni comportamentali e cognitive allo stress) e le conseguenze a lungo termine (ad esempio, i sintomi di burnout, la soddisfazione sul lavoro, lo stato di salute generale, la qualità del sonno, l'intenzione di lasciare l'organizzazione o la professione). Il questionario STRAIN include scale ampiamente utilizzate, valide e affidabili (ad esempio, sulle richieste quantitative, sull'influenza sul lavoro, sulla chiarezza del ruolo) del Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) [29, 30], il quale è stato utilizzato nel 'Nurses Early Exit Study' (NEXT) [31, 32].

Le risposte agli item del COPSOQ sono valutate su una scala Likert a cinque punti (in larga misura, in larga misura, un po', in piccola misura, in piccolissima misura, oppure sempre, spesso, a volte, raramente, mai/quasi mai). Il valore del punteggio della scala COPSOQ va da 0 (in misura molto ridotta o mai/quasi mai) a 100 (in misura molto elevata o sempre). Inoltre, sono state incluse la scala a 4 voci sulle richieste fisiche della sesta edizione dell'European Working Conditions Survey - EWCS [33] (scala Likert a 7 punti) e lo stato di salute generale auto-valutato su una scala da 0 (salute peggiore che si possa immaginare) a 100 (salute migliore che si possa immaginare) (utilizzando EQ-5D-5L [34]). Ulteriori dettagli sul questionario STRAIN sono stati pubblicati in precedenza [4, 36, 37].

5.6 ANALISI DEI DATI

I dati sono stati analizzati utilizzando SPSS 25® e R Studio 4.2.2 [37]. Secondo l'autore originale, tutte le voci di COPSOQ, EWCS e NEXT sono state trasformate in un intervallo di valori da 0 (valore minimo) a 100 (valore massimo) [29, 33]. Se si rispondeva a meno della metà delle domande di una scala, non veniva calcolato il punteggio medio [29].

Nella prima fase, abbiamo calcolato le statistiche descrittive che descrivono il campione di studio suddiviso nelle aree di la-

voro incluse (ospedali, case di cura, organizzazioni di assistenza domiciliare).

Nella seconda fase, abbiamo calcolato l'entità dei fattori di stress, delle reazioni allo stress e delle conseguenze a lungo termine tra gli operatori sanitari che lavorano negli ospedali per acuti/riabilitazione, negli ospedali psichiatrici, nelle case di cura e nelle organizzazioni di assistenza domiciliare; abbiamo testato le differenze significative utilizzando il test H di Kruskal-Wallis (livello di significatività di 0,05, utilizzando la correzione di Bonferroni per i test multipli) e un confronto a coppie (test di Dunn-Bonferroni), poiché il test di omogeneità della varianza era significativo. Non c'erano campioni di dati di dimensioni uguali.

Nella terza fase, abbiamo calcolato modelli di regressione multipla gerarchica separati per (1) gli ospedali per acuti/riabilitazione, (2) gli ospedali psichiatrici, (3) le case di cura e (4) le organizzazioni di assistenza domiciliare, utilizzando i dati degli operatori sanitari (livello 1) annidati nelle organizzazioni (livello 2). I modelli di regressione sono stati calcolati per le seguenti variabili di esito: sintomi di stress comportamentale; sintomi di stress cognitivo; soddisfazione lavorativa; intenzione di lasciare l'organizzazione; intenzione di lasciare la professione; stato di salute generale; sintomi di burnout; e qualità del sonno. Tutte le variabili indipendenti incluse nei modelli di regressione sono presentate nella Fig. 1. È stata condotta una selezione retrospettiva del modello con

il pacchetto MASS, basata sul criterio di informazione di Akaike [38]. I modelli sono stati poi adattati utilizzando il pacchetto lme4. Abbiamo calcolato i coefficienti beta standardizzati e non standardizzati, i valori p, gli errori standard, l'IC e l'R-quadro (marginale/condizionale) [39, 40]. Poiché l'ipotesi di eteroschedasticità non era soddisfatta per i modelli, gli errori standard, i valori di p e l'IC sono stati sottoposti a bootstrap (r = 999, corretto per il bias e accelerato, IC al 95%).

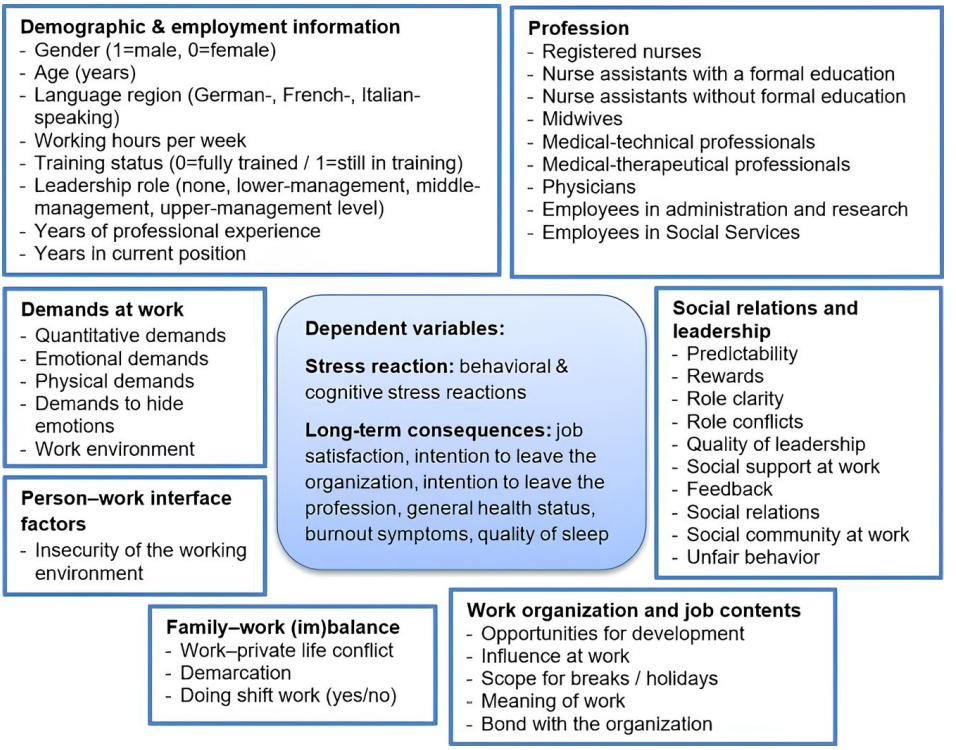


Fig. 1. Variabili dipendenti e indipendenti nei modelli di regressione.

5.7 RISULTATI

5.7.1 DESCRIZIONE DEL CAMPIONE DI STUDIO

Un totale di 19.340 professionisti della salute ha preso parte allo studio. I partecipanti erano principalmente donne (83%) e provenivano dalla Svizzera tedesca (83% di lingua tedesca, 15% di lingua francese, 2% di lingua italiana). Il campione dello studio comprendeva infermieri registrati (48%), assistenti infermieri (28%), ostetriche (1%), professionisti medico-tecnici (3%),

professionisti medico-terapeutici (9%), medici (7%), dipendenti dell'amministrazione e della ricerca (3%) e dei servizi sociali (2%). La maggior parte dei partecipanti non aveva responsabilità di gestione (84%), l'11% lavorava in una posizione inferiore, il 4% in una posizione intermedia e il 2% in una posizione di gestione superiore. La Tabella 1 fornisce ulteriori dettagli sulla distribuzione di sesso, regione linguistica, professione e posizioni dirigenziali dei partecipanti che lavoravano in ospedali per cure acute/riabilitazione, ospedali psichiatrici, case di cura e organizzazioni di assistenza domiciliare.

		Tutte le impostazioni n = 19.340		**Ospedali per acuti e di riabilitazione n = 8.179**		**Ospedali psichiatrici n = 4.464**		**Case di cura n = 3.860**		**Assistenza domiciliare n = 3.860**	
		n	%	**n**	%	**n**	%	**n**	%	**n**	%
Sesso	Donne	15,816	83%	6690	83%	3150	72%	3320	87%	2656	95%
	Uomini	3205	17%	1366	17%	1216	28%	485	13%	138	5%
Regione linguistica	Di lingua tedesca	14,871	83%	6301	80%	4124	93%	2361	76%	2085	82%
	Lingua francese	2715	15%	1609	20%	101	2%	608	20%	397	16%
	Parlano italiano	406	2%	0	0%	213	5%	146	5%	47	2%
Professione	Infermieri registrati	8185	48%	4086	56%	1901	50%	929	27%	1269	52%
	Assistenti infermieristici con un'istruzione formale	3537	21%	831	11%	348	9%	1588	46%	770	32%
	Assistenti infermieristici senza formazione formale	1228	7%	94	1%	47	1%	734	21%	353	14%
	Ostetriche	170	1%	170	2%	0	0%	0	0%	0	0%
	Professionisti medico-tecnici	523	3%	523	7%	0	0%	0	0%	0	0%
	Professionisti del settore medico-terapeutico	1509	9%	656	9%	694	18%	159	5%	0	0%
	Medici	1101	7%	649	9%	413	11%	39	1%	0	0%
	Dipendenti nell'amministrazione e nella ricerca	440	3%	269	4%	100	3%	16	1%	55	2%
	Dipendenti dei servizi sociali	353	2%	31	0%	296	8%	26	1%	0	0%

Posizione di leadership	Livello dirigenziale superiore	280	2%	98	1%	79	2%	30	1%	73	3%
	Livello dirigenziale medio	706	4%	269	4%	266	6%	110	3%	61	2%
	Livello dirigenziale inferiore	1945	11%	800	10%	467	11%	453	13%	225	8%
	Senza responsabilità di gestione	15,295	84%	6601	85%	3361	81%	2952	83%	2381	87%

Tabella 1. Statistiche descrittive relative ai diversi contesti sanitari. n = numero di casi

5.7.2 L'ENTITÀ DELLO STRESS LEGATO AL LAVORO IN DIVERSE AREE LAVORATIVE

La Tabella 2 mostra una panoramica dell'entità dei vari fattori di stress, delle reazioni allo stress e delle conseguenze a lungo termine tra gli operatori sanitari che lavorano in diverse aree lavorative del settore sanitario (ospedali, case di cura, organizzazioni di assistenza domiciliare).

	Tutte le impostazioni n = 19,340			**1 = Ospedali per acuti/riabilitazione n = 8197**		**2 = Ospedali psichiatrici n = 4464**		**3 = Case di cura n = 3860**		**4 = Assistenza domiciliare n = 2837**		**Test di Kruskal-Wallis**	
	N	**Media**	**SD**	**Media**	**SD**	**Media**	**SD**	**Media**	**SD**	**Media**	**SD**	**Valore p**	***Differenze significative tra le impostazioni (confronto a coppie)**
I fattori di stress sul lavoro													
Richieste quantitative	18,098	54.5	17.3	59.3	15.5	51.7	17.1	52.0	17.8	48.4	17.8	0.000	1vs2; 1vs3; 1vs4; 2vs3; 2vs4
Richieste sensoriali	18,089	83.1	14.6	86.2	13.5	75.6	15.5	84.0	13.8	84.6	13.3	0.000	1vs2; 1vs3; 1vs4; 2vs3; 2vs4
Richieste emotive	18,038	60.5	15.5	59.3	15.8	59.7	13.7	68.3	15.6	54.3	12.9	0.000	1vs3; 1vs4; 2vs3; 2vs4; 3vs4

Richieste fisiche	17,975	36.5	22.6	40.9	21.9	18.6	14.1	46.8	23.5	37.3	18.4	0.000	1vs2; 1vs3; 1vs4; 2vs3; 2vs4; 3vs4
Richiede di nascondere le emozioni	17,239	39.6	22.7	42.2	22.4	41.4	21.6	35.6	23.7	36.0	22.4	0.000	1vs3; 1vs4; 2vs3; 2vs4
Ambiente di lavoro	17,947	33.3	19.4	38.4	19.5	27.7	18.9	29.8	19.0	32.4	17.0	0.000	1vs2; 1vs3; 1vs4; 2vs3; 2vs4; 3vs4
Opportunità di sviluppo	18,166	71.0	15.5	72.3	15.1	71.8	15.3	68.7	16.8	69.7	15.0	0.000	1vs3; 1vs4; 2vs3; 2vs4
Influenza sul lavoro	17,876	51.5	20.2	48.0	20.1	58.1	17.9	51.2	21.0	51.5	20.3	0.000	1vs2; 1vs3; 1vs4; 2vs3; 2vs4
Possibilità di pause / vacanze	17,831	61.1	20.8	57.9	20.0	66.0	19.7	56.6	22.3	69.0	18.8	0.000	1vs2; 1vs4; 2vs3; 2vs4; 3vs4
Significato del lavoro	18,064	83.5	16.1	82.5	16.1	79.3	17.4	87.4	14.8	87.2	14.0	0.000	1vs2; 1vs3; 1vs4; 2vs3; 2vs4
Legame con l'organizzazione	17,250	62.7	20.6	60.6	20.0	60.2	20.2	64.1	21.8	69.8	19.2	0.000	1vs3; 1vs4; 2vs3; 2vs4; 3vs4
Prevedibilità	17,692	63.8	19.8	62.3	19.5	61.5	19.3	65.3	21.1	69.1	18.3	0.000	1vs3; 1vs4; 2vs3; 2vs4; 3vs4
Ricompense	17,483	58.6	26.0	54.3	26.3	56.7	26.2	62.1	25.1	68.4	22.9	0.000	1vs2; 1vs3; 1vs4; 2vs3; 2vs4; 3vs4
Chiarezza del ruolo	17,805	78.1	14.8	79.2	14.4	73.4	15.2	80.3	14.8	79.1	14.1	0.000	1vs2; 1vs3; 2vs3; 2vs4; 3vs4
Conflitti di ruolo	17,767	36.0	20.5	39.3	20.2	37.6	20.0	33.5	21.6	28.4	18.3	0.000	1vs2; 1vs3; 1vs4; 2vs3; 2vs4; 3vs4
Qualità della leadership	17,543	64.5	22.3	62.7	22.6	64.0	22.9	65.5	22.1	68.7	19.8	0.000	1vs2; 1vs3; 1vs4; 2vs4; 3vs4
Supporto sociale sul lavoro	17,460	77.1	17.1	75.6	16.9	78.3	17.0	76.6	17.8	80.5	16.5	0.000	1vs2; 1vs3; 1vs4; 2vs3; 2vs4; 3vs4
Feedback	17,334	50.5	20.8	49.3	20.9	51.1	19.9	53.2	21.3	49.3	20.7	0.000	1vs2; 1vs3; 2vs3; 2vs4; 3vs4
Relazioni sociali sul lavoro	17,375	58.0	27.2	63.6	23.6	60.7	25.8	59.8	25.2	36.0	30.1	0.000	1vs2; 1vs3; 1vs4; 2vs4; 3vs4
Comunità sociale al lavoro	17,364	79.9	14.7	79.4	14.3	80.1	14.8	78.5	15.7	82.7	13.7	0.000	1vs4; 2vs3; 2vs4; 3vs4

Comportamento sleale	17,138	13.7	21.4	14.6	21.6	12.3	20.4	16.9	23.6	9.2	17.6	0.000	1vs2; 1vs3; 1vs4; 2vs3; 2vs4; 3vs4
Insicurezza dell'ambiente di lavoro	17,793	28.4	25.1	31.6	25.7	25.0	22.9	29.6	26.7	23.1	22.5	0.000	1vs2; 1vs3; 1vs4; 2vs3; 2vs4; 3vs4
Conflitto tra lavoro e vita privata	17,441	28.1	20.9	30.8	21.4	27.6	20.0	27.2	21.6	22.6	18.4	0.000	1vs2; 1vs3; 1vs4; 2vs4; 3vs4
Demarcazione	17,329	32.2	22.1	34.7	22.0	29.0	21.3	32.7	21.9	29.3	22.4	0.000	1vs2; 1vs3; 1vs4; 2vs4; 3vs4
Reazioni allo stress													
Sintomi di stress comportamentale	17,186	29.9	21.8	31.2	22.5	30.2	20.8	29.4	22.3	26.8	20.5	0.000	1vs3; 1vs4; 2vs4; 3vs4
Sintomi cognitivi di stress	17,239	26.7	19.5	28.0	19.8	25.5	19.0	26.2	20.2	25.5	18.1	0.000	1vs2; 1vs3; 1vs4
Conseguenze a lungo termine													
Soddisfazione lavorativa	17,330	70.4	14.7	69.2	14.8	71.1	14.9	69.9	14.7	73.0	13.5	0.000	1vs2; 1vs4; 2vs3; 2vs4; 3vs4
Intenzione di lasciare l'organizzazione	17,272	20.2	22.7	22.0	23.2	22.5	22.9	17.9	22.8	15.4	20.2	0.000	1vs3; 1vs4; 2vs3; 2vs4; 3vs4
Intenzione di lasciare la professione	17,269	16.1	21.3	17.5	21.9	15.9	20.6	15.4	21.7	13.8	19.5	0.000	1vs2; 1vs3; 1vs4; 2vs4;
Stato di salute generale	15,674	79.0	17.0	80.0	17.1	78.3	16.7	77.7	17.5	79.5	15.8	0.000	1vs2; 1vs3; 1vs4; 3vs4
I sintomi del burnout	17,116	42.2	20.9	43.6	20.9	40.6	19.5	42.8	22.7	40.1	20.0	0.000	1vs2; 1vs4; 2vs3; 3vs4
Qualità del sonno	17,110	68.8	19.2	66.8	19.1	69.8	19.1	69.0	19.6	72.2	18.2	0.000	1vs2; 1vs3; 1vs4; 2vs4; 3vs4

Tabella 2. L'entità dei fattori di stress lavorativo, la reazione allo stress e le conseguenze a lungo termine nei diversi contesti sanitari.

Tutte le scale hanno un punteggio da 0 (valore minimo) a 100 (valore massimo), N = numero di casi in totale, M = media, SD = deviazione standard, * confronto a coppie utilizzando il livello di significatività di 0,05 (a 2 lati), aggiustato dalla correzione di Bonferroni per i test multipli, i punteggi più alti / più bassi sono evidenziati

5.7.3 ENTITÀ DEI VARI FATTORI DI STRESS SUL LAVORO

Gli operatori sanitari che lavorano in ospedali per acuti o in ospedali di riabilitazione sono stati maggiormente colpiti da sintomi di stress cognitivo (ad esempio, problemi di concentrazione e di presa di decisioni) (M = 28; SD = 19,8), hanno mostrato sintomi di burnout più elevati (M = 43,59; SD = 20,87), e hanno avuto una qualità del sonno inferiore (M = 66,81; SD = 19,12). Hanno anche rivelato di avere una minore soddisfazione lavorativa (M = 69,2; SD = 14,8) e la più alta intenzione di lasciare l'organizzazione (M = 17,5; SD = 21,9) o la propria professione prima del tempo (M = 17,5; SD = 21,9). Anche gli operatori sanitari che lavorano negli ospedali psichiatrici hanno rivelato un'elevata intenzione di lasciare l'organizzazione (M = 22,5; SD = 22,9). Gli operatori sanitari che lavorano nelle case di cura hanno mostrato punteggi più bassi relativamente alla soddisfazione lavorativa (M = 69,9; SD = 14,7) e sintomi di burnout più elevati (M = 42,8; SD = 22,7).

5.7.4 RISULTATI DELL'ANALISI DI REGRESSIONE SULLE REAZIONI ALLO STRESS

I risultati dei modelli di regressione multipla hanno rivelato che un'incompatibilità tra lavoro e vita privata è stata associata a un aumento dei sintomi di stress comportamentale (B ≥ 0,45; p = 0,000) tra i professionisti della salute che lavorano in tutti i settori inclusi (cure acute, ospedali di riabilitazione o psichiatrici, case di cura o organizzazioni di assistenza domiciliare; vedere Tabella 3). Inoltre, gli assistenti infermieri (con un'istruzione formale: B ≥ 0,12; p = 0,000 e senza istruzione formale: B ≥ 0,10; p = 0,000) che lavorano in organizzazioni di assistenza acuta, ospedali di riabilitazione e assistenza domiciliare sembravano essere più colpiti in termini di sintomi di stress comportamentale. Anche le elevate richieste quantitative sul lavoro sono state associate a un aumento dei sintomi di stress comportamentale tra gli operatori sanitari che lavorano nelle organizzazioni di assistenza acuta, ospedali di riabilitazione e assistenza domiciliare (B ≥ 0,13; p = 0,000).

[...]

6 - EDITORIALE: ANSIA, BURNOUT E STRESS TRA I PROFESSIONISTI DELLA SANITÀ

VASFIYE BAYRAM DEGER

Tratto e tradotto da
Vasfiye Bayram Deger. Editoriale: Ansia, burnout e stress tra gli operatori sanitari. Frontiers in Psychology, 11 gennaio 2024; 14:1348250. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1348250
https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2023.1348250/full
Frontiers in Psychology. Rivista multidisciplinare di psicologia, che pubblica articoli su neuroscienze, psicologia clinica, sociale, cognitiva e dello sviluppo.

Le parti omesse dal curatore rispetto all'originale sono indicate dal segno [...]

I campi della tecnologia, dell'informatica e della società stanno vivendo continui cambiamenti e sviluppi giorno dopo giorno. Tali cambiamenti e sviluppi influenzano la vita umana e ampliano i campi di ricerca. Uno di questi campi è il mondo del lavoro. La vita lavorativa è un'area in cui le persone trascorrono una parte significativa della loro vita, dedicando tempo e impegno. La disponibilità dei dipendenti a fare un uso qualitativo del loro tempo e del loro lavoro influisce in modo significativo sull'efficienza ottenuta come risultato del loro lavoro (Burton, 2010). La natura dei requisiti lavorativi e la quantità di comunicazione con altre persone sul posto di lavoro creano situazioni impegnative

per i dipendenti. In questo contesto, quando si parla di salute nella vita lavorativa, gli operatori sanitari sono considerati un gruppo campione importante in termini di ricerca delle variabili legate alla vita lavorativa, poiché il loro settore richiede una forza lavoro qualificata, è vitale ed è una professione che comporta costantemente un'interazione faccia a faccia con le persone. Il settore sanitario è uno dei settori in cui i dipendenti incontrano maggiori difficoltà a causa di vari fattori. Si differenzia da altri ambienti di lavoro per la difficoltà di servire pazienti in forte stato di stress e per il fatto che i dipendenti di questo settore affrontano spesso situazioni stressanti nel loro ambiente di lavoro quotidiano. Lo stress, l'ansia e il burnout sperimentati da medici, infermieri e personale sanitario ausiliario che sono a diretto contatto con i pazienti influenzano sia le loro prestazioni lavorative che il loro stato di salute, diminuendo così la loro qualità di vita. L'ansia che insorge negli operatori sanitari durante o a seguito di un intervento di crisi può compromettere le loro capacità di ragionamento mentale e di pensiero astratto, portando a una mancanza di attenzione e di coordinamento. Varie emozioni, come la paura e l'ansia, possono influenzare le prestazioni nel problem solving. Una diminuzione della capacità di problem solving può portare a una diminuzione dell'efficacia dei servizi forniti per proteggere la salute degli individui e della società e facilitare le condizioni di vita (Çelmece e Menekay, 2020).

L'ansia negli operatori sanitari può portare a infortuni e malattie professionali; in particolare, influisce negativamente sulla salute fisica, sociale e psicologica. Il burnout rappresenta una risposta psicologica degli operatori sanitari. Esiste una relazione significativa tra l'ansia e la sindrome da burnout, e l'ansia può predisporre a quest'ultima. Gli operatori sanitari sono esposti al burnout a causa di reazioni psicologiche e comportamentali indotte dallo stress e dalla pressione, derivanti dall'intensa comunicazione e dalla natura dell'area di lavoro. Lo stato di ansia e di burnout comporta indubbiamente un rischio di riduzione della funzionalità degli operatori sanitari.

Inoltre, le inadeguatezze nei servizi sanitari e la distribuzione squilibrata degli operatori sanitari creano un senso di stress tra i lavoratori. Fattori come condizioni di lavoro inadeguate, personale insufficiente, mancanza di attrezzature mediche e problemi di approvvigionamento possono influire negativamente sulla salute mentale degli operatori sanitari. Lo stress e l'esaurimento derivanti da questo ambiente lavorativo possono portare a sintomi mentali come depressione, ansia e senso di impotenza. Possono verificarsi anche sintomi fisiologici come mal di testa, tensione muscolare e insonnia. Gli operatori sanitari possono sperimentare disturbi del sonno a causa del lavoro a turni e dello stress lavorativo, il che può influire negativamente sulle loro prestazioni lavorative. Questi professionisti sono spesso testimoni della dura realtà della vita, soprattutto quelli che assistono a eventi traumatici. Gli operatori sanitari che lavorano nei reparti di emergenza e nelle unità di terapia intensiva si trovano spesso di fronte a morte, sofferenza ed emergenze. Questo può portare a una maggiore incidenza di malattie come il disturbo da stress acuto, il disturbo da stress post-traumatico, la depressione, i disturbi psicosomatici e i disturbi da uso di sostanze.

Il sistema sanitario è una delle istituzioni che opera in condizioni molto impegnative, soprattutto durante epidemie o situazioni straordinarie come la recente pandemia, che ha colpito tutto il mondo e ha causato molte morti. Anche la salute mentale degli operatori sanitari, che si assumono un intenso carico sociale e lavorativo, risente di questa situazione, soprattutto durante i periodi di crisi che colpiscono la società dal punto di vista socioeconomico e psicologico. Nella letteratura esiste un gran numero di studi sull'argomento, e molti di essi si concentrano sui rischi psicologici degli operatori sanitari, soprattutto in relazione alle epidemie, identificando alti livelli di ansia, depressione, stress e burnout (Cocco et al., 2002; Wong et al., 2005; Zhang et al., 2018). Inoltre, sono state riscontrate disparità tra gli operatori sanitari; quelli in prima linea nella diagnosi, nel trattamento e nell'assistenza dei pazienti durante la pandemia di COVID-19 riportano sintomi più gravi di ansia, depressione e stress rispetto

a coloro che non erano in prima linea (Kang et al., 2020; Lai et al., 2020). Nelle prime fasi di una crisi epidemica, sintomi come ansia e paura aumentano immediatamente ma diminuiscono rapidamente nelle fasi successive, mentre la depressione e i sintomi di stress post-traumatico tendono a persistere nel tempo (Wu et al., 2009). Cai et al. (2020) hanno condotto un'indagine su 534 medici, infermieri e fornitori di cure primarie nella provincia di Hubei, concludendo che i livelli di stress degli operatori sanitari erano estremamente elevati durante la pandemia di COVID-19. Un altro studio condotto in Turchia ha rilevato che il 38% degli infermieri che lavorano nei servizi di emergenza ha sperimentato stress. Secondo lo stesso studio, è emerso che gli infermieri che hanno vissuto lo stress si sono pentiti della loro scelta professionale e hanno considerato l'idea di licenziarsi o di lasciare il lavoro (Yasal e Partlak, 2019).

Alla luce di queste informazioni, si dovrebbero prendere alcune precauzioni per garantire operatori sanitari più sani e, di conseguenza, servizi sanitari migliori, dove il rischio di errore è ridotto al minimo e l'assistenza risulta migliore. È possibile impiegare più operatori sanitari nelle istituzioni per ridurre la pressione e il carico di lavoro. Durante la pandemia, uno dei problemi più impegnativi è stato l'accesso a un adeguato equipaggiamento protettivo. I dispositivi di protezione personale dovrebbero essere forniti agli operatori sanitari. Gli orari di lavoro possono essere riprogrammati, tenendo conto delle esigenze di riposo degli operatori sanitari e creando ambienti di lavoro e di riposo che garantiscano il controllo del rischio di infezione e di altri fattori di rischio derivanti dalla mancanza di sonno e dalla stanchezza.

In conclusione, alcune misure che possono essere adottate per risolvere questo problema avranno probabilmente un impatto positivo sulla salute pubblica. Le istituzioni sanitarie dovrebbero dare priorità alla salute psicologica dei loro dipendenti e creare un ambiente di lavoro di supporto. Le politiche istituzionali dovrebbero includere misure come un ambiente di lavoro meno stressante, servizi di supporto per la gestione dei carichi

di lavoro dei dipendenti e la flessibilità per l'equilibrio lavorativo, e possono fornire formazioni regolari sulla salute mentale per gli operatori sanitari. Queste formazioni possono fornire gli strumenti necessari per superare lo stress lavorativo, prevenire il burnout e mantenere la salute psicologica. L'istituzione di gruppi di sostegno per gli operatori sanitari può consentire ai lavoratori di interagire tra loro, condividere lo stress lavorativo e ricevere supporto.

7 - L'EFFETTO DEI LIVELLI DI STRESS, ANSIA E BURNOUT DEGLI OPERATORI SANITARI CHE HANNO ASSISTITO I PAZIENTI COVID-19 SULLA LORO QUALITÀ DI VITA

NURIYE ÇELMEÇE, MUSTAFA MENEKAY

Tratto e tradotto da
Çelmeçe N, et al. L'effetto dei livelli di stress, ansia e burnout dei professionisti sanitari che si prendono cura dei pazienti affetti da COVID-19 sulla loro qualità di vita. Frontiers in Psychology, 23 novembre 2020; 11:597624. doi: 10.3389/fpsyg.2020.597624
https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2020.597624/full
Frontiers in Psychology. Rivista multidisciplinare di psicologia, che pubblica articoli su neuroscienze, psicologia clinica, sociale, cognitiva e dello sviluppo.

Le parti omesse dal curatore rispetto all'originale sono indicate dal segno [...]

Premessa
Il sistema sanitario è tra le istituzioni che operano nelle condizioni più impegnative durante il periodo di epidemie come la pandemia, che colpisce tutto il mondo e provoca morti. Durante le pandemie che colpiscono la società in termini di aspetti socioeconomici e mentali, la salute mentale dei team sanitari, che si assumono un pesante carico sociale e lavorativo, risente di questa situazione.

Obiettivo
Questa ricerca è stata condotta con l'obiettivo di determinare l'effetto dei livelli di stress, ansia e burnout degli operatori sanitari (medici, infermieri, assistenti sanitari) che si sono occupati di pazienti COVID-19 sulla loro qualità di vita.

Metodo
Il campione dello studio era composto da un totale di 240 operatori sanitari, determinati con un metodo di campionamento casuale tra gli operatori sanitari che hanno lavorato negli ospedali pandemici del centro di Tokat, in Turchia. Nello studio condotto secondo il modello di screening relazionale, sono stati utilizzati la Scala dello Stress Percepito, lo Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, il Maslach Burnout Inventory e la Scala della Qualità della Vita.

Risultati
Mentre i punteggi medi di stress, ansia di tratto e qualità della vita degli operatori sanitari di sesso femminile, sposati e con figli erano più alti rispetto agli altri gruppi, sono state trovate correlazioni alte, moderate, negative e positive tra tutte le variabili.

Conclusioni
La ricerca ha concluso che lo stress, l'ansia e il burnout degli operatori sanitari che si sono occupati dei pazienti COVID-19 influiscono significativamente sulla loro qualità di vita.

7.1 INTRODUZIONE

Il COVID-19, dichiarato pandemia dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dopo essere emerso a Wuhan, in Cina, ha avuto un impatto su molti Paesi diversi da quello in cui ha iniziato a diffondersi e ha colpito soprattutto gli operatori sanitari. Gli operatori sanitari sono a rischio di esposizione alle malattie infettive, compreso il nuovo coronavirus (COVID-19) emerso in

Cina. Lavorare a tu per tu con persone in quarantena e portatrici del virus può suscitare serie preoccupazioni, come la paura della morte tra gli operatori sanitari; possono svilupparsi sentimenti di solitudine e rabbia, e queste emozioni possono portare allo stress dei professionisti (Xiang et al., 2020; Zhang et al., 2020). In uno studio condotto da Cai et al. (2020) su 534 medici, infermieri e fornitori di cure primarie nello Stato di Hubei, i livelli di stress degli operatori sanitari sono risultati estremamente alti durante l'epidemia di COVID-19. Come risultato di uno studio condotto in Turchia, è stato determinato che il 38% degli infermieri che lavorano nel reparto di emergenza hanno sperimentato lo stress. Secondo la stessa ricerca, è stato rivelato che gli infermieri che sperimentano lo stress si sono pentiti della loro scelta professionale e hanno pensato di abbandonare o lasciare il lavoro (Yasal e Partlak, 2019). Lo studio condotto da Jiang et al. (2020) su 310 persone per esaminare i sintomi psicologici degli operatori sanitari di Wuhan durante l'epidemia di COVID-19 ha dimostrato che gli operatori sanitari erano sottoposti a uno stress da moderato a grave e che molti di loro hanno riportato ansia e depressione elevate. Le emergenze come l'epidemia di COVID-19 possono rivelarsi più rischiose per gli operatori sanitari, che lavorano con varie difficoltà e rischi anche nella fornitura di servizi sanitari ordinari. Queste situazioni possono esporli a gravi reazioni di stress e sperimentare lo stress, che aumenta il rischio di sviluppare un trauma secondario.

Sebbene lo stress, la fatica e l'aumento del carico di lavoro possano avere diverse conseguenze, come i disturbi muscolo-scheletrici, una delle conseguenze negative più probabili di queste condizioni è l'aumento del burnout nell'assistenza sanitaria. È noto che il rischio di contrarre il virus, che si diffonde gradualmente durante l'epidemia, aumenta l'ansia di ammalarsi sia per se stessi che per i propri familiari e può portare al burnout nello svolgimento di compiti che richiedono resistenza. Durante i periodi epidemici come la COVID-19, le cause più importanti del burnout sono gli orari di lavoro prolungati, l'ansia di ammalarsi con l'aumento del carico virale e, soprattutto, tutti i

tipi di discorsi e approcci che svalutano il lavoro degli operatori sanitari che rischiano la propria salute. Il burnout si manifesta soprattutto in coloro che lavorano in professioni come quella della "salute", che servono direttamente le persone e in cui le relazioni umane sono importanti. Negli studi condotti al di fuori del periodo epidemico, sono stati riportati alti livelli di burnout tra gli operatori sanitari sia nel nostro Paese che nel mondo (Erol et al., 2012; Kansoun et al., 2019). Nello studio di Matsuo et al. (2020), in cui è stata analizzata la prevalenza del burnout negli operatori sanitari durante l'epidemia di COVID-19 in Giappone, con la partecipazione di 488 operatori sanitari, la prevalenza complessiva del burnout è risultata pari al 31,4% (98 su 312). 59 (46,8%) di 126 infermieri, 8 (36,4%) di 22 tecnici di radiologia e 7 (36,8%) di 19 farmacisti hanno sperimentato il burnout.

Uno studio condotto sugli operatori sanitari ha mostrato una relazione positiva significativa tra stress e burnout (Morgantini et al., 2020). Un altro studio che ha analizzato la relazione tra burnout, ansia e disturbi da stress durante l'epidemia COVID-19 ha riportato che i medici e gli infermieri hanno sperimentato alti livelli di problemi di salute mentale, compreso il burnout (Sung et al., 2020).

Lo stress, l'ansia e il burnout di medici, infermieri e personale sanitario assistente che sono a diretto contatto con i pazienti possono influire sia sulle loro prestazioni lavorative che sulle loro condizioni di salute e ridurre la loro qualità di vita. Negli operatori sanitari, l'ansia che si verifica durante o a seguito di un intervento di crisi può compromettere le capacità di ragionamento mentale e di pensiero astratto e causare una mancanza di attenzione e di coordinamento. Diverse emozioni, come la paura e l'ansia, possono influire sulle loro prestazioni di risoluzione dei problemi. La diminuzione della capacità di risolvere i problemi può portare a una diminuzione dell'efficienza dei servizi forniti per proteggere la salute degli individui e la salute pubblica e per facilitare le condizioni di vita.

In questo studio, si è cercato di determinare l'effetto dei livelli di stress, ansia e burnout degli operatori sanitari che lavorano

attivamente negli ospedali durante la pandemia COVID-19 sulla loro qualità di vita. In linea con questo obiettivo, sono state cercate le risposte alle seguenti domande:

1. Esiste una relazione tra i livelli di stress, ansia e burnout degli operatori sanitari e la loro qualità di vita?
2. I livelli di stress, ansia e burnout degli operatori sanitari hanno un impatto sulla loro qualità di vita?

7.2 MATERIALI E METODI

La ricerca è stata condotta secondon il modello dello screening relazionale per determinare l'effetto dei livelli di stress, ansia e burnout degli operatori sanitari sulla loro qualità di vita. Questo studio trasversale è stato condotto tra il 20 maggio 2020 e il 10 giugno 2020, applicando un sondaggio anonimo online agli operatori sanitari che lavoravano attivamente durante la pandemia COVID-19. Tutti i soggetti hanno fornito il consenso informato elettronicamente prima della registrazione. Solo i soggetti che hanno accettato di partecipare volontariamente sono stati inclusi in questo studio, e i soggetti potevano abbandonare il processo in qualsiasi momento. Era consentita una sola risposta al questionario per persona. I sondaggi incompleti non sono stati inclusi in questo studio. La popolazione target dello studio è costituita da operatori sanitari che lavorano negli ospedali pandemici nel centro della città di Tokat. Nel determinare il metodo di campionamento, è stata utilizzata la tecnica di campionamento casuale semplice, che è il tipo di campionamento in cui tutti gli elementi della popolazione in studio hanno le stesse possibilità di essere selezionati. Per la dimensione del campione, è stata utilizzata la tecnica del "campionamento di elementi sproporzionati". Un totale di 240 operatori sanitari, 170 donne (70%) e 70 uomini (30%) hanno partecipato allo studio.

Non è stato possibile raggiungere il numero desiderato di popolazione, in quanto gli operatori sanitari hanno dovuto lavorare

molto a causa della pandemia, sono stati in congedo o sono stati esonerati per motivi come malattie o nascite. I tipi di variabili utilizzati nell'analisi sono limitati dall'affidabilità del sondaggio applicato. Il fatto che alcuni dipendenti dell'ospedale non abbiano partecipato al sondaggio ha reso il campione più piccolo.

7.2.1 SCALA DELLO STRESS PERCEPITO

La scala, sviluppata da Cohen et al. (1983) (alfa di Cronbach = 0,78) e adattata al turco da Eskin et al. (2013) (alfa di Cronbach = 0,84), è composta da 14 elementi. La scala è stata sviluppata per misurare il grado di valutazione delle situazioni della vita di una persona come stressanti (Eskin et al., 2013). Ai partecipanti viene chiesto di valutare gli articoli su una scala di tipo Likert a 5 punti (Mai = 0; Molto spesso = 4). I punteggi di 7 articoli con affermazioni positive sono invertiti. Il punteggio totale varia da 0 a 56, e un punteggio elevato indica che la persona percepisce uno stress eccessivo.

7.2.2 INVENTARIO DI STATO DELL'ANSIA DI SPIELBERG

La scala è stata sviluppata da Spielberger et al. nel 1964 per determinare i livelli di ansia di tratto degli individui. Gli studi di affidabilità e validità della scala sono stati condotti da Öner e Le Compte (1983). La scala dell'ansia di tratto misura l'ansia negli adolescenti di età superiore ai 14 anni e negli adulti. Questa scala, che è un tipo di scala di autovalutazione, comprende 20 elementi che consistono in brevi espressioni. Tutti gli item hanno un punteggio compreso tra 1 e 4, invertendo i punteggi degli item inversi inclusi nella scala, e il punteggio crescente indica un alto livello di ansia. Il punteggio totale ottenuto dalla scala può variare tra 20 e 80. Un punteggio elevato indica un alto livello di ansia, mentre un punteggio basso indica un basso livello di ansia.

7.2.3 SCALA DEL BURNOUT MASLACH

La Scala del burnout di Maslach è stata sviluppata da Maslach e Jackson (1981) per determinare il livello di burnout. Si tratta

di una scala composta da tre sottodimensioni come l'esaurimento emotivo, la depersonalizzazione e la realizzazione personale e da 22 item che hanno caratteristiche di definizione di queste dimensioni. I coefficienti α di Cronbach delle sottodimensioni della scala, che è stata adattata in turco da Ergin (1992), sono risultati pari a 0,86 per la sottodimensione esaurimento emotivo, 0,71 per la sottodimensione depersonalizzazione e 0,76 per la sottodimensione realizzazione personale.

7.2.4 SCALA DELLA QUALITÀ DI VITA

È stata sviluppata da Menekay e Çelmeçe (2017) per determinare l'atteggiamento dei dipendenti nei confronti della loro qualità di vita. La scala è composta da 28 articoli e quattro dimensioni: vita lavorativa, vita sociale, burnout e soddisfazione. I coefficienti di affidabilità delle sottodimensioni della scala variano tra 0,637 e 0,831. Il coefficiente di affidabilità dell'intera scala è di 0,881 (Menekay e Çelmeçe, 2017).

7.2.5 MODELLO DI MISURAZIONE

Nell'analisi dell'affidabilità e della validità, il primo punto da considerare sulle variabili è l'affidabilità della coerenza interna. L'affidabilità della coerenza interna viene comunemente misurata con il valore Alpha di Cronbach. Il secondo aspetto da esaminare in merito alle variabili è la validità. La verifica della validità avviene in due fasi: validità convergente e validità discriminante. Per la validità di fusione si considerano due valori (Doğan, 2019). Si tratta dei caricamenti esterni e dei valori della varianza media estratta (AVE) spiegata. Ci sono tre metodi consigliati per la validità di divergenza (Doğan, 2019). Il primo è il criterio di Fornell e Larcker (Hair et al., 2017), il secondo è quello dei carichi incrociati e il terzo è il criterio HTMT (Heterotrait-Monotrait Ratio) (Henseler et al., 2015). Secondo il criterio di Fornell e Larcker (1981), la radice quadrata dei valori AVE delle strutture incluse nello studio deve essere superiore alle correlazioni tra le strutture incluse nello studio. La Tabella 1 mostra i risulta-

ti dell'analisi effettuata secondo il criterio di Fornell e Larcker (1981). Secondo il criterio di Henseler et al. (2015), l'HTMT (Heterotrait-Monotrait Ratio) esprime il rapporto tra le correlazioni medie delle espressioni di tutte le variabili incluse nello studio e la media geometrica delle correlazioni (le correlazioni eterotrait-eterometodo) delle espressioni della stessa variabile. Gli autori hanno dichiarato che il valore HTMT, 0,90, dovrebbe essere inferiore a 0,85 per concetti distanti tra loro in termini di contenuto. I valori HTMT sono riportati nella Tabella 2.

Stress	**Trait anxiety**	**Burnout**	**Quality of life**	
Stress	**(0.912)**			
Trait anxiety	0.669	**(0.925)**		
Burnout	0.627	0.610	**(0.907)**	
Quality of life	0.678	0.705	0.721	**(0.892)**

Significant values are written in bold.

Tabella 1. Risultati della validità della divergenza (criterio di Fornell e Larckell).

Stress	**Trait anxiety**	**Burnout**	**Quality of life**
Stress			
Trait anxiety	0.731		
Burnout	0.689	0.667	
Quality of life	0.747	0.766	0.790

Tabella 2. Risultati della validità della divergenza (criterio HTMT).

I valori tra parentesi nella tabella sono i valori della radice quadrata di AVE. Quando si esaminano i valori nella tabella, si vede che la media spiegata della radice quadrata della varianza di ogni struttura è superiore alla sua correlazione con altre strutture.

Quando si esaminano i valori della tabella, si nota che i valori HTMT sono inferiori al valore soglia. In base ai risultati delle

Tabelle 1 e 2, si può affermare che è stata fornita la validità della divergenza.

7.3 RISULTATI

Un totale di 240 persone, 170 (70%) femmine e 70 (30%) maschi, hanno partecipato allo studio. Le caratteristiche sociodemografiche degli operatori sanitari che hanno preso parte allo studio sono presentate nella Tabella 3.

	N	%
Gender		
Female	170	70
Male	70	30
Marital status		
Married	130	54
Single	110	46
Professional status		
Doctor	70	30
Nurse	120	50
Assistant personnel	50	20
Having children		
Had children	114	47
Didn't have children	126	53

Tabella 3. Caratteristiche sociodemografiche degli operatori sanitari partecipanti allo studio.

Tra gli operatori sanitari che hanno partecipato allo studio, si è visto che il 70% di loro era di sesso femminile, il 30% di sesso maschile, il 54% era sposato, il 46% era single, il 30% era medico, il 50% era infermiere, il 20% era personale assistente, il 47% aveva figli e il 53% non aveva figli.

Le differenze tra i punteggi medi di stress, ansia di tratto, burnout e qualità di vita degli operatori sanitari sono presentate nella Tabella 4.

	Stress			Trait anxiety			Burnout			Quality of life		
	X	Ss		X	Ss		X	Ss		X	Ss	
Gender												
Female	67.5	13.3	$t = -2.392$	48.12	9.37	$t = 3.214$	30.1	9.24	$t = 1.324$	14.2	3.87	$t = 0.731$
Male	62.3	15.7	**$p = 0.017$***	46.17	9.27	**$p = 0.001$***	28.7	8.82	$p = 0.122$	13.8	3.14	**$p = 0.011$***
Marital status												
Married	61.9	12.7	$t = -2.380$	44,21	9,54	$t = 3.012$	29.67	8.21	$t = 1.789$	22.61	4.41	$t = 1.941$
Single	56.4	13.8	**$p = 0.015$***	40,31	9,21	**$p = 0.001$***	28.22	6,98	**$p = 0.002$***	19.87	4.23	$p = 0.145$
Professionals status												
Doctor	55	13.1	$t = 1.301$	45.98	9.56	$t = 1.698$	29.34	8.41	$t = 2.564$	14.29	3.65	$t = 1.365$
Nurse	62	14.7	$p = 0.174$	44.25	11.03	$p = 0.081$	26.98	8.91	**$p = 0.004$***	13.62	3.56	$p = 0.114$
Assistant personnel	60	14.1		49.52	12.41		24.15	8.14		11.75	3.62	
Having children												
Had children	67.78	14.89	$t = -1.876$	47.23	9.97	$t = 3.356$	29.56	7.84	$t = 1.623$	49.11	8.44	$t = 3.325$
Didn't have children	62.17	14.97	**$p = 0.013$***	42.15	9.00	**$p = 0.001$***	29.22	7.99	$p = 0.121$	44.29	9.45	**$p = 0.001$***

Significant values are written in bold. *$p < 0.01$.

Tabella 4. Le differenze tra i punteggi medi di stress, ansia di tratto, burnout e qualità della vita degli operatori sanitari.

Nella Tabella 4, si osservano le relazioni tra i punteggi di stress, ansia di tratto, burnout e qualità della vita e le caratteristiche socio-demografiche e di altro tipo degli operatori sanitari.

I punteggi medi dello stress (t = -2,392, p = 0,017, X = 67,5), dell'ansia di tratto (t = 3,214, p = 0,001, X = 48,12) e della qualità della vita (t = 0,73, p = 0,011, X = 14,2) delle operatrici sanitarie sono risultati significativamente più alti di quelli degli uomini.

I punteggi medi dello stress (t = -2.380, p = 0.015, X = 61.9), dell'ansia di tratto (t = 3.012, p = 0.001, X = 44.21) e del burnout (t = 1.789, p = 0.002, X = 29.67) degli operatori sanitari sposati sono risultati significativamente più alti di quelli dei dipendenti single.

Considerando lo status professionale, i punteggi medi del burnout degli infermieri (t = 2,564, p = 0,004, X = 8,91) sono risultati significativamente più alti rispetto ai punteggi medi dei medici (X = 8,41) e del personale assistente (X = 8,14).

I punteggi medi di stress (t = -1,876, p = 0,013, X = 67,78), ansia (t = 3,356, p = 0,001, X = 9,97) e qualità della vita (t = 3,325, p = 0,001, X = 49,11) degli operatori sanitari che avevano figli sono risultati significativamente più alti rispetto a quelli dei dipendenti che non avevano figli.

I risultati relativi alle correlazioni tra i livelli di stress, ansia e burnout degli operatori sanitari e la loro qualità di vita sono presentati nella Tabella 5.

		1	2	3	4
1.	Stress	–			
2.	Trait anxiety	0.64**	–		
3.	Burnout	0.46**	0.59**	–	
4.	Quality of life	−0.61**	−0.64**	−0.70**	–

**p < 0.01

Tabella 5. Valori di correlazione della relazione tra stress, ansia di tratto, livelli di burnout e qualità di vita degli operatori sanitari.

Come si vede nella Tabella 5, sono state trovate correlazioni positive elevate e moderate tra lo stress e l'ansia di tratto (r = 0,64; p < 0,001), il burnout (r = 0,46; p < 0,001) e una correlazione elevata e negativa tra lo stress e la qualità della vita (r = -0,61; p < 0,001). È stata trovata una correlazione moderata e positiva tra l'ansia del tratto e il burnout (r = 0,59; p < 0,001) e una correlazione elevata e negativa tra l'ansia del tratto e la qualità della vita (r = -0,64; p < 0,001). Anche in questo caso, è stata trovata una correlazione elevata e negativa tra il burnout e la qualità della vita (r = -0,70, p < 0,001).

È stata eseguita un'analisi di regressione multipla per verificare l'effetto dello stress, dell'ansia di tratto e del burnout sulla qualità della vita.

	β	*t*	*p*(sig)
Stress	−0.359	−3.887	0.000
Trait anxiety	−0.025	−0.292	0.000
Burnout	0.176	−1.837	0.000

Tabella 6. Valori di regressione relativi all'effetto dei livelli di stress, ansia di tratto e burnout degli operatori sanitari sulla loro qualità di vita.

Esaminando la Tabella 6, è possibile vedere che il *valore F* per lo stress è 11,470 al livello di significatività 0,00 e l'*R2* aggiustato è 0,196. Attraverso le informazioni ottenute dall'analisi di regressione, si vede che lo stress, l'ansia di tratto e il burnout spiegano la variabile di correlazione della qualità della vita del 19%. Inoltre, considerando le *statistiche t* e i *valori p*, si può notare che esiste una correlazione negativa tra le variabili indipendenti e la variabile dipendente. Questa situazione indica che lo stress, l'ansia e il burnout hanno un effetto negativo sulla qualità della vita.

7.4 DISCUSSIONE

La pandemia di coronavirus, che ha colpito profondamente il mondo, ha causato la morte di migliaia di persone e, con l'inizio della pandemia, gli operatori sanitari hanno dovuto lavorare ad un ritmo molto intenso. Nel nostro studio, è stato analizzato l'effetto dei livelli di stress, ansia di tratto e burnout degli operatori sanitari che hanno lavorato durante la pandemia COVID-19 sulla loro qualità di vita.

Sono state esaminate le correlazioni tra i punteggi di stress, ansia di tratto, burnout e qualità della vita e le caratteristiche sociodemografiche e di altro tipo degli operatori sanitari, e i punteggi medi di stress, ansia di tratto e qualità della vita degli operatori sanitari di sesso femminile sono risultati significativamente più alti rispetto a quelli di sesso maschile. Nello studio condotto da Zhu et al. (2020) su 5.062 operatori sanitari dell'ospedale Tongji di Wuhan, in Cina, i punteggi di stress delle lavoratrici sono risultati più alti. Nello studio condotto da Lai et al. (2020), i livelli di stress delle donne sono risultati elevati e in un altro studio condotto sui dipendenti dei servizi COVID-19 in Cina, è stato osservato che le infermiere hanno sviluppato più sintomi psicologici rispetto ai medici e le donne hanno sviluppato più sintomi psicologici rispetto agli uomini (Huang et al., 2020). Questi risultati supportano il nostro studio. In base ai risultati della ricerca, è stato riscontrato che le donne hanno sperimentato più stress

legato al lavoro. Questa situazione può essere interpretata come il fatto che le responsabilità delle donne legate alla vita sociale e alla famiglia al di fuori del lavoro le espongano a un maggiore stress. Nello studio condotto da Barello et al. (2020) su 376 operatori sanitari, i livelli di burnout delle operatrici sanitarie sono risultati più elevati rispetto a quelli degli uomini.

I punteggi medi di stress, ansia di tratto e burnout degli operatori sanitari sposati sono risultati significativamente più alti rispetto a quelli dei dipendenti single. Lavorare in un ospedale dove vengono fornite cure COVID-19 provoca livelli di ansia di stato. L'aumento delle ore di lavoro settimanali degli operatori sanitari aumenta i livelli di ansia e disperazione.

Considerando lo status professionale, i punteggi medi del burnout degli infermieri sono risultati significativamente più alti rispetto ai punteggi medi dei medici e di altro personale assistente. Nello studio condotto da Hacimusalar et al. (2020), i punteggi di ansia degli infermieri sono risultati più alti rispetto agli altri dipendenti. Ciò può essere dovuto al fatto che le condizioni di lavoro degli infermieri comportano cambiamenti più negativi rispetto ad altri professionisti sanitari durante il periodo della pandemia. Il fatto che gli infermieri abbiano più contatti fisici con i pazienti rispetto ai medici nei reparti di degenza può essere un fattore importante. In uno studio condotto da Li et al. (2016) su infermieri e medici, è stato riportato che gli eventi negativi della vita sono stati associati a sintomi di depressione e ansia; i medici hanno sperimentato più eventi negativi legati al lavoro rispetto agli infermieri, ma questi ultimi hanno mostrato livelli più elevati di ansia e depressione (Li et al., 2016). Nello studio condotto da Barello et al. (2020) su 376 professionisti della sanità, i livelli di burnout degli infermieri sono risultati più elevati rispetto agli altri professionisti della sanità.

I punteggi medi di stress, ansia e qualità della vita degli operatori sanitari che avevano figli sono risultati significativamente più alti rispetto a quelli dei dipendenti che non avevano figli. Nello studio condotto da Hacimusalar et al. (2020), i livelli di ansia di coloro che hanno avuto figli sono risultati più elevati.

Questi risultati supportano il nostro studio. Le scuole sono state evacuate durante la pandemia e i bambini sono dovuti rimanere a casa. Questa situazione ha causato molti problemi ai genitori che lavorano, come la cura e l'educazione dei figli. I genitori che non possono ottenere il permesso dal lavoro perché devono lavorare, hanno avuto difficoltà a trovare qualcuno che si prendesse cura dei loro figli, alcune babysitter hanno lasciato il lavoro e le difficoltà dei genitori che lavorano sono aumentate. È un risultato atteso che tali eventi di vita stressanti causino un aumento dei livelli di ansia degli individui.

È stata trovata una correlazione alta, moderata e positiva tra i livelli di stress, ansia e burnout degli operatori sanitari e la loro qualità di vita; è stata trovata una correlazione alta, moderata e positiva tra lo stress e l'ansia di tratto, il burnout; è stata trovata una correlazione alta e negativa tra lo stress e la qualità di vita. È stata trovata una correlazione moderata e positiva tra l'ansia di tratto e il burnout, e una correlazione alta e negativa tra l'ansia di tratto e la qualità della vita. Anche in questo caso, è stata riscontrata una correlazione alta e negativa tra il burnout e la qualità della vita.

È stata riscontrata una correlazione alta, moderata e positiva tra lo stress e l'ansia di tratto, il burnout degli operatori sanitari e una correlazione alta e negativa tra lo stress e la qualità della vita. È stata riscontrata una correlazione moderata e positiva tra l'ansia di tratto e il burnout, e una correlazione alta e negativa tra l'ansia di tratto e la qualità della vita. Anche in questo caso, è stata riscontrata una correlazione elevata e negativa tra il burnout e la qualità della vita.

Nello studio condotto su 376 operatori sanitari in Italia, uno dei Paesi più colpiti dall'epidemia di COVID-19, i livelli di burnout dei dipendenti sono risultati molto elevati (Barello et al., 2020).

Nello studio condotto su 1.422 operatori sanitari durante l'epidemia COVID-19 in Spagna, è stato osservato un totale del 56,6% di sintomi di disturbo da stress post-traumatico dei dipendenti, nel 58,6% di disturbo d'ansia, nel 46% di disturbo

depressivo e nel 41,1% di burnout emotivo (Luceño-Moreno et al., 2020). Questi risultati supportano il nostro studio.

7.5 LIMITAZIONI

Inoltre, c'è un'alta percentuale di donne rispetto agli uomini. Altri studi hanno evidenziato la stessa limitazione (Gallè et al., 2020; Zhong et al., 2020). In questo caso, una delle ragioni principali di questa differenza è che, in molte posizioni, come infermieri e assistenti infermieristici, la maggior parte delle posizioni è occupata da donne. Un'altra limitazione ha a che fare con il disegno trasversale dello studio: questa ricerca non può fornire un quadro a lungo termine sull'influenza dell'esperienza pandemica sulla salute mentale, quindi sarebbe consigliabile realizzare uno studio longitudinale che valuti l'evoluzione nel tempo dei sintomi valutati in questo lavoro. D'altra parte, non c'è stata una situazione precedente in Turchia in cui c'è stato un'emergenza paragonabile ed è probabile che dopo la sua fine, i livelli di sintomatologia vissuta saranno più bassi. Tuttavia, durante la crisi della SARS, altri autori hanno rilevato che i sintomi dei problemi psicologici dopo il periodo di quarantena della malattia sono durati fino a 3 anni dopo. A lungo termine, gli effetti del disturbo da stress post-traumatico, dell'ansia e del burnout dipenderanno dai possibili focolai di COVID-19. Le misure attualmente adottate per adattare il luogo di lavoro alla nuova situazione (come la fornitura di dispositivi di protezione o l'aumento del numero di operatori sanitari) sono rilevanti per mitigare questi sintomi. Se non vengono intraprese le azioni appropriate per proteggere gli operatori sanitari, questi potrebbero commettere errori medici in futuro, presentare livelli di burnout più elevati associati a sintomi depressivi, ansia, ideazione suicida, avere relazioni interpersonali più scadenti o sviluppare abuso di sostanze. Pertanto, diventa necessario uno studio di follow-up nei prossimi mesi.

7.6 CONCLUSIONI E SUGGERIMENTI

Alla fine della ricerca, è stato stabilito che lo stress, l'ansia e il burnout degli operatori sanitari che hanno lavorato durante la pandemia COVID-19 hanno un effetto singificamente negativo sulla loro qualità di vita. Il sistema sanitario è tra le istituzioni che operano nelle condizioni più impegnative durante il periodo di epidemie come la pandemia, che colpisce tutto il mondo e porta a dei decessi. Durante le pandemie che colpiscono la società in termini di aspetti socioeconomici e mentali, la salute mentale dei team sanitari, che si assumono un pesante carico sociale e lavorativo, risente di questa situazione. Una delle questioni a cui i Paesi dovrebbero essere preparati in caso di possibili epidemie future come la COVID-19 è l'adozione di misure psicologiche e sociali di protezione e supporto necessarie per proteggere la salute mentale dei team sanitari che lavorano in prima linea, nonché la loro salute fisica, in modo che possano fornire un servizio funzionale. In linea con questo obiettivo, sono stati formulati i seguenti suggerimenti:

- Per ridurre i danni psicologici tra gli operatori sanitari, si possono organizzare team di intervento per la salute mentale, preparare opuscoli e fornire una serie di servizi mentali, tra cui consulenza e psicoterapia, ai dipendenti e alle loro famiglie.
- Allo stesso modo, si possono creare programmi di video-interviste, programmi di gestione dello stress e programmi di gruppo che mirano a comunicare, a parlare, a condividere esperienze e ad esprimere paure e speranze alla fine della giornata lavorativa, al fine di fornire un supporto mentale individuale ai dipendenti.
- Si possono reclutare più operatori sanitari per ridurre la pressione e il carico di lavoro degli operatori sanitari.
- Uno dei problemi più preoccupanti durante la pandemia è stato il disagio nell'accesso ai dispositivi di protezione ade-

guati. I dispositivi di protezione personale possono essere forniti agli operatori sanitari.

- Gli orari di lavoro possono essere ripianificati pianificando il bisogno di riposo degli operatori sanitari e creando ambienti di lavoro e di riposo che garantiscano di tenere sotto controllo non solo il rischio di infezione, ma anche altri fattori di rischio derivanti dall'insonnia e dalla stanchezza.
- Si suggerisce di attuare pratiche amministrative di supporto per ridurre i livelli di stress e di ansia degli operatori sanitari.
- Indipendentemente dal fatto che i focolai futuri siano o meno il risultato di eventi naturali o provocati dall'uomo, come le minacce bioterroristiche, è importante riconoscere le lacune nelle politiche e nelle pratiche e sviluppare strategie complete e fare investimenti per gestire e alleviare i focolai di malattie infettive.

8 - FATTORI ASSOCIATI AI RISULTATI DELLA SALUTE MENTALE TRA GLI OPERATORI SANITARI ESPOSTI ALLA MALATTIA DA CORONAVIRUS 2019

JIANBO LAI, SIMENG MA, YING WANG, ZHONGXIANG CAI, JIANBO HU, NING WEI, JIANG WU, HUI DU, TINGTING CHEN, RUITING LI, HUAWEI TAN, LIJUN KANG, LIHUA YAO, MANLI HUANG, HUAFEN WANG, GAOHUA WANG, ZHONGCHUN LIU, SHAOHUA HU

Tratto e tradotto da

Lai J, et al. Fattori associati agli esiti di salute mentale tra gli operatori sanitari esposti alla malattia da coronavirus 2019. JAMA Network Open, 23 marzo 2020; 3(3):e203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7090843/
JAMA Network Open. Rivista open access della rete JAMA che pubblica ricerche cliniche e sanitarie di alta qualità con forte impatto su salute pubblica e policy.

Le parti omesse dal curatore rispetto all'originale sono indicate dal segno [...]

Domanda

Quali fattori sono associati agli esiti della salute mentale tra gli operatori sanitari in Cina che trattano pazienti con malattia da coronavirus 2019 (COVID-19)?

Risultati

In questo studio trasversale su 1.257 operatori sanitari in 34 ospedali dotati di cliniche per la febbre o reparti per pazienti con COVID-19 in diverse regioni della Cina, una percentuale considerevole di operatori sanitari ha riferito di sperimentare sintomi di depressione, ansia, insonnia e angoscia, soprattutto le donne, le infermiere, quelle di Wuhan e gli operatori sanitari di prima linea direttamente impegnati nella diagnosi, nel trattamento o nell'assistenza infermieristica ai pazienti con COVID-19 sospetto o confermato.

Significato

Questi risultati suggeriscono che, tra gli operatori sanitari cinesi esposti a COVID-19, le donne, le infermiere, quelle di Wuhan e gli operatori sanitari di prima linea hanno un rischio elevato di sviluppare esiti sfavorevoli per la salute mentale e potrebbero aver bisogno di supporto psicologico o di interventi. Questo studio trasversale valuta l'entità delle conseguenze sulla salute mentale e i fattori associati tra gli operatori sanitari che trattano pazienti esposti alla malattia da coronavirus 2019 (COVID-19) in Cina.

Abstract

Gli operatori sanitari esposti alla malattia da coronavirus 2019 (COVID-19) potrebbero essere psicologicamente stressati. Valutare l'entità degli esiti sulla salute mentale e i fattori associati tra gli operatori sanitari che trattano pazienti esposti a COVID-19 in Cina. Questo studio trasversale, basato su un sondaggio e stratificato per regione, ha raccolto i dati demografici e le misure di salute mentale di 1257 operatori sanitari in 34 ospedali dal 29 gennaio 2020 al 3 febbraio 2020, in Cina. Gli operatori sanitari degli ospedali dotati di cliniche per la febbre o di reparti per pazienti con COVID-19 erano idonei. Il grado di sintomi di depressione, ansia, insonnia e angoscia è stato valutato dalle versioni cinesi del Patient Health Questionnaire a 9 voci, della scala del Disturbo d'Ansia Generalizzato a 7 voci, dell'Indice di Severità dell'Insonnia a 7 voci e della Scala dell'Impatto degli Eventi Rivisto a 22 voci, rispettivamente. L'analisi di regressione logistica multivariabile è stata eseguita per identificare i fattori associati agli esiti della salute mentale.

8.1 RISULTATI

Un totale di 1.257 persone su 1.830 contattate ha completato il sondaggio, con un tasso di partecipazione del 68,7%. Un totale di 813 (64,7%) aveva un'età compresa tra i 26 e i 40 anni, e 964 (76,7%) erano donne. Di tutti i partecipanti, 764 (60,8%) erano infermieri e 493 (39,2%) erano medici; 760 (60,5%) lavoravano negli ospedali di Wuhan e 522 (41,5%) erano operatori sanitari di prima linea. Una percentuale considerevole di partecipanti ha riportato sintomi di depressione (634 [50,4%]), ansia (560 [44,6%]), insonnia (427 [34,0%]) e angoscia (899 [71,5%]). Gli infermieri, le donne, gli operatori sanitari in prima linea e quelli che lavoravano a Wuhan, in Cina, hanno riportato gradi più gravi di tutte le misurazioni dei sintomi di salute mentale rispetto agli altri operatori sanitari (ad esempio, punteggi mediani [IQR] del Patient Health Questionnaire tra medici e infermieri: 4,0 [1,0-7,0] vs 5,0 [2,0-8,0]; P = .007; punteggi mediani della scala del Disturbo d'Ansia Generalizzato [IQR] tra uomini e donne: 2,0 [0-6,0] vs 4,0 [1,0-7,0]; P < .001; punteggi mediani dell'Indice di Gravità dell'Insonnia [IQR] tra operatori di prima linea e operatori di seconda linea: 6,0 [2,0-11,0] vs 4,0 [1,0-8,0]; P < .001; punteggi mediani [IQR] della Impact of Event Scale-Revised tra i lavoratori di Wuhan, quelli di Hubei al di fuori di Wuhan e quelli al di fuori di Hubei: 21,0 [8,5-34,5] vs 18,0 [6,0-28,0] in Hubei al di fuori di Wuhan e 15,0 [4,0-26,0] fuori Hubei; P < .001). L'analisi di regressione logistica multivariabile ha mostrato che i partecipanti provenienti dall'esterno della provincia di Hubei erano associati a un rischio inferiore di sperimentare sintomi di disagio rispetto a quelli di Wuhan (odds ratio [OR], 0,62; 95% CI, 0,43-0,88; P = .008). Gli operatori sanitari di prima linea impegnati nella diagnosi, nel trattamento e nell'assistenza diretta dei pazienti con COVID-19 sono stati associati a un rischio più elevato di sintomi di depressione (OR, 1,52; 95% CI, 1,11-2,09; P = .01), ansia (OR, 1,57; 95% CI, 1,22-2,02; P < .001), insonnia (OR, 2,97; 95% CI, 1,92-4,60; P < .001) e angoscia (OR, 1,60; 95% CI, 1,25-2,04; P < .001). In questo sondaggio sugli operatori

sanitari degli ospedali dotati di cliniche per la febbre o di reparti per i pazienti con COVID-19 a Wuhan e in altre regioni della Cina, i partecipanti hanno riferito di aver sperimentato un peso psicologico, soprattutto gli infermieri, le donne e gli operatori sanitari di prima linea, direttamente impegnati nella diagnosi, nel trattamento e nell'assistenza dei pazienti con COVID-19.

8.2 INTRODUZIONE

Dalla fine di dicembre 2019, la città cinese di Wuhan ha segnalato una nuova polmonite causata dal coronavirus malattia 2019 (COVID-19), che si sta diffondendo a livello nazionale e internazionale. Il virus è stato denominato coronavirus della sindrome respiratoria acuta grave 2 (SARS-CoV-2). In questo rapporto, ci riferiremo alla malattia come COVID-19. Secondo i dati rilasciati dalla Commissione Nazionale per la Salute della Cina, il numero di casi confermati nella Cina continentale è salito a 80.151 al 2 marzo 2020, e sono stati segnalati casi confermati in più di una dozzina di altri Paesi. Inoltre, è stata registrata la trasmissione da persona a persona al di fuori della Cina continentale. Il 30 gennaio 2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha tenuto una riunione di emergenza e ha dichiarato l'epidemia globale di COVID-19 un'emergenza di salute pubblica di interesse internazionale.

Di fronte a questa situazione critica, gli operatori sanitari in prima linea, direttamente coinvolti nella diagnosi, nel trattamento e nell'assistenza dei pazienti affetti da COVID-19, sono a rischio di sviluppare disagio psicologico e altri sintomi di salute mentale. Il numero sempre crescente di casi confermati e sospetti, il carico di lavoro schiacciante, l'esaurimento delle attrezzature di protezione personale, la copertura mediatica diffusa, la mancanza di farmaci specifici e la sensazione di non essere adeguatamente supportati possono contribuire al carico mentale di questi operatori sanitari. Studi precedenti hanno riportato reazioni psicologiche negative all'epidemia di SARS

del 2003 tra gli operatori sanitari. Gli studi hanno mostrato che questi operatori sanitari temevano il contagio e l'infezione dei loro familiari, amici e colleghi, provavano incertezza e stigmatizzazione, riferivano riluttanza a lavorare o contemplavano le dimissioni e riportavano di sperimentare alti livelli di stress, ansia e sintomi depressivi, i quali potrebbero avere implicazioni psicologiche a lungo termine. Ora stanno emergendo preoccupazioni simili sulla salute mentale, l'adattamento psicologico e il recupero degli operatori sanitari che trattano e assistono i pazienti affetti da COVID-19.

I servizi di assistenza psicologica, tra cui consulenza e intervento telefonico, via internet e basato su applicazioni, sono stati ampiamente utilizzati dalle istituzioni di salute mentale locali e nazionali in risposta all'epidemia di COVID-19. Tuttavia, le valutazioni basate su prove e gli interventi di salute mentale rivolti agli operatori sanitari in prima linea sono relativamente scarsi. Il 2 febbraio 2020, il Consiglio di Stato cinese ha annunciato la creazione di linee telefoniche di assistenza psicologica a livello nazionale per aiutare durante la situazione epidemica. Tuttavia, le valutazioni basate su prove e gli interventi di salute mentale rivolti agli operatori sanitari in prima linea sono ancora scarsi.

Per colmare questa lacuna, l'obiettivo dello studio attuale è valutare i risultati della salute mentale tra gli operatori sanitari che trattano i pazienti con COVID-19, quantificando l'entità dei sintomi di depressione, ansia, insonnia e angoscia e analizzando i potenziali fattori di rischio associati a questi sintomi. I partecipanti della città di Wuhan (la capitale della provincia di Hubei) e di altre aree all'interno e all'esterno della provincia di Hubei in Cina sono stati arruolati in questa indagine per confrontare le differenze interregionali. Questo studio mira a fornire una valutazione del carico di salute mentale degli operatori sanitari cinesi, che può servire come prova importante per indirizzare la promozione del benessere mentale tra gli operatori sanitari.

8.3 METODI

8.3.1 DISEGNO DELLO STUDIO

Questo studio ha seguito le linee guida di reporting dell'American Association for Public Opinion Research (AAPOR). Prima dell'inizio di questo studio, è stata ricevuta l'approvazione del comitato etico per la ricerca clinica dell'Ospedale Renmin dell'Università di Wuhan. Tutti i partecipanti al sondaggio hanno fornito un consenso informato verbale prima dell'arruolamento. I partecipanti potevano interrompere il sondaggio in qualsiasi momento lo desiderassero. Il sondaggio era anonimo ed è stata garantita la riservatezza delle informazioni. Lo studio è un'indagine trasversale basata sugli ospedali e condotta tramite un campionamento a cluster in due fasi, stratificato per regione, dal 29 gennaio 2020 al 3 febbraio 2020. Durante questo periodo, il numero totale dei casi confermati di COVID-19 ha superato i 10.000 in Cina. Per confrontare le differenze interregionali negli esiti della salute mentale tra gli operatori sanitari in Cina, i campioni sono stati stratificati in base alla loro posizione geografica (cioè Wuhan, altre regioni all'interno della provincia di Hubei e regioni al di fuori della provincia di Hubei). Poiché Wuhan è stata colpita più gravemente, sono stati campionati un numero maggiore di ospedali di Wuhan. Gli ospedali dotati di cliniche per la febbre o di reparti dedicati alla COVID-19 erano idonei a partecipare a questa indagine. Sono stati inclusi in totale 20 ospedali di Wuhan (10 designati dal governo locale per trattare la COVID-19 e 10 non designati), 7 ospedali in altre regioni della provincia di Hubei e 7 ospedali di altre province con alta incidenza di COVID-19 (1 ospedale per provincia). In totale, sono stati coinvolti 34 ospedali.

8.3.2 PARTECIPANTI

Un reparto clinico è stato estratto casualmente da ogni ospedale selezionato, e a tutti gli operatori sanitari di questo reparto

è stato chiesto di partecipare a questo studio. La dimensione del campione target di partecipanti è stata determinata utilizzando la formula N = Zα2P(1 - P) / d2, in cui α = 0,05 e Zα = 1,96, e il margine di errore accettabile stimato per la proporzione d è stato pari a 0,1. La percentuale di operatori sanitari con comorbilità psicologiche è stata stimata al 35%, sulla base di uno studio precedente sull'epidemia di SARS. Per consentire le analisi di sottogruppo, abbiamo amplificato la dimensione del campione del 50% con l'obiettivo di raccogliere almeno 1070 questionari completati dai partecipanti.

8.3.3 ESITI E COVARIATE

Ci siamo concentrati sui sintomi della depressione, dell'ansia, dell'insonnia e dell'angoscia per tutti i partecipanti, utilizzando versioni cinesi di strumenti di misurazione convalidati. Di conseguenza, sono stati utilizzati il Patient Health Questionnaire (PHQ-9) a 9 voci (range, 0-27), la scala del Disturbo d'Ansia Generalizzato (GAD-7) a 7 voci (range, 0-21), l'Insomnia Severity Index (ISI) a 7 voci (range, 0-28) e l'Impact of Event Scale-Revised (IES-R) a 22 voci (range, 0-88) per valutare la gravità dei sintomi della depressione, dell'ansia, dell'insonnia e del disagio, rispettivamente. I punteggi totali di questi strumenti di misurazione sono stati interpretati come segue: PHQ-9, depressione normale (0-4), lieve (5-9), moderata (10-14) e grave (15-21); GAD-7, ansia normale (0-4), lieve (5-9), moderata (10-14) e grave (15-21); ISI, insonnia normale (0-7), sottosoglia (8-14), moderata (15-21) e grave (22-28); e IES-R, distress normale (0-8), lieve (9-25), moderato (26-43) e grave (44-88). Queste categorie erano basate sui valori stabiliti in letteratura. Il punteggio di cutoff per rilevare i sintomi della depressione maggiore, dell'ansia, dell'insonnia e dell'angoscia era 10, 7, 15 e 26, rispettivamente. I partecipanti che avevano punteggi superiori alla soglia di cutoff erano caratterizzati da sintomi gravi. I dati demografici sono stati auto-riferiti dai partecipanti, compresa l'occupazione (medico o infermiere), il sesso (maschile o femminile), l'età (18-25, 26-30, 31-40, o >40

anni), lo stato civile, il livello di istruzione (≤undergraduate o ≥postgraduate), il titolo tecnico (junior, intermedio o senior), la posizione geografica (Wuhan, provincia di Hubei al di fuori di Wuhan, o al di fuori della provincia di Hubei), il luogo di residenza (urbano o rurale) e il tipo di ospedale (secondario o terziario). I diversi titoli tecnici degli intervistati si riferiscono ai titoli professionali certificati dall'ospedale. Ai partecipanti è stato chiesto se erano direttamente impegnati in attività cliniche di diagnosi, trattamento o assistenza infermieristica a pazienti con temperatura elevata o con COVID-19 confermata. Coloro che hanno risposto sì sono stati definiti operatori di prima linea, mentre coloro che hanno risposto no sono stati definiti operatori di seconda linea.

8.3.4 ANALISI STATISTICA

L'analisi dei dati è stata eseguita con il software statistico SPSS versione 20.0 (IBM Corp). Il livello di significatività è stato fissato ad $\alpha = .05$ e tutti i test erano a 2 code. I punteggi originali dei 4 strumenti di misurazione non erano distribuiti normalmente e quindi sono presentati come mediane con intervalli interquartili (IQR). I dati classificati, derivati dai conteggi di ciascun livello per i sintomi di depressione, ansia, insonnia e angoscia, sono presentati come numeri e percentuali. Il test non parametrico Mann-Whitney *U* e il test Kruskal-Wallis sono stati applicati per confrontare la gravità di ciascun sintomo tra 2 o più gruppi. Per determinare i potenziali fattori di rischio per i sintomi di depressione, ansia, insonnia e angoscia nei partecipanti, è stata eseguita un'analisi di regressione logistica multivariabile e le associazioni tra i fattori di rischio e gli esiti sono presentate come odds ratio (OR) e IC al 95%, dopo l'aggiustamento per i fattori confondenti, tra cui sesso, età, stato civile, livello di istruzione, titolo tecnico, luogo di residenza, posizione lavorativa (prima linea o seconda linea) e tipo di ospedale.

8.4 RISULTATI

8.4.1 CARATTARISTICHE DEMOGRAFICHE

Nello studio, tra i 1830 operatori sanitari (702 [38,4%] medici e 1128 [61,6%] infermieri) a cui è stato chiesto di partecipare, 1257 rispondenti (68,7%) hanno completato il sondaggio. I dati occupazionali e geografici dei non rispondenti erano simili a quelli dei rispondenti. Dei 1257 partecipanti rispondenti, 493 (39,2%) erano medici e 764 (60,8%) erano infermieri. I tassi di risposta per i medici e gli infermieri sono stati rispettivamente del 70,2% e del 67,7%. Dei partecipanti, 760 (60,5%) lavoravano a Wuhan, 261 (20,8%) lavoravano nella provincia di Hubei al di fuori di Wuhan e 236 (18,8%) lavoravano al di fuori della provincia di Hubei. La maggior parte dei partecipanti erano donne (964 [76,7%]), avevano un'età compresa tra i 26 e i 40 anni (813 [64,7%]), erano sposati, vedovi o divorziati (839 [66,7%]), avevano un livello di istruzione inferiore o uguale alla laurea (953 [75,8%]), avevano un titolo tecnico junior (699 [55,6%]) e lavoravano in ospedali terziari (933 [74,2%]). Un totale di 522 partecipanti (41,5%) erano operatori sanitari di prima linea direttamente impegnati nella diagnosi, nel trattamento o nell'assistenza di pazienti con o sospetti di avere la COVID-19. Quasi tutti i partecipanti (1220 [97,1%]) vivevano in aree urbane (Tabella 1).

	N. (%)	**Ruolo**		**Luogo**		
	Totale	**Medico**	**Infermiera**	**Wuhan**	**Prov. di Hubei**	**Extra Prov. di Hubei**
	1257 (100)	493 (39.2)	764 (60.8)	760 (60.5)	261 (20.8)	236 (18.8)
Sesso						
Uomini	293 (23.3)	223 (45.2)	70 (9.2)	146 (19.2)	52 (19.9)	95 (40.3)
Donne	964 (76.7)	270 (54.8)	694 (90.8)	614 (80.8)	209 (80.1)	141 (59.7)
Età						
18-25	198 (15.8)	10 (2.0)	188 (24.6)	162 (21.3)	32 (12.3)	4 (1.7)
26-30	407 (32.4)	126 (25.6)	281 (36.8)	258 (33.9)	111 (42.5)	38 (16.1)

31-40	406 (32.3)	200 (40.6)	206 (27.0)	224 (29.5)	71 (27.2)	111 (47.0)
>40	246 (19.5)	157 (31.8)	89 (11.6)	116 (15.3)	47 (18.0)	83 (35.2)
Stato civile						
Non sposato/a	418 (33.3)	87 (17.6)	331 (43.3)	314 (41.3)	66 (25.3)	38 (16.1)
Sposato/a Vedovo/a Divorziato/a	839 (66.7)	406 (82.4)	433 (56.7)	446 (58.7)	195 (74.7)	198 (83.9)
Livello di istruzione						
≤Livello universitario	953 (75.8)	217 (44.0)	736 (96.3)	611 (80.4)	238 (91.2)	104 (44.1)
≥Post-laurea	304 (24.2)	276 (56.0)	28 (3.7)	149 (19.6)	23 (8.8)	132 (55.9)
Titolo tecnico						
Junior	699 (55.6)	153 (31.0)	546 (71.5)	481 (63.3)	169 (64.8)	49 (20.8)
Intermedio	378 (30.1)	187 (37.9)	191 (25.0)	221 (29.1)	61 (23.4)	96 (40.7)
Senior	180 (14.3)	153 (31.1)	27 (3.5)	58 (7.6)	31 (11.8)	91 (38.5)
Luogo di residenza						
Urbano	1220 (97.1)	474 (96.1)	746 (97.6)	751 (98.8)	247 (94.6)	222 (94.1)
Rurale	37 (2.9)	19 (3.9)	18 (2.4)	9 (1.2)	14 (5.4)	14 (5.9)
Posizione di lavoro						
Frontline	522 (41.5)	176 (35.7)	346 (45.3)	390 (51.3)	72 (27.6)	60 (25.4)
In seconda linea	735 (58.5)	317 (64.3)	418 (54.7)	370 (48.7)	189 (72.4)	176 (74.6)
Tipo di ospedale						
Terziario	933 (74.2)	369 (74.8)	564 (73.8)	538 (70.8)	218 (83.5)	177 (75.0)
Secondario	324 (25.8)	124 (25.2)	200 (26.2)	222 (29.2)	43 (16.5)	59 (25.0)

Tabella 1. Caratteristiche demografiche e professionali dei rispondenti.

8.4.2 GRAVITÀ DELLE MISURE E FATTORI ASSOCIATI

Una percentuale considerevole di partecipanti aveva sintomi di depressione (634 [50,4%]), ansia (560 [44,6%]), insonnia (427 [34,0%]) e angoscia (899 [71,5%]). Gli infermieri, le donne, i lavoratori in prima linea e quelli di Wuhan hanno riferito di aver sperimentato livelli di sintomi più gravi di depressione, ansia, insonnia e angoscia (ad esempio, depressione grave tra i medici vs. gli infermieri: 24 [4,9%] vs 54 [7,1%]; P = .01; ansia grave tra uomini vs donne: 10 [3,4%] vs 56 [5,8%]; P = .001; insonnia grave tra lavoratori in prima linea vs lavoratori in seconda linea:

9 [1,7%] vs 3 [0,4%]; *P* < .001; grave angoscia tra i lavoratori di Wuhan vs Hubei fuori Wuhan e fuori Hubei: 96 [12,6%] vs 19 [7,2%] tra quelli di Hubei fuori Wuhan e 17 [7,2%] tra quelli fuori Hubei; *P* < .001) (Tabella 2). Rispetto a coloro che lavoravano in ospedali terziari, i partecipanti che lavoravano in ospedali secondari avevano maggiori probabilità di riferire sintomi gravi di depressione (53 [5,6%] vs 25 [7,7%]; *P* = .003), ansia (48 [5,1%] vs 18 [5,5%]; *P* = .046) e insonnia (10 [1,0%] vs 2 [0,6%]; *P* = .02) ma non di angoscia (Tabella 2).

Severità	Tot. N. (%)	Occupazione		Sesso		Posizione lavorativa		Tipo di ospedale		Luogo		
		N. (%)		N. (%)		N. (%)		N. (%)		N. (%)		
		Physician	Nurse	Men	Women	Frontline	Second-line	Tertiary	Secon-dary	Wuhan	Prov. di Hubei	Fuori Prov. Di Hubei
PHQ-9, sintomi di depressione												
Normale	623 (49.6)	268 (54.4)	355 (46.5)	171 (58.3)	452 (46.8)	217 (41.5)	406 (55.2)	483 (51.7)	140 (43.2)	335 (40.0)	146 (55.9)	142 (60.1)
Leggera	448 (35.6)	157 (31.8)	291 (38.1)	92 (31.3)	356 (36.9)	211 (40.4)	237 (32.2)	326 (34.9)	122 (37.6)	296 (38.9)	85 (32.5)	67 (28.3)
Moderata	108 (8.6)	44 (8.9)	64 (8.4)	21 (7.1)	87 (9.0)	59 (11.3)	49 (6.6)	71 (7.6)	37 (11.4)	73 (9.6)	19 (7.2)	16 (6.7)
Grave	78 (6.2)	24 (4.9)	54 (7.1)	9 (3.0)	69 (7.1)	35 (6.7)	43 (5.8)	53 (5.6)	25 (7.7)	56 (7.3)	11 (4.2)	11 (4.6)
GAD-7, sintomi d'ansia												
Normale	697 (55.4)	293 (59.4)	404 (52.9)	189 (64.5)	508 (52.6)	253 (48.4)	444 (60.4)	533 (57.1)	164 (50.6)	391 (51.4)	155 (59.3)	151 (63.9)
Leggera	406 (32.3)	143 (29.0)	263 (34.4)	71 (24.2)	335 (34.7)	185 (35.4)	221 (30.0)	291 (31.1)	115 (35.4)	257 (33.8)	85 (32.5)	64 (27.1)
Moderata	88 (7.0)	34 (6.9)	54 (7.1)	23 (7.8)	65 (6.7)	48 (9.1)	40 (5.4)	61 (6.5)	27 (8.3)	66 (8.6)	11 (4.2)	11 (4.6)
Grave	66 (5.3)	23 (4.7)	43 (5.6)	10 (3.4)	56 (5.8)	36 (6.8)	30 (4.0)	48 (5.1)	18 (5.5)	46 (6.0)	10 (3.8)	10 (4.2)
ISI, sintomi d'insonnia												
Normale	830 (66.0)	358 (72.6)	472 (61.8)	208 (70.9)	622 (64.5)	310 (59.3)	520 (70.7)	635 (68.0)	195 (60.1)	473 (62.2)	186 (71.2)	171 (72.4)

Leggera	330 (26.2)	107 (21.7)	223 (29.2)	66 (22.5)	264 (27.3)	148 (28.3)	182 (24.7)	227 (24.3)	103 (31.7)	214 (28.1)	60 (22.9)	56 (23.7)
Moderata	85 (6.8)	24 (4.9)	61 (8.0)	17 (5.8)	68 (7.0)	55 (10.5)	30 (4.0)	61 (6.5)	24 (7.4)	65 (8.5)	13 (4.9)	7 (2.9)
Grave	12 (1.0)	4 (0.8)	8 (1.0)	2 (0.6)	10 (1.0)	9 (1.7)	3 (0.4)	10 (1.0)	2 (0.6)	8 (1.0)	2 (0.7)	2 (0.8)
IES-R, sintomi di angoscia												
Normale	358 (28.5)	163 (33.1)	195 (25.5)	122 (41.6)	236 (24.4)	124 (23.7)	234 (31.8)	259 (27.7)	99 (30.5)	190 (25.0)	76 (29.1)	92 (38.9)
Leggera	459 (36.5)	167 (33.9)	292 (38.2)	88 (30.0)	371 (38.4)	178 (34.0)	281 (38.2)	349 (37.4)	110 (33.9)	272 (35.7)	106 (40.6)	81 (34.2)
Moderata	308 (24.5)	120 (24.3)	188 (24.6)	59 (20.1)	249 (25.8)	146 (27.9)	162 (22.0)	231 (24.7)	77 (23.7)	202 (26.5)	60 (22.9)	46 (19.4)
Grave	132 (10.5)	43 (8.7)	89 (11.6)	24 (8.1)	108 (11.2)	74 (14.1)	58 (7.8)	94 (10.0)	38 (11.7)	96 (12.6)	19 (7.2)	17 (7.2)

Tabella 2. Categorie di gravità della depressione, dell'ansia, dell'insonnia e delle misure di disagio nella coorte totale e nei sottogruppi.
Abbreviazioni: GAD-7, Disturbo d'ansia generalizzato a 7 voci; IES-R, Impact of Event Scale-Revised a 22 voci; ISI, Insomnia Severity Index a 7 voci; PHQ-9, Patient Health Questionnaire a 9 voci.

[...]

8.4.3 FATTORI DI RISCHIO SULLA SALUTE MENTALE

L'analisi di regressione logistica multivariabile ha mostrato che, dopo il controllo dei confondenti, l'essere donna e l'avere un titolo professionale intermedio erano associati a sintomi gravi di depressione, ansia e angoscia (ad esempio, depressione grave tra le donne: OR, 1.94; 95% CI, 1.26-2.98; $P = .003$; ansia grave tra coloro che hanno titoli professionali intermedi: OR, 1.82; 95% CI, 1.38-2.39; $P < .001$). Rispetto al lavoro in un ospedale terziario, il lavoro in ospedali secondari è stato associato a sintomi più gravi di depressione (OR, 1,65; 95% CI, 1,17-2,34; $P = .004$) e ansia (OR, 1,43; 95% CI, 1,08-1,90; $P = .01$). Lavorare al di fuori della provincia di Hubei è stato associato a un rischio minore di sentirsi angosciato rispetto al lavoro a Wuhan (OR, 0,62; 95% CI, 0,43-0,88; $P = .008$). Rispetto al lavoro in posizioni di seconda linea, il lavoro in prima linea che tratta direttamente

i pazienti con COVID-19 è apparso un fattore di rischio indipendente per tutti i sintomi psichiatrici dopo l'aggiustamento (depressione, OR 1,52; 95% CI, 1,11-2,09; *P* = .01; ansia, OR 1,57; 95% CI, 1,22-2,02; *P* < .001; insonnia, OR 2,97; 95% CI, 1,92-4,60; *P* < .001; angoscia: OR, 1,60; 95% CI, 1,25-2,04; *P* < .001) (Tabella 5).

Variabile	Numero di casi gravi/ numero di casi totali (%)	OR aggiustato (95%CI) *a	P valore *b	
PHQ-9, sintomi di depressione				
Sesso				
Uomini	30/293 (10.2)	1 [Riferimento]	NA	.003
Donne	156/964 (16.2)	1.94 (1.26-2.98)	.003	
Tipo di ospedale				
Ospedale terziario	124/933 (13.3)	1 [Riferimento]	NA	.004
Ospedale secondario	62/324 (19.1)	1.65 (1.17-2.34)	.004	
Titolo tecnico				
Junior	91/699 (13.0)	1 [Riferimento]	NA	.005
Intermedio	73/378 (19.3)	1.77 (1.25-2.49)	.001	
Senior	22/180 (12.2)	1.21 (0.72-2.03)	.47	
Posizione di lavoro				
In seconda linea	92/735 (12.9)	1 [Riferimento]	NA	.01
Frontline	94/522 (18.0)	1.52 (1.11-2.09)	.01	
GAD-7, sintomi di ansia				
Sesso				
Uomini	66/293 (22.5)	1 [Riferimento]	NA	.001
Donne	299/964 (31.0)	1.69 (1.23-2.33)	.001	
Tipo di ospedale				
Ospedale terziario	255/933 (27.3)	1 [Riferimento]	NA	.01
Ospedale secondario	110/324 (34.0)	1.43 (1.08-1.90)	.01	
Titolo tecnico				
Junior	184/699 (26.3)	1 [Riferimento]	NA	<.001
Intermedio	141/378 (37.3)	1.82 (1.38-2.39)	<.001	
Senior	40/180 (22.2)	1.01 (0.67-1.51)	.97	
Posizione di lavoro				
In seconda linea	184/735 (25.0)	1 [Riferimento]	NA	<.001

Frontline	181/522 (34.7)	1.57 (1.22-2.02)	<.001	
ISI, sintomi d'insonnia				
Posizione di lavoro				
In seconda linea	33/735 (4.5)	1 [Riferimento]	NA	<.001
Frontline	64/522 (12.3)	2.97 (1.92-4.60)	<.001	
IES-R, sintomi di angoscia				
Sesso				
Uomini	83/293 (28.3)	1 [Riferimento]	NA	.01
Donne	357/964 (37.0)	1.45 (1.08-1.96)	.01	
Titolo tecnico				
Junior	225/699 (32.2)	1 [Riferimento]	NA	<.001
Intermedio	169/378 (44.7)	1.94 (1.48-2.55)	<.001	
Senior	46/180 (25.6)	1.03 (0.69-1.55)	.87	
Posizione di lavoro				
In seconda linea	220/735 (29.9)	1 [Riferimento]	NA	<.001
Frontline	220/522 (42.1)	1.60 (1.25-2.04)	<.001	
Luogo				
Wuhan	298/760 (39.2)	1 [Riferimento]	NA	.02
Prov. di Hubei	79/261 (30.2)	0.77 (0.57-1.06)	.10	
Fuori Prov. di Hubei	63/236 (26.7)	0.62 (0.43-0.88)	.008	

Tabella 5. Fattori di rischio per gli esiti della salute mentale identificati dall'analisi di regressione logistica multivariabile.
Abbreviazione: GAD-7, 7-item Disturbo d'ansia generalizzato; IES-R, 22-item Impact of Event Scale-Revised; ISI, 7-item Insomnia Severity Index; OR, odds ratio; PHQ-9, 9-item Patient Health Questionnaire; NA, non applicabile.
***a:** Aggiustato per sesso, età, matrimonio, livello di istruzione, titolo tecnico, luogo di residenza, posizione lavorativa e tipo di ospedale, quando appropriato.*
****b:** La categoria si riferisce al valore P per ogni categoria rispetto al riferimento, mentre l'insieme si riferisce ai risultati della regressione logistica.*

8.5 DISCUSSIONE

Questo sondaggio trasversale ha arruolato 1.257 intervistati e ha rivelato un'alta prevalenza di sintomi di salute mentale tra gli operatori sanitari che trattano i pazienti con COVID-19 in Cina. Complessivamente, il 50,4%, il 44,6%, il 34,0% e il

71,5% di tutti i partecipanti hanno riportato sintomi di depressione, ansia, insonnia e angoscia, rispettivamente. I partecipanti sono stati divisi in 3 gruppi (Wuhan, altre regioni della provincia di Hubei e regioni al di fuori della provincia di Wuhan) per confrontare le differenze interregionali. La maggior parte dei partecipanti era di sesso femminile, erano infermieri, avevano un'età compresa tra i 26 e i 40 anni, erano sposati e lavoravano in ospedali terziari con un titolo tecnico junior. Le infermiere, le donne, i lavoratori di Wuhan e i lavoratori in prima linea hanno riportato sintomi più gravi in tutte le misurazioni. Il nostro studio ha inoltre indicato che essere donne e avere un titolo tecnico intermedio erano associati a depressione grave, ansia e angoscia. Lavorare in prima linea è stato un fattore di rischio indipendente per risultati peggiori in termini di salute mentale in tutte le dimensioni di interesse. Nel complesso, i nostri risultati destano preoccupazione per il benessere psicologico dei medici e degli infermieri coinvolti nell'epidemia acuta di COVID-19.

In questo studio, una percentuale significativa di partecipanti ha sperimentato sintomi di ansia, depressione e insonnia, e più del 70% ha riportato disagio psicologico. In uno studio precedente, durante l'epidemia acuta di SARS, l'89% degli operatori sanitari che si trovavano in situazioni ad alto rischio ha riportato sintomi psicologici. La risposta psicologica degli operatori sanitari a un'epidemia di malattie infettive è complicata. Le fonti di disagio possono includere sentimenti di vulnerabilità o di perdita di controllo e preoccupazioni per la salute di se stessi, per la diffusione del virus, per la salute della famiglia e degli altri, per i cambiamenti nel lavoro e per l'isolamento. Il fatto che la COVID-19 sia trasmissibile da uomo a uomo, associata a un'alta morbilità e potenzialmente fatale può intensificare la percezione del pericolo personale. Inoltre, la prevedibile carenza di forniture e il crescente afflusso di casi sospetti ed effettivi di COVID-19 contribuiscono alle pressioni e alle preoccupazioni degli operatori sanitari.

Da notare che il 76,7% di tutti i partecipanti erano donne e il 60,8% erano infermieri (il 90,8% dei quali erano donne). I no-

stri risultati indicano inoltre che le donne hanno riportato sintomi più gravi di depressione, ansia e angoscia. Il personale infermieristico di prima linea che cura i pazienti affetti da COVID-19 è probabilmente esposto al rischio più elevato di infezione, a causa del contatto stretto e frequente con i pazienti e dell'orario di lavoro più lungo del solito. Inoltre, il 71,5% di tutti gli infermieri aveva titoli junior, il che indica che la maggior parte di essi aveva meno anni di esperienza lavorativa. Durante l'epidemia di SARS, uno studio condotto tra gli operatori sanitari dei reparti di emergenza ha anche dimostrato che gli infermieri erano più propensi a sviluppare stress e a ricorrere al disimpegno comportamentale rispetto ai medici. Gli infermieri in prima linea che curavano i pazienti con la SARS erano fisicamente e psicologicamente sfidati quando si impegnavano a fornire un'assistenza infermieristica di alta qualità ai pazienti. Inoltre, nella fase iniziale dell'epidemia di SARS, è possibile che gli infermieri abbiano avuto meno probabilità di essere avvertiti dell'esposizione o di ricevere protezioni adeguate. Un'attenzione particolare è giustificata per quanto riguarda il benessere della salute mentale delle donne e degli infermieri che curano i pazienti con la COVID-19.

Un altro dato emerso dal nostro studio è che, rispetto a quelli della provincia di Hubei al di fuori di Wuhan e a quelli della provincia di Hubei, gli operatori sanitari di Wuhan hanno riportato sintomi più gravi di depressione, ansia, insonnia e angoscia. L'analisi di regressione logistica multivariabile ha mostrato che lavorare al di fuori della provincia di Hubei è stato associato a un rischio minore di sperimentare disagio. Questi risultati indicano un maggiore stress tra gli operatori sanitari di Wuhan, origine ed epicentro dell'epidemia in Cina. Inoltre, lavorare come operatore sanitario di prima linea con un impegno diretto con i pazienti affetti da COVID-19 è stato un fattore di rischio indipendente per tutti i sintomi. Poiché gli operatori sanitari in prima linea a Wuhan erano a rischio particolarmente elevato per sintomi di depressione, ansia, insonnia e angoscia, la loro salute mentale potrebbe richiedere un'attenzione particolare.

8.6 LIMITAZIONI

Questo studio ha diverse limitazioni. In primo luogo, la portata è limitata. La maggior parte dei partecipanti (81,2%) proveniva dalla provincia di Hubei, il che limita la generalizzabilità dei nostri risultati a regioni meno colpite. In secondo luogo, lo studio è stato condotto per sei giorni e manca di un follow-up longitudinale. A causa della situazione sempre più difficile, i sintomi di salute mentale degli operatori sanitari potrebbero peggiorare. Pertanto, le implicazioni psicologiche a lungo termine per questa popolazione meritano ulteriori indagini. In terzo luogo, questo studio non è stato in grado di distinguere l'associazione dei sintomi con l'essere un medico in questa regione rispetto al semplice vivere in questa regione (poiché non c'era un gruppo di confronto) e non è stato nemmeno in grado di distinguere i sintomi di salute mentale preesistenti da quelli nuovi. In quarto luogo, sebbene il tasso di risposta di questo studio fosse del 68,7%, potrebbe esistere un pregiudizio di risposta se i non rispondenti fossero stati troppo stressati per partecipare o non fossero stati affatto stressati e quindi non interessati al sondaggio.

8.7 CONCLUSIONI

In questo studio di indagine su medici e infermieri di ospedali con cliniche per la febbre o reparti per pazienti con COVID-19 in Cina, gli operatori sanitari che hanno risposto alla diffusione di COVID-19 hanno riportato alti tassi di sintomi di depressione, ansia, insonnia e angoscia. Proteggere gli operatori sanitari è una componente importante delle misure di salute pubblica per affrontare l'epidemia di COVID-19. È necessario implementare immediatamente interventi speciali per promuovere il benessere mentale degli operatori sanitari esposti alla COVID-19, con particolare attenzione alle donne, alle infermiere e ai lavoratori in prima linea.

9 - PREVALENZA DEL BURNOUT TRA GLI OPERATORI SANITARI: UN'INDAGINE PRESSO L'OSPEDALE DI RIFERIMENTO REGIONALE FORT PORTAL

IAN BATANDA

Tratto e tradotto da
Batanda, I. Prevalenza del burnout tra gli operatori sanitari: un'indagine presso l'ospedale regionale di riferimento di Fort Portal. NPJ Mental Health, 6 maggio 2024; Res 3, 16_. doi: 10.1038/s44184-024-00061-2
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38710834/
NPJ Mental Health. Rivista Nature Partner Journals dedicata alla salute mentale, alla ricerca interdisciplinare e all'innovazione nei servizi psicologici.

Le parti omesse dal curatore rispetto all'originale sono indicate dal segno [...]

L'ambiente di lavoro nella maggior parte degli ospedali è caratterizzato da attività faticose sia fisicamente sia mentalmente. Queste possono provocare un esaurimento fisico e mentale, che può portare al burnout se non viene affrontato in modo adeguato. Il burnout tra gli operatori sanitari può influenzare negativamente il loro processo decisionale clinico, la qualità della comunicazione con i pazienti e i colleghi, nonché la loro capacità di gestire la pressione legata al lavoro, influendo, infine, sulla qualità dell'assistenza e sui risultati dei pazienti. L'inclusione del burnout nell'11ª revisione della Classificazione Internazionale

delle Malattie (ICD-11) come fenomeno professionale indica che si tratta di un problema preoccupante sul posto di lavoro, per il quale le persone possono avere bisogno di attenzione professionale. Questa indagine descrittiva trasversale mirava a determinare il punto di prevalenza del burnout tra gli operatori sanitari dell'Ospedale Regionale di Riferimento di Fort Portal e i fattori che contribuiscono al burnout. Lo studio ha anche valutato la relazione lineare tra l'età dei lavoratori, la loro durata lavorativa presso l'ospedale e il loro punteggio di burnout, nonché il possibile impatto sull'assistenza ai pazienti. I partecipanti sono stati selezionati dal gruppo WhatsApp dell'ospedale, e gli inviti a partecipare sono stati inviati ai loro account individuali. Il burnout è stato valutato utilizzando il Copenhagen Burnout Inventory. In generale, i punteggi di burnout variavano dal 16% all'86%, con un punteggio medio complessivo di burnout del 57,4%. I fattori principali che contribuiscono al burnout sono gli squilibri nell'assegnazione dei compiti, il lavoro fisicamente faticoso e le limitazioni delle risorse. Il burnout di vari livelli è stato riscontrato in tutti i lavoratori dell'ospedale, sebbene i risultati indichino che la maggior parte dei professionisti sanitari sperimenta un burnout moderato. La maggior parte dei fattori che contribuiscono al burnout sono di competenza della leadership ospedaliera. Il possibile impatto sulle prestazioni del personale e sui risultati clinici dei pazienti è speculativo, e sono necessari ulteriori studi.

9.1 INTRODUZIONE

L'ambiente di lavoro sanitario è caratterizzato da attività faticose che possono predisporre gli operatori sanitari al burnout e influenzare negativamente le loro prestazioni lavorative. Ciò è aggravato da un carico di lavoro pesante, che rappresenta un problema significativo per molti sistemi sanitari, con effetti negativi sostanziali sull'efficienza e sulla sicurezza dei pazienti. Nella maggior parte dei Paesi in via di sviluppo, l'ambiente di lavoro

nelle strutture sanitarie è caratterizzato da carenza di personale, carico di lavoro eccessivo e compiti altamente impegnativi, che compromettono l'accesso e la fornitura di servizi sanitari di qualità. In Africa, ad esempio, il rapporto di 1,55 operatori sanitari (medici, infermieri e ostetriche) per 1000 persone è inferiore alla densità soglia dell'OMS di 4,45 operatori sanitari per 1000 persone, necessaria per fornire servizi sanitari essenziali. Sebbene la maggior parte dei Paesi sviluppati abbia un rapporto migliore tra operatori sanitari e pazienti, la carenza di personale è ancora una sfida. In Europa, ad esempio, la carenza di operatori sanitari è stata stimata a 1,6 milioni nel 2013 e si prevede che crescerà a 4,1 milioni entro il 2030. Queste carenze di personale espongono gli operatori sanitari a carichi di lavoro eccessivi che aumentano i rischi di stress, malattia e assenteismo. L'esaurimento fisico e mentale che ne deriva può influenzare il processo decisionale clinico del lavoratore, la qualità della comunicazione con i pazienti e i colleghi, nonché la capacità di far fronte alle pressioni legate al lavoro. Mentre il burnout tra i professionisti della salute e il suo impatto sui sistemi sanitari è stato studiato storicamente, non è stato ampiamente documentato nel contesto africano, dove il lavoro nei contesti sanitari è spesso caratterizzato da carenza di personale, limitazioni delle risorse e carico di lavoro eccessivo, noti fattori di rischio per lo stress legato al lavoro. Nel contesto dell'assistenza sanitaria, gli studi sul burnout sono emersi alla fine degli anni '60 per descrivere lo stress emotivo e psicologico vissuto dal personale delle cliniche che si occupano di pazienti strutturalmente vulnerabili. Nel corso del tempo, l'ambito del burnout si è evoluto per includere lo stress legato al lavoro in qualsiasi ambiente di pratica sanitaria. Tuttavia, le variazioni nella definizione e nei metodi di valutazione rendono difficile standardizzare la valutazione nell'ambiente ospedaliero. Una revisione sistematica della prevalenza del burnout tra i medici ha rilevato una sostanziale variabilità nelle stime di prevalenza del burnout tra i medici praticanti e una marcata variazione nelle definizioni di burnout e nei metodi di valutazione. Un'altra revisione sistematica ha identificato 88 definizioni uniche di burnout.

La marcata variazione nelle definizioni di burnout, nei metodi di valutazione e nella qualità degli studi evidenzia la necessità di sviluppare una definizione consensuale di burnout e di standardizzare gli strumenti di misurazione per valutare gli effetti dello stress professionale cronico sugli operatori sanitari. I tentativi di approfondire la definizione di burnout l'hanno suddivisa in tre componenti: burnout personale, burnout legato al lavoro e burnout legato al cliente. Secondo Kristensen et al., ogni componente è spiegato come segue: "Il burnout personale è il grado di stanchezza ed esaurimento fisico e psicologico sperimentato dalla persona"; "Il burnout legato al lavoro è il grado di stanchezza ed esaurimento fisico e psicologico che viene percepito dalla persona come legato al suo lavoro"; "Il burnout legato al cliente è il grado di stanchezza ed esaurimento fisico e psicologico percepito dalla persona in relazione al suo lavoro con i clienti". Questi componenti consentono di valutare il burnout da diverse prospettive e possono essere utilizzati per fare luce sui possibili fattori che contribuiscono al burnout generale. Consentono di attribuire i sintomi di una persona al suo lavoro e di stabilire fino a che punto vede un collegamento tra la sua fatica e il suo lavoro, indipendentemente dall'età, dal sesso o dallo status professionale, fattori che possono influenzare la sua percezione di esaurimento.

I recenti tentativi di armonizzare la definizione di burnout hanno portato a una versione semplificata che si ritiene risponda ai fondamenti della formazione delle definizioni. La definizione è la seguente: 'In un lavoratore, il burnout professionale, o stato di esaurimento professionale fisico ed emotivo, è un esaurimento dovuto all'esposizione prolungata a problemi legati al lavoro.' Inoltre, l'OMS descrive il burnout come una sindrome caratterizzata da tre dimensioni: sentimenti di esaurimento o esaurimento energetico, aumento della distanza mentale dal proprio lavoro, sentimenti di negatività legati al proprio lavoro e riduzione dell'efficienza professionale derivante dallo stress cronico sul luogo di lavoro, che non è stato gestito con successo. Sebbene non sia classificato come un disturbo mentale, il bur-

nout è ancora considerato uno dei motivi per cui le persone possono rivolgersi ai servizi sanitari ed è incluso nell'11esima revisione della classificazione internazionale delle malattie (ICD-11) come un fenomeno professionale. La sua inclusione nell'ICD-11 è un riconoscimento del fatto che il burnout è un evento preoccupante sul posto di lavoro. La mancanza di strumenti standard per valutare e documentare il burnout fa sì che molte organizzazioni, compresi gli ospedali che dovrebbero essere i custodi della promozione della salute, non valutino il burnout tra il loro personale. Pertanto, rimane non documentato e il suo peso sul personale e l'impatto complessivo sulla fornitura di servizi rimangono oggetto di speculazione. La standardizzazione della definizione e dei metodi di valutazione del burnout è necessaria se la valutazione del burnout tra gli operatori sanitari deve essere integrata nell'ambiente di lavoro sanitario per sostenere gli operatori sanitari. Con l'evoluzione della visione generale del burnout, sono stati condotti diversi studi tra i professionisti della salute. La sindrome del burnout è stata segnalata tra i professionisti della salute in tutte le fasi della loro carriera, con sintomi di esaurimento emotivo e depersonalizzazione notevolmente prevalenti, soprattutto tra il personale infermieristico. Uno studio condotto tra i professionisti dell'assistenza sanitaria primaria ha rilevato un rischio elevato di sindrome da burnout nel 10,6% dei partecipanti. Lo studio ha anche rilevato una stima di prevalenza del 29,8% di sintomi di alto livello di esaurimento emotivo e del 22,3% di depersonalizzazione. I sintomi del burnout osservati tra gli operatori sanitari comprendono l'esaurimento emotivo, la disumanizzazione delle relazioni interpersonali e la perdita di motivazione o di auto-realizzazione. La disumanizzazione si riferisce alla perdita del senso di umanità e può essere caratterizzata dalla mancanza di emozioni, calore e flessibilità, oltre che dal trattare pazienti e colleghi come immaturi, poco intelligenti, incivili o irrazionali. Altri sintomi comuni sono l'esaurimento cronico, la riduzione delle prestazioni e l'alienazione dalle attività lavorative. Tra gli operatori sanitari, i sintomi del burnout derivano dall'esposizione regolare a situazioni emotivamente

drenanti, come l'assistenza a pazienti con sintomi angoscianti, incidenti mortali, nonché limitazioni delle risorse che rendono inaccessibili alcuni trattamenti per i pazienti. Lavorare in un ambiente così stressante per lunghi periodi, con poco tempo per il recupero, ha un impatto sulla salute mentale degli operatori sanitari e rappresenta un fattore di rischio per il burnout.

Gli studi dimostrano che l'esposizione a situazioni emotivamente drenanti, come l'assistenza a un'alta percentuale di pazienti anziani e l'esposizione a tassi di mortalità elevati nelle unità di degenza, è associata a livelli elevati di stress e di esaurimento emotivo tra gli infermieri. Un recente studio condotto tra infermieri e studenti infermieri presso il FPRRH ha esaminato la relazione tra l'esposizione diretta a eventi potenzialmente traumatici e i sintomi del burnout. I risultati hanno indicato che i sintomi di esaurimento del burnout sono associati allo stress traumatico secondario. Sebbene questo studio non abbia stimato l'entità dell'esaurimento emotivo e del burnout tra il personale dell'ospedale, ha evidenziato la sua presenza tra gli infermieri del FPRRH e ha segnalato la necessità di ulteriori ricerche. Lo stress legato al lavoro è particolarmente diffuso tra gli specializzandi in medicina. In uno studio che ha valutato il disagio morale e il burnout negli specializzandi in medicina interna, il 21% ha riferito di aver sperimentato un alto livello di burnout. Le donne specializzande, in particolare, hanno riferito di aver sperimentato alti livelli di esaurimento emotivo. I tassi di burnout per gli specializzandi in medicina variavano dal 27% al 75% nelle varie sottospecialità mediche, con i livelli più alti riportati tra gli specializzandi in ostetricia-ginecologia e i livelli più bassi tra gli specializzandi in medicina di famiglia. Tuttavia, anche gli operatori sanitari in varie fasi della carriera sperimentano livelli considerevoli di burnout. Uno studio suggerisce che i medici di emergenza sperimentano i livelli più alti di burnout, con il 57% dei medici di emergenza che ha riferito di sperimentare il burnout. In una revisione sistematica del burnout tra i medici, le stime di prevalenza del burnout generale variavano dallo 0% all'80,5%. Queste stime sono state riportate dal 67,0% (122/182) degli studi.

Le stime di prevalenza dell'esaurimento emotivo variavano dallo 0% all'86,2% per l'esaurimento emotivo derivato dal Maslach Burnout Inventory (MBI). Queste sono state riportate dal 72,0% (131/182) degli studi inclusi nella revisione. Inoltre, la revisione ha rilevato che le stime di prevalenza di una diminuzione del senso di realizzazione personale variavano dallo 0% all'87,1%, come riportato dal 63,2% (115/182) degli studi. Il burnout del personale del FPRRH è stato precedentemente evidenziato da una relazione del revisore generale sui bilanci del FRRH per l'anno conclusosi il 30 giugno 2016. Il rapporto riconosceva la carenza di personale nell'ospedale e indicava che il burnout degli operatori sanitari era una possibile conseguenza. Il rapporto, che indicava un tasso di personale del 76%, suggerisce che la carenza di personale potenzialmente sovraccarica il personale disponibile oltre le sue capacità e influisce negativamente sulla qualità dei servizi offerti ai pazienti. Purtroppo, gli ospedali spesso non dispongono di vie adeguate per gli operatori sanitari per segnalare e affrontare lo stress legato al lavoro e per gestire il conseguente burnout, che si traduce in un aumento del turnover del personale. Il singolo operatore sanitario ha spesso la responsabilità di riconoscere e gestire il proprio stress e i sintomi del burnout, con poche vie o strumenti disponibili a livello istituzionale per assisterlo. Anche le conversazioni sulla salute mentale negli ambienti di lavoro ospedalieri sono solitamente informali, ma se incoraggiate a livello istituzionale e non stigmatizzate potrebbero contribuire a ridurre al minimo il burnout tra gli operatori sanitari. Inoltre, gli operatori sanitari hanno uno scarso comportamento di ricerca di assistenza sanitaria, in particolare di supporto alla salute mentale. Uno studio volto a indagare la prevalenza della ricerca di aiuto mentale tra gli operatori sanitari pubblici, durante l'epidemia di Covid-19, ha rilevato che solo il 12,7% ha segnalato la ricerca di salute mentale professionale. Pertanto, il burnout tra gli operatori sanitari è spesso non documentato e non segnalato.

In precedenza, sono stati identificati diversi fattori che contribuiscono o peggiorano l'esaurimento fisico e mentale degli

operatori sanitari, portando così al burnout. Una revisione sistematica del burnout sui fattori specifici che vi contribuiscono tra gli infermieri ha identificato diversi elementi e ha confermato la relazione tra lo stress legato al lavoro e il burnout. I fattori di stress legati all'ambiente di lavoro, come le scarse relazioni tra colleghi, le poco soddisfacenti relazioni infermiere-paziente, la mancanza di riconoscimento professionale o di chiarezza del feedback di ricompensa, e lo stile di leadership del supervisore, sono stati correlati a una o più dimensioni del burnout. Lo studio ha anche rilevato che i fattori di stress legati al contenuto del lavoro, come il ruolo infermieristico, l'assistenza al paziente, le richieste di lavoro, la complessità del lavoro, il sovraccarico di lavoro e il lavoro straordinario, erano anch'essi correlati al burnout. Inoltre, gli infermieri che hanno segnalato una comunicazione inadeguata con i medici riguardo ai pazienti, così come la paura di non completare i compiti, hanno riportato un elevato burnout. Altri studi suggeriscono anche che il burnout (comprese tutte e tre le dimensioni) può essere associato all'orario del turno di lavoro, anche se non c'è consenso sul fatto che le mansioni diurne o notturne siano più stressanti per gli operatori sanitari. Alcuni studi indicano che il burnout è più frequentemente associato al servizio notturno ricorrente tra gli infermieri, mentre altri suggeriscono che il burnout è significativamente più alto tra coloro che lavorano a turno di giorno. Anche l'età e le richieste di carriera sono state segnalate come potenziali fattori contributivi. Uno studio ha rilevato che la distribuzione del burnout tra gli infermieri psichiatrici di comunità mostrava due picchi: uno per il gruppo di età di 30 anni e l'altro per il gruppo di età di 50 anni. Le differenze nella prevalenza del burnout tra i gruppi psichiatrici e di controllo erano più evidenti per gli infermieri della fascia d'età dei 30 anni. Gli infermieri in questa fascia d'età hanno spesso aspettative elevate e pesanti richieste di lavoro da parte di superiori e subordinati. Questi livelli di aspettative e richieste lavorative possono rivelarsi eccessivi, causando un estremo esaurimento mentale e fisico. Il picco di burnout nella fascia di età dei 50 anni può essere associato a un funzionamento fisiologico

ridotto e all'aumento dello sviluppo di malattie correlate. Un altro studio indica la permanenza prolungata nello stesso lavoro come un possibile fattore contributivo. Restare troppo a lungo nello stesso lavoro senza progredire nella carriera può portare a un'esposizione prolungata ai fattori di stress. Tuttavia, alcuni professionisti della salute ritengono che un certo livello di stress legato al lavoro sia inevitabile e accettabile. Lo studio ha rilevato che la maggior parte dei partecipanti concorda sul fatto che un certo grado e tipo di stress sia accettabile e inevitabile nell'assistenza sanitaria. Lavorare in turni notturni e nei giorni festivi, trattare pazienti che soffrono e condividere momenti di stress con pazienti e assistenti sono alcuni dei fattori di stress accettabili.

Le cause del burnout sono complesse, multifattoriali e possono essere interconnesse. Ad esempio, è difficile separare i fattori di stress della vita generale da quelli legati al lavoro, poiché spesso si sovrappongono e sono interconnessi. Lo squilibrio tra le esigenze lavorative, il reddito e le esigenze familiari può essere un fattore di stress sia nella vita personale che nel lavoro. Inoltre, il rapporto interpersonale con i pazienti e i colleghi, compresi i superiori, può essere un fattore di stress o di protezione. Una relazione lavorativa positiva e armoniosa con i colleghi può aiutare a gestire i fattori di stress, mentre una relazione negativa può esacerbare lo stress legato al lavoro.

Il burnout influisce in modo significativo sul benessere dei lavoratori e sulla loro produttività. Questo effetto può essere trasferito ai clienti direttamente o indirettamente. Sebbene il burnout sia stato ben studiato tra gli operatori sanitari, pochi studi si sono concentrati sul suo impatto sui pazienti che servono.

Si suggerisce che l'eccessivo esaurimento possa generare sentimenti di cinismo, distacco dal lavoro e un senso di inefficacia tra gli operatori sanitari. Uno studio sull'impatto del burnout sull'assistenza al paziente auto-riferita tra i medici d'urgenza ha indicato che i medici d'urgenza con alti livelli di burnout erano più propensi a riportare di aver eseguito pratiche di assistenza non ottimali, come il ricovero o la dimissione precoce dei pazien-

ti, il non rispondere alle domande dei pazienti, il non trattare il dolore dei pazienti, l'ordinare più test, il non comunicare i passaggi di consegna importanti e il non discutere i piani con altri colleghi. Uno studio qualitativo condotto tra medici di base praticanti ha evidenziato che i medici di base ritengono che il scarso benessere e il burnout influiscano sulla qualità dell'assistenza ricevuta dai pazienti, riducendo le capacità di empatia, diminuendo la possibilità di mostrare atteggiamenti positivi e capacità di ascolto e aumentando il numero di rinvii inappropriati. Un altro studio ha anche concluso che le cattive relazioni con i pazienti, la difficoltà a soddisfare le loro esigenze e l'elevato carico di lavoro sono tutti associati al burnout. Questo è in linea con i risultati di uno studio condotto tra gli infermieri, il quale ha indicato che tutte le dimensioni del burnout del Copenhagen Burnout Inventory (CBI) erano correlate ai risultati negativi del voto di sicurezza del paziente e che le organizzazioni sanitarie potevano ridurre le valutazioni negative sulla sicurezza del paziente riducendo il burnout degli infermieri. I risultati di questi studi implicano che, nelle mani di professionisti sanitari esauriti, la sicurezza del paziente è notevolmente compromessa, rendendo il paziente impotente al riguardo.

In presenza di un elevato carico di lavoro in un ambiente stressante, gli operatori sanitari possono faticare a mantenere la compostezza, il che può influenzare la loro capacità di ascoltare e affrontare le preoccupazioni dei pazienti con empatia. Questo influisce direttamente sull'assistenza al paziente e sui risultati clinici. Può anche influire sulla capacità di comunicare con gentilezza a colleghi e pazienti. Il risultato è un ambiente di lavoro tossico, con un basso morale del personale e canali di comunicazione interrotti tra il personale e i pazienti, che possono aggravare lo stress e portare a scarsi risultati e soddisfazione dei pazienti.

Inoltre, una cattiva salute e livelli da moderati a elevati di burnout tra i professionisti della salute possono determinare un aumento degli errori medici e una minore sicurezza dei pazienti. Un sondaggio tra gli specializzandi in medicina in Irlanda ha mostrato che i livelli di burnout sono correlati a un aumento de-

gli errori medici. Il 64% degli specializzandi che hanno manifestato sintomi di burnout ha riferito di aver commesso un errore medico, rispetto al 22% di coloro che non hanno manifestato sintomi. Pertanto, sono necessari studi per valutare l'impatto del burnout degli operatori sanitari sull'assistenza ai pazienti.

L'obiettivo dello studio era quello di determinare la prevalenza puntuale del burnout tra una popolazione campione di professionisti della salute presso la FPRRH. Lo studio ha cercato di stimare l'entità del burnout tra gli operatori sanitari del FPRRH, di identificare i fattori del luogo di lavoro che contribuiscono al burnout al FPRRH e di esaminare l'impatto del burnout tra gli operatori sanitari sull'assistenza ai pazienti.

Lo studio ha esaminato il fenomeno del burnout nell'ambiente di lavoro sanitario in Africa e il suo impatto sull'assistenza ai pazienti e sulla fornitura di servizi. Si prevedeva di evidenziare l'entità del problema e di presentare una base per ulteriori ricerche sullo stress legato al lavoro tra gli operatori sanitari. I risultati dovevano informare i responsabili delle politiche e degli ospedali riguardo all'implementazione di misure per affrontare lo stress sul posto di lavoro. Ci si aspettava anche che evidenziassero la crescente necessità per gli operatori sanitari di cercare attivamente il supporto della salute mentale e di migliorare il benessere del personale.

9.2 METODI

9.2.1 DISEGNO DELLO STUDIO E IMPOSTAZIONE

Lo studio è stato un'indagine descrittiva trasversale per determinare il punto di prevalenza del burnout tra gli operatori sanitari del Fort Portal Regional Referral Hospital (FPRRH), che serve la regione di Rwenzori dell'Uganda occidentale. La regione ha una popolazione di 2.868.000 persone nel 2019. Si prevede che la popolazione cresca a un tasso del 3% all'anno, con una popolazione prevista di 3.355.437 persone entro il 202436. La

regione è composta da 8 distretti: Kabarole, Kamwenge, Kasese, Ntoroko, Bundibugyo, Bunyangabu, Kyenjojo e Kyegegwa, oltre a una città regionale chiamata Fort Portal Tourism City. Si prevedeva che l'ospedale avrebbe avuto 34.000 ricoveri e 120.000 pazienti ambulatoriali nel 2021/2022, con un tasso di occupazione dei letti dell'85%. L'ospedale aveva una struttura del personale approvata che prevedeva 428 posizioni nel 2016, ma solo 324 posizioni erano occupate, lasciando 104 posizioni vacanti. Il rapporto del revisore generale descrive il personale come segue: 17 medici (5%), 130 infermieri (40%) e 62 operatori sanitari ausiliari (19%). Questa struttura del personale non era cambiata in modo significativo entro il 2022, sebbene fosse in programma una nuova struttura per tutti gli ospedali di riferimento regionali.

9.2.2 POPOLAZIONE

Lo studio è stato condotto tra gli operatori sanitari di diverse categorie, suddivisi nei seguenti gruppi: Medici, Infermieri e Professionisti sanitari alleati. Tutti gli operatori sanitari che lavoravano come dipendenti a tempo pieno presso il FPRRH potevano essere inclusi nello studio. Sono stati esclusi i dipendenti con una durata lavorativa totale inferiore a un anno (assunti di recente). La dimensione del campione è stata determinata utilizzando la tabella di Krejcie e Morgan. Dimensione della popolazione (N) = 324. Dimensione del campione (S) = 175. Un campione proporzionale non casuale di partecipanti è stato calcolato per ogni gruppo utilizzando la formula:

Dimensione dei campioni per ogni strato (s) = (dimensione dello strato/dimensione della popolazione) X (dimensione del campione totale).

Pertanto, il numero di partecipanti di ciascun gruppo è stato determinato come segue: Medici = (17/324) X 175 = 9, Infermieri = (130/324) X 175 = 70, e Professionisti sanitari alleati = (62/324) X 175 = 33.

9.3 RISULTATI DELLO STUDIO

Il risultato primario era la prevalenza del burnout tra gli operatori sanitari del FPRRH. I risultati secondari erano i fattori che contribuiscono al burnout, l'impatto sull'assistenza ai pazienti e una correlazione tra l'età degli operatori sanitari, la durata del lavoro presso il FPRRH e il carico di burnout. L'entità del burnout è stata misurata utilizzando l'inventario del burnout di Copenhagen (CBI). I dati relativi al burnout legato al cliente sono stati utilizzati per valutare l'impatto del burnout sull'assistenza ai pazienti.

9.3.1 STRUMENTI DI RACCOLTA DEI DATI

I dati sono stati raccolti utilizzando questionari digitali autosomministrati, preparati con Google Forms. Il questionario comprendeva domande del Copenhagen Burnout Inventory (CBI) e seguiva il formato dell'inventario CBI. Il CBI è un questionario con tre sottodimensioni: burnout personale, burnout legato al lavoro e burnout legato al cliente. Questo ha permesso di valutare il burnout da diverse prospettive. Il questionario, che utilizzava domande a scelta multipla, comprendeva quattro sezioni: demografia dei partecipanti con 5 domande, burnout personale con 6 domande, burnout legato al lavoro con 12 domande e burnout legato al cliente con 8 domande. La sezione sulla demografia dei partecipanti ha raccolto dati su età, sesso, durata del lavoro presso l'FPRRH e categoria di impiego.

9.3.2 PROCEDURA DI RACCOLTA DEI DATI

Un campione di convenienza di operatori sanitari del FPRRH è stato selezionato dal gruppo WhatsApp dell'ospedale e gli inviti a partecipare sono stati inviati ai loro account individuali. Un link allo strumento di raccolta dati è stato inviato agli account WhatsApp individuali dei partecipanti insieme all'invito a partecipare. Lo strumento di raccolta dati è stato pre-testato prima dell'effettiva raccolta dei dati, per garantirne l'usabilità. I

partecipanti erano liberi di compilare e inviare il questionario al momento più opportuno. I questionari compilati sono stati poi stratificati in tre grandi categorie, ovvero Medici, Infermieri e Professionisti sanitari alleati.

9.3.3 GESTIONE E ANALISI DEI DATI

I questionari sono stati controllati per verificarne la completezza; i dati sono stati ordinati e riassunti utilizzando Google Sheets e Microsoft Excel (Microsoft 365 MSO (Versione 2308)). Ad ogni risposta è stato assegnato un punteggio, come guidato dal Copenhagen Burnout Inventory (CBI), come segue: Sempre: 100; Spesso: 75; A volte: 50; Raramente: 25; Mai: 0. Il punteggio per ogni sezione dello strumento di raccolta dati è stato calcolato come media dei punteggi degli articoli. Il punteggio totale del burnout è stato calcolato come la media dei punteggi di tutte e tre le sezioni.

Il burnout è stato classificato come burnout basso, moderato e alto, secondo i criteri di Kristensen per i livelli di burnout. Un punteggio di 0-49% rappresentava un burnout basso, 50-75% rappresentava un burnout moderato e ≥ 76% rappresentava un burnout alto.

Le statistiche descrittive, comprese le percentuali, le medie e le deviazioni standard, nonché i coefficienti di correlazione di Pearson, sono state calcolate utilizzando il pacchetto statistico IBM SPSS versione: 29.0.0.0 (241) e Microsoft Excel 365 MSO (versione 2308). Gli intervalli di confidenza a 2 code al 95% per le correlazioni e la significatività statistica sono stati stimati in base alla trasformazione r-to-z di Fisher con aggiustamento del bias. I dati sono stati poi presentati in grafici e tabelle di frequenza.

I fattori che contribuiscono al burnout sono stati identificati dalle risposte dei partecipanti a domande specifiche del CBI come parte del questionario di raccolta dati. Ciascuna di queste domande è stata considerata un potenziale fattore contributivo se la maggioranza dei partecipanti l'ha valutata con un punteggio pari o superiore a 50 sulla scala Likert (In misura molto elevata:

100; In misura elevata: 75; Un po': 50; In misura ridotta: 25; In misura molto ridotta: 0). L'impatto del burnout sull'assistenza ai pazienti è stato valutato esaminando le risposte nella sezione del CBI dedicata al burnout legato al cliente. Le risposte di coloro che hanno ottenuto un punteggio di burnout basso, moderato o alto sono state confrontate in termini di frequenze.

9.3.4 CONSIDERAZIONI ETICHE

Lo studio è stato esaminato dal Comitato Etico e di Ricerca del Fort Portal Regional Referral Hospital (FPRRH-REC) e approvato dall'amministrazione del FPRRH. Per garantire la riservatezza, i questionari sono stati anonimizzati, codificati e conservati in modo sicuro in una cartella protetta da password su Google Drive, accessibile solo al ricercatore.

A tutti i partecipanti è stato richiesto il consenso scritto prima di partecipare allo studio. Lo studio non avrebbe comportato alcun rischio fisico o psicologico per i partecipanti. Tuttavia, la partecipazione avrebbe potuto causare una minima interruzione della loro routine lavorativa.

9.3.5 RISULTATI

Nel corso di 2 settimane nel giugno 2022, un totale di 31 (n = 31) operatori sanitari del Fort Portal Regional Referral Hospital hanno partecipato allo studio secondo i criteri di inclusione, rappresentando un tasso di risposta complessivo del 28%. Questo tasso di risposta era accettabile per un sondaggio basato sul web, in cui non erano previsti follow-up o incentivi, e la rappresentatività del campione era di primaria importanza. In base alle stime sulla dimensione del campione, il tasso di risposta dei medici è stato del 44,4%, quello degli infermieri del 22,8% e quello dei professionisti sanitari alleati del 33,3%.

9.3.6 CARATTERISTICHE DEI PARTECIPANTI

La maggior parte dei partecipanti, 19 (61,3%) erano femmine, mentre 12 (38,7%) erano maschi. In termini di età, 12

(38,7%) partecipanti erano nella fascia 40-49 anni, 10 (32,3%) nella fascia 20-29 anni e 9 (29%) nella fascia 30-39 anni. Non c'erano partecipanti nella fascia di età compresa tra i 50 e i 60 anni. La maggior parte, 16 (51,6%) erano infermieri, 11 (35,5%) erano professionisti sanitari alleati e 4 (12,9%) erano medici.

In termini di durata del lavoro, 12 (38,7%) partecipanti hanno lavorato presso l'FPRRH per più di 10 anni, 9 (29%) hanno lavorato presso l'ospedale da 4 a 6 anni, 7 (22,6%) hanno lavorato da 1 a 3 anni, mentre 3 partecipanti (9,7%) hanno lavorato da 7 a 10 anni. La durata media del lavoro presso l'ospedale è stata di 6,32 anni (SD = 4,308).

I punteggi di burnout variavano dal 16% all'86%, con un punteggio medio complessivo di burnout del 57,4% (SD = 16,083). La distribuzione del burnout complessivo è illustrata nella Fig. 1. La maggior parte dei partecipanti, 19 (61,2%), ha ottenuto un punteggio di burnout moderato, 9 (29%) hanno ottenuto un burnout basso, mentre solo 3 (9,6%) hanno ottenuto un burnout alto.

[...]

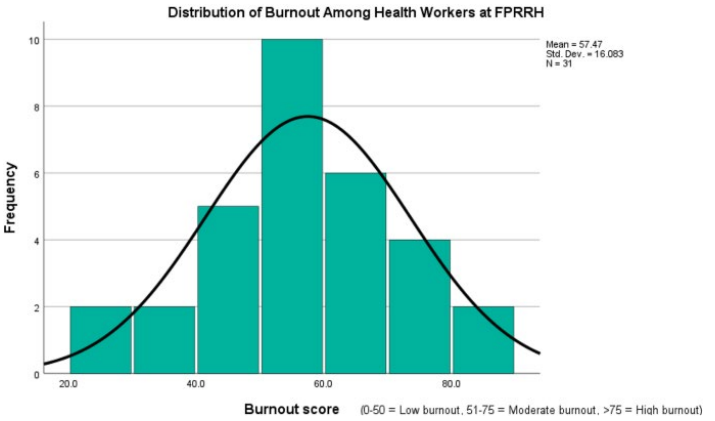


Fig. 1. Distribuzione dei punteggi di burnout tra il personale del Fort Portal Regional Referral Hospital. La maggior parte del personale ha ottenuto un punteggio di burnout moderato.

I partecipanti maschi avevano un punteggio medio di burnout del 59,94% con un'età media di 28,33 anni, mentre le partecipanti femmine avevano un punteggio medio di burnout del 55,92% con un'età media di 32,10 anni. I partecipanti nella fascia d'età 30-39 anni avevano il punteggio medio di burnout più alto rispetto alle altre fasce d'età, mentre quelli di 20-29 anni avevano il punteggio medio di burnout più basso.

[...]

9.3.7 TASSO DI BURNOUT PER ETÀ E DURATA DEL LAVORO

La correlazione di Pearson indica una debole correlazione positiva tra l'età degli operatori sanitari e il punteggio di burnout, r(29) = 0,16, p =0,387 (95% CI [-0,208,0,485]). C'era anche una debole correlazione positiva tra la durata del lavoro presso il Fort Portal Regional Referral Hospital e il punteggio di burnout, r(29) = 0,11, p = 0,955. (95% CI [-0,345,0,365]).

Cause	Valutazione della maggioranza	Frequenza
Assegnazione sbilanciata dei compiti	Un po'	38.7%
Esaurimento emotivo	In misura molto elevata	32.3%
Essere incolpati per gli errori degli altri	Un po'	35.5%
Niente da fare per un paziente	In misura molto elevata	58.1%

Tabella 3. Possibili cause di burnout identificate in base alle risposte dei partecipanti nelle tre componenti del CBI.

9.3.8 TASSO DI BURNOUT TRA I MEDICI

Tutti i medici che hanno partecipato allo studio erano maschi. Di questi, 3 (75%) hanno ottenuto un punteggio di burnout basso. Solo 1 medico (25%) aveva un punteggio di burnout elevato, come mostrato nella Fig. 2. Il medico che ha ottenuto

un punteggio di burnout elevato aveva un'età compresa tra i 20 e i 29 anni, con una durata del lavoro di 1-3 anni.

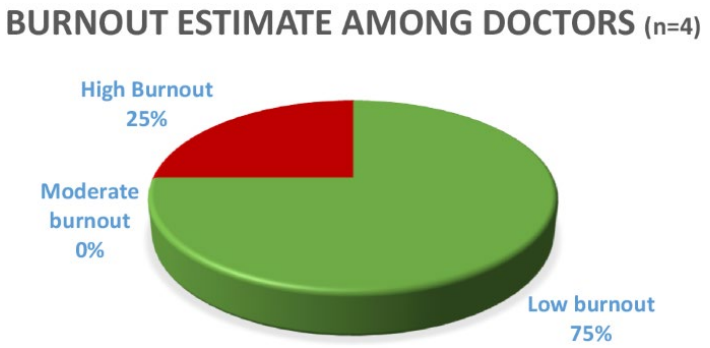


Fig. 2. Stime del carico di burnout tra i medici del FPRRH.

Dei medici che hanno ottenuto un punteggio di burnout basso, 1 (33,3%) aveva un'età compresa tra i 20 e i 29 anni, con una durata lavorativa di 1-3 anni. Gli altri 2 (66,6%), avevano un'età compresa tra 40 e 49 anni. Il 50% di questi aveva una durata lavorativa compresa tra 4 e 6 anni, mentre l'altro 50% aveva lavorato per più di 10 anni (Figg. 2-4).

La correlazione di Pearson è stata calcolata per valutare la relazione lineare tra l'età dei medici e il punteggio di burnout, nonché la durata del lavoro dei medici e il punteggio di burnout. C'era una forte correlazione negativa tra l'età dei medici e il punteggio di burnout, r(2) = -0,66, p = 0,341. (95% CI [-0.990,0.856]). C'è stata anche una correlazione negativa tra la durata del lavoro dei medici presso l'FPRRH e il punteggio di burnout, r(2) = -0,58, p = 0,417. (95% CI [-0,987,0,883]).

9.3.9 TASSO DI BURNOUT TRA PROFESSIONISTI SANITARI AFFINI

Tutti i professionisti sanitari affini che hanno partecipato allo studio avevano un'età compresa tra i 30 e i 49 anni, con una durata lavorativa di almeno 4 anni. Di questi, 6 (55%) avevano un'età compresa tra 40 e 49 anni, mentre 5 (45%) avevano un'e-

tà compresa tra 30 e 39 anni. La maggior parte, 7 (63%) erano donne e 4 (37%) erano uomini.

Tra i professionisti sanitari affini, 2 (18,1%) hanno ottenuto un burnout basso, 8 (72,7%) un burnout moderato. Solo 1 (9%) aveva un burnout elevato, come mostrato nella Fig. 3. I professionisti sanitari affini che hanno ottenuto un punteggio di burnout basso erano tutte donne, di età compresa tra i 40 e i 49 anni. Il 50% di loro aveva lavorato in ospedale tra i 4 e i 6 anni, mentre l'altro 50% aveva lavorato per più di 10 anni. Il professionista sanitario affini che aveva un burnout elevato era di sesso maschile, con un'età compresa tra i 40 e i 49 anni, e aveva lavorato per più di 10 anni presso l'ospedale.

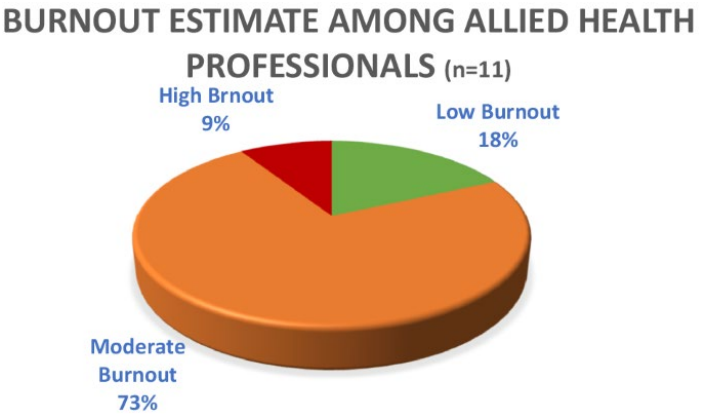


Fig. 3. Stima del carico di burnout tra i professionisti della salute affini.

Dei professionisti sanitari alleati che hanno ottenuto un punteggio di burnout moderato, 3 (37,5%) avevano un'età compresa tra i 40 e i 49 anni e 5 (62,5%) avevano un'età compresa tra i 30 e i 39 anni. Di questi, 3 (37,5%) erano maschi, mentre 5 (62,5%) erano femmine.

La correlazione di Pearson ha indicato una debole correlazione negativa tra la durata del lavoro presso il FPRRH e il punteggio di burnout, $r(9) = -0{,}12$, $p = 0{,}718$ (95% CI [-0,670,0,519]).

C'era una debole correlazione negativa tra la loro età e il punteggio di burnout (9) = -0,13, p = 0,695. (95% CI [-0.676,0.512]).

9.3.10 TASSO DI BURNOUT TRA GLI INFERMIERI

Gli infermieri che hanno partecipato al sondaggio avevano un'età compresa tra i 20 e i 49 anni. La maggior parte, 11 (68%) erano donne, mentre 5 (32%) erano uomini. Di questi, solo 1 infermiere (6%) ha ottenuto un punteggio di burnout elevato, 11 infermieri (68,7%) hanno ottenuto un punteggio di burnout moderato e 4 infermieri (25%) hanno ottenuto un punteggio di burnout basso, come mostrato nella Figura 4. L'infermiere che ha ottenuto un punteggio di burnout elevato aveva un'età compresa tra i 40 e i 49 anni e lavorava in ospedale da più di 10 anni. Tra coloro che hanno ottenuto un punteggio di burnout moderato, 3 (27,2%) erano maschi, mentre 8 (72,7%) erano femmine. La maggior parte, 5 (45,4%), aveva un'età compresa tra i 20 e i 29 anni, 3 (27,2%) tra i 30 e i 39 anni e 3 (27,2%) tra i 40 e i 49 anni. 4 (36,3%) avevano lavorato presso l'ospedale tra 1 e 3 anni, 5 (45,4%) avevano lavorato tra 4 e 10 anni e 2 (18,1%) avevano lavorato per più di 10 anni.

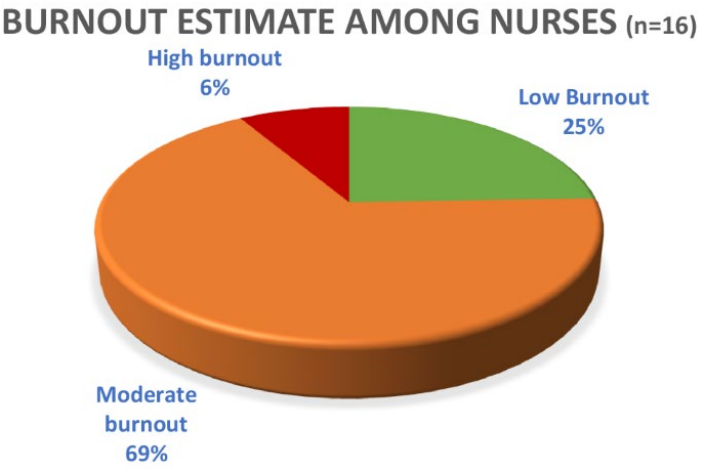


Fig. 4. Stima del carico di burnout tra gli infermieri del FPRRH.

Tra gli infermieri che hanno ottenuto un punteggio basso di burnout, 3 (75%) erano donne e 1 (25%) erano uomini. Tutti avevano un'età compresa tra i 20 e i 39 anni. Il 50% (50%) di loro aveva lavorato tra i 4 e i 10 anni, il 25% aveva lavorato tra 1 e 3 anni, e il restante 25% aveva lavorato per più di 10 anni. È stato calcolato un coefficiente di correlazione di Pearson per valutare la relazione lineare tra la durata del lavoro degli infermieri presso il FPRRH e il punteggio di burnout, nonché l'età degli infermieri e il punteggio di burnout. Si è riscontrata una debole correlazione positiva tra la durata del lavoro e il punteggio di burnout, $r(14) = 0{,}20$, $p = 0{,}452$ (95% CI [-0,332, 0,630]). C'era una correlazione positiva statisticamente significativa tra l'età degli infermieri e il punteggio di burnout, $r(14) = 0{,}56$, $p = 0{,}025$ (95% CI [0,067, 0,819]).

9.4 FATTORI DEL LUOGO DI LAVORO CHE CONTRIBUISCONO AL BURNOUT

9.4.1 ASSEGNAZIONE DEI COMPITI SBILANCIATA

La maggior parte dei partecipanti, 15 (48,4%), ha indicato che l'assegnazione dei compiti nel proprio reparto era un po' frustrante. Quattro (4) partecipanti (12,9%) hanno indicato che l'assegnazione dei compiti era frustrante in misura elevata, mentre 4 (12,9%) hanno riferito che l'assegnazione dei compiti era frustrante in misura ridotta. Quattordici (14) partecipanti (45,2%) hanno indicato che la ripartizione dei compiti nel loro reparto deve cambiare per permettere loro di godere del tempo al lavoro. Tra coloro che hanno ottenuto un punteggio elevato di burnout, 1 (33,3%) ha riferito di aver sempre ritenuto che l'assegnazione dei compiti nel proprio reparto dovesse cambiare per poter godere del proprio tempo al lavoro. 1 (33,3%) ha riferito che spesso sentiva che l'assegnazione dei compiti doveva cambiare, e 1 (33%) ha riferito che a volte sentiva che l'assegnazione dei compiti nel suo reparto doveva cambiare per godersi il suo tempo al lavoro.

In confronto, tra coloro che hanno ottenuto un punteggio di burnout moderato, 10 (52,6%) hanno indicato che a volte ritenevano che l'assegnazione dei compiti in reparto dovesse cambiare per godersi il tempo al lavoro, 6 (31,5%) hanno indicato che ritenevano sempre che l'assegnazione dei compiti dovesse cambiare, 1 (5,2%) ha indicato che spesso riteneva che l'assegnazione dei compiti dovesse cambiare, 1 (5,2%) ha indicato che raramente riteneva che l'assegnazione dei compiti dovesse cambiare e un altro 1 (5,2%) ha indicato che riteneva che l'assegnazione dei compiti non dovesse mai cambiare per godersi il tempo al lavoro.

9.4.2 PROCEDURE FISICAMENTE ESTENUANTI

Un altro fattore identificato è stato l'esaurimento fisico dovuto alle procedure mediche, con 11 (35,5%) dei partecipanti che hanno indicato che il loro lavoro era fisicamente estenuante in misura molto elevata. Dieci (10) partecipanti (32,3%) hanno indicato che il lavoro era fisicamente estenuante in misura elevata, mentre 3 (9,7%) hanno detto che era estenuante in misura bassa. Solo 1 (3,2%) ha riferito che il suo lavoro era fisicamente faticoso in misura molto bassa. Tra coloro che hanno ottenuto un punteggio di burnout elevato, 2 (66,6%) hanno riferito che il loro lavoro era fisicamente estenuante in misura molto elevata, mentre l'altro 1 (33,3%) ha ritenuto che il loro lavoro fosse fisicamente estenuante in misura elevata. In confronto, tra coloro che hanno ottenuto un punteggio di burnout moderato, 8 (42,1%) hanno indicato che il loro lavoro era fisicamente estenuante in misura molto elevata, 7 (36,8%) hanno indicato che il loro lavoro era fisicamente estenuante in misura elevata, 3 (15,7%) hanno indicato che il loro lavoro era in qualche modo fisicamente estenuante e 1 (5,2%) ha indicato che il loro lavoro era fisicamente estenuante in misura bassa.

9.4.3 ESAURIMENTO EMOTIVO

L'altro fattore era l'esaurimento emotivo associato all'attaccamento emotivo ai pazienti. Diciassette (17) partecipanti (54%)

hanno riferito di essere emotivamente legati ai pazienti in misura elevata. Cinque (5) partecipanti (16,1%) hanno indicato di essere emotivamente legati ai pazienti in misura molto elevata, mentre sei (6) (19,4%) hanno riferito di essere un po' emotivamente legati ai pazienti. Dieci (10) partecipanti (32,3%) hanno indicato che il loro lavoro era emotivamente estenuante in misura molto elevata, e altri dieci (10) (32,3%) hanno riferito che il lavoro era emotivamente estenuante in misura elevata. Sette (7) partecipanti (22,6%) hanno indicato che il loro lavoro era in qualche modo emotivamente estenuante, mentre quattro (4) (12,9%) hanno indicato che era estenuante in misura bassa. Tra coloro che hanno ottenuto un punteggio di burnout moderato, nove (9) (47,4%) hanno indicato che il loro lavoro era emotivamente estenuante in misura elevata. Sette (7) partecipanti (36,8%) hanno indicato che il loro lavoro era emotivamente estenuante in misura molto elevata, e tre (3) (15,8%) hanno indicato che il loro lavoro era in qualche modo emotivamente estenuante. Al contrario, tutti coloro che hanno ottenuto un punteggio di burnout elevato (3) (100%) hanno indicato che il loro lavoro era emotivamente estenuante in misura molto elevata.

9.4.4 ESSERE INCOLPATI PER GLI ERRORI DEGLI ALTRI

Undici (11) partecipanti (35,5%) hanno riferito che a volte vengono incolpati per gli errori degli altri. Altri otto (8) (25,8%) hanno indicato che spesso vengono rimproverati per gli errori degli altri. Inoltre, quattro (4) (12,9%) hanno indicato che raramente vengono rimproverati per gli errori degli altri e altri quattro (4) (12,9%) hanno indicato che non vengono mai rimproverati per gli errori degli altri. Solo due (2) (6,5%) hanno indicato che vengono sempre rimproverati per gli errori degli altri.

9.4.5 LIMITAZIONI DELLE RISORSE

Anche le limitazioni nell'assistenza al paziente sono state identificate come un fattore potenziale. La maggior parte dei partecipanti, diciotto (18) (58,1%), ha riferito che scoprire che

non c'è molto da fare per un paziente è frustrante in misura molto elevata. Sei (6) (19,4%) hanno indicato che era frustrante in misura elevata. Quattro (4) partecipanti (12,9%) hanno riferito che è stato un po' frustrante, mentre tre (3) (9,7%) hanno riferito che è stato frustrante in misura bassa. Tra coloro che hanno ottenuto un punteggio di burnout moderato, dodici (12) (63,1%) hanno riferito che scoprire che non c'è molto da fare per un paziente è stato frustrante in misura molto elevata, quattro (4) (21%) l'hanno trovato frustrante in misura elevata, due (2) (10,5%) l'hanno trovato un po' frustrante e uno (1) (5,2%) l'ha trovato frustrante in misura bassa. Al contrario, tutti coloro che hanno ottenuto un punteggio di burnout elevato (100%) hanno riferito che scoprire che non c'è molto da fare per un paziente è stato frustrante in misura molto elevata.

9.4.6 IMPATTO SULL'ASSISTENZA AL PAZIENTE

Per quanto riguarda l'impatto sull'assistenza ai pazienti, 14 partecipanti (45,2%) hanno indicato di aver trovato un po' difficile lavorare con i pazienti; 4 (12,9%) hanno segnalato di aver trovato difficile lavorare con i pazienti in misura elevata; 7 (22,6%) hanno indicato di aver trovato difficile lavorare con i pazienti in misura ridotta; mentre 5 (16,1%) hanno riferito di aver trovato difficile lavorare con i pazienti in misura molto ridotta. Tra coloro che hanno ottenuto un punteggio di burnout moderato, 15 partecipanti (78,9%) hanno riferito che il loro lavoro con i pazienti era in qualche modo frustrante. Solo 2 (10,4%) hanno indicato che era frustrante in misura elevata o molto elevata, e 1 (5,2%) ha indicato che era frustrante a un livello basso. Dodici partecipanti (63,1%) tra coloro che hanno ottenuto un punteggio di burnout moderato hanno indicato di sentirsi talvolta stanchi di lavorare con i pazienti. 2 (10,5%) hanno segnalato di sentirsi spesso stanchi di lavorare con i pazienti; 2 (10,5%) hanno riferito di non sentirsi mai stanchi di lavorare con i pazienti; 1 (5,2%) ha segnalato di sentirsi sempre stanco di lavorare con i pazienti; e 1 (5,2%) di sentirsi raramente stanco di lavorare con

i pazienti. In confronto, tra i partecipanti che hanno ottenuto un punteggio di burnout elevato, 2 partecipanti (66,6%) hanno indicato che a volte trovavano frustrante lavorare con i pazienti, e 1 (33,3%) ha riferito un grado di frustrazione elevato. Tra i partecipanti con punteggio di burnout elevato, 2 (66,6%) hanno segnalato di sentirsi spesso stanchi di lavorare con i pazienti, mentre 1 (33,3%) ha riferito di essere talvolta stanco di lavorare con i pazienti. Al contrario, 5 partecipanti (55%) con punteggio di burnout basso hanno indicato che il lavoro con i pazienti era frustrante in misura bassa, mentre per altri 4 partecipanti (44,4%) era frustrante in misura molto bassa. Sei partecipanti (66,6%) che hanno ottenuto un punteggio di burnout basso hanno indicato di non sentirsi mai stanchi di lavorare con i pazienti, mentre gli altri 3 partecipanti (33,3%) hanno segnalato di sentirsi raramente stanchi di lavorare con i pazienti.

9.5 DISCUSSIONE

I risultati di questa indagine sono coerenti con gli studi precedenti che indicano che il burnout è prevalente tra i professionisti della salute, anche se la sua gravità varia tra le diverse fasce d'età e le categorie di professionisti della salute, ossia medici, infermieri e professionisti della salute alleati. Questo studio è tra i pochi che hanno incluso i professionisti sanitari alleati e ha confrontato i risultati nelle tre categorie di operatori sanitari. Sebbene gli operatori sanitari alleati costituiscano una grande percentuale del personale nella maggior parte degli ospedali a livello globale, i dati pubblicati sul burnout in questo gruppo sono limitati e la maggior parte degli studi si concentra su medici e infermieri. I risultati di questo studio indicano che la maggior parte degli operatori sanitari del FPRRH, indipendentemente dalla categoria, sperimenta un burnout moderato, con punteggi di burnout che vanno dal 16% all'86%. Ciò è coerente con altri studi che hanno rilevato punteggi di burnout tra i medici compresi tra lo 0% e l'80%, e mostra che la prevalenza del burnout e

dei problemi ad esso correlati è elevata tra il personale sanitario alleato. Allo stesso modo, una revisione sistematica delle stime del burnout ha rivelato che le stime di prevalenza del burnout generale riportate dal 67,0% (122/182) degli studi che hanno fornito dati sul burnout generale vanno dallo 0% all'80,5%.

Questo studio ha riscontrato che gli uomini hanno un punteggio medio di burnout più alto rispetto alle donne, in contrasto con studi precedenti che hanno riscontrato punteggi di burnout più elevati per le professioniste sanitarie, forse perché le donne hanno responsabilità sproporzionate al di fuori del lavoro. La correlazione positiva tra l'età degli operatori sanitari e il punteggio di burnout suggerisce che, in generale, con l'avanzare dell'età, gli operatori sanitari hanno maggiori probabilità di sperimentare punteggi di burnout più elevati. Allo stesso modo, la correlazione positiva tra la durata del lavoro presso il FPRRH e il punteggio di burnout suggerisce che, più a lungo gli operatori sanitari lavorano, maggiore è la probabilità che sperimentino il burnout. Tuttavia, queste correlazioni non erano statisticamente significative e l'analisi di ciascuna categoria di professionisti sanitari separatamente ha mostrato risultati un po' contraddittori per i medici e i professionisti sanitari alleati in termini di relazione lineare tra l'età, la durata del lavoro e i punteggi di burnout.

Tra i medici, questo studio ha rivelato che il burnout basso era il più diffuso (75%). Ciò contrasta con i risultati di una revisione sistematica tra gli operatori sanitari dell'Africa subsahariana, che ha concluso che il burnout elevato era prevalente tra i medici. La forte correlazione negativa tra l'età dei medici e il punteggio di burnout suggerisce che, con l'invecchiamento, i medici sperimentano meno il burnout. Anche la correlazione negativa tra la durata del lavoro dei medici presso il FPRRH e il punteggio di burnout suggerisce che i medici che lavorano da più tempo sperimentano meno il burnout. Questo risultato è coerente con studi precedenti che mostrano tassi di burnout più elevati tra gli specializzandi e i medici in formazione. Ciò potrebbe suggerire che i medici più anziani hanno sviluppato meccanismi migliori per affrontare lo stress legato al lavoro. In alternativa,

potrebbe indicare che i medici più giovani sopportano la maggior parte del carico di lavoro rispetto ai medici più anziani. Il tasso del 25% di burnout elevato tra i medici in questo studio era tra i medici più giovani con una durata di lavoro più breve ed è coerente con il tasso del 21% di burnout elevato tra gli specializzandi in medicina interna rilevato in un'indagine precedente.

Allo stesso modo, tra i professionisti sanitari alleati, la correlazione negativa tra la durata del lavoro presso il FPRRH e il punteggio di burnout suggerisce che i professionisti sanitari alleati che hanno lavorato più a lungo presso l'ospedale sperimentano meno burnout. Anche la correlazione negativa tra l'età e il punteggio di burnout suggerisce che i professionisti sanitari alleati più anziani sperimentano meno burnout. Al contrario, tra gli infermieri, la correlazione positiva statisticamente significativa tra l'età degli infermieri e il punteggio di burnout indica che il burnout aumenta probabilmente con l'età. Inoltre, la correlazione positiva tra la durata del lavoro presso l'FPRRH e il punteggio di burnout indica che gli infermieri che hanno lavorato più a lungo presso l'ospedale sperimentano un livello maggiore di burnout. Questa scoperta è coerente con studi precedenti che mostrano livelli significativi di burnout tra gli infermieri. Uno studio ha rilevato che la distribuzione del burnout tra gli infermieri psichiatrici comunitari mostrava due picchi: uno per il gruppo di età di 30 anni e l'altro per il gruppo di età di 50 anni, suggerendo che l'età e le richieste di carriera possono contribuire al burnout. Questo contrasto tra gli infermieri e le altre categorie di operatori sanitari potrebbe indicare che i fattori associati al burnout siano più diffusi tra gli infermieri. Gli infermieri sopportano una parte significativa del carico di lavoro nell'assistenza ai pazienti, e diversi studi riportano squilibri nel carico di lavoro come un fattore significativo che contribuisce al burnout tra gli infermieri. Sebbene questo studio non abbia esaminato il carico di lavoro per ogni categoria, il che richiede ulteriori studi, i risultati sono coerenti con studi precedenti che indicano tassi di burnout più elevati tra gli infermieri rispetto ad altre categorie di professionisti sanitari. Il burnout è un fenomeno multifattoriale le cui cause

possono coinvolgere fattori di stress individuali, interpersonali e organizzativi. Questa indagine, tuttavia, si è concentrata sull'identificazione dei fattori del luogo di lavoro che possono contribuire al burnout tra gli operatori sanitari e ha identificato diversi fattori. Una percentuale significativa di partecipanti ha indicato che la ripartizione dei compiti nel proprio reparto deve cambiare per poter godere del proprio tempo al lavoro. Questo è coerente con i risultati di altri studi che identificano gli squilibri del carico di lavoro come fonte di stress legato al lavoro. Una distribuzione attenta dei compiti all'interno degli ospedali è fondamentale per bilanciare i carichi di lavoro e, insieme a un organico adeguato, può ridurre il disagio e migliorare l'esperienza lavorativa, il che può ridurre lo stress e migliorare le prestazioni del personale e l'efficienza nel funzionamento dei sistemi sanitari. Tuttavia, bilanciare il carico di lavoro in modo equo non è sempre possibile e può essere impegnativo nei casi di personale inadeguato rispetto al carico di lavoro. Altri fattori, come la malattia, il congedo di maternità e l'assenteismo, influenzano la distribuzione del carico di lavoro tra il personale, il che può portare al burnout tra coloro che sono disponibili a lavorare. I dirigenti sanitari devono occuparsi dei livelli di personale, nonché dell'assenteismo degli operatori sanitari negli ospedali, per raggiungere i rapporti raccomandati tra pazienti e personale. Sono necessari ulteriori studi per ottenere una comprensione approfondita dell'assegnazione dei compiti e degli squilibri del carico di lavoro. Molti partecipanti hanno indicato che il loro lavoro è fisicamente faticoso in misura elevata o molto elevata. La maggior parte dei compiti coinvolti nell'assistenza ai pazienti è fisicamente faticosa, ma deve essere svolta di routine. Nel tempo, questo può portare all'esaurimento fisico e influire negativamente sulla salute fisica e mentale degli operatori sanitari.

La maggioranza (64,6%) dei partecipanti a questo studio ha riferito che il proprio lavoro era emotivamente estenuante, con un grado elevato o molto elevato di burnout correlato al lavoro derivato dal CBI. Ciò è coerente con le precedenti stime di prevalenza dell'esaurimento emotivo, riportate dal 72,0% (131/182)

degli studi, che hanno mostrato punteggi compresi tra lo 0% e l'86,2% per l'esaurimento emotivo derivato dall'inventario del burnout di Maslach (MBI). L'esaurimento emotivo legato al lavoro ha quindi un'associazione significativa con il burnout. Gli operatori sanitari sono costantemente esposti a situazioni altamente emotive che coinvolgono pazienti e caregiver, soprattutto quando la malattia è cronica o limitante per la vita. In situazioni di lunga degenza ospedaliera, alcuni operatori sanitari tendono ad affezionarsi ai pazienti per diversi motivi, come l'esperienza precedente con una determinata malattia o circostanza. In questo studio, il 54,8% dei partecipanti ha indicato di legarsi emotivamente ai pazienti in misura elevata. Questo è simile a uno studio che ha concluso che i medici sperimentano spesso emozioni intense quando hanno a che fare con i pazienti e che le emozioni possono essere durature e influenzare il rapporto paziente-medico. Lo studio ha anche rilevato che la maggior parte dei medici cerca di controllare le proprie reazioni e che le strategie di coping includono approcci comportamentali e cognitivi come toccare, sorridere, piangere, ecc. La maggior parte dei partecipanti ha riferito che scoprire che non c'è molto da fare per un paziente è molto frustrante. Il fatto di avere poco da fare per i pazienti può derivare da limitazioni delle risorse, soprattutto in un ambiente con poche risorse. Le limitazioni delle risorse possono includere l'esaurimento delle scorte di farmaci e prodotti di consumo, la mancanza di modalità di indagine appropriate e l'assenza di specialisti per la gestione delle malattie.

Come molti ospedali nei paesi in via di sviluppo, l'Ospedale Regionale di Riferimento di Fort Portal si trova di fronte a limitazioni delle risorse. Per molti pazienti, alcuni interventi diagnostici e terapeutici sono assenti e inaccessibili. Questi pazienti devono essere indirizzati all'ospedale di riferimento nazionale, ma spesso non possono permettersi di viaggiare. Questo può indurre gli operatori sanitari a pensare di non poter fare molto di più per il paziente. Quando questi pazienti si accumulano nei reparti, la frustrazione può crescere tra il team sanitario. Questo perché si ha l'impressione che questi pazienti occupino i letti

dell'ospedale con pochi o nessun progresso nella loro assistenza clinica o nei risultati clinici.

L'impatto sull'assistenza ai pazienti e sul sistema sanitario nel suo complesso è notevole. La sindrome da burnout è caratterizzata da atteggiamenti negativi nei confronti del lavoro e della vita e da una ridotta realizzazione personale. In questo studio, la maggior parte di coloro che hanno ottenuto un punteggio di burnout moderato, che era il più diffuso, ha riferito che il loro lavoro con i pazienti era un po' frustrante e che a volte erano stanchi di lavorare con i pazienti. Al contrario, i partecipanti che hanno ottenuto un punteggio di burnout basso hanno indicato che il lavoro con i pazienti era frustrante in misura bassa o molto bassa, e che raramente o mai si sentivano stanchi di lavorare con i pazienti. Questi risultati suggeriscono che, rispetto a coloro con un basso livello di burnout, gli operatori sanitari con burnout moderato possono talvolta avere una visione negativa del lavoro con i pazienti e potrebbero percepirlo come un peso. Questo può avere un impatto negativo sulla qualità dell'assistenza ai pazienti in diversi modi.

Per esempio, nei momenti in cui si sente frustrati o stanchi di lavorare con i pazienti, la comunicazione con i pazienti e i colleghi può essere meno cortese. Questo può compromettere il rapporto medico-paziente e creare una barriera contro i pazienti che esprimono le loro preoccupazioni. Questo è supportato da uno studio recente che ha rilevato che i medici affetti da burnout hanno il doppio delle probabilità di ricevere valutazioni di bassa soddisfazione da parte dei pazienti. È anche in accordo con il suggerimento che l'aumento dei livelli di burnout tra i professionisti della salute può aumentare gli errori medici e influire sulla sicurezza dei pazienti. Gli operatori sanitari che sperimentano l'esaurimento fisico e la frustrazione del lavoro possono essere meno entusiasti di intraprendere procedure elettive o semi-elettive fisicamente impegnative. Ciò può anche ostacolare la loro disponibilità a offrire assistenza o supporto extra ai pazienti e agli assistenti. Studi precedenti indicano che l'esaurimento fisico e mentale ha un impatto sul processo decisionale clinico

degli operatori sanitari, sulla qualità della comunicazione con i pazienti e i colleghi, nonché sulla capacità di far fronte alle pressioni legate al lavoro, e che l'esaurimento emotivo contribuisce maggiormente all'aumento dell'intenzione di turnover degli operatori sanitari. Inoltre, gli studi dimostrano che i medici affetti da burnout hanno maggiori probabilità di essere coinvolti in incidenti di sicurezza del paziente. Pertanto, il burnout tra gli operatori sanitari ha un impatto diretto sull'assistenza al paziente e deve essere affrontato in modo efficace per preservare la sicurezza del paziente e i risultati clinici. Il lavoro fisicamente impegnativo causa anche problemi di salute fisica. Ad esempio, la lombalgia è comune tra gli operatori sanitari a causa delle attività di piegamento e sollevamento associate all'assistenza ai pazienti. Questo può influire sulla longevità dell'assistenza e potrebbe contribuire a un elevato turnover dei professionisti medici nella pratica. Può anche portare a un aumento delle assenze dei dipendenti e a una riduzione della produttività sul posto di lavoro, che influisce negativamente sulle prestazioni complessive dell'organizzazione. Sebbene sia difficile quantificare l'impatto del burnout sull'assistenza ai pazienti e sui risultati clinici, è dimostrato che può influire sulle prestazioni del personale. Le organizzazioni sanitarie devono quindi investire in meccanismi per affrontare il burnout tra gli operatori sanitari, come mezzo per garantire la sicurezza dei pazienti. Lo studio presenta una serie di limitazioni. Era limitato al FPRRH, e il numero ridotto di partecipanti significa che i risultati potrebbero non essere generalizzabili. La dimensione ridotta del campione significa anche che le statistiche sono generalmente deboli, in particolare nel determinare la relazione lineare tra età e burnout, o la durata del lavoro e il burnout tra gli operatori sanitari. La struttura del personale utilizzata per determinare la dimensione del campione era una struttura precedente al COVID-19 e non rifletteva i cambiamenti del personale dovuti alla pandemia COVID-19. Lo studio era un sondaggio basato sul web, il che avrebbe potuto escludere alcuni dei potenziali partecipanti che avrebbero potuto avere difficoltà di connessione e accesso a Internet. Inoltre, la mancanza

di una componente qualitativa nel sondaggio non ha permesso ai partecipanti di approfondire le loro esperienze di burnout. Ciò ha limitato l'esplorazione approfondita dello studio sui fattori che contribuiscono al burnout tra il personale del FPRRH.

In conclusione, il burnout è diffuso in tutte le fasce di età tra gli operatori sanitari del FPRRH, anche se la relazione lineare osservata tra l'età degli operatori sanitari, la loro durata di lavoro presso l'ospedale e il punteggio di burnout non è statisticamente significativa. Il burnout moderato è il più comune e i principali fattori associati sono gli squilibri nell'assegnazione dei compiti, il lavoro fisicamente estenuante e le limitazioni delle risorse. La maggior parte delle possibili cause di burnout identificate sono di competenza della leadership ospedaliera. Il possibile impatto sulle prestazioni del personale e sui risultati clinici dei pazienti è speculativo, e sono necessari ulteriori studi. Si raccomanda uno studio più ampio, possibilmente a metodo misto, per fornire maggiori informazioni sulla componente qualitativa dei fattori che contribuiscono al burnout.

Per mitigare il potenziale impatto sull'assistenza ai pazienti, è necessario sviluppare e attuare misure per affrontare le cause del burnout in ospedale. Ciò può includere la formulazione e la disponibilità di piattaforme per il personale sanitario per esprimere le preoccupazioni sullo stress legato al lavoro e l'elaborazione di mezzi per affrontare tali preoccupazioni in un ambiente di supporto, dove le conversazioni sulla salute mentale sono incoraggiate e non stigmatizzate. Tali misure dovrebbero essere formulate in consultazione con il personale che ne è beneficiario, in quanto ciò può migliorare il loro utilizzo. Inoltre, i dirigenti sanitari possono includere pause periodiche obbligatorie per tutto il personale nelle politiche di governo delle istituzioni sanitarie e dare l'esempio nel promuovere una cultura di apertura, empatia e sostegno per ridurre lo stigma associato ai problemi di salute mentale tra gli operatori sanitari. È inoltre necessario applicare meccanismi per affrontare l'assenteismo del personale, al fine di ridurre al minimo la copertura ingiusta dei turni di lavoro. Ad esempio, è stato riscontrato che gli strumenti di monitoraggio

del lavoro, come telecamere e software informatici, oltre agli incentivi finanziari come bonus o multe in base alle presenze, riducono l'assenteismo del personale di 21 punti percentuali rispetto ai gruppi non monitorati.

PARTE III

BEST PRACTICES PER IL BENESSERE PROFESSIONALE E ORGANIZZATIVO (*WELLBEING*)

10 - QUALITÀ DI VITA E GESTIONE DELLO STRESS NEGLI OPERATORI SANITARI DI UN AMBIENTE DI CURA DENTALE IN UN OSPEDALE UNIVERSITARIO DI ROMA: RISULTATI DI UNO STUDIO CLINICO CONTROLLATO E RANDOMIZZATO

FABRIZIO GUERRA, DENISE CORRIDORE, MARGHERITA PERUZZO, BARBARA DORELLI, LUCREZIA RAIMONDI, ARTNORA NDOKAJ, MARTA MAZUR, LIVIA OTTOLENGHI, GIUSEPPE LA TORRE, ANTONELLA POLIMENI

Tratto e tradotto da

Guerra F, et al. Qualità della vita e gestione dello stress nei professionisti sanitari di un centro odontoiatrico in un ospedale universitario di Roma: risultati di uno studio clinico controllato randomizzato. International Journal of Environmental Research and Public Health, 23 ottobre 2022; 19(21):13788. doi: 10.3390/ijerph192113788
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9654640/
International Journal of Environmental Research and Public Health. Rivista che raccoglie ricerche ambientali e sanitarie, con attenzione a epidemiologia, salute pubblica, rischi ambientali e determinanti sociali della salute.

Le parti omesse dal curatore rispetto all'originale sono indicate dal segno [...]

Abstract

Nell'ambiente sanitario, sempre più persone sperimentano lo stress legato al lavoro. La Facoltà di Medicina e Odontoiatria dell'Università

Sapienza di Roma, consapevole della necessità di prendersi cura degli operatori sanitari, si è posta l'obiettivo di fornire strumenti utili, come i dispositivi di protezione individuale aggiuntivi e necessari per gli operatori sanitari. Obiettivo: promuovere la salute attraverso una migliore gestione, competenze e l'uso di strategie e soluzioni per identificare, decomprimere e neutralizzare i responsabili dei meccanismi di stress legati al lavoro, con l'intento di prendersi cura di coloro che si prendono cura (CURARE CURANTES). Materiali e metodi: È stato condotto uno studio clinico controllato e randomizzato. I partecipanti sono stati arruolati da tre reparti del Dipartimento di Scienze Odontoiatriche e Maxillo-Facciali di Roma, considerando il coinvolgimento emotivo degli operatori sanitari che vi lavorano. È stato offerto un programma motivazionale. Risultati: Sette sono stati i professionisti sanitari nei gruppi di intervento e di controllo, rispettivamente 17 e 16. I livelli del punteggio composito mentale (MCS) variavano sia nella fase pre-post del gruppo di intervento ($p = 0,002$), sia tra il gruppo di intervento e il gruppo di controllo nella fase post ($p = 0,006$). Non sono state osservate differenze significative per il punteggio composito fisico (PCS). Allo stesso modo, non ci sono state differenze significative per quanto riguarda la scala di positività (PS) e le due dimensioni dello stress legato al lavoro (richiesta di lavoro e latitudine decisionale). Conclusioni: Questo studio dimostra l'efficacia del training di yoga praticato direttamente sul posto di lavoro e indossando gli abiti da lavoro, entrando nel contesto lavorativo, senza gravare ulteriormente sul carico di lavoro sanitario e rappresentando un modo per svolgere attività fisica, anche nei casi in cui i professionisti non hanno il tempo di farlo nel loro tempo libero.

10.1 INTRODUZIONE

La Facoltà di Medicina e Odontoiatria della Sapienza-Università di Roma osserva la necessità di prendersi cura degli operatori sanitari attraverso l'attuazione di programmi di aiuto e supporto. Da anni, lavora per creare campi d'azione a favore degli operatori sanitari, mettendo a disposizione tecniche specifiche selezionate

dal vasto "mondo dello yoga e delle tecniche di salute orientali", pienamente adattate all'ambiente di lavoro ed efficaci nel contribuire al benessere degli operatori sanitari e, quindi, anche dell'Azienda Sanitaria Locale, per contrastare i problemi della professione sanitaria in questo contesto e promuovere la salute dei suoi lavoratori [1,2,3,4]. Considerando la continua emergenza vissuta nel settore sanitario e la sua esacerbazione dovuta alla pandemia e alle sue conseguenze in corso, è stata riconosciuta la necessità fondamentale di sostenere il benessere degli operatori sanitari. Il progetto "CURARE CURANTES" fa parte di questo piano, volto a promuovere la salute e il benessere del personale sanitario attraverso metodi accessibili e funzionali derivanti dalla selezione e dallo sviluppo di tecniche sanitarie, sia occidentali che orientali. A causa di diversi fattori, l'ambiente sanitario può essere causa di stress e sempre più sindromi da burnout si manifestano nell'affrontare quotidianamente i problemi legati alla professione [5,6,7]. Il rapporto con i pazienti, oltre alla prestazione di cure, richiede la capacità di contenere e farsi carico dell'impatto emotivo che accompagna l'esperienza della malattia e del dolore nel paziente [8]. I casi "difficili", la gestione di determinate malattie, le emergenze, i turni, l'ambiente di lavoro, il rapporto con i colleghi e i problemi amministrativi e legali coinvolgono profondamente gli operatori sanitari, non solo come manifestazione di stanchezza fisica, ma anche come disagio mentale e incapacità di gestire lo stress emotivo [3,9,10,11,12,13,14,15].

Questo aumenta la nostra motivazione a valutare l'efficacia delle tecniche, con l'obiettivo di renderle disponibili all'intera comunità sanitaria, scientifica e amministrativa, oltre che agli studenti delle professioni sanitarie [16,17]. Questi elementi sono particolarmente evidenziati da alcune categorie di professionisti come i dentisti, che sono esposti a un forte stress nella loro area di lavoro particolarmente impegnativa [18,19]. È noto che l'homunculus sensoriale di Penfield rappresenta la corteccia somatosensoriale coinvolta nella sensibilità tattile, nella temperatura e nel dolore. Le informazioni sensoriali arrivano in quest'area per essere elaborate e permetterci di percepire il

mondo e le sensazioni del corpo. La bocca è una delle aree più sensibili, caratterizzata da un numero maggiore di recettori, ed è più grande nel disegno dell'homunculus [20]. Effettuare terapie invasive su un'area così particolarmente sensibile e invadere lo spazio personale del paziente in condizioni di piena vigilanza e massima capacità aumenta lo stress del dentista. L'ascesa del servizio sanitario 'consumer' è particolarmente rilevante per l'odontoiatria, dove la maggior parte delle cure è (almeno in parte) a pagamento e probabilmente alimenta lo stress a cui è sottoposto il professionista [21].

Gli studiosi comprendono come uno scambio reciproco tra professionisti attraverso un'attività trasformativa ed esperienziale che genera un'iniziativa nell'ambiente di lavoro porti a cambiamenti significativi a favore dei professionisti del settore dentale. È dimostrato che i dentisti, nel corso della loro attività professionale, sono esposti a diversi rischi professionali, tra cui fattori fisici, chimici, biologici ed ergonomici. Considerando l'ultimo rischio, associato alla postura tesa e ai movimenti ripetitivi prolungati, si possono indurre disturbi muscoloscheletrici [22]. Dalla revisione sistematica della letteratura condotta da Cocchiara RA et al. [1], emerge, infatti, come molte tecniche di gestione dello stress siano efficaci nella prevenzione e nella gestione dei problemi muscoloscheletrici e psicologici, portando a un miglioramento delle problematiche fisiche e della qualità del sonno, e riducendo i livelli di stress, come dimostrato anche da studi recenti [3,23]. Lo studio condotto da Chismark A et al. [11] mostra come le terapie di medicina complementare e alternativa (CAM) possano migliorare la qualità della vita, ridurre le interruzioni del lavoro e aumentare la soddisfazione professionale degli igienisti dentali che soffrono di dolore muscoloscheletrico cronico. Questo studio clinico controllato e randomizzato aveva l'obiettivo di valutare i cambiamenti nella qualità della vita e nello stress legato al lavoro in un gruppo di professionisti della salute che operano in un contesto odontoiatrico nel quadro del progetto COSMOS, incluso nel progetto "CURARE CURANTES".

10.2 MATERIALI E METODI

10.2.1 IMPOSTAZIONE

I partecipanti sono stati arruolati nell'autunno del 2019 da tre reparti del Policlinico Umberto I di Roma: il Dipartimento MoMax (Medicina Orale e Maxillo-Facciale), il Dipartimento di Odontoiatria Pediatrica/Special Needs e il Dipartimento di Prima Visita e Registrazione della Sezione Odontoiatrica del Dipartimento Integrato Testa e Collo. Il progetto è stato condotto in considerazione dei casi clinici altamente complessi e del conseguente coinvolgimento psicofisico ed emotivo degli operatori sanitari che lavorano nella clinica. Prima dell'intervento, è stato spiegato lo scopo dello studio e, dopo aver ricevuto un consenso verbale alla partecipazione, è stato inviato via e-mail un modulo di consenso scritto basato sulla Dichiarazione di Helsinki, chiedendo ai partecipanti di restituirlo compilato e firmato (Comitato Etico del Dipartimento di Scienze Orali e Maxillo-Facciali, Sapienza Università di Roma N. 54/2019 Prot. n. 0001269 del 24/07/2019).

10.2.2 DIMENSIONAMENTO DEL CAMPIONE

Il dimensionamento del campione è stato calcolato utilizzando i seguenti parametri:

- Livello alfa = 5%.
- Potenza dello studio = 80%.
- Un aumento del 10% dell'MCS nel gruppo di intervento.

Sulla base di questi parametri, è stato stimato che dovevano essere arruolati 32 professionisti della salute (16 per gruppo). Considerando un tasso di abbandono del 20%, alla fine sono state arruolate 40 persone, divise in due gruppi, il gruppo di studio e il gruppo di controllo, con un totale di 20 persone per gruppo. La randomizzazione è avvenuta utilizzando numeri

casuali generati elettronicamente con il software EpiCalc 2000. Sono state utilizzate liste diverse per i vari generi.

10.2.3 CRITERI DI INCLUSIONE E DI ESCLUSIONE

Sono stati presi in considerazione i seguenti criteri:

- Criteri di inclusione: età compresa tra 25 e 65 anni; lavoro nei reparti selezionati.
- Criteri di esclusione: lavoratori che svolgono il ruolo di personale amministrativo.

10.2.4 L'INTERVENTO

Per promuovere il benessere degli operatori sanitari, prevenendo e compensando qualsiasi disagio nell'ambiente di lavoro ed evitando le limitazioni che potrebbero verificarsi, è stata offerta una serie di esercizi pratici, opportunamente scelti per questo ambiente di lavoro, come opportunità per cercare un senso di equilibrio condiviso. Il metodo utilizzato deriva dallo sviluppo di tecniche di yoga, partecipazione alla meditazione, arti marziali e addestramento alla comunicazione empatica, al fine di conferire la capacità di essere presenti e sviluppare il potere di cambiare o modificare il proprio stato mentale. Questo approccio favorisce una risposta ottimale al lavoro richiesto con: chiarezza, autocontrollo, resistenza, distacco ottimale, concentrazione, equilibrio psicologico/emotivo e capacità di recuperare rapidamente dalla fatica [9,10,24,25]. La selezione comprendeva esercizi dinamici, posizioni, tecniche di respirazione e meditazioni praticate in India da millenni. Il criterio di selezione si è basato sull'efficacia immediata di queste tecniche, date le scadenze strette a disposizione di un professionista della salute, con particolare attenzione alla risoluzione dello stress lavorativo e indicate per creare benefici immediati.

Brevi set di allenamento della durata di 15 minuti sono stati eseguiti su punti specifici, ossia la motivazione, i movimenti, la respirazione e il rilassamento, presentati come un semplice stru-

mento "laico", in assenza della componente ideologica e teologica tipica di queste discipline.

L'allenamento fisico implementa abilità respiratorie, mentali e comportamentali, e insegna agli utenti a padroneggiare la modulazione degli stati di coscienza per influenzare i processi corporei verso una maggiore salute, benessere e migliori condizioni psicofisiologiche [2,26,27]. È stato scelto un luogo nella struttura clinica per gli incontri prestabiliti e sono state date indicazioni sul tipo di abbigliamento da indossare. Dato il comfort dell'uniforme utilizzata, si è ritenuto opportuno adottarla come abbigliamento adatto al lavoro proposto. Padroneggiando queste semplici tecniche, è possibile applicarle in reparto, senza la necessità di un ambiente specifico, a seconda del contesto lavorativo.

L'intervento si è svolto in appuntamenti di 15 minuti, eseguiti due volte alla settimana per quattro settimane e attuati come due appuntamenti al giorno:

1. Prima del turno, si incoraggia la motivazione e il sostegno dei professionisti coinvolti nelle attività del reparto per aumentare la forza, la determinazione, la tolleranza, il buon umore, l'efficienza e la compassione equilibrata.
2. Alla fine del turno, si prevedono altri 15 minuti per consentire una rapida decompressione, facilitando il rilassamento e il suo effetto benefico a favore del riequilibrio, e si liberano l'ansia e lo stress causati dalle condizioni emotive in cui si è stati immersi durante il lavoro per facilitare il riposo fisiologico e le condizioni ottimali dei sistemi psicofisici ed emotivi.

È stato seguito il seguente schema:

a. Breve parte verbale finalizzata alla motivazione.
b. Esecuzione di vari esercizi di stretching e rilassamento di diverse parti del corpo: muscolare, viscerale e del tessuto connettivo. Il lavoro si concentra principalmente sulle spalle, il collo, il torace, la schiena, il bacino e i tendini del

ginocchio (aree che hanno maggiori probabilità di mantenere tensione).

c. Tecniche di respirazione (Pranayama) eseguite contemporaneamente agli esercizi fisici, rallentando e incanalando consapevolmente il respiro per contrastare una serie di componenti fisiologiche dello stress e ridurre le sensazioni di ansia. Principali tecniche eseguite:
   - Aumento della lunghezza dell'espirazione rispetto all'inspirazione.
   - Respirazione frazionata
   - Allenamento della respirazione diaframmatica rilassata.
   - Respirazione ritmica toracica e diaframmatica accelerata (Bhastrika),
   - Respirazione a narici alternate (Nadishodana),
   - Tecnica di respirazione veloce che coinvolge lo stomaco e la pancia (Kapalabhati).
d. Meditazioni, movimenti, focalizzazioni e posizioni specifiche per liberarsi dalla tensione che rimane intrappolata nel corpo, aiutare a bilanciare le emozioni, a riprendersi dalla fatica e a raggiungere uno stato di neutralità mentale.
e. Uso di suoni ripetuti per favorire la concentrazione e calmare la mente inquieta (mantra).
f. La musica mescolata con l'esecuzione di esercizi e meditazioni e per il rilassamento, per inibire la produzione di pensieri e facilitare la calma interiore e promuovere un ritmo respiratorio fisiologico.
g. Sessioni di rilassamento.

Si è prestata particolare attenzione a questa parte finale, poiché, in uno stato di rilassamento profondo, si verifica un cambiamento a favore dell'equilibrio fisiologico, in quanto è l'ambiente ottimale per la funzione cellulare [28]. Ogni sessione si è conclusa con l'adozione di posizioni di rilassamento supine (Shavasana), oltre a cambiamenti nella posizione delle gambe per aprire l'anca, la spalla e il segmento vertebrale toracico, aumentando così lo spazio di rilassamento, in combinazione con

il rilassamento guidato dalla voce dell'insegnante (Nidra). Sono state applicate tecniche per migliorare il rilassamento profondo e calmare l'ipervigilanza associata alla fatica, favorendo uno stato onirico che facilita il recupero energetico [28,29]. Sono state suggerite anche tecniche rapide da implementare durante le ore di lavoro per mantenere, gestire e aumentare la concentrazione, la lucidità e il controllo del respiro.

10.2.5 QUESTIONARI

Prima dell'intervento, al tempo T0, sono stati somministrati dei questionari online a entrambi i gruppi selezionati, nonché al termine dell'intervento. Sono stati utilizzati i seguenti questionari:

- La versione italiana dell'SF12 per la valutazione della qualità di vita, che ha permesso di calcolare gli indicatori del punteggio composito mentale (MCS) e del punteggio composito fisico (PCS) [30].
- Scala di positività per la valutazione della positività [31].
- La versione italiana del questionario Karasek a 15 item per la valutazione delle due dimensioni dello stress legato al lavoro: la richiesta di lavoro e la latitudine decisionale [32].

10.2.6 SF-12

Questo questionario è stato sviluppato come forma più breve dell'SF-36 (Short Form Health Survey). L'SF-36 è un sondaggio di 36 voci sulla salute dei pazienti. È stato creato dal Medical Outcome Study (MOS) [33] ed è stato progettato per essere utilizzato nella pratica clinica e nella ricerca, nelle valutazioni delle politiche sanitarie e nelle indagini sulla popolazione generale. Il suo scopo è fornire un sondaggio breve ma affidabile direttamente all'individuo e valutare il suo stato di salute, considerando otto diversi componenti della salute. L'SF-12, un sondaggio ancora più breve, è stato successivamente sviluppato e adattato per valutare lo stato di salute di una persona. Consente al ricercatore di indagare la salute mentale e fisica attraverso due diversi punteggi riassuntivi: MCS-12 e PCS-12, rispettivamente.

10.2.7 SCALA DI POSITIVITÀ

Per misurare la positività, definita come la tendenza a vedere la vita e le esperienze da una prospettiva positiva, è stata utilizzata la scala di positività a otto item (PS). I partecipanti hanno risposto a otto affermazioni su una scala a cinque punti da 1 (fortemente in disaccordo) a 5 (fortemente d'accordo).

10.2.8 QUESTIONARIO ROBERT KARASEK

La versione di 15 domande del questionario Karasek è stata somministrata secondo l'approccio domanda/controllo. Questo ci ha permesso di calcolare le due dimensioni della domanda di lavoro e della latitudine decisionale. L'ipotesi più utilizzata per il modello domanda/controllo presuppone che le reazioni di stress psicologico più negative si verifichino quando le richieste psicologiche sono elevate e la latitudine decisionale del lavoratore è bassa, ossia lo stress legato al lavoro.

10.2.9 ANALISI STATISTICHE

L'analisi statistica ha incluso l'uso dei test di Mann-Whitney e di Wilcoxon Signed Rank per valutare le differenze tra i gruppi e all'interno dei gruppi, rispettivamente. L'analisi è stata condotta con il software SPSS 25.0. La significatività statistica è stata fissata a $p < 0{,}05$.

10.3 RISULTATI

Sono stati arruolati tutti i professionisti sanitari che operano nei tre dipartimenti selezionati, che erano 40 (Figura 1) divisi in due gruppi: il gruppo di studio e il gruppo di controllo. Di questi, tre partecipanti al gruppo di intervento (di cui uno non ha risposto al questionario finale e due non hanno completato l'intervento previsto) e quattro partecipanti al gruppo di controllo (tutti e quattro non hanno completato il questionario finale) sono stati esclusi dall'analisi.

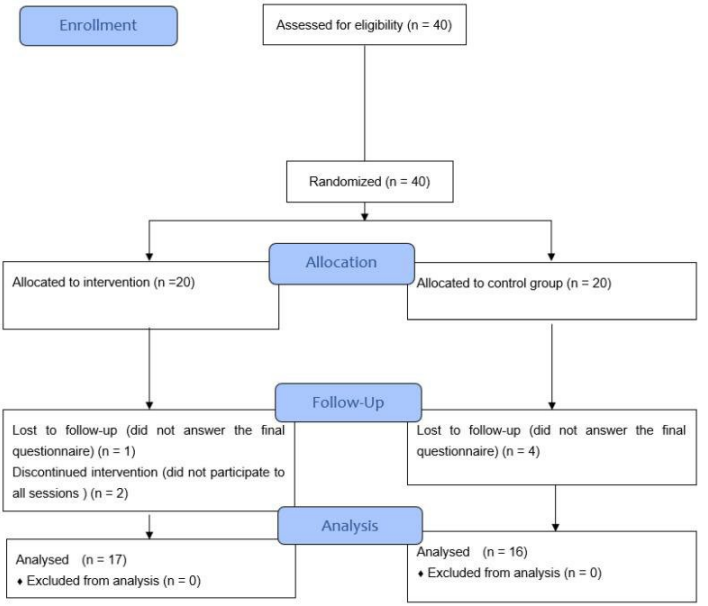


Figura 1. Diagramma di flusso CONSORT 2010.

La Tabella 1 ostra le caratteristiche sociodemografiche del gruppo di intervento e del gruppo di controllo.

Variabili	Gruppo di intervento N (%) o Media (SD)	Gruppo di controllo N (%) o Media (SD)	*p*
Genere			0.611
Femmine	7 (41.2)	8 (50)	
Maschi	10 (58.8)	8 (50)	
Età	36.8 (9.2)	36.1 (8.7)	0.830
Stato civile			0.169
Sposato/convivente	7 (41.2)	11 (68.8)	
Divorziato	2 (11.8)	0 (0)	
Singolo	8 (47.1)	5 (31.3)	
Avere figli			0.829
No	10 (58.8)	10 (62.5)	
Sì	7 (41.2)	6 (37.5)	

Livello di istruzione			0.909
Dottorato o specializzazione	12 (70.6)	11 (68.8)	
Laurea universitaria	5 (29.4)	5 (31.3)	

Tabella 1. Caratteristiche dei due gruppi di partecipanti allo studio.

I due gruppi erano comparabili in termini di sesso, età, stato civile, genitorialità e livello di istruzione.

La Tabella 2 mostra i risultati delle variabili di esito considerate in questo studio, sia nei gruppi di intervento che in quelli di controllo.

Variabili	**Gruppo di intervento Mediana (SD)**	**Gruppo di controllo Mediana (SD)**	***p***
MCS-pre	45.9 (33.2-55.7)	42.6 (25.1-54.7)	0.367
Post di MCS	52.8 (42.5-57.6)	42.9 (29.2-56.6)	**0.006**
p	**0.002**	0.733	
PCS-pre	54.7 (42.4-58.8)	55.6 (44.8-62.6)	0.262
PCS-post	55.0 (43.7- 59.2)	56.7 (46.6-61.3)	0.203
p	0.653	0.397	
Positività-pre	3.5 (3.0-4.5)	3.7 (2.7-4.7)	0.591
Positività-post	3.4 (2.7-4.9)	3.5 (2.7-5.0)	0.986
p	0.373	0.627	
Domanda di lavoro-pre	28.0 (20.0-37.0)	29 (24-35)	0.414
Domanda di lavoro-posta	28 (22-37)	29 (21-37)	0.790
p	0.231	0.555	
Decisione latitudine-pre	40.0 (38.0-48.0)	40.0 (32.0-44.0)	0.166
Decisione latitudine-post	42.0 (36.0-46.0)	40.0 (36.0-46.0)	0.260
p	0.340	0.135	

Tabella 2. Variabili di esito dei due gruppi di partecipanti allo studio.

Nello studio attuale, sono stati rilevati i seguenti punteggi alfa di Cronbach:

- SF-12: 0,837
- Positività: 0,891
- Karasek: 0,815

Si può osservare che i livelli di MCS variano sia nel pre-post del gruppo di intervento (p = 0,002), sia tra il gruppo di intervento e il gruppo di controllo nella fase post (p = 0,006).

Per l'altra dimensione del PCS della qualità di vita, non sono state osservate differenze significative né all'interno dei gruppi pre-post né tra i gruppi nei due momenti di valutazione.

Analogamente alla situazione relativa al PCS, non ci sono state differenze significative per quanto riguarda la scala di positività e le due dimensioni dello stress legato al lavoro (richiesta di lavoro e latitudine decisionale).

10.4 DISCUSSIONE

A causa di vari fattori, l'ambiente sanitario può essere una fonte di grande stress che ha un impatto sia sul sistema fisico/scheletrico sia su quello psicologico/emotivo, proprio a causa delle responsabilità che questo tipo di professione comporta e della popolazione target con cui si confronta. Soprattutto in questo momento storico, è necessario concentrare l'attenzione sulla salvaguardia del benessere degli operatori sanitari, che sono chiamati ad affrontare l'emergenza sanitaria derivante dalla pandemia di COVID-19 più di qualsiasi altra professione. Inoltre, possiamo affermare che la sperimentazione condotta ha dimostrato di essere efficace nel miglioramento a breve termine della salute mentale, misurata attraverso la scala MCS derivata dal questionario SF-12, anche se meno rispetto agli altri indicatori considerati. Inoltre, il miglioramento dello stato di salute mentale attraverso le tecniche di yoga e di decompressione dello stress è risultato efficace e tempestivo in numerosi altri studi. Lo studio clinico di Li A. et al. [2] riporta una riduzione statisticamente significativa dei livelli di stress in una popolazione di infermieri, come documentato anche negli studi di Alexander et al. [10] e Kemper et al. [4]. I risultati della revisione della letteratura condotta da Bischoff L.L. et al. [34] suggeriscono un effetto degli interventi di yoga per la riduzione dello stress sul personale sani-

tario esaminato. Al contrario, per quanto riguarda la positività e il livello di stress legato al lavoro, i risultati mostrano che gli indicatori rimangono sostanzialmente stabili (positività, richieste di lavoro e latitudine decisionale), mentre non ci sono effetti sulla scala PCS, relativa al livello di salute fisica, il che non conferma quanto emerso nella letteratura scientifica. Lo studio di Koneru S et al. [12] ha rilevato che lo yoga è più efficace rispetto ad altre forme di attività fisica, come l'aerobica, la camminata veloce, lo sport, ecc., riportando che l'89,5% dei praticanti di yoga era libero da dolori muscoloscheletrici, confrontandolo anche con altri studi in cui solo il 78,3% era libero da dolori muscoloscheletrici. Va detto che questo gruppo di dentisti ha praticato lo yoga (sotto la supervisione di un insegnante di yoga qualificato) o qualche altra attività fisica, come la camminata veloce, il jogging o l'aerobica, per un periodo superiore a un anno e per un minimo di quattro volte alla settimana per almeno un'ora al giorno, a differenza del nostro gruppo di studio che ha praticato lo yoga per un periodo molto limitato e con un'intensità relativamente bassa. Inoltre, per gli aspetti legati alla positività, alla richiesta di lavoro e alla latitudine decisionale, al fine di ottenere un impatto migliorativo sugli indicatori, sono necessari cambiamenti organizzativi e gestionali, che ovviamente non possono dipendere dall'individuo e richiedono forse un tempo maggiore per manifestarsi, come dimostra anche lo studio condotto da La Torre et al. [3]. La soddisfazione sul lavoro è un fattore importante da osservare e si basa sulla determinazione di vari fattori, come le ore lavorate, i guadagni, le relazioni con i colleghi e l'ambiente in generale. Nello studio di Slabsinskiene et al. [35], i valori di relazione tra la soddisfazione sul lavoro e il livello di stress correlato al lavoro erano forti e significativi, come quelli rilevati negli studi di Mijakoski et al. [36] e Molina-Hernández et al. [37]. Naturalmente, la valutazione di questi parametri può essere effettuata in modi diversi e rappresenta la considerazione personale dei soggetti esaminati, il che rende difficile il confronto. Il beneficio per la salute mentale e per l'individuo mostra un risultato chiaro e significativo, ma resta da considerare la necessità di valutare

gli elementi organizzativi e gestionali, che non sono misurabili con gli effetti a breve termine. L'esperienza dello stress legato al lavoro, che dipende dai turni, dai problemi amministrativi, dai problemi legali e dalla grande richiesta dovuta alle emergenze, continua a verificarsi ogni giorno e rimane un punto dolente che colpisce profondamente gli operatori sanitari. Il feedback raccolto, nonostante la mancanza di evidenze negli indicatori, è stato positivo, con i partecipanti che hanno dichiarato di aver migliorato il benessere e aumentato la forza, evidenziando un punto di svolta per affrontare lo stress e promuovere una sensazione di benessere immediato. Intendiamo continuare la ricerca, compresa la valutazione dei parametri clinici.

10.4.1 LIMITI DELLO STUDIO

Nonostante i risultati incoraggianti, è necessario evidenziare alcune limitazioni relative a questo studio. Un problema era la dimensione limitata del campione, che ha subito ulteriori limitazioni a causa della perdita di soggetti durante l'intervento per motivi legati ai turni di lavoro, che non coincidevano con le esigenze dello studio. Alcuni partecipanti non hanno completato i questionari finali e sono stati esclusi dallo studio. Un'altra limitazione è stata la durata limitata dell'intervento, che non ha permesso di incentivare e implementare i miglioramenti inizialmente previsti. Notiamo anche la presenza di un bias di selezione, poiché sono stati arruolati dentisti di un'unica struttura, che possono differire in termini di background culturale, formazione, posizione geografica e contesto personale dai loro colleghi, nonostante siano impiegati nello stesso settore. Per questi motivi, i risultati ottenuti devono essere interpretati con cautela.

10.4.2 PUNTI DI FORZA E DIREZIONI FUTURE

Il progetto "CURARE CURANTES," coerentemente con quanto detto, mira a promuovere la salute e il benessere del personale sanitario attraverso metodi accessibili e funzionali. L'obiettivo futuro del progetto è l'estensione del pubblico al per-

sonale tecnico/amministrativo e agli studenti dei corsi di laurea dell'area sanitaria. Si può anche sottolineare come punto di forza il fatto che l'attività fisica svolta dai partecipanti allo studio sia stata praticata direttamente sul posto di lavoro e indossando gli abiti da lavoro, inserendosi nel contesto lavorativo, non gravando ulteriormente sul carico di lavoro del personale sanitario e rappresentando un modo per svolgere attività fisica anche in quei casi in cui i professionisti non hanno il tempo di farlo nel loro tempo libero.

10.5 CONCLUSIONI

Nella letteratura scientifica emerge sempre più spesso che lo stress legato al lavoro è responsabile di problemi e malattie. Per il mantenimento dello stato di salute, sia fisica che mentale o emotiva, la prevenzione e l'educazione a questo proposito, così come le metodologie, sono mezzi efficaci per garantire la salute e il benessere al di là della sfera fisiologica, compresi i fattori psicologici e sociali. È fondamentale ricevere un'educazione sugli stili di vita che includa il prendersi cura di sé, concentrandosi sulla respirazione, sull'alimentazione e sull'esercizio fisico come tecniche naturali essenziali per mantenere il proprio stato di salute.

Lavorare in un ambiente ospedaliero significa affrontare ogni giorno problemi amministrativi e casi difficili, sia in termini di diagnosi che di gestione di determinate malattie, la continua possibilità di trovarsi in situazioni di emergenza e altri fattori che giocano un ruolo importante nello stress. In particolare, il contatto costante con pazienti che soffrono coinvolge profondamente i professionisti della salute a livello emotivo, oltre allo sforzo fisico. La conseguenza di livelli elevati e prolungati di stress colpisce l'individuo e può avere un impatto anche sull'ospedale stesso.

Attraverso l'implementazione programmata di interventi come quello proposto dal presente studio, il progetto "CURARE CURANTES", vista l'incoraggiante evidenza dei risultati ottenuti, è possibile alleviare il carico dei professionisti della salute,

riducendo i livelli di stress da lavoro e implementando benefici sulla risposta fisica e sul livello di soddisfazione lavorativa, dedicando il tempo necessario.

Data la semplicità, l'efficacia e l'accessibilità di questi metodi (che hanno ricevuto molte risposte favorevoli da parte di tutti gli operatori sanitari che hanno avuto l'opportunità di sperimentare i set proposti durante i corsi di formazione e gli studi clinici effettuati), la loro implementazione non richiede altro che la motivazione da parte della direzione delle aziende sanitarie a cui il protocollo è rivolto, in risposta ai numerosi dati ormai presenti in letteratura rispetto alla necessità di prevenire l'esaurimento emotivo e fisico del personale sanitario. L'obiettivo a lungo termine è migliorare gli aspetti relazionali e comunicativi, il rapporto con i colleghi e i pazienti, la promozione della personalizzazione delle cure, negoziando costantemente tra competenze tecnico-scientifiche e competenze trasversali. La formazione sulla gestione delle emozioni e la capacità di alleviare e decongestionare i problemi favoriscono la resistenza psicofisica e la tolleranza.

11 - INTERVENTI A LIVELLO INDIVIDUALE PER RIDURRE LO STRESS PROFESSIONALE NEGLI OPERATORI SANITARI

SIETSKE J TAMMINGA, LIMA M EMAL, JULITTA S BOSCHMAN, ALICE LEVASSEUR, ANILKRISHNA THOTA, JANI H RUOTSALAINEN, ROOSMARIJN MC SCHELVIS, KAREN NIEUWENHUIJSEN, HENK F MOLEN

Tratto e tradotto da
Tamminga SJ, et al. Interventi a livello individuale per ridurre lo stress professionale negli operatori sanitari. Cochrane Database Systematic Review., 12 maggio 2023; 2023(5):CD002892. doi: 10.1002/14651858.CD002892.pub6
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10175042/
Cochrane Database Systematic Review. Rivista tra le più autorevoli del mondo, fonte di revisioni sistematiche evidence-based, utile per la pratica clinica, la sanità pubblica e le linee guida internazionali.

Le parti omesse dal curatore rispetto all'originale sono indicate dal segno [...]

Abstract

Premessa

Gli operatori sanitari possono soffrire di stress correlato al lavoro a causa di uno squilibrio tra richieste, competenze e supporto sociale. Questo può portare a stress, burnout e problemi psicosomatici, nonché al deterioramento della qualità dei servizi. Si tratta di un aggiornamento di una revisione Cochrane, aggiornata l'ultima volta nel 2015, suddiviso in questa revisione e in una revisione sugli interventi a livello organizzativo.

Obiettivi

Valutare l'efficacia degli interventi di riduzione dello stress rivolti ai singoli operatori sanitari rispetto a nessun intervento, lista d'attesa, placebo, nessun intervento di riduzione dello stress o a un altro tipo di intervento per ridurre i sintomi dello stress.

Metodi di ricerca

Abbiamo utilizzato la versione precedente della revisione come fonte di studi (data di ricerca: novembre 2013). Abbiamo cercato nel Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), in MEDLINE, Embase, PsycINFO, CINAHL, Web of Science e in un registro di studi dal 2013 a febbraio 2022.

Criteri di selezione

Abbiamo incluso studi randomizzati controllati (RCT) che valutavano l'efficacia degli interventi sullo stress rivolti agli operatori sanitari. Abbiamo considerato solo gli interventi rivolti a singoli operatori sanitari e finalizzati a ridurre i sintomi dello stress.

Raccolta e analisi dei dati

Gli autori della revisione hanno selezionato in modo indipendente gli studi da includere, valutato il rischio di parzialità e estratto i dati. Abbiamo utilizzato le procedure metodologiche standard previste dalla Cochrane. Abbiamo classificato gli interventi in quelli che:

1. concentrano la propria attenzione sulla modifica dell'esperienza dello stress (pensieri, sentimenti, comportamenti);
2. concentrano la propria attenzione lontano dall'esperienza dello stress attraverso vari mezzi di disimpegno psicologico (ad esempio, rilassandosi o facendo esercizio fisico);
3. modificano i fattori di rischio legati al lavoro a livello individuale; e in quelli che
4. combinano due o più dei precedenti.

La misura di esito cruciale è stata la sintomatologia da stress, misurata con vari questionari auto-riportati, come il Maslach Burnout Inventory (MBI), valutata a breve termine (fino a tre mesi dalla fine dell'intervento), a medio termine (> 3-12 mesi dalla fine dell'intervento) e a lungo termine (> 12 mesi dalla fine dell'intervento).

Risultati principali

Questo è il secondo aggiornamento della Revisione Cochrane originale pubblicata nel 2006, numero 4. Questo aggiornamento della revisione include 89 nuovi studi, portando il numero totale di studi della revisione attuale a 117, con un totale di 11.119 partecipanti randomizzati. Il numero di partecipanti ogni studio era ≥ 50 in 32 studi. Il rischio di parzialità più importante era la mancanza di doppio cieco tra i partecipanti.

Focus sull'esperienza dello stress rispetto a nessun intervento/lista d'attesa/placebo/nessun intervento di riduzione dello stress

Cinquantadue studi hanno analizzato un intervento in cui ci si concentra sull'esperienza dello stress. Complessivamente, tali interventi possono determinare una riduzione dei sintomi di stress a breve termine (differenza media standardizzata (SMD) -0,37, intervallo di confidenza (CI) al 95% da -0,52 a -0,23; 41 RCT; 3645 partecipanti; evidenza di bassa certezza) e a medio termine (SMD -0,43, CI al 95% da -0,71 a -0,14; 19 RCT; 1851 partecipanti; evidenza di bassa certezza). L'SMD del risultato a breve termine si traduce in 4,6 punti in meno sulla scala MBI-emotional exhaustion (MBI-EE, una scala da 0 a 54). Le prove sono molto incerte (un RCT; 68 partecipanti; evidenza di bassissima certezza) riguardo all'effetto a lungo termine sui sintomi dello stress derivante dalla concentrazione sull'esperienza dello stress.

Concentrarsi sull'esperienza dello stress rispetto a nessun intervento/lista d'attesa/placebo/nessun intervento di riduzione dello stress

Quarantadue studi hanno analizzato un intervento in cui l'attenzione si allontana dall'esperienza dello stress. Complessivamente, tali interventi possono determinare una riduzione dei sintomi di stress a breve termine (SMD -0,55, 95% CI da -0,70 a -0,40; 35 RCT; 2366 partecipanti; evi-

denza di bassa certezza) e a medio termine (SMD -0,41, 95% CI da -0,79 a -0,03; 6 RCT; 427 partecipanti; evidenza di bassa certezza). L'SMD a breve termine si traduce in 6,8 punti in meno sul MBI-EE. Nessuno studio ha riportato l'effetto a lungo termine.

Concentrarsi sui fattori legati al lavoro a livello individuale rispetto a nessun intervento/nessun intervento di riduzione dello stress

Sette studi hanno analizzato un intervento in cui il focus è sulla modifica dei fattori legati al lavoro. L'evidenza è molto incerta sugli effetti a breve termine (nessuna stima dell'effetto in pool; tre RCT; 87 partecipanti; evidenza di certezza molto bassa) e sugli effetti a medio termine e a lungo termine (nessuna stima dell'effetto in pool; due RCT; 152 partecipanti e un RCT; 161 partecipanti, evidenza di certezza molto bassa) di questo tipo di intervento di gestione dello stress.

Una combinazione di interventi a livello individuale rispetto a nessun intervento/lista d'attesa/nessun intervento di riduzione dello stress

Diciassette studi hanno analizzato una combinazione di interventi. A breve termine, questo tipo di intervento può determinare una riduzione dei sintomi di stress (SMD -0,67; 95% CI da -0,95 a -0,39; 15 RCT; 1003 partecipanti; evidenza di bassa certezza). L'SMD si traduce in 8,2 punti in meno sul MBI-EE. A medio termine, una combinazione di interventi a livello individuale può determinare una riduzione dei sintomi di stress, ma le prove non escludono alcun effetto (SMD -0,48; 95% CI da -0,95 a 0,00; 6 RCT; 574 partecipanti; evidenza di bassa certezza). Le prove sono molto incerte sugli effetti a lungo termine di una combinazione di interventi sui sintomi dello stress (un RCT; 88 partecipanti; evidenza di bassissima certezza).

Focus sullo stress rispetto ad altri tipi di intervento

Tre studi hanno confrontato la focalizzazione sullo stress con l'allontanamento dallo stress e uno studio con una combinazione di interventi rispetto alla focalizzazione sullo stress. Le prove sono molto incerte riguardo a quale tipo di intervento sia migliore o se i loro effetti siano simili.

Conclusioni degli autori
La nostra revisione mostra che gli interventi sullo stress a livello individuale possono avere un effetto sulla riduzione dello stress negli operatori sanitari, sia che focalizzino l'attenzione sull'esperienza dello stress, sia che la allontanino. Questo effetto può durare fino a un anno dopo la fine dell'intervento. Anche una combinazione di interventi può rivelarsi benefica, almeno a breve termine. Gli effetti a lungo termine degli interventi di gestione dello stress a livello individuale rimangono sconosciuti. Lo stesso vale per gli interventi sui fattori di rischio legati al lavoro a livello individuale. La valutazione del bias negli studi di questa revisione ha mostrato la necessità di studi metodologicamente migliori e ben progettati, in quanto quasi tutti gli studi presentavano una scarsa segnalazione delle procedure di randomizzazione, la mancanza di cecità dei partecipanti e l'assenza di registrazione dello studio. Per aumentare la certezza delle prove, sono necessari studi meglio progettati e campioni di dimensioni maggiori. Infine, sono necessari più studi sugli interventi che si concentrano sui fattori di rischio legati al lavoro.

Parole chiave
Umani, Ansia, Ansia/diagnosi, Emozioni, Personale sanitario, Personale sanitario/psicologia, Stress lavorativo, Stress lavorativo/prevenzione e controllo, Psicoterapia, Psicoterapia/metodi

11.1 RIASSUNTO SEMPLIFICATO

11.1.1 MESSAGGI CHIAVE

- Gli interventi a livello individuale in cui l'attenzione si concentra sull'esperienza dello stress (come concentrarsi su pensieri, sentimenti e comportamenti) o si allontana dall'esperienza dello stress (come praticare esercizio fisico o rilassarsi) possono ridurre lo stress tra gli operatori sanitari fino a un anno dopo l'intervento.

- Una combinazione di interventi a livello individuale può ridurre lo stress fino a un paio di mesi dopo l'intervento.
- Non sappiamo se gli interventi che si concentrano sui fattori di rischio legati al lavoro a livello individuale abbiano un effetto sullo stress.

11.1.2 CHE COS'È LO STRESS?

Attualmente, non esiste una definizione chiara di stress (correlato al lavoro). Questa revisione riguarda gli operatori sanitari con livelli di stress da bassi a moderati e burnout, che potrebbero portare a depressione e ansia, ma non necessariamente. Le persone affette da stress possono manifestare sintomi fisici come mal di testa, tensione muscolare o dolori, ma anche sintomi mentali, come una diminuzione della concentrazione. Possono inoltre avere problemi comportamentali (come conflitti con altre persone) e problemi emotivi (come instabilità emotiva).

11.1.3 COSA SI PUÒ FARE PER LO STRESS DEGLI OPERATORI SANITARI?

Lo stress tra gli operatori sanitari può essere affrontato a livello organizzativo, ma anche a livello individuale. Gli interventi di gestione dello stress a livello individuale mirano a:

- concentrare l'attenzione sull'esperienza dello stress (pensieri, sentimenti e comportamenti), ad esempio con la terapia cognitivo-comportamentale o la formazione sulle abilità di coping;
- concentrare l'attenzione lontano dall'esperienza dello stress, per esempio con lo yoga, il Tai Chi, il disegno o l'agopuntura;
- modificare i fattori di rischio legati al lavoro a livello individuale, come ad esempio alterare le richieste lavorative.

11.1.4 COSA VOLEVAMO SCOPRIRE?

Volevamo scoprire se vari tipi di interventi di gestione dello stress a livello individuale fossero migliori di nessun intervento

(o di un altro intervento) per ridurre lo stress tra gli operatori sanitari che attualmente lavorano come tali.

11.1.5 COSA ABBIAMO FATTO

Abbiamo cercato studi che hanno esaminato gli interventi di gestione dello stress negli operatori sanitari e che hanno riportato i sintomi dello stress. La forza lavoro del settore sanitario comprende un'ampia varietà di professioni e occupazioni che forniscono un qualche tipo di servizio sanitario, compresi gli operatori dell'assistenza diretta e i professionisti alleati. Abbiamo confrontato e riassunto i risultati degli studi e valutato la nostra fiducia nelle prove in base a fattori come i metodi di studio e le dimensioni dello studio.

11.1.6 COSA ABBIAMO TROVATO?

Abbiamo trovato un totale di 117 studi che hanno coinvolto 11.119 operatori sanitari. La maggior parte degli studi ha seguito i propri partecipanti fino a tre mesi e alcuni fino a 12 mesi, ma solo pochi hanno superato l'anno. Abbiamo scoperto che gli interventi di gestione dello stress possono avere un effetto sulla riduzione dello stress negli operatori sanitari, indipendentemente dal fatto che focalizzino l'attenzione sull'esperienza dello stress o meno. Questo effetto può durare fino a un anno dopo la fine dell'intervento. Anche una combinazione di interventi può essere benefica, almeno a breve termine. Gli effetti a lungo termine degli interventi di gestione dello stress, oltre un anno dopo la fine dell'intervento, rimangono sconosciuti. Lo stesso vale per gli interventi sui fattori di rischio legati al lavoro (a livello individuale).

11.1.7 QUALI SONO I LIMITI DELLE PROVE?

Le stime degli effetti degli interventi di gestione dello stress a livello individuale possono essere falsate a causa della mancanza di cecità dei partecipanti negli studi inclusi. Inoltre, molti studi erano relativamente piccoli. Nel complesso, la nostra fiducia negli effetti riscontrati è ridotta.

11.1.8 QUANTO SONO AGGIORNATE QUESTE PROVE?

Le prove sono aggiornate a febbraio 2022.

11.2 RIASSUNTO DEI RISULTATI

11.2.1 SINTESI DEI RISULTATI 1

Un intervento in cui l'attenzione è rivolta all'esperienza dello stress (sentimenti, pensieri, comportamenti) rispetto a nessun intervento/lista d'attesa/placebo/nessun intervento per la riduzione dello stress negli operatori sanitari.

Un intervento in cui l'attenzione è rivolta all'esperienza dello stress rispetto a nessun intervento/lista d'attesa/placebo/ nessun intervento per la riduzione dello stress negli operatori sanitari				
Paziente o popolazione: operatori sanitari **Ambiente:** vari ambienti sanitari **Intervento:** un intervento in cui l'attenzione è rivolta all'esperienza dello stress **Confronto:** nessun intervento/ lista d'attesa/placebo/nessun intervento di riduzione dello stress				
Risultati	**Effetti assoluti previsti * (95% CI)**	**N. di partecipanti**	**Certezza delle prove**	**Cosa accade**
Sintomi di stress (follow-up fino a 3 mesi dopo la fine dell'intervento)	SMD 0,37 inferiore (da 0,52 inferiore a 0,23 inferiore)	3645 (41 RCT)	Bassa	A breve termine, un intervento in cui l'attenzione è rivolta all'esperienza dello stress può determinare una riduzione dei sintomi dello stress. La differenza media standardizzata si traduce in 4,6 punti in meno (da 6,4 a 2,8 punti in meno) sulla scala di esaurimento emotivo MBI2.
Sintomi di stress (follow-up > 3-12 mesi dopo la fine dell'intervento)	SMD 0,43 inferiore (da 0,71 inferiore a 0,14 inferiore)	1851 (19 RCT)	Bassa	A medio termine, concentrare l'attenzione sull'esperienza dello stress può comportare una riduzione dei sintomi dello stress. La differenza media standardizzata si traduce in 5,3 punti in meno (8,7 in meno - 1,7 in meno) sulla scala di esaurimento emotivo MBI3.
Sintomi di stress (follow-up >12 mesi dopo la fine dell'intervento)	nessuna stima dell'effetto	68 (1 RCT)	Molto bassa	Le prove sono molto incerte circa l'effetto a lungo termine sui sintomi dello stress della focalizzazione dell'attenzione sull'esperienza dello stress.

*Il **rischio nel gruppo di intervento** (e il suo intervallo di confidenza al 95%) si basa sul rischio presunto nel gruppo di confronto e sull'**effetto relativo** dell'intervento (e il suo IC al 95%). **CI:** intervallo di confidenza; **SMD:** differenza media standardizzata **Gradi di evidenza del Gruppo di Lavoro: Alta certezza:** siamo molto fiduciosi che l'effetto reale sia vicino a quello della stima dell'effetto; **Moderata certezza:** siamo moderatamente fiduciosi nella stima dell'effetto: è probabile che l'effetto reale sia vicino alla stima dell'effetto, ma esiste la possibilità che sia sostanzialmente diverso; **Bassa certezza:** la nostra fiducia nella stima dell'effetto è limitata: l'effetto reale potrebbe essere sostanzialmente diverso dalla stima dell'effetto; **Certezza molto bassa:** abbiamo pochissima fiducia nella stima dell'effetto: è probabile che l'effetto reale sia sostanzialmente diverso dalla stima dell'effetto.

1. La certezza delle prove è stata declassata di due livelli a causa del rischio molto grave di distorsione (distorsione derivante dal processo di randomizzazione e dalla mancanza di cecità; cioè distorsione da prestazione), in combinazione con una certa incoerenza e il sospetto di distorsione da pubblicazione.
2. La certezza delle prove è stata declassata di tre livelli a causa del rischio molto grave di bias (bias derivante dal processo di randomizzazione e dalla mancanza di cecità; cioè bias di performance) e per l'imprecisione molto grave (dimensione ridotta del campione; l'intervallo di confidenza include sia un beneficio che un danno).
3. La scala MBI-Emotional Exhaustion ha un punteggio totale di 54 e abbiamo utilizzato il punteggio medio (23,6) e la deviazione standard (12,2) della popolazione di operatori sanitari di controllo nel lavoro di Fiol DeRoque 2021 come riferimento per l'interpretazione delle dimensioni dell'effetto. Un punteggio inferiore a 18 punti è considerato un punteggio basso di esaurimento emotivo e un punteggio superiore a 36 è considerato un punteggio alto di esaurimento emotivo (Maslach 1996).

11.2.2 SINTESI DEI RISULTATI 2

Un intervento in cui si distoglie l'attenzione dall'esperienza di stress, rispetto a nessun intervento, lista d'attesa, placebo o nessun intervento di riduzione dello stress negli operatori sanitari.

Un intervento in cui l'attenzione viene distolta dall'esperienza dello stress rispetto a nessun intervento/lista d'attesa/placebo/nessun intervento per la riduzione dello stress negli operatori sanitari				
Paziente o popolazione: operatori sanitari **Ambiente:** vari ambienti sanitari **Intervento:** un intervento in cui si distoglie l'attenzione dall'esperienza dello stress **Confronto:** nessun intervento/ lista d'attesa/placebo/nessun intervento di riduzione dello stress				
Risultati	**Effetti assoluti previsti * (95% CI)**	**N. di partecipanti**	**Certezza delle prove**	**Cosa accade**
Sintomi di stress (follow-up fino a 3 mesi dopo la fine dell'intervento)	SMD 0,55 inferiore (da 0,70 inferiore a 0,40 inferiore)	2366 (35 RCT)	Basso	A breve termine, un intervento che allontana l'attenzione dall'esperienza dello stress può determinare una riduzione dei sintomi dello stress. La differenza media standardizzata si traduce in 6,8 punti in meno (da 8,6 a 4,9 punti in meno) sulla scala di esaurimento emotivo MBI2.
Sintomi di stress (follow-up > 3-12 mesi dopo la fine dell'intervento)	SMD 0,41 inferiore (da 0,79 inferiore a 0,03 inferiore)	427 (6 RCT)	Basso	A medio termine, un intervento che allontana l'attenzione dall'esperienza dello stress può determinare una riduzione dei sintomi dello stress. La differenza media standardizzata si traduce in 5,0 punti in meno (9,7 in meno - 0,4 in meno) sulla scala di esaurimento emotivo MBI2.
Sintomi di stress (follow-up >12 mesi dopo la fine dell'intervento)	-	(0 RCT)	-	Nessuno studio ha riportato l'effetto a lungo termine sui sintomi dello stress di concentrare l'attenzione lontano dall'esperienza dello stress.
*Il **rischio nel gruppo di intervento** (e il suo intervallo di confidenza al 95%) si basa sul rischio presunto nel gruppo di confronto e sull'**effetto relativo** dell'intervento (e il suo IC al 95%). **CI:** intervallo di confidenza; **SMD:** differenza media standardizzata. **Gradi di evidenza del Gruppo di Lavoro: Alta certezza:** siamo molto fiduciosi che l'effetto reale sia vicino a quello della stima dell'effetto. **Moderata certezza:** siamo moderatamente fiduciosi nella stima dell'effetto: è probabile che l'effetto reale sia vicino alla stima dell'effetto, ma esiste la possibilità che sia sostanzialmente diverso; **Bassa certezza:** la nostra fiducia nella stima dell'effetto è limitata: l'effetto reale potrebbe essere sostanzialmente diverso dalla stima dell'effetto; **Certezza molto bassa:** abbiamo pochissima fiducia nella stima dell'effetto: è probabile che l'effetto vero sia sostanzialmente diverso dalla stima dell'effetto.				

1. La certezza delle prove è stata declassata di due livelli per il rischio molto grave di distorsione (distorsione derivante dal processo di randomizzazione e dalla mancanza di cecità; cioè distorsione da prestazione) in combinazione con una certa incoerenza e il sospetto di distorsione da pubblicazione.
2. La scala MBI-emotional exhaustion ha un punteggio totale di 54 e abbiamo utilizzato il punteggio medio (23,6) e la

deviazione standard (12,2) della popolazione di operatori sanitari di controllo in Fiol DeRoque 2021 come riferimento per interpretare le dimensioni dell'effetto. Un punteggio inferiore a 18 punti è considerato un punteggio basso di esaurimento emotivo e un punteggio superiore a 36 un punteggio alto di esaurimento emotivo (Maslach 1996).

11.2.3 SINTESI DEI RISULTATI 3

Un intervento che si concentra sui fattori di rischio legati al lavoro a livello individuale rispetto a nessun intervento/nessun intervento di riduzione dello stress negli operatori sanitari.

Un intervento in cui l'attenzione si concentra sui fattori di rischio legati al lavoro a livello individuale rispetto a nessun intervento/nessun intervento di riduzione dello stress per la riduzione dello stress negli operatori sanitari.				
Paziente o popolazione: operatori sanitari **Ambiente:** vari ambienti sanitari **Intervento:** un intervento in cui l'attenzione si concentra sui fattori di rischio legati al lavoro a livello individuale **Confronto:** Nessun intervento/nessun intervento di riduzione dello stress				
Risultati	**Effetti assoluti previsti * (95% CI)**	**N. di partecipanti**	**Certezza delle prove**	**Cosa accade**
Sintomi di stress (follow-up fino a 3 mesi dopo la fine dell'intervento)	nessuna stima dell'effetto	87 (3 RCT)	Molto basso	Le prove sono molto incerte sull'effetto a breve termine di un intervento che si concentra sui fattori di rischio legati al lavoro e sui sintomi dello stress.
Sintomi di stress (follow-up > 3-12 mesi dopo la fine dell'intervento)	nessuna stima dell'effetto	152 (2 RCT)	Molto basso	Le prove sono molto incerte sull'effetto a medio termine di un intervento che si concentra sui fattori di rischio legati al lavoro e sui sintomi dello stress.
Sintomi di stress (follow-up >12 mesi dopo la fine dell'intervento)	nessuna stima dell'effetto	161 (1 RCT)	Molto basso	Le prove sono molto incerte sull'effetto a lungo termine di un intervento che si concentra sui fattori di rischio legati al lavoro e sui sintomi dello stress.
*Il **rischio nel gruppo di intervento** (e il suo intervallo di confidenza al 95%) si basa sul rischio presunto nel gruppo di confronto e sull'**effetto relativo** dell'intervento (e il suo IC al 95%). **CI:** intervallo di confidenza; **SMD:** differenza media standardizzata; **MD**: differenza media. **Gradi di evidenza del Gruppo di Lavoro: Alta certezza:** siamo molto fiduciosi che l'effetto reale sia vicino a quello della stima dell'effetto; **Moderata certezza:** siamo moderatamente fiduciosi nella stima dell'effetto: è probabile che l'effetto reale sia vicino alla stima dell'effetto, ma esiste la possibilità che sia sostanzialmente diverso; **Bassa certezza:** la nostra fiducia nella stima dell'effetto è limitata: l'effetto reale potrebbe essere sostanzialmente diverso dalla stima dell'effetto; **Certezza molto bassa:** abbiamo pochissima fiducia nella stima dell'effetto: è probabile che l'effetto vero sia sostanzialmente diverso dalla stima dell'effetto.				

1. La certezza delle prove è stata declassata di tre livelli per il rischio molto grave di bias (bias derivante dal processo di randomizzazione e dalla mancanza di cecità; cioè bias di performance), incoerenza e imprecisione molto grave (dimensione del campione ridotta, l'intervallo di confidenza include sia un beneficio che un danno).
2. La certezza delle prove è stata declassata di tre livelli per il rischio molto grave di bias (bias derivante dal processo di randomizzazione e dalla mancanza di cecità; cioè bias di performance) e per l'imprecisione molto grave (dimensione ridotta del campione, l'intervallo di confidenza include sia un beneficio che un non effetto).

11.2.4 SINTESI DEI RISULTATI 4

Una combinazione di interventi a livello individuale rispetto a nessun intervento/lista d'attesa/nessun intervento di riduzione dello stress per la riduzione dello stress negli operatori sanitari.

Una combinazione di interventi a livello individuale rispetto a nessun intervento/lista di attesa/nessun intervento di riduzione dello stress per la riduzione dello stress negli operatori sanitari				
Paziente o popolazione: operatori sanitari **Ambiente:** vari ambienti sanitari **Intervento:** una combinazione di interventi a livello individuale **Confronto:** nessun intervento/ lista d'attesa/ nessun intervento di riduzione dello stress				
Risultati	**Effetti assoluti previsti * (95% CI)**	**N. di partecipanti (studi)**	**Certezza delle prove**	**Cosa accade**
Sintomi di stress (follow-up fino a 3 mesi dopo la fine dell'intervento)	SMD 0,67 inferiore (da 0,95 inferiore a 0,39 inferiore)	1003 (15 RCT)	Basso	A breve termine, una combinazione di interventi a livello individuale può determinare una riduzione dei sintomi di stress. La differenza media standardizzata si traduce in 8,2 punti in meno (11,7 in meno - 4,8 in meno) sulla scala MBI-Emotional exhaustion4.

Sintomi di stress (follow-up > 3-12 mesi dopo la fine dell'intervento)	SMD 0,48 inferiore (0,95 inferiore a 0,00)	574 (6 RCT)	Basso	A medio termine, una combinazione di interventi a livello individuale può determinare una riduzione dei sintomi di stress, ma le prove non escludono alcun effetto. La differenza media standardizzata si traduce in 5,9 punti in meno (11,7 in meno rispetto a nessuna differenza) sulla scala MBI-Emotional exhaustion4.
Sintomi di stress (follow-up >12 mesi dopo la fine dell'intervento)	nessuna stima dell'effetto	88 (1 RCT)	Molto basso	Le prove sono molto incerte sull'effetto a lungo termine di una combinazione di interventi a livello individuale sui sintomi dello stress.
CI: intervallo di confidenza; **SMD:** differenza media standardizzata. **Gradi di evidenza del Gruppo di Lavoro: Alta certezza:** siamo molto fiduciosi che l'effetto reale sia vicino a quello della stima dell'effetto; **Moderata certezza:** siamo moderatamente fiduciosi nella stima dell'effetto: è probabile che l'effetto reale sia vicino alla stima dell'effetto, ma esiste la possibilità che sia sostanzialmente diverso; **Bassa certezza:** la nostra fiducia nella stima dell'effetto è limitata: l'effetto reale potrebbe essere sostanzialmente diverso dalla stima dell'effetto; **Certezza molto bassa:** abbiamo pochissima fiducia nella stima dell'effetto: è probabile che l'effetto reale sia sostanzialmente diverso dalla stima dell'effetto.				

1. La certezza delle prove è stata declassata di due livelli per il rischio molto grave di distorsione (distorsione derivante dal processo di randomizzazione e dalla mancanza di cecità; cioè distorsione da prestazione) in combinazione con una certa incoerenza e il sospetto di distorsione da pubblicazione.
2. La certezza dell'evidenza è stata declassata di due livelli per il rischio molto grave di bias (mancanza di cecità; cioè bias di performance) e per l'incoerenza. Non abbiamo declassato per l'imprecisione, in quanto l'ampio intervallo di confidenza è dovuto all'incoerenza dei risultati degli studi.
3. La certezza delle prove è stata declassata di tre livelli per il rischio molto grave di bias (bias derivante dal processo di randomizzazione e dalla mancanza di cecità; cioè bias di performance) e per l'imprecisione molto grave (dimensione ridotta del campione, l'intervallo di confidenza include sia un beneficio che un danno).
4. La scala MBI-emotional exhaustion ha un punteggio totale di 54 e abbiamo usato il punteggio medio (23,6) e la deviazione standard (12,2) della popolazione HCW di controllo

in Fiol DeRoque 2021 come riferimento per interpretare le dimensioni dell'effetto. Un punteggio inferiore a 18 punti è considerato un punteggio basso di esaurimento emotivo e un punteggio superiore a 36 un punteggio alto di esaurimento emotivo (Maslach 1996).

11.3 BACKGROUND

Questo è il secondo aggiornamento della revisione Cochrane originale (Marine 2006), pubblicata nel 2006, numero 4. Gli operatori sanitari possono soffrire di stress correlato al lavoro a causa di fattori organizzativi e di uno squilibrio tra richieste, competenze e supporto sociale sul lavoro. L'esposizione prolungata a questi fattori ha un impatto negativo sul servizio che questi operatori sono in grado di fornire (Tawfik 2019). Spesso, questo porta a un grave stress, al burnout o a disturbi psicosomatici tra gli operatori sanitari e al conseguente deterioramento della qualità del servizio (Tawfik 2019).

11.3.1 DESCRIZIONE DELLA CONDIZIONE

Gli operatori sanitari sono ad alto rischio di stress correlato al lavoro rispetto alla popolazione lavorativa generale. L'esposizione prolungata a fattori di stress legati al lavoro può sopraffare le capacità di coping degli operatori sanitari, portando a stress legato al lavoro, che può gradualmente svilupparsi in un disturbo correlato allo stress (SRD) (van der Molen 2020). I sintomi dello stress o SRD possono manifestarsi come problemi fisici (ad esempio, mal di testa, tensione muscolare o dolore), mentali (concentrazione ridotta), comportamentali (conflitto con altre persone) ed emotivi (instabilità emotiva) (van Dam 2021).

È difficile determinare la prevalenza dei DMS a livello globale, poiché c'è poco accordo sulla definizione dei casi (De Hert 2020). Tuttavia, diversi studi riportano alti livelli di stress e burnout in gruppi di operatori sanitari che rappresentano varie discipline. Ad esempio, Bridgeman (2018) ha riferito che dal

30% al 70% dei medici e degli infermieri sperimenta sintomi di burnout, mentre un altro studio ha segnalato che il 56% degli anestesisti sperimenta sintomi di burnout (Bridgeman 2018; De Hert 2020; Sanfilippo 2017). Ci sono diversi fattori sul luogo di lavoro che possono contribuire ai SRD, come la mancanza di chiarezza del ruolo, lo squilibrio sforzo-ricompensa, le disuguaglianze sistemiche, la mancanza di supporto sociale, le elevate richieste emotive e la mancanza di autorità decisionale (Bridgeman 2018; van der Molen 2020). Inoltre, anche fattori personali, come il perfezionismo o gli standard elevati, possono contribuire allo stress, suggerendo un contributo multifattoriale allo sviluppo dei SRD (De Hert 2020).

Le conseguenze degli SRD sugli operatori sanitari sono di portata maggiore rispetto ad altre professioni, poiché possono influire negativamente sulla qualità dell'assistenza ai pazienti (Shanafelt 2010). Inoltre, non vanno sottovalutati gli effetti negativi sulla salute del singolo operatore sanitario, poiché i DMS sono stati associati a problemi di salute coronarica, nonché a bassa soddisfazione lavorativa e cinismo (Bridgeman 2018; Costello 2016). I DMS possono anche influire sulle organizzazioni sanitarie a causa dell'aumento dei tassi di turnover e dell'assenteismo (Maunder 2006). I DMS hanno anche un grande impatto economico (Hassard 2018), il che rende urgente l'identificazione di interventi efficaci per ridurre questo onere.

11.3.2 DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

Per prevenire e ridurre lo stress legato al lavoro negli operatori sanitari, sono necessari interventi sia a livello organizzativo che a livello di singolo dipendente. L'ambito di questa revisione è limitato agli interventi di gestione dello stress a livello individuale. Dopo il precedente aggiornamento di questa revisione, abbiamo deciso di modificare il nostro approccio nella descrizione degli interventi sullo stress a livello individuale. A tale scopo, consideriamo lo stress come un termine generico che si riferisce a due concetti distinti: 'stressor' (caratteristiche ambientali o pensieri

che causano una reazione avversa nell'individuo) e 'strain' (la reazione avversa dell'individuo allo stressor) (Bamber 2006; Beehr 1987; Knapp 1988). In base a questi concetti di stress, si possono distinguere tre percorsi separati di intervento: 1. i fattori dell'ambiente (ad esempio, il lavoro) che causano lo stress (l'obiettivo della revisione Cochrane di Giga 2018), 2. i pensieri relativi allo stress, e 3. l'esperienza emotiva negativa risultante dai primi due. Diversi approcci cognitivo-comportamentali mirano ad alleviare l'esperienza dello stress e a evitare che diventi cronico (ad esempio, burnout, depressione o malattia somatica), modificando il modo in cui il singolo lavoratore pensa e gestisce la percezione dei fattori di stress nel suo lavoro, e i pensieri e i sentimenti che ne derivano. Il terzo approccio nasce dall'idea che l'esperienza emotiva dello stress sia di per sé dannosa, soprattutto se prolungata per un lungo periodo, e quindi l'obiettivo dell'intervento è quello di alleviare la risposta emotiva direttamente, ad esempio, con tecniche di rilassamento. In effetti, viene introdotto qualcos'altro per sostituire ciò che è per lo più occupato da pensieri e sentimenti stressanti (Bamber 2006; Beehr 1987; Knapp 1988). Per massimizzare l'usabilità e l'intuitività dei risultati della nostra revisione, abbiamo riformulato gli ultimi due approcci come interventi che si concentrano sui pensieri e sui sentimenti legati allo stress e come interventi in cui l'attenzione viene allontanata dai pensieri e dai sentimenti legati allo stress.

Abbiamo concettualizzato quattro approcci distinti per affrontare lo stress legato al lavoro a livello individuale:

1. concentrare la propria attenzione sulla modifica dell'esperienza dello stress (pensieri, sentimenti, comportamenti);
2. focalizzare la propria attenzione lontano dall'esperienza dello stress con vari mezzi di disimpegno psicologico;
3. modificare i fattori di rischio legati al lavoro a livello individuale;
4. combinare due o più dei precedenti.

Il primo approccio consiste, ma non si limita, alle seguenti tecniche cognitivo-comportamentali: formazione sull'assertività, formazione sulle capacità di coping e formazione sulle capacità di comunicazione.

Il secondo approccio comprende metodi come il rilassamento, il massaggio, la meditazione mindfulness e l'esercizio fisico (ad esempio, yoga, tai chi, stretching e rilascio, disegno, agopuntura, ecc.). Si noti che, per quanto riguarda la mindfulness, a volte è difficile giudicare se l'elemento centrale dell'intervento sia concentrarsi sull'esperienza dello stress o allontanarsene. Ad esempio, i principi generali della riduzione dello stress basata sulla mindfulness e della terapia cognitivo-comportamentale sono simili, come l'aumento della consapevolezza, la regolazione, la flessibilità cognitiva e i comportamenti orientati agli obiettivi. Tuttavia, alcuni studi, come quelli sulla meditazione mindfulness, hanno utilizzato esclusivamente tecniche di mindfulness per spostare l'attenzione dall'esperienza dello stress, dirigendo l'attenzione al momento presente (Hofmann 2017; Tang 2015). Pertanto, classifichiamo gli interventi come la riduzione dello stress basata sulla mindfulness come tipo 1 e la meditazione basata sulla mindfulness come tipo 2.

Il terzo approccio si concentra sui fattori di rischio legati al lavoro e comprende generalmente la pianificazione, la programmazione e l'adeguamento delle richieste lavorative a livello individuale.

Il quarto approccio consiste in una combinazione di due o più dei primi tre approcci, ad esempio, combinando le tecniche cognitivo-comportamentali con il rilassamento.

Come potrebbe funzionare l'intervento? Concentrandosi sull'esperienza dello stress e sulle sue possibili cause, è possibile gestire i propri pensieri, sentimenti e comportamenti cambiandoli attraverso l'apprendimento di nuove tecniche (Beck 2005). Ad esempio, la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) si concentra sui pensieri e sui sentimenti che guidano i comportamenti. L'obiettivo principale di questo approccio è gestire lo stress sul lavoro, aiutando le persone a controllare i pensieri automatici

che esacerbano le difficoltà emotive, come il disagio grave, il burnout e la depressione (Beck 2005).

Distogliendo l'attenzione dall'esperienza dello stress attraverso il rilassamento, l'esercizio fisico o altro, è possibile ridurre l'esperienza complessiva dello stress (Creswell 2014). L'obiettivo è indurre uno stato di calma mentale e corporea per contrastare l'agitazione causata dallo stress. Questo può essere ottenuto, ad esempio, ricevendo passivamente un massaggio (Mahdizadeh 2019), oppure eseguendo attivamente vari esercizi come lo yoga (Fang 2015). L'attenzione viene così indirizzata verso un'attività specifica e rilassante, allontanata dai pensieri e dalle sensazioni spiacevoli associate allo stress (Borges 2021).

Anche la modifica dei fattori di rischio legati al lavoro a livello individuale può influenzare i livelli di stress. Un esempio di questo approccio è che gli operatori sanitari possono avere voce in capitolo sul proprio orario di lavoro, apportare modifiche al proprio carico di lavoro o ricevere una formazione per identificare ciò che può causare stress e pensare a modifiche da discutere con il proprio supervisore (Arrigoni 2015).

11.3.3 PERCHÉ È IMPORTANTE FARE QUESTA REVISIONE

Sono state pubblicate numerose revisioni sull'efficacia degli interventi per ridurre lo stress negli operatori sanitari (Aryankhesal 2019; Busireddy 2016; Patel 2019; Sanfilippo 2017; Wiederhold 2018; Zhang 2020). Tuttavia, alcune revisioni si sono concentrate su un gruppo specifico di operatori sanitari, come infermieri o medici (Aryankhesal 2019), mentre altre revisioni hanno esaminato solo l'efficacia di un tipo di intervento, come la mindfulness (Fendel 2021). Per quanto ne sappiamo, non esistono revisioni aggiornate che esaminino l'efficacia di vari tipi di interventi a livello individuale volti a ridurre lo stress in diversi operatori sanitari, per fornire una panoramica più completa. Nonostante il fatto che gli operatori sanitari siano costituiti da una moltitudine di mansioni e titoli, formano comunque una popolazione ragionevolmente omogenea, tanto che è ragionevole supporre che gli interventi a loro rivolti otterrebbero risultati approssimati-

vamente simili, indipendentemente dal titolo di lavoro specifico. È importante offrire agli operatori sanitari interventi mirati a ridurre gli effetti negativi dello stress. Quando la prevenzione viene offerta in modo tempestivo, può ridurre lo stress e prevenire i DMS. È quindi fondamentale indagare su quali interventi siano efficaci (Alberdi 2016). La prevenzione dei DMS presenta diversi vantaggi. In primo luogo, può proteggere la salute degli operatori sanitari (Bridgeman 2018). In secondo luogo, migliora anche la qualità dell'assistenza ai pazienti (De Hert 2020). Infine, c'è già una carenza di operatori sanitari a causa degli alti tassi di turnover e una prevenzione efficace dei DMS può contribuire a ridurla. Tuttavia, non c'è consenso su quali interventi siano efficaci per prevenire i DMS negli operatori sanitari. È quindi importante pubblicare una versione aggiornata di questa revisione, anche perché gli operatori sanitari sono stati colpiti maggiormente da SRD rispetto a prima della pandemia COVID-19 (Blake 2020). Poiché le caratteristiche degli interventi progettati per gli operatori sanitari possono essere diverse da quelle di altre professioni, l'obiettivo di questa revisione è determinare l'efficacia degli interventi per ridurre gli SRD specificamente negli operatori sanitari. Data la grande quantità di studi inclusi nella revisione che valuta tutti gli interventi sullo stress negli operatori sanitari (Ruotsalainen 2015), l'aggiornamento è stato suddiviso in questa revisione sugli interventi a livello individuale e in un'altra di Giga 2018 che si concentra esclusivamente sugli interventi organizzativi. Queste due revisioni insieme sostituiscono la revisione pubblicata per la prima volta nel 2006 (Marine 2006) e aggiornata nel 2015 (Ruotsalainen 2015). Poiché questa revisione si concentra sugli interventi a livello individuale, sono esclusi gli studi che si focalizzano esclusivamente sui fattori organizzativi (ad esempio, richieste quantitative, compiti emotivi, variazione del lavoro, influenza sul lavoro). Obiettivi: Valutare l'efficacia degli interventi di riduzione dello stress rivolti ai singoli operatori sanitari rispetto a nessun intervento, lista d'attesa, placebo, nessun intervento di riduzione dello stress o un altro tipo di intervento di riduzione dello stress per ridurre i sintomi dello stress.

11.4 METODI

11.4.1 CRITERI PER CONSIDERARE GLI STUDI PER QUESTA REVISIONE

11.4.1.1 Tipi di studi

Coerentemente con le versioni precedenti di questa revisione, abbiamo limitato l'inclusione agli studi controllati randomizzati (RCT) per valutare l'efficacia dell'intervento. Abbiamo incluso solo gli studi completi pubblicati in riviste scientifiche con revisione paritaria; sono stati esclusi gli abstract senza testi completi di accompagnamento e le dissertazioni.

11.4.1.2 Tipi di partecipanti

Abbiamo incluso gli studi in cui gli interventi erano rivolti agli operatori sanitari che non avevano cercato attivamente aiuto per condizioni come il burnout, la depressione o il disturbo d'ansia. Questo includeva tutti gli operatori sanitari e i tirocinanti in qualsiasi ambiente sanitario impegnati nel lavoro clinico. Abbiamo escluso gli studi in cui una parte dei partecipanti non svolgeva attività clinica, come gli amministratori, i receptionist, o quando i risultati non erano riportati separatamente per i partecipanti che svolgevano attività clinica. Gli assistenti personali che erano membri della famiglia o amici sono stati esclusi da questa revisione.

11.4.1.3 Tipi di interventi

Abbiamo incluso gli RCT che hanno valutato l'efficacia di qualsiasi tipo di intervento per i singoli operatori sanitari volto a prevenire o ridurre i sintomi dello stress. Abbiamo escluso gli interventi rivolti alle organizzazioni sanitarie perché sono coperti dalla revisione Giga 2018. In generale, si possono distinguere quattro approcci alla gestione dello stress correlato al lavoro a livello individuale:

1. concentrarsi sulla modifica dell'esperienza dello stress (pensieri, sentimenti, comportamenti);
2. concentrare la propria attenzione lontano dall'esperienza dello stress con vari mezzi di disimpegno psicologico;
3. modificare i fattori di rischio legati al lavoro a livello individuale; e
4. combinare due o più dei precedenti.

Gli interventi come la riduzione dello stress basata sulla mindfulness, che si concentrano sull'aumento della consapevolezza, della regolazione, della flessibilità cognitiva e del comportamento basato sugli obiettivi direttamente correlati allo stress, sono stati classificati come tipo 1, mentre la meditazione basata sulla mindfulness (Hofmann 2017; Tang 2015), che mira a spostare l'attenzione dall'esperienza dello stress e dai pensieri spiacevoli, è stata classificata come tipo 2.

Abbiamo incluso tutti gli studi che hanno confrontato l'efficacia di un intervento attivo con nessun intervento (compresa l'assistenza abituale), la lista d'attesa, un intervento placebo, nessun intervento di riduzione dello stress o con un altro tipo di intervento di riduzione dello stress. La distinzione tra nessun intervento, lista d'attesa, intervento placebo e nessun intervento di riduzione dello stress non è sempre evidente. Abbiamo considerato il confronto con un intervento placebo quando i partecipanti erano in cieco rispetto all'assegnazione del gruppo, ed entrambi i gruppi erano informati di aver ricevuto un intervento di riduzione dello stress e l'intervento placebo non aveva un "principio attivo". Ad esempio, quando la stimolazione magnetica transcranica viene confrontata con la stimolazione magnetica transcranica sham (Kim 2016). Gli studi con bracci placebo sono stati combinati con quelli con controlli senza intervento, controlli in lista d'attesa e controlli senza intervento di riduzione dello stress nella meta-analisi.

Abbiamo considerato il confronto con un altro tipo di intervento di riduzione dello stress, nel quale entrambi i gruppi hanno ricevuto un trattamento di riduzione dello stress che non

faceva parte dell'assistenza regolare. In questo confronto, i partecipanti possono essere o meno in cieco rispetto all'assegnazione del gruppo. Tale confronto potrebbe includere solo diversi tipi di interventi, ad esempio, tipo 1 contro tipo 2: gestione psicoeducativa dello stress (SMC) rispetto alla riduzione dello stress basata sulla mindfulness (MBSR) (Errazuriz 2022). Tipi di misure di esito: abbiamo incluso gli studi che hanno valutato l'efficacia degli interventi utilizzando questionari auto-riportati validati e standardizzati che misurano i sintomi dello stress o del burnout legati al lavoro. Abbiamo preso in considerazione tutti gli altri risultati che non misurano lo stress o i suoi effetti sulle persone al di fuori dell'ambito di questa revisione. Esempi di risultati esclusi sono i fattori di rischio per lo stress (come il carico di lavoro, i conflitti e il supporto), le capacità di coping, il cambiamento delle conoscenze o degli atteggiamenti, le prestazioni lavorative, la soddisfazione dei pazienti e le richieste dei clienti, l'assenteismo e il turnover dei dipendenti.

Abbiamo valutato i seguenti tempi di follow-up per la misurazione degli esiti:

- breve termine, definito come fino a tre mesi dopo il completamento dell'intervento;
- medio termine, definito come più di tre mesi e fino a 12 mesi; e
- a lungo termine, definito come 12 mesi o più.

Esiti primari: i questionari autodiagnostici validati e standardizzati che misurano i sintomi dello stress legato al lavoro o del burnout includono, ad esempio, i seguenti:

1. Scala dello stress percepito (PSS) (Cohen 1983).
2. Maslach Burnout Inventory (MBI) (composto da tre sottoscale: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione personale) (Maslach 1982).
3. Scala Depressione Ansia Stress (DASS) (Lovibond 1995).
4. Questionario sulla salute generale (GHQ) (Goldberg 1).

5. Oldenburg Burnout Inventory (OBI) (Demerouti 2003).
6. Scala analogica visiva - sintomi di stress.
7. Copenhagen Burnout Inventory (CBI) (Kristensen 2005).

Esiti secondari: per gli esiti secondari abbiamo considerato tutte le misure di esito degli effetti dannosi dello stress o del burnout. Queste includevano misure quali: (a) sintomi psicologici: ansia e depressione, come lo State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger 1970), il Beck Depression Inventory (BDI) (Beck 1961) e l'Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) (Zigmond 1983); (b) misure del rapporto costo-efficacia degli interventi, come i rapporti incrementali costo-efficacia (ICER), il costo incrementale per QALY (anno di vita aggiustato per la qualità) e i rapporti costo-beneficio. Sono stati esclusi gli studi che riportavano solo uno o più risultati secondari senza alcun risultato primario. Metodi di ricerca per l'identificazione degli studi: abbiamo utilizzato un approccio sostitutivo e ci siamo avvalsi della revisione precedente (Ruotsalainen 2015) come fonte di studi.

Di conseguenza, sono state utilizzate due fonti:

1. Studi inclusi nella versione precedente di questa revisione (Ruotsalainen 2015), con data di ricerca fino a novembre 2013.
2. Ricerche elettroniche (dal 2013 a febbraio 2022).

11.4.1.4 Ricerche digitali

1. Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) (The Cochrane Library, 2013 - febbraio 2022).
2. MEDLINE/PubMed (dal 2013 a febbraio 2022).
3. Embase (dal 2013 a febbraio 2022).
4. PsycINFO (dal 2013 a febbraio 2022).
5. CINAHL/EBSCO (dal 2013 a febbraio 2022).
6. Web of Science (dal 2013 a febbraio 2022).

11.4.1.5 Ricerca di altre risorse

Abbiamo esaminato gli elenchi di riferimento degli articoli e delle revisioni incluse per individuare eventuali altri studi idonei.

[...]

11.5 RIASSUNTO DEI RISULTATI PRINCIPALI

L'obiettivo primario di questa revisione era esaminare l'effetto degli interventi di gestione dello stress a livello individuale sui sintomi dello stress negli operatori sanitari. Questo aggiornamento della revisione include altri 89 studi, portando il numero totale di studi a 117. Nel complesso, i risultati della sintesi degli studi randomizzati e controllati (RCT) indicano che gli interventi di gestione dello stress a livello individuale possono avere un effetto nella riduzione dello stress negli operatori sanitari, indipendentemente dal fatto che focalizzino l'attenzione sull'esperienza dello stress o meno. Questo effetto può durare fino a un anno dopo la fine degli interventi. Le prove sull'effetto a lungo termine (più di un anno dopo la fine dell'intervento) sui sintomi dello stress per questi due tipi di interventi non sono chiare. A breve termine, meno di tre mesi dopo la fine dell'intervento, una combinazione di interventi a livello individuale può determinare una riduzione dei sintomi di stress. Le prove sugli effetti successivi o a lungo termine sono inconcludenti. Solo sette studi hanno analizzato interventi in cui l'attenzione si concentra sui fattori di rischio legati al lavoro, come le richieste lavorative. A causa della mancanza di prove, non sappiamo se questo tipo di intervento sia efficace.

11.5.1 COMPLETEZZA COMPLESSIVA E APPLICABILITÀ DELLE PROVE

Questa revisione sistematica include le prove più recenti provenienti da studi pubblicati tra il 2013 e febbraio 2022, il che garantisce che i nostri risultati siano adatti e applicabili agli attuali contesti sanitari. La maggior parte degli studi inclusi è

stata condotta negli ospedali (94), mentre i restanti 23 sono stati condotti in altri contesti sanitari (14 in contesti sanitari misti o di altro tipo, cinque in emergenze mediche e quattro in case di cura residenziali per anziani o disabili). Riteniamo che i risultati siano generalizzabili alla maggior parte delle situazioni sanitarie, ma sono maggiormente applicabili all'ambiente ospedaliero. La metà degli studi (60) comprendeva solo infermieri, 23 medici e 34 personale sanitario vario o di altro tipo. Si tratta di una popolazione più diversificata rispetto alle precedenti revisioni Cochrane sullo stesso argomento (Ruotsalainen 2015), il che migliora l'applicabilità dei nostri risultati. Circa il 64% degli studi è stato condotto nel mondo occidentale industrializzato (Nord America ed Europa) e il 16% in Asia. Il restante 20% degli studi era distribuito tra Medio Oriente, Sud America e Oceania, con uno studio condotto su due continenti. Mancano studi condotti in Africa, proprio come nella precedente revisione (Ruotsalainen 2015). I risultati non sono quindi applicabili al grande continente africano. Le misurazioni degli esiti sono state varie, concentrandosi su esiti quali il burnout (come il Maslach Burnout Inventory (MBI)) o sull'esperienza dei sintomi dello stress (Elenco dei sintomi dello stress).

La mancanza di chiarezza nella definizione di stress lavorativo si riflette in questa ampia gamma di misurazioni degli esiti. Per quanto riguarda gli interventi, notiamo che una minoranza degli studi inclusi si è concentrata sulla causa principale dello stress professionale: alterare i fattori di rischio legati al lavoro. Ci si potrebbe aspettare che questo tipo di intervento produca i cambiamenti più sostenibili e a lungo termine; quindi, è una lacuna il fatto che non ci sia un numero maggiore di studi che adottino questo approccio. Quasi la metà (44%) degli studi si è concentrata sull'esperienza dello stress in sé e il 36% sull'allontanamento dallo stress. Una percentuale minore (15%) degli interventi si è concentrata su una combinazione degli approcci sopra menzionati. Inoltre, gli studi non sembrano distinguere se il loro programma di intervento sia finalizzato alla prevenzione dello stress professionale o al trattamento dei sintomi (precoci)

dello stress, il che potrebbe contribuire alla mancanza di chiarezza nella definizione di stress (professionale).

11.5.2 QUALITÀ DELLE PROVE

Abbiamo valutato la qualità metodologica degli RCT inclusi utilizzando lo strumento Cochrane risk of bias (Higgins, 2011). Abbiamo classificato la maggior parte degli studi inclusi come ad alto rischio di bias derivante dal processo di randomizzazione e dalla mancanza di cecità, ossia bias di performance e, in misura minore, a causa delle perdite al follow-up. L'assenza di cecità è problematica poiché i risultati possono essere influenzati, almeno in parte, da un effetto placebo. Abbiamo cercato di ridurre l'eterogeneità delle prove generate valutando gli effetti dell'intervento in quattro categorie e con tempi di follow-up distinti (ossia fino a tre mesi, da tre a 12 mesi e oltre un anno dopo l'intervento) e su esiti distinti. Abbiamo riscontrato una certa incoerenza. L'incoerenza potrebbe derivare anche dalla categorizzazione degli interventi.

La variazione rimanente all'interno di queste categorie potrebbe essere dovuta a meccanismi di cambiamento diversi. Abbiamo declassato la certezza delle prove di due livelli per gli interventi che si focalizzano sull'esperienza dello stress fino a un anno di follow-up, applicando due livelli per il rischio molto grave di bias (bias derivante dal processo di randomizzazione e dalla mancanza di cecità, ossia bias di performance) in combinazione con una certa incoerenza e il sospetto di bias di pubblicazione. Abbiamo declassato la certezza delle prove di due livelli per gli interventi che si concentrano sull'esperienza dello stress e di tre livelli per i periodi di follow-up più lunghi, a causa del rischio molto grave di bias e dell'imprecisione molto grave (l'intervento potrebbe risultare dannoso o benefico). Per gli interventi focalizzati sull'esperienza dello stress fino al follow-up di un anno, abbiamo declassato la certezza delle prove di due livelli, a causa del rischio molto grave di bias in combinazione con una certa incoerenza e il sospetto di bias di pubblicazione. Per gli interventi

incentrati sui fattori di rischio legati al lavoro a livello individuale, abbiamo effettuato un declassamento di tre livelli a causa del rischio molto grave di bias, imprecisione e incoerenza. Per gli interventi combinati, abbiamo declassato la certezza delle prove di due livelli per i risultati fino a un anno di follow-up e di tre livelli per periodi di follow-up più lunghi, a causa di un rischio molto grave di distorsione, incoerenza, imprecisione o sospetto di distorsione nella pubblicazione.

11.5.3 POTENZIALI PREGIUDIZI NEL PROCESSO DI REVISIONE

I potenziali pregiudizi potrebbero essere causati da studi mancanti a causa della nostra strategia di ricerca e dal fatto che gli autori degli studi non sempre hanno presentato le informazioni necessarie, a volte anche dopo averli contattati. Tuttavia, riteniamo che l'effetto di questi possibili pregiudizi sia molto basso, poiché la nostra strategia di ricerca era molto ampia e l'elevato numero di studi che siamo riusciti a includere nei confronti. Inoltre, abbiamo controllato i riferimenti pertinenti degli studi inclusi. Operativizzando esplicitamente i tipi di interventi individuali ammissibili in ciascun tipo di intervento e concentrandoci solo sui sintomi dello stress, abbiamo ridotto i pregiudizi dovuti alle differenze di interpretazione tra i team di autori. Abbiamo ulteriormente corroborato questo aspetto aggiungendo esplicitamente che l'operazionalizzazione dei tipi di interventi individuali mirati e la focalizzazione esclusiva sugli effetti dei sintomi dello stress. Abbiamo ridotto i pregiudizi dovuti alle differenze di interpretazione tra il team di autori. I pregiudizi potrebbero essere stati introdotti quando sono stati misurati più questionari sui sintomi dello stress, insieme alla Scala dello Stress Percepito o al Maslach Burnout Inventory (MBI), e abbiamo dovuto decidere quale fosse "il migliore" da includere nella meta-analisi. Poiché non tutti i questionari sono stati convalidati adeguatamente, questa decisione potrebbe talvolta risultare arbitraria e non basata su prove di alta qualità (Shoman 2021).

Tuttavia, poiché tutti i questionari condividono lo stesso costrutto di base, ossia la misurazione dei sintomi dello stress, ri-

teniamo che l'effetto sulla conclusione complessiva sia piccolo. Quando saranno disponibili ulteriori prove sulle proprietà psicometriche dei questionari sui sintomi dello stress, queste decisioni potrebbero essere riconsiderate. Abbiamo reso trasparenti queste decisioni fornendo tutti i questionari sui sintomi dello stress che sono stati misurati dagli autori nella sezione degli studi inclusi, e specificando in una nota a piè di pagina quali questionari sono stati inclusi nella meta-analisi. Un potenziale pregiudizio potrebbe essere introdotto dalla categorizzazione degli interventi incentrati sullo stress, incentrati sull'allontanamento dallo stress, correlati al lavoro e combinati, dato che all'interno di ogni categoria rimane una variazione. Nella versione precedente di questa revisione, la categorizzazione principale era suddivisa in interventi diretti alla persona e al lavoro. In questo aggiornamento, abbiamo specificato ulteriormente gli interventi diretti alla persona, basandoci sulle idee di Bamber 2006. In questo modo, abbiamo affrontato le difficoltà riscontrate con la categorizzazione precedente (Ruotsalainen 2015). Gli studi futuri dovrebbero concentrarsi sulla scoperta dei meccanismi di stress sottostanti.

11.5.4 ACCORDI E DISACCORDI CON ALTRI STUDI O REVISIONI

La nostra revisione mirava a valutare l'effetto di tutti gli interventi sullo stress a livello individuale per tutti i tipi di operatori sanitari. Questo approccio ci ha fornito l'opportunità di raggruppare gli interventi in base a un meccanismo di lavoro generale (cioè interventi che attirano l'attenzione sull'esperienza dello stress e interventi in cui l'attenzione viene distolta dall'esperienza dello stress o interventi che si concentrano sui fattori di rischio legati al lavoro) piuttosto che in base a un tipo di intervento specifico. Per questo motivo, abbiamo classificato gli interventi basati sulla mindfulness in diversi confronti, a seconda che lo yoga e il rilassamento fossero l'obiettivo principale o che la mindfulness fosse incorporata in un approccio più cognitivo-comportamentale, come la riduzione dello stress basata sulla mindfulness.

La nostra revisione ha una conclusione diversa rispetto a una revisione sistematica incentrata sugli infermieri ospedalieri (Jung 2021). Quella revisione ha esaminato l'effetto di varie modalità mente-corpo sulla salute mentale e ha concluso che non c'era alcuna differenza nei sintomi di burnout tra i gruppi che ricevevano la mindfulness come parte di un programma di riduzione dello stress e quelli che non ricevevano alcun intervento. Tuttavia, uno studio che ha confrontato lo yoga con l'assistenza abituale ha trovato una differenza nei punteggi di burnout. La nostra revisione ha rilevato che può esserci un effetto positivo per gli interventi che distolgono l'attenzione dall'esperienza di stress (come lo yoga) e per gli interventi che concentrano l'attenzione sull'esperienza di stress (riduzione dello stress basata sulla mindfulness). La nostra revisione differisce da quella di Jung 2021 in quanto il nostro obiettivo era più ampio, includendo tutti gli operatori sanitari e tutte le misure di esito legate allo stress. Abbiamo ritenuto che per gli interventi a livello individuale, l'effetto dell'intervento per i diversi tipi di operatori sanitari dovrebbe essere comparabile. Di conseguenza, siamo stati in grado di includere più studi e calcolare una stima dell'effetto con maggiore certezza.

La revisione di Spinelli (2019) si è concentrata solo sulla mindfulness, ma ha anche adottato l'approccio di considerare le professioni sanitarie. Di conseguenza, sono stati in grado di includere 38 RCT. Nel complesso, hanno riscontrato effetti moderati sugli esiti dello stress e un piccolo effetto sul burnout in particolare. Hanno riferito che gli interventi di mindfulness inclusi sembravano influenzare in modo significativo i risultati complessivi. Questo è più in linea con i nostri risultati, anche se abbiamo esaminato anche gli interventi non basati sulla mindfulness a livello individuale. Un'altra revisione (Zhang, 2021) incentrata sul rilassamento fisico (come lo yoga e la terapia di massaggio) in tutti gli operatori sanitari ha incluso 15 RCT. La loro conclusione è stata che questi metodi riducono lo stress lavorativo rispetto ai gruppi di controllo senza intervento. Questo è in linea con la nostra scoperta che concentrare l'attenzione lontano

dallo stress porta a una riduzione dello stress. La loro analisi di rete ha rivelato che lo yoga è il metodo migliore tra questi tipi di interventi. Un'altra revisione Cochrane di Kunzler (2020) ha valutato le prove per gli interventi di resilienza negli operatori sanitari. Dato che gli interventi di costruzione della resilienza e di riduzione dello stress vanno spesso di pari passo, i loro risultati forniscono un valido complemento alla nostra revisione. Sulla base di 17 RCT, hanno concluso che la formazione alla resilienza può portare a livelli più bassi di stress, che era un risultato secondario nella loro revisione. La formazione alla resilienza si basava per lo più sulla mindfulness e sulla terapia cognitivo-comportamentale ed era paragonabile alla nostra categoria di interventi che richiamano l'attenzione sull'esperienza dello stress. Tuttavia, la loro conclusione si basava su prove a bassissima certezza, che è un problema ricorrente nelle revisioni sugli operatori sanitari su questo tema, come evidenziato da Clough (2017), mentre noi abbiamo classificato la certezza delle prove come bassa. La nostra revisione si concentra sugli operatori sanitari, tuttavia è importante confrontare i nostri risultati con altre revisioni che esaminano diverse professioni. Nella revisione di Richardson (2008) su 55 interventi testati in 36 studi sperimentali, è stato riscontrato un effetto significativo da medio a grande sullo stress lavorativo, e l'effetto era significativamente e costantemente maggiore per gli interventi cognitivo-comportamentali. Al contrario, nella nostra revisione abbiamo riscontrato che potrebbe esserci un effetto per gli interventi cognitivo-comportamentali simile a quello delle tecniche di rilassamento. Questo potrebbe essere spiegato dall'occupazione degli operatori sanitari, su cui ci siamo concentrati, e dal tipo di fattori di stress che questi dipendenti devono affrontare. Gli operatori sanitari devono spesso affrontare situazioni inevitabili, come la morte di un paziente o la comunicazione ai pazienti della perdita permanente della loro qualità di vita. In queste situazioni stressanti, che non possono essere influenzate ulteriormente, il coping attivo e la pratica di risposte funzionali, che sono al centro degli approcci cognitivo-comportamentali, potrebbero non essere il modo più adatto di

far fronte. Un modo più passivo di affrontare la situazione, come il rilassamento o la meditazione (concentrarsi, allontanarsi dallo stress), potrebbe essere più adatto a questo tipo di fattori di stress, e questo potrebbe spiegare perché non abbiamo riscontrato un effetto maggiore degli approcci cognitivo-comportamentali rispetto alle tecniche di rilassamento.

11.6 CONCLUSIONI DEGLI AUTORI

11.6.1 IMPLICAZIONI PER LA PRATICA

La nostra revisione mostra che gli interventi sullo stress a livello individuale possono avere un effetto significativo sullo stress negli operatori sanitari, sia quando si focalizzano sull'esperienza dello stress, sia quando la allontanano. Questo effetto può durare fino a un anno dopo la fine dell'intervento. Anche una combinazione di interventi potrebbe rivelarsi benefica, almeno a breve termine. Gli effetti a lungo termine, oltre un anno dopo la conclusione dell'intervento, degli interventi sullo stress a livello individuale rimangono sconosciuti. Lo stesso vale per gli interventi incentrati sulla modifica dei fattori di rischio legati al lavoro. Le stime degli effetti degli interventi sullo stress a livello individuale possono essere distorte a causa della mancanza di cecità dei partecipanti agli studi. L'effetto reale degli interventi in cui l'attenzione è diretta verso o lontano dall'esperienza di stress è probabilmente vicino alla stima dell'effetto; tuttavia, c'è la possibilità che l'effetto possa essere sostanzialmente diverso (ad esempio, a causa dell'effetto placebo). Inoltre, l'effetto potrebbe essere potenzialmente più piccolo di quanto indicato dalla nostra sintesi delle prove disponibili. La nostra fiducia nell'effetto delle combinazioni di interventi è limitata e l'effetto reale potrebbe differire considerevolmente dalla stima dell'effetto. Abbiamo pochissima fiducia nell'effetto degli interventi a livello individuale, in cui l'attenzione è rivolta ai fattori di rischio legati al lavoro. Sulla base degli studi inclusi, non possiamo indicare

se ci sia o meno un effetto, anche se questo approccio è spesso considerato il modo più impattante e sostenibile per affrontare lo stress sul posto di lavoro. Questi interventi tendono a essere complessi perché richiedono cambiamenti nelle modalità di organizzazione, progettazione e gestione del lavoro, che spesso esulano dalla portata del singolo dipendente (Nielsen 2010). Inoltre, le difficoltà nel misurare adeguatamente gli effetti potrebbero spiegare perché questo tipo di intervento non riesca a soddisfare le aspettative dei ricercatori basate sulle teorie. Le politiche e la legislazione specifiche del Paese possono influenzare i tipi di interventi da attuare. Nella maggior parte dei Paesi, esiste una certa legislazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro, ma la portata e la qualità variano da Paese a Paese, secondo un rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Burton 2010). La variante minima è la protezione dei lavoratori da infortuni o malattie; tuttavia, in molti Paesi esiste una legislazione più sofisticata che richiede aspetti come la valutazione dei rischi, l'attuazione e il monitoraggio delle misure. Tuttavia, l'esame dell'efficacia di tale legislazione esula dall'ambito della nostra revisione.

11.6.2 IMPLICAZIONI PER LA RICERCA

I risultati di questa revisione evidenziano la necessità di studi metodologicamente migliorati, progettati ed eseguiti con maggiore cura. Sono necessari studi di questo tipo, poiché quasi tutti gli studi inclusi soffrivano della mancanza di cecità dei partecipanti e del personale. Riconosciamo la difficoltà della cecità negli interventi di riduzione dello stress. Tuttavia, in 14 studi sono stati fatti tentativi per rendere ciechi i partecipanti all'assegnazione del gruppo, dimostrando così che il cieco non è impossibile. Una migliore progettazione ed esecuzione degli studi include anche la fornitura di dettagli sul processo di randomizzazione e sul protocollo dello studio o sulla registrazione dello studio. Inoltre, è necessario condurre più studi sugli interventi in cui il focus è sui fattori di rischio legati al lavoro, sia a livello individuale

che organizzativo. Con un numero maggiore di partecipanti, si può raggiungere un'ottimale dimensione del campione e trarre conclusioni più solide. Riteniamo che sarebbe utile indagare e identificare i dati non pubblicati (che potenzialmente mostrano nessun effetto o un effetto dannoso) degli interventi di gestione dello stress a livello individuale. Studi di grandi dimensioni su questo argomento potrebbero anche contribuire a risolvere il problema legato agli studi di piccole dimensioni. Gli effetti a lungo termine degli interventi di gestione dello stress a livello individuale sono sconosciuti a causa della totale assenza di studi o della scarsità di dati. Sono necessari studi che seguano i partecipanti per più di un anno dopo la fine dell'intervento per poter trarre conclusioni sui benefici a lungo termine, se esistono, riguardo alla riduzione dello stress derivante dagli interventi volti a alleviare lo stress negli operatori sanitari. La progettazione di interventi per ridurre lo stress tra le popolazioni ad alto rischio dovrebbe essere preferibilmente basata sui meccanismi di lavoro o sui modelli di cambiamento biologico o comportamentale sottostanti.

Abbiamo trovato un'indicazione preliminare di una differenza media standardizzata (SMD) più elevata quando si utilizza un gruppo di controllo con lista d'attesa rispetto a un gruppo di controllo senza interazione.

12 - INTERVENTI PER RIDURRE LO STRESS E PREVENIRE IL BURNOUT NEGLI OPERATORI SANITARI CON IL SUPPORTO DI APPLICAZIONI DIGITALI: UNA SCOPING REVIEW

DANIELA ADAM, JULIA BERSCHICK, JULIA K SCHIELE, MARTIN BOGDANSKI, MARLEEN SCHRÖTER, MELANIE STEINMETZ, ANNA K KOCH, JALID SEHOULI, SYLVIA RESCHKE, WIEBKE STRITTER, CHRISTIAN S KESSLER, GEORG SEIFERT

Tratto e tradotto da

Adam D, et al. Interventi per ridurre lo stress e prevenire il burnout nei professionisti sanitari supportati da applicazioni digitali: una revisione sistematica. Frontiers in Public Health, 25 ottobre 2023; 11:1231266. doi: 10.3389/fpubh.2023.1231266

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10630920/

Frontiers in Public Health. Rivista peer-reviewed che esplora tutti gli aspetti della salute pubblica, promozione della salute, prevenzione e politiche sanitarie.

Le parti omesse dal curatore rispetto all'originale sono indicate dal segno [...]

Abstract

Obiettivo

Gli operatori sanitari sono a maggior rischio di burnout, soprattutto a causa di fattori di stress legati al luogo di lavoro. La pandemia COVID-19 ha ulteriormente aumentato questo rischio. Esistono diversi interventi con vari gradi di efficacia; poco è stato riportato sul contenuto e sull'im-

plementazione di tali programmi. Questa revisione colma questa lacuna, con attenzione ai programmi recenti che utilizzano componenti digitali.

Metodi

PubMed, Embase, PsycInfo e Google Scholar sono stati cercati tra il 24 e il 28 gennaio 2022, limitatamente agli ultimi 5 anni (≥2017). Gli articoli sono stati inclusi se (1) erano incentrati sulla riduzione dello stress o sulla prevenzione del burnout per infermieri e medici nell'ambito della promozione della salute sul posto di lavoro per infermieri o medici, (2) includevano una componente digitale del programma, (3) erano condotti in contesti di Paesi ad alto reddito e (4) erano studi clinici pubblicati in inglese o tedesco. I dati sono stati estratti utilizzando fogli di calcolo progettati a priori. Un gruppo di almeno 2 autori in ogni fase ha effettuato lo screening, la selezione e l'estrazione dei dati.

Risultati

La strategia di ricerca ha identificato 153 articoli, tutti tranne 7 che sono stati esclusi. Due studi sono stati condotti negli Stati Uniti, due in Spagna, uno nei Paesi Bassi, uno in Polonia e uno in Corea. Quattro studi hanno utilizzato un disegno di studio randomizzato, tutti tranne uno avevano un gruppo di controllo. È stata utilizzata un'ampia gamma di misure di esito. I tipi di interventi comprendevano un programma di riduzione dello stress basato sulla mindfulness adattato e combinato con aspetti di terapie comportamentali, terapia cognitiva comportamentale o terapia di accettazione e impegno. I componenti digitali utilizzati erano applicazioni (4 studi), una piattaforma digitale, l'apprendimento misto e un intervento basato sul web (1 studio ciascuno). Sei studi si sono concentrati su interventi individuali, uno ha incluso interventi organizzativi.

Conclusione

Nonostante l'acuta crisi di burnout nel settore sanitario, sono stati trovati solo sette interventi recenti che integravano componenti digitali. Durante l'implementazione degli interventi sono emersi diversi problemi che hanno reso evidente l'urgente necessità di un supporto organizzativo per un'implementazione di successo. Sebbene gli interventi per la riduzione dello stress e la prevenzione del burnout debbano combinare

misure individuali e organizzative per avere il massimo successo possibile, ciò è avvenuto solo parzialmente in uno dei programmi di intervento. I risultati di questa scoping review possono essere utilizzati per sviluppare o ottimizzare ulteriormente i programmi di prevenzione dello stress e del burnout.

12.1 INTRODUZIONE

Il burnout è una sindrome legata al lavoro che comporta esaurimento emotivo, depersonalizzazione e riduzione della realizzazione personale (1). Nell'aggiornamento della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-11), il burnout è elencato nella sezione relativa ai problemi legati all'occupazione o alla disoccupazione ed è quindi ora classificato come una sindrome. Nei luoghi di lavoro degli operatori sanitari, i fattori di stress come l'elevato carico di lavoro, la gestione di pazienti sofferenti e altri conflitti legati al luogo di lavoro sono tra i principali fattori di rischio per lo sviluppo del burnout (2-4). La pandemia di COVID-19 ha ulteriormente intensificato questo carico psicologico per gli operatori sanitari (5, 6). Il National Physician Burnout and Suicide Report 2020 di Medscape ha stimato un tasso di burnout di circa il 43%, con le donne e i medici di mezza età (40-54 anni) che riportano più comunemente sintomi di burnout (7). Le stime di prevalenza tra i medici in Germania variano tra il 4 e il 20%, suggerendo valori molto più elevati di burnout rispetto alla popolazione generale (4,2%) (8). Il burnout dei medici è una crisi globale (9). Nei professionisti della sanità, il burnout comporta non solo conseguenze negative per la salute dell'individuo (10), ma porta anche a una minore sicurezza del paziente, a un'assistenza più scadente, a una minore professionalità, a un aumento degli infortuni sul lavoro e a un maggiore assenteismo (10-18). L'impatto economico del burnout tra gli operatori sanitari è immenso a causa dell'aumento dell'assenteismo e del turnover (19-24), aggravando ulteriormente la

già grave carenza di manodopera (25, 26). Le attuali revisioni sistematiche e meta-analisi sugli interventi per la riduzione dello stress e la prevenzione del burnout negli operatori sanitari hanno dimostrato che sono disponibili molti interventi diversi con livelli di efficacia variabili (27-30). Le conclusioni suggeriscono che le soluzioni individuali e organizzative siano idealmente combinate per ottenere maggiori miglioramenti nel benessere, che gli interventi dovrebbero essere facilmente accessibili sul posto di lavoro e che le tecnologie digitali possono rappresentare strumenti di supporto promettenti nella prevenzione dello stress (27-30). Sono stati riportati relativamente pochi dati sulle caratteristiche dettagliate dell'intervento, sulle applicazioni digitali utilizzate e sul modo in cui vengono integrate negli ambienti di lavoro. Le tecnologie digitali possono essere un valido supporto non solo nell'assistenza ai pazienti, ma anche negli interventi diretti agli operatori sanitari (31). Tuttavia, è necessario sviluppare ulteriormente la qualità degli interventi, soprattutto per quanto riguarda l'integrazione dei componenti digitali. L'obiettivo di questa scoping review è identificare gli attuali interventi di riduzione dello stress e di prevenzione del burnout supportati da componenti digitali per infermieri o medici nell'ambito della promozione della salute sul posto di lavoro. Di interesse erano i programmi specifici dedicati alla prevenzione del burnout - cioè nel senso di prevenzione primaria per evitare lo sviluppo di una malattia - così come i programmi volti a ridurre lo stress. Sebbene lo stress non porti di per sé al burnout o ad altre conseguenze dello stress, un eccesso di stress o la mancanza di risorse sufficienti per affrontarlo possono portare a conseguenze negative (32). Questi interventi dovrebbero svolgersi nel contesto delle attività generali di promozione della salute sul posto di lavoro dei rispettivi ospedali. Saranno fornite informazioni dettagliate sul contenuto del programma, sui processi di implementazione, sui metodi di valutazione e sugli endpoint rilevanti per un ulteriore sviluppo o ottimizzazione dei programmi di prevenzione in questo campo. A causa della situazione pandemica da COVID-19 dall'inizio del 2020 e della crescente domanda di applicazioni

digitali, viene valutata l'integrazione delle applicazioni digitali negli interventi.2. I metodi Questa revisione di scoping aderisce alle raccomandazioni dell'estensione Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis for Scoping Reviews (33). Un protocollo che descrive i razionali e i metodi pianificati è stato inviato a osf.io per la registrazione.

12.1.1 AMMISSIBILITÀ

I criteri di inclusione ed esclusione sono stati determinati in base alla domanda di ricerca e discussi dal team di ricerca (Tabella 1). Per essere inclusi, gli studi dovevano valutare programmi recenti di promozione della salute sul posto di lavoro che utilizzassero componenti digitali (basati sul web, piattaforme digitali e app) per infermieri o medici, progettati per ridurre lo stress o prevenire il burnout come parte della promozione della salute sul posto di lavoro. A causa dei requisiti speciali di queste professioni, abbiamo concentrato la nostra ricerca su questa clientela. Sono stati inclusi studi clinici provenienti da Paesi con un contesto di alto reddito, supponendo che questi siano dotati di risorse sanitarie simili. Sono state consultate le banche dati PubMed, Embase e PsycINFO. Gli articoli pubblicati dal 2017 in poi sono stati vagliati per includere solo i risultati più recenti. Per identificare le pubblicazioni che potrebbero non essere ancora state indicizzate in nessuna delle banche dati, la ricerca è stata ampliata a Google Scholar limitatamente agli anni più recenti (≥ 2020).

	INCLUSIONE	ESCLUSIONE
Popolazione dello studio	Infermieri e medici	Altri operatori sanitari
Area salute	Promozione della salute sul posto di lavoro	Altre aree sanitarie
Contenuto di interesse	Programmi sviluppati per ridurre lo stress o prevenire il burnout per infermieri e medici nell'ambito della promozione della salute sul posto di lavoro, utilizzando il supporto digitale.	Revisione della funzionalità dell'App, risultati del sondaggio sull'usabilità

Tipo digitale	Piattaforme basate sul web (accessibili tramite il world wide web) o digitali (accessibili tramite l'intranet aziendale), app	Telehealth, salute basata su SMS, videoconferenze, prodotti sanitari, dispositivi di tracciamento e realtà virtuale.
Tipo di pubblicazione	Studi clinici	Rapporti, sintesi di studi, tesi, studi epidemiologici, linee guida, manuali, manuali di istruzione, informazioni basate sull'utente, pubblicazioni tecniche o specialistiche, commenti e descrizioni di prodotti.
Paesi di interesse	Contesto di Paesi ad alto reddito secondo i gruppi di reddito della Banca Mondiale	≤ Contesti di Paesi a medio reddito
Database e tempistica	PubMed, Embase, Psycinfo: ≥ 2017 Google Scholar: ≥ 2020	
Lingua	Inglese o tedesco	

Tabella 1. Criteri di inclusione ed esclusione.

12.1.2 FONTI DI INFORMAZIONE E STRATEGIA DI RICERCA

Il team di ricerca, composto da psicologi, medici e altri ricercatori esperti, ha sviluppato una strategia di ricerca. La ricerca consisteva in associazioni di parole e relative parole chiave, secondo il thesaurus dei database sottostanti, per "gestione della salute sul lavoro", "stress" o "burnout" (indicazione), "professionisti della salute" e "componente digitale". Un elenco dettagliato dei termini di ricerca tedeschi e inglesi e degli operatori booleani si trova nella Tabella 2. PubMed, Embase, PsycInfo e Google Scholar sono stati cercati tra il 24 e il 28 gennaio 2022. Una ricerca di letteratura grigia sui progetti di prevenzione dello stress negli ospedali è stata condotta in parallelo, ma sarà pubblicata in un articolo separato a causa della portata limitata di questa revisione.

Gestione della salute sul lavoro	Gestione della salute sul posto di lavoro o gestione dell'assistenza sanitaria sul posto di lavoro o gestione della salute aziendale o gestione dell'assistenza sanitaria aziendale o gestione dell'assistenza sanitaria o promozione della salute sul posto di lavoro o salute sul posto di lavoro o promozione della salute o servizio di salute sul posto di lavoro

Indicazione	Stressreduktion o riduzione dello stress o stress [APA Thesaurus of Psychological Index Terms] o stress, psicologico [MESH Term] o stress lavorativo [MESH Term] o stress fisiologico [MESH Term / Emtree] o stress psicologico [MESH Term / Emtree] o stress mentale [Emtree] o stress emotivo [Emtree] o stress interpersonale [Emtree] o stress lavorativo [Emtree] o Stressprävention o prevenzione dello stress o Burnoutprävention o prevenzione del burnout
Professionisti dell'assistenza sanitaria	Operatori sanitari o personale sanitario o medico o medici o personale medico o professionista o medico privato o medico associato o infermiera o personale paramedico o paramedici
Componente digitale	Digitale o tecnologia digitale o interventi digitali o risorse per la salute o app o applicazione o applicazioni mobili o applicazione mobile o applicazione mobile per la salute

Tabella 2. Strategia di ricerca.

12.1.3 RACCOLTA E SINTESI DEI DATI

Le pubblicazioni identificate sono state importate in EndNote (versione 20.2.1); i duplicati sono stati rimossi. Due autori (JB e DA) hanno rivisto in modo indipendente gli abstract e i titoli. Successivamente, sono stati esaminati gli articoli a testo pieno (JB e DA). Per l'estrazione dei dati, sono stati sviluppati a priori due fogli di calcolo elettronici. Il primo modulo conteneva i dati sulle caratteristiche generali dello studio, mentre il secondo modulo conteneva i dati sulle caratteristiche dell'intervento. JB e DA hanno estratto in modo indipendente i dati in questi due fogli di calcolo. Le discrepanze sono state risolte attraverso la discussione tra JB, DA e il resto del team di ricerca. I risultati dell'estrazione dei dati, in particolare quelli relativi ai temi del contenuto del gruppo di intervento/esercizio fisico e delle implicazioni per gli interventi futuri, sono stati riassunti e discussi dai revisori (JB e DA) e da altri membri del team di ricerca.

12.2 RISULTATI

La strategia di ricerca ha identificato 153 pubblicazioni nei database medici. Dopo la rimozione dei duplicati, sono rima-

ste 143 pubblicazioni. La ricerca in Google Scholar ha rivelato altre sette pubblicazioni. In totale, 150 pubblicazioni sono state esaminate in base al titolo e all'abstract. Di queste, 136 non soddisfacevano i criteri di inclusione. Quattordici articoli con testo completo sono stati esaminati per l'inclusione. Sette articoli soddisfacevano tutti i criteri di inclusione e sono stati utilizzati per un'ulteriore estrazione di dati (Figura 1). Tutte le pubblicazioni erano articoli di ricerca originali (35-41). I motivi per l'esclusione degli altri sette articoli erano i seguenti: non era coinvolta alcuna componente digitale (n = 4), non era stato pubblicato alcun articolo di ricerca primaria (n = 2), oppure era stato pubblicato solo un protocollo di studio (n = 1). Un articolo ha descritto una valutazione del processo di uno studio senza includere i risultati (42). L'articolo di ricerca primaria è stato cercato e incluso nella revisione di scoping (37).

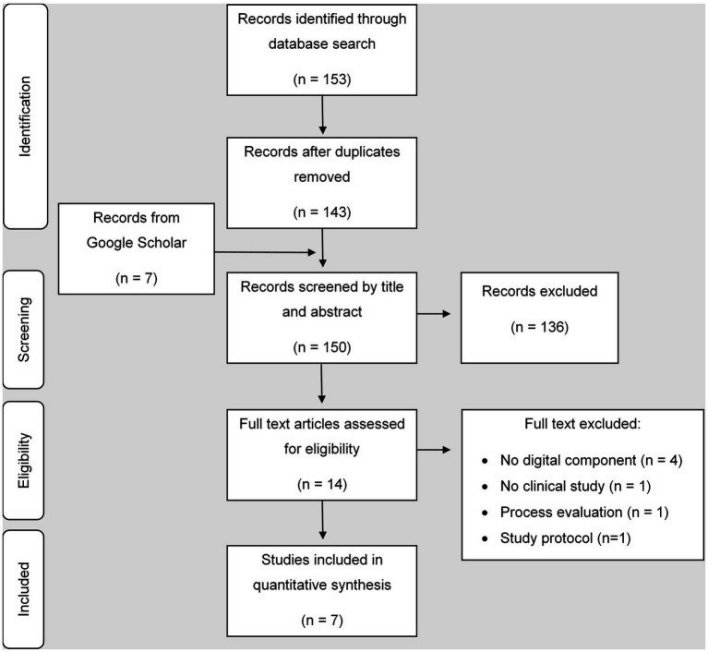


Diagramma di flusso.

12.2.1 CARATTERISTICHE DELLO STUDIO

Paese: i dettagli generali degli studi sono presentati nella Tabella 3. Due dei sette studi sono stati condotti negli Stati Uniti (35, 39) e due in Spagna (36, 40). Gli altri sono stati condotti nei Paesi Bassi, in Polonia e in Corea (37, 38).

Autore	Paese	Anno	Obiettivo	Design	Dimensione del campione	Misure di risultato	Punti di misurazione	Risultati
Coifman et al.	USA	2021	Testare l'efficacia di un breve intervento ambulatoriale online volto a sostenere la salute e il benessere psicologico durante la pandemia COVID-19.	Confronto randomizzato assegnato, pre-post	N = 28 (assegnati all'intervento a bassa dose o ad alta dose)	Esiti primari: PE (felicità, divertimento, affetto, contentezza, sollievo) e NE (disgusto, rabbia, tristezza, paura, angoscia).	Prima e dopo (1 settimana) ogni sessione, i partecipanti hanno valutato l'intensità di NE e PE specifici.	Intervento a bassa dose e ad alta dose: sig. Diminuzione della NE del 44% e aumento della PE del 13%; condizione di dose più alta: aumento aggiuntivo del 9,4% della PE (da prima a dopo la sessione) + diminuzione della NE di un ulteriore 7,8%.
Fiol-De-Roque et al.	Spagna	2021	Valutare l'efficacia di un intervento mHealth psicoeducativo e basato sulla mindfulness per ridurre i problemi di salute mentale durante la pandemia COVID-19.	Studio controllato in cieco, randomizzato individualmente, a gruppi paralleli	Gruppo di intervento n = 248; Gruppo di controllo n = 234	Esiti primari: DASS-21; risultati secondari: DTS, MBI-HSS, ISI, GSE, singole sottoscale del DASS-21, usabilità di PsyCovidApp	Al basale e a 2 settimane	Risultato primario: nessuna differenza sig. differenze tra i gruppi a 2 settimane; analisi dei sottogruppi: sig. Miglioramenti tra gli operatori sanitari che consumano farmaci psicotropi + ricevono psicoterapia.

Havermans et al.	Olanda	2018	Indagare l'efficacia di una strategia di implementazione basata su una piattaforma digitale per quanto riguarda lo stress, i determinanti dello stress lavorativo e il livello di implementazione tra gli operatori sanitari.	Disegno di studio controllato a cluster con 30 squadre abbinate e assegnate al gruppo sperimentale o di controllo.	Gruppo di intervento n = 252 (15 squadre); gruppo di controllo n = 221 (15 squadre)	Esito primario: stress: DASS-21; Risultati secondari: fattori psicosociali del lavoro (richieste psicologiche, supporto sociale, autonomia) misurati utilizzando le sotto-scale del JCQ.	Basale, 6 mesi, 12 mesi	Stress: effetto complessivo della strategia statisticamente sig., il gruppo di controllo ha mostrato punteggi di stress più alti rispetto al gruppo di intervento nel tempo. Analisi separate di follow-up: effetto statisticamente sig. Effetto per lo stress a 6, ma non a 12 mesi.
Hwang e Jo	Corea	2019	Sviluppare un'app per la salute mentale e valutarne la fattibilità e l'efficacia per quanto riguarda la gestione dello stress.	Disegno pre-test-post-test (per lo più assegnato in modo casuale)	Gruppo di intervento n = 26; gruppo di controllo n = 30	PSS-10; KOSS; PHQ-9; GAD-7; Scala coreana del lavoro emotivo; OMS-5; Autoefficacia; livello di soddisfazione con l'applicazione	Prima e dopo l'intervento	Lo stress, la depressione, l'ansia e il lavoro emotivo sono migliorati; l'indice positivo di benessere e il livello di autoefficacia sono aumentati.
Mistretta et al.	USA	2018	Valutare se un programma di formazione alla resilienza basato sulla mindfulness (MBRT) in persona o un intervento basato sulla resilienza erogato tramite smartphone migliorasse lo stress, il benessere e il burnout.	RCT a 3 bracci	Gruppo di intervento n = 22; app di intervento sulla resilienza via smartphone n = 23; gruppo di controllo n = 15	Esito primario: DASS-21, OMS-5; risultato secondario: MBI-HSS, SCS, scala della compassione per gli altri, affetti quotidiani, qualità delle relazioni, azioni apprezzate, monitoraggio del sonno.	Basale, 6 settimane (dopo la fine dell'intervento), 3 mesi	Gruppo MBRT: sig. Riduzione dello stress a 6 settimane e 3 mesi + sig. Miglioramento della sottoscala dell'esaurimento emotivo (MBI). Gruppo MBRT e gruppo smartphone resilienza: sig. Aumento del benessere a 6 settimane e 3 mesi.

Montero-Marin et al.	Spagna	2018	Indagare se un programma misto basato sulla mindfulness per i medici di base, senza supporto o guida, migliorerebbe il benessere e se il costrutto di consapevolezza sarebbe un fattore di mediazione per il miglioramento.	Studio aperto non controllato	N = 290	Esito primario: PANAS-positivo; esiti secondari: PANAS-negativo, MAAS, CDRISC, BCSQ-12	Prima e dopo l'intervento	Partecipanti che completano "due o più pratiche settimanali": miglioramenti pre-post per PANAS-positivo + sig. Miglioramenti nel MAAS. Partecipanti che completano "una pratica settimanale": nessun miglioramento sig. Miglioramenti in PANAS-positivo. Nessun sig. Miglioramenti in PANAS-negativo, CDRISC o BCSQ-12 in qualsiasi gruppo.
Smoktunowicz et al.	Polonia	2019	Verificare se un intervento su Internet Med-Stress riduce lo stress lavorativo, il burnout, la depressione e lo stress secondario legato al lavoro e aumenta l'impegno lavorativo attraverso il miglioramento del supporto sociale percepito e dell'autoefficacia.	RCT parallelo a 4 bracci	N = 1.200 (300 partecipanti per condizione)	Esiti primari: PSS-14, OLBI; esiti secondari: PHQ-9, UWES-3, PCL-5	Pre-intervento, post-intervento (6 settimane gruppi sperimentali; 3 settimane gruppi di controllo), follow-up: 6 mesi, 12 mesi	Alto abbandono (perdita al post-test 82,5%), stress lavorativo: Nessun sig. Effetto dell'assegnazione della condizione (gruppi) sullo stress lavorativo per qualsiasi confronto tra i gruppi, ma sig. Effetto del tempo per tutti i confronti (lo stress è diminuito con il tempo). Burnout: nessun effetto principale dell'assegnazione sul burnout lavorativo per tutti i confronti, ma effetto principale del tempo per tutti i confronti (il burnout è diminuito con il tempo).

BCSQ-12, questionario sul sottotipo clinico del burnout; CDRISC, scala di resilienza Connor-Davidson; DASS-21, scala depressione-ansia-stress-21; DTS, scala Davidson trauma; GAD-7, disturbo d'ansia generalizzato; GP, medico generico; GSE, scala di autoefficacia generale; HCW, operatori sanitari; ISI, indice di gravità dell'insonnia; JCQ, questionario sui contenuti del lavoro; KOSS, scala coreana dello stress lavorativo; MAAS, scala di attenzione e consapevolezza mindful; MBI - HSS, Maslach burnout inventory - indagine sui servizi umani; MBRT, formazione alla resilienza basata sulla mindfulness; n, numero di partecipanti per gruppo; N, numero totale di partecipanti allo studio; NE, emozioni negative; OLBI, Oldenburg burnout inventory; PANAS, tabella degli affetti positivi e negativi; PCL-5, lista di controllo del disturbo da stress post-traumatico 5; PE, emozioni positive; PHQ-9, questionario sulla salute del paziente; PSS-10, scala dello stress percepito 10; PSS-14, scala dello stress percepito 14; RCT, studio controllato randomizzato; SCS, scala dell'autocompassione; sig., significativo; UWES-3, scala di impegno lavorativo di Utrecht; WHO-5, indice di benessere WHO-5.

Tabella 3. Caratteristiche dello studio.

12.2.2 DISEGNI DELLO STUDIO

Tutti gli studi sono stati pubblicati tra il 2018 e il 2021. Quattro studi hanno utilizzato un disegno di studio randomizzato (35, 36, 39, 41). Tutti gli studi, tranne uno, avevano un gruppo di controllo (40). Sei studi su sette includevano uno o più gruppi di controllo (35-39, 41). Due studi hanno applicato un disegno di lista d'attesa (37, 38). Quattro studi hanno confrontato l'intervento con gruppi di controllo attivi (35, 36, 39, 41).

12.2.3 DIMENSIONI DEL CAMPIONE

La dimensione del campione negli studi variava tra n = 28 e n = 1.200 partecipanti. Tre studi avevano un numero piuttosto ridotto di partecipanti per gruppo, ≤30 (35, 38, 39). I quattro studi rimanenti includevano tra n = 221 e n = 300 partecipanti per gruppo (36, 37, 40, 41).

12.2.4 MISURE DI RISULTATO

È stata utilizzata un'ampia gamma di misure di esito. Per l'esito primario, tre studi hanno utilizzato la Depression Anxiety Stress Scale-21 (36, 37, 39), due hanno esaminato le emozioni positive e negative con questionari diversi (35, 40) e due si sono concentrati sullo stress applicando la Perceived Stress Scale (38, 41). Per gli esiti secondari, due studi hanno utilizzato il Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (36, 39) e due han-

no utilizzato il Patient Health Questionnaire (38, 41). I risultati variano tra i diversi studi e le misure di esito.

12.2.5 RISULTATI

I risultati della Depression Anxiety Stress Scale-21 variano tra gli studi, ma nel complesso sono orientati positivamente. Fiol-DeRoque et al. (35) non hanno riscontrato differenze significative tra i gruppi di controllo e di intervento, ma le analisi dei sottogruppi hanno mostrato miglioramenti significativi tra gli operatori sanitari che consumavano farmaci psicotropi e ricevevano psicoterapia. Havermans et al. (36) hanno analizzato una sottoscala dello stress della Depression Anxiety Stress Scale e hanno scoperto che il gruppo di controllo mostrava punteggi di stress più elevati rispetto al gruppo di intervento nel tempo. Mistretta et al. (39) hanno riscontrato riduzioni significative dello stress grazie alla formazione sulla resilienza basata sulla Mindfulness. Ulteriori risultati degli esiti primari e secondari degli studi sono mostrati nella Tabella 3.

12.2.6 CARATTERISTICHE DELL'INTERVENTO

I dettagli sugli interventi sono presentati nella Tabella 4.

Autore	Intervento	Controllo	Durata intervento	Interventi a intervalli	Popolaz. target	Componente digitale	Implicazioni future
Coifman et al.	Scrittura espressiva, attività di regolazione delle emozioni adattive, attività di generazione di emozioni positive. Un esempio di prompt per le emozioni positive: "Pensi a un momento recente in cui ha riso e ricordi cosa c'era di così divertente".	Gruppo di controllo attivo: Uguale all'intervento, ma più lungo ("dose elevata" 4-6 min).	3-6 min	1 qd per 1 settimana	Personale medico e di emergenza (ospedale), personale della polizia e dei vigili del fuoco	App per smartphone (gruppo di intervento e di controllo)	Gli interventi brevi, quotidiani e ambulatoriali sono efficaci.

Fiol-DeRoque et al.	PsyCovidApp: Intervento psico-educativo autogestito, basato su CBT e mindfulness: Contenuti scritti e audiovisivi rivolti a quattro aree: competenze emotive, comportamento di stile di vita sano, stress lavorativo e burnout e supporto sociale (ciascuno con input per il monitoraggio dello stato di salute mentale; educazione sui sintomi psicologici come l'ansia; suggerimenti per gestire i fattori di stress legati alla pandemia, ad esempio con tecniche di rilassamento e respirazione; stile di vita sano e suggerimenti per promuoverlo; strategie organizzative e individuali per promuovere la resilienza e ridurre lo stress sul lavoro e il burnout; promozione del supporto sociale).	Gruppo di controllo attivo: Raccomandazioni generali sulla cura della salute mentale (App)	Variegato	Variazione, app disponibile per 2 settimane	HCW dei pazienti COVID-19	App per smartphone (gruppo di intervento e di controllo)	Potrebbe essere raccomandato l'uso di un comparatore passivo + un periodo di intervento più lungo; un intervento solo digitale potrebbe non produrre miglioramenti significativi.
Havermans et al.	Prevenzione dello stress@lavoro: Strategia di attuazione integrale e sfaccettata: Piattaforma digitale che include informazioni, screening, strumenti di pianificazione + un motore di ricerca per interventi di prevenzione dello stress lavorativo (da linee guida scritte a progetti di prevenzione su misura).	Lista d'attesa	Variegato	Non dichiarato	Dipendenti di un'organizzazione sanitaria	Piattaforma digitale (gruppo di intervento e di controllo)	La carenza di personale, il turnover e la ristrutturazione organizzativa hanno ostacolato l'utilizzo della strategia.
Hwang e Jo	Non dichiarato	Lista d'attesa	> 10 min	Più di due volte alla settimana, app	disponibile per 4 settimane	Infermieri impiegati negli ospedali	App per smartphone (gruppo di intervento e di controllo) La ricerca futura dovrebbe includere un campione più ampio, una consulenza continua e la fornitura di informazioni sulla salute attraverso le funzioni attuali dell'app e l'analisi di più fattori.

Mistretta et al.	MBRT (aspetti di MBSR + ACT): La MBRT prevede l'apprendimento di abilità di consapevolezza per affrontare in modo efficace pensieri o esperienze spiacevoli o indesiderate, e l'apprendimento di abilità di resilienza per promuovere una crescita e un comportamento positivi, in linea con le proprie intenzioni e valori. Incorpora aspetti della riduzione dello stress basata sulla consapevolezza (MBSR) e della Terapia di accettazione e impegno (ACT), pur differenziandosi da questi due approcci per gli esercizi di meditazione più brevi e per l'esplorazione più approfondita della neurobiologia dello stress e della resilienza. Argomenti delle sessioni dal vivo (compresa l'istruzione, la pratica, la discussione): resilienza, mindfulness, affrontare sensazioni fisiche difficili / emozioni / pensieri indesiderati, autocompassione; vengono forniti audio per l'autoformazione.	Gruppo di controllo attivo: Smartphone Resilience Training: monitoraggio del sonno, delle emozioni + suggerimenti (ogni 7-10 giorni) per selezionare argomenti di formazione: sonno, felicità + produttività, energia, concentrazione, produttività. Gruppo di controllo senza intervento aggiuntivo.	120 min	1 settimanale per 6 settimane	Dipendenti della clinica	App per smartphone (solo gruppi di controllo)	Utilità sia negli interventi di mindfulness condotti di persona che in quelli con smartphone + benefici più ampi per quanto riguarda lo stress e il burnout legato al lavoro per gli interventi di MBRT condotti di persona.
Montero-Marin et al.	MBI misto e abbreviato basato sul web: Incontro faccia a faccia: modulo teorico sulla mindfulness (utilità per i medici di base, implementazione nella pratica personale, integrazione nella vita quotidiana), modulo pratico (ad esempio, esercizio dell'uva passa, consapevolezza del respiro, scansione del corpo, pratica di 3 minuti, pratica basata sui valori adattata dall'ACT). Formazione online: pratiche audio + video (gestione dei pensieri e delle emozioni, meditazione camminata, movimenti mindful, meditazione di consapevolezza gentile) + descrizioni teoriche estese (testi + articoli)	Nessun gruppo di controllo	Incontro faccia a faccia: 4 ore, formazione online: 45 min	Tutti insieme: 10 ore in un periodo di 1 mese, incontro faccia a faccia: una sola volta, formazione online: 2 volte a settimana per 4 settimane.	Medici di base	Apprendimento misto: incontro faccia a faccia combinato con la formazione online.	L'adesione alle componenti online/digitali è importante per il successo del programma; i formati misti sono fattibili.

Smoktunowicz et al.	Med-Stress: Intervento autoguidato su internet, contenente 2 moduli principali: SE e SS percepita. 3 esercizi con cornice CBT per modulo: consistono in clip animate psicoeducative + compiti interattivi che richiedono attività sia sul web che offline. Esercizi SE: esperienza di padronanza, esperienza vicaria, pianificazione dell'azione. Esercizi di SS: supporto percepito e distorsioni cognitive, abilità sociali e supporto tra pari, pianificazione dell'azione.	Due gruppi di controllo attivi: solo modulo di autoefficacia o solo modulo di supporto sociale percepito.	1.5 h	Settimanalmente per 6 settimane	Medici, infermieri, ostetriche, fisioterapisti, paramedici	Intervento basato su Internet (gruppo di intervento e di controllo)	Il burnout lavorativo non dipendeva dall'assegnazione alla condizione di studio. Tuttavia, l'assegnazione alla condizione di studio ha avuto un effetto sullo stress lavorativo.
ACT, terapia di accettazione e impegno; CBT, terapia cognitivo-comportamentale; HCW, operatori sanitari; MBI, intervento basato sulla mindfulness; MBRT, formazione alla resilienza basata sulla mindfulness; MBSR, riduzione dello stress basata sulla mindfulness; qd, giornaliero; SE, autoefficacia; SS, supporto sociale.							

Tabella 4. Caratteristiche dell'intervento.

12.2.7 CONTENUTO DELL'INTERVENTO

Gli interventi erano multiformi e variavano tra gli studi. Uno studio ha analizzato un intervento composto da scrittura espressiva, attività di regolazione delle emozioni adattive e attività di generazione di emozioni positive (35). Un altro studio ha analizzato un intervento psicoeducativo autogestito basato sulla terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e sulla mindfulness (36). Uno studio ha valutato una strategia di implementazione integrale e sfaccettata, costituita da una piattaforma digitale che include informazioni, screening, strumenti di pianificazione e un motore di ricerca per interventi di prevenzione dello stress lavorativo (37). Un altro studio ha valutato aspetti della formazione alla resilienza basata sulla mindfulness (MBRT) (39). Uno studio ha analizzato un intervento misto e abbreviato basato sulla mindfulness via web (40) e un altro studio ha valutato un intervento autoguidato via internet contenente esercizi con cornice CBT (41). Uno studio non ha fornito dettagli sull'intervento utilizzato (38).

12.2.8 DURATA E INTERVALLI DELL'INTERVENTO

La durata e gli intervalli degli esercizi di intervento variavano da 3 minuti a 4 ore, con intervalli che andavano da giornalieri a settimanali o scelti dai partecipanti.

12.2.9 COMPONENTI DIGITALI

Quattro studi hanno lavorato con componenti digitali per il gruppo di intervento e/o di controllo (35, 36, 38, 39). Due studi hanno utilizzato una piattaforma basata sul web in modi diversi: Havermans et al. (37) l'hanno adottata per fornire informazioni sulle strategie di impianto dei programmi di prevenzione dello stress lavorativo a livello organizzativo, mentre Smoktunowicz et al. (41) hanno offerto un intervento autoguidato tramite la stessa piattaforma web. Uno studio ha applicato un formato di apprendimento misto, che combina incontri faccia a faccia e formazione online (basata sul web) (40).

12.3 DISCUSSIONE

12.3.1 RIASSUNTO DEI RISULTATI

Questa scoping review mostra che il tema della riduzione dello stress e della prevenzione del burnout per gli operatori sanitari è affrontato nei recenti progetti di gestione della salute sul posto di lavoro che includono componenti digitali. Fornisce informazioni sui singoli contenuti, sull'implementazione e sulla valutazione di sette programmi attuali pubblicati negli ultimi cinque anni, con particolare attenzione all'uso di componenti digitali, che è sempre più rilevante considerando la pandemia COVID-19 (31). Il contenuto, la forma della componente digitale e la valutazione scientifica degli interventi differiscono in modo sostanziale (35-41). Per quanto riguarda l'implementazione, si conclude che gli interventi brevi possono essere efficaci, ma si possono ottenere effetti più elevati con interventi a dosi

maggiori (35, 37, 39) e il comportamento del leader e le caratteristiche del team (37) giocano un ruolo importante nel successo del progetto. Data la scarsità di risultati, è difficile fornire raccomandazioni più pratiche.

Sebbene gli interventi per la riduzione dello stress e la prevenzione del burnout dovrebbero combinare interventi individuali e organizzativi per raggiungere il massimo successo possibile (29), questo è solo parzialmente il caso degli studi identificati qui (37). Gli interventi individuali, come le attività di generazione di emozioni positive (35), le attività psicoeducative autogestite (36), la MBRT (39), la mindfulness (40) e gli esercizi basati sulla CBT (41), sono componenti importanti nel campo della riduzione dello stress e della prevenzione del burnout, ma difficilmente possono apportare cambiamenti sostenibili da soli. Per questo, è necessaria un'azione supplementare a livello organizzativo, poiché la causa principale del burnout risiede nelle condizioni del rispettivo ambiente di lavoro (4). Negli operatori sanitari, la mancanza di meccanismi di coping individuali può favorire il burnout, ma raramente ne è l'unica causa (4). Il fatto che la riduzione dello stress e la prevenzione del burnout avvengano ancora principalmente a livello individuale, nonostante le migliori conoscenze, solleva domande. Una ragione potrebbe essere che tali ricerche e misure sono raramente condotte dalle organizzazioni più autorevoli (43). Gli attori della ricerca di solito non hanno la possibilità di intervenire nelle strutture o nei processi esistenti e, pertanto, iniziano da dove possono: dal livello individuale. Un ancoraggio istituzionale della riduzione dello stress e della prevenzione del burnout, con il sostegno della direzione, è essenziale per attuare misure organizzative con successo e in modo sostenibile (43).

I risultati degli interventi valutati mostrano chiaramente le sfide affrontate dagli sviluppatori dei programmi: la carenza di personale, il turnover e la ristrutturazione organizzativa hanno ostacolato l'uso degli interventi (37) e possono essere alla base degli alti tassi di abbandono (40). Anche la paura dello stigma legato ai problemi di salute mentale sul lavoro inibisce sia il tratta-

mento che la divulgazione nei medici (44). Il miglior intervento non serve a nulla se non può essere attuato nella vita quotidiana a causa di fattori esterni. Questo aspetto deve essere considerato quando si sviluppano gli interventi e non deve essere trascurato: un intervento che non ha il sostegno dei dirigenti e della direzione avrà difficoltà a ottenere successo a lungo termine. Il sostegno della direzione non solo è direttamente necessario per il successo dei programmi di prevenzione, ma è anche correlato alla soddisfazione dei dipendenti. Alcuni studi hanno dimostrato che l'insoddisfazione per le tutele della salute fisica sul posto di lavoro era significativamente associata a livelli più elevati di esaurimento emotivo (45). Questi problemi si riflettono anche negli alti tassi di abbandono; in uno studio, i tassi sono arrivati all'82,5% (41). Le analisi statistiche degli abbandoni hanno mostrato che i tassi di abbandono erano correlati all'assegnazione dell'intervento e alle caratteristiche occupazionali e demografiche. I moduli di intervento che richiedevano meno tempo avevano maggiori probabilità di essere completati. Anche i lavoratori più anziani, che lavoravano da più tempo, avevano maggiori probabilità di completare lo studio. Questi avevano anche un'aspettativa iniziale più alta e una maggiore credibilità percepita dell'intervento. È interessante notare che coloro che avevano partecipato all'intervento avevano punteggi più bassi al basale per lo stress lavorativo, il burnout lavorativo, la depressione e lo stress post-traumatico legato al lavoro. Questo suggerisce che coloro che hanno iniziato l'intervento già molto stressati e con alti livelli di burnout non hanno trovato il tempo di completarlo.

Naturalmente, coloro che ne trarrebbero i maggiori benefici sono. In questo caso, spetta al datore di lavoro, nonostante l'acuta carenza di personale, creare strutture che consentano la partecipazione - nel migliore dei casi anche agli interventi che richiedono più tempo. Anche se i tassi di abbandono elevati non sono rari negli interventi via Internet non supervisionati, questo è un valore particolarmente elevato. Le principali ragioni addotte per questo sono state l'entusiasmo e la curiosità iniziali che sono diminuite nel tempo. Si tratta di un problema che sorge in

generale di fronte agli interventi sanitari: come possiamo garantire che gli interventi abbiano un effetto duraturo? Gli interventi per una riduzione efficace dello stress e per la prevenzione del burnout non devono essere sviluppati in modo distaccato dal contesto reale in cui verranno poi applicati (46). Una valutazione dettagliata e completa delle esigenze a priori, mirando anche ai fattori ambientali del rispettivo contesto lavorativo, è indispensabile per poter sviluppare interventi efficaci. Nel migliore dei casi, questi fattori ambientali ostacolanti vengono immediatamente integrati nell'intervento. Questi risultati integrano le richieste di una combinazione di prevenzione comportamentale e situazionale: per una riduzione efficace dello stress e prevenzione del burnout, non è possibile l'una senza l'altra (46, 47). Il sistema sanitario deve affrontare queste sfide in modo tempestivo. Le conseguenze del burnout sono gravi, non solo per gli operatori sanitari ma anche per i pazienti, in quanto gli errori medici prevenibili diventano sempre più inevitabili (10-13, 15, 16). Una recente meta-analisi sottolinea con forza questo punto, utilizzando i dati di 239.246 medici (11): il burnout dei medici mina la sicurezza dell'assistenza sanitaria. In un contesto di carenza di personale in queste importanti professioni, si tratta ancora una volta di una questione urgente. Le misure efficaci nella pratica sono necessarie e non devono più essere considerate come un "nice-to-have". Senza una riduzione efficace dello stress e una prevenzione del burnout saldamente ancorata alla gestione della salute sul lavoro, il nostro sistema sanitario si sta dirigendo verso il disastro. Gli ultimi anni, con la pandemia COVID-19, hanno dimostrato quanto rapidamente le richieste di queste professioni possano intensificarsi. Sono necessarie strategie di coping efficaci, tra cui programmi efficienti di riduzione dello stress e prevenzione del burnout. Sebbene sia difficile fornire raccomandazioni più pratiche data la scarsità di risultati, la presente scoping review illustra la necessità critica di ulteriori ricerche in quest'area, soprattutto per quanto riguarda i micro-interventi, i campioni più ampi, i periodi di intervento più lunghi che includono un comparatore passivo, gli interventi a livello organizzati-

vo e i formati misti. Per la comprensibilità dell'implementazione dei programmi, questi dovrebbero essere descritti nel modo più specifico possibile in termini di struttura metodologica, didattica e di contenuto. Inoltre, è importante l'accettazione a lungo termine (prospettiva di 1-2 anni).

12.3.2 LIMITAZIONI

Una limitazione della presente revisione è che non è stata valutata la qualità degli studi inclusi; tuttavia, questo non è richiesto o consigliato per le revisioni di scoping (33). Inoltre, sono stati valutati solo sette studi in totale e quindi sono stati presi in considerazione solo cinque Paesi. Inoltre, abbiamo incluso solo studi di Paesi ad alto reddito in lingua tedesca o inglese e solo pubblicazioni recenti su studi clinici a partire dall'anno 2017. Tuttavia, il progetto complessivo comprendeva una ricerca di letteratura grigia. La ricerca si è concentrata sui progetti di prevenzione dello stress negli ospedali che non sono stati valutati in uno studio clinico e contiene i risultati di interviste semi-strutturate con i membri del progetto, che permettono di approfondire quest'area "non pubblicata". La densità di informazioni ha superato lo scopo di questa revisione. I risultati sono stati accettati per la pubblicazione recentemente (48).

12.3.3 CONCLUSIONE

Esiste un'elevata richiesta di supporto completo per gli operatori sanitari in termini di salute mentale a lungo termine (3, 49). Questa revisione fornisce informazioni dettagliate sul contenuto degli attuali programmi internazionali di prevenzione dello stress e del burnout con componenti digitali per gli operatori sanitari. Vengono identificate sia le potenziali barriere che i fattori potenzialmente abilitanti relativi al contenuto e all'implementazione dei programmi. I risultati di questa revisione possono essere utilizzati per informare lo sviluppo di programmi di prevenzione e la ricerca in questo settore. Il fatto che siano stati identificati solo sette interventi recenti in questa revisione, nonostante l'acuta

crisi del burnout nell'assistenza sanitaria, evidenzia l'urgenza di sviluppare un maggior numero di programmi che siano efficaci, soprattutto nei contesti lavorativi reali.

13 - INTERVENTI ORGANIZZATIVI E INDIVIDUALI PER LA GESTIONE DELLO STRESS LEGATO AL LAVORO NEGLI OPERATORI SANITARI: UNA REVISIONE SISTEMATICA

PIERLUIGI CATAPANO, SALVATORE CIPOLLA, GAIA SAMPOGNA, FRANCESCO PERRIS, MARIO LUCIANO, FRANCESCO CATAPANO, ANDREA FIORILLO

Tratto e tradotto da

Catapano P, et al. Interventi organizzativi e individuali per la gestione dello stress legato al lavoro nei professionisti sanitari: una revisione d'ambito. MDPI Medicina, 20 ottobre 2023; 59(10):1866. doi: 10.3390/medicina59101866

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10608642/

MDPI Medicina. Rivista scientifica open access che pubblica articoli originali e revisioni cliniche su medicina generale, specialistiche e pratiche sanitarie.

Le parti omesse dal curatore rispetto all'originale sono indicate dal segno [...]

Abstract

Il luogo di lavoro rappresenta una fonte rilevante di stress per i lavoratori, essendo un fattore di rischio per molti disturbi mentali e difficoltà psicologiche, compresa la sindrome del burn-out. Gli operatori sanitari e altre professioni di aiuto sono particolarmente suscettibili allo stress correlato al lavoro. La presente revisione sistematica mira a (1) identificare gli interventi disponibili per la gestione dei sintomi dello stress

correlato al luogo di lavoro; (2) valutare la loro efficacia; e (3) discutere i limiti attuali degli interventi disponibili. È stata condotta una revisione sistematica, cercando nei database PubMed, APA PsycInfo e Scopus. Sono stati identificati diciotto articoli, che includevano diversi interventi per la gestione dello stress da lavoro negli operatori sanitari. Questi approcci possono essere raggruppati come segue: (1) interventi incentrati sul livello individuale, utilizzando approcci di terapia cognitivo-comportamentale (CBT); (2) interventi incentrati sul livello individuale, utilizzando tecniche di rilassamento; e (3) interventi incentrati sul livello organizzativo. Per quanto riguarda gli interventi a livello individuale con approcci CBT, quelli basati sulla mindfulness si sono dimostrati efficaci nel ridurre i livelli di burn-out, stress e ansia e nel migliorare la qualità della vita. Per quanto riguarda gli interventi che utilizzano tecniche di rilassamento, tra cui l'arteterapia, le Emotional Freedom Techniques (EFT) e brevi ritiri di resilienza, si sono rivelati avere un effetto positivo sui livelli di ansia, stress e burnout. In merito agli interventi a livello organizzativo, non sono state trovate prove a sostegno della loro efficacia nel ridurre i livelli di burnout. Inoltre, gli studi disponibili sono eterogenei in termini di strumenti di valutazione, popolazioni target e tipi di interventi, il che limita la generalizzabilità dei risultati.

13.1 INTRODUZIONE

Lo stress legato al lavoro è un fenomeno complesso, che è stato definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come "la risposta che le persone possono avere quando vengono presentate richieste e pressioni lavorative che non corrispondono alle loro conoscenze e capacità e che mettono a dura prova la loro capacità di far fronte" [1]. Lo stress può colpire i lavoratori in molte situazioni diverse ed è dovuto alla mancanza di supporto da parte di supervisori e colleghi, o allo scarso controllo sui processi lavorativi [2]. La relazione tra i livelli di stress e le prestazioni lavorative è bidirezionale: la pressione percepita può essere utile per mantenere l'individuo vigile, motivato, in grado di lavorare

e imparare; tuttavia, quando supera una certa soglia - che varia tra gli individui - diventa eccessiva o ingestibile, causando stress. Lo stress può influenzare negativamente la salute dei dipendenti e le loro prestazioni lavorative. Il luogo di lavoro rappresenta una fonte rilevante di stress per i lavoratori a causa dei carichi di lavoro eccessivi, della violenza morale, dei processi lavorativi, delle interazioni con le famiglie dei pazienti, delle richieste professionali e amministrative, delle limitazioni delle risorse e della mancanza di supporto da parte del management [3]. Pertanto, i luoghi di lavoro possono svolgere un ruolo centrale nello sviluppo di problemi di salute mentale, come la sindrome del burnout o veri e propri disturbi mentali, soprattutto disturbi ansiosi e depressivi. La sindrome del burnout è composta da tre dimensioni: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione personale [4]. Il termine "burnout" descrive una tensione fisica ed emotiva che si verifica specificamente nell'ambiente di lavoro. La sindrome del burnout è nota anche come sindrome da stress cronico legato al lavoro [4,5,6,7,8,9,10].

Come altre professioni di aiuto, gli operatori sanitari sono particolarmente suscettibili allo stress legato al lavoro a causa delle richieste della loro pratica clinica quotidiana e della continua esposizione alla sofferenza dei pazienti [11,12]. In particolare, lo stress tra gli operatori sanitari varia dal 27% all'87,4% e influisce significativamente sulla loro salute fisica e mentale, sul rischio di uso di sostanze, sui ritardi legati al lavoro, sull'assenteismo e sul presenzialismo, oltre a influenzare il tasso di emigrazione [13]. Inoltre, può causare problemi di sicurezza per il paziente e una scarsa qualità dell'assistenza. La mancata corrispondenza tra i requisiti del lavoro e le risorse disponibili, il sovraccarico di lavoro, l'ambiente di lavoro, l'esperienza lavorativa, i conflitti sul posto di lavoro, la discriminazione di genere, lo stato civile, il livello di istruzione, la soddisfazione lavorativa e la mancanza di adeguata ricompensa sono alcuni dei fattori significativamente associati allo stress professionale tra gli operatori sanitari. Inoltre, un elemento importante che può mediare l'impatto dello stress legato al lavoro sulla salute mentale degli operatori sanitari è il senso

di coerenza (SOC). Questo costrutto è definito come l'orientamento generale a vedere la vita come comprensibile, gestibile e significativa, e avere la capacità di affrontare le situazioni stressanti. Una recente revisione sistematica di Pablo González-Siles (2022) ha evidenziato che lo stress, la depressione, il burnout e il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) sono negativamente correlati con il SOC; al contrario, la soddisfazione lavorativa, il benessere e la qualità della vita sono positivamente correlati con il SOC [14].

La pandemia di malattia da coronavirus 2019 (COVID-19) ha introdotto ulteriori fattori di stress, come il trasferimento del personale e la paura dell'infezione [15]. Durante la pandemia, sono stati segnalati livelli maggiori di stress legato al lavoro e sintomi di burn-out da parte degli operatori sanitari [16], a causa della necessità di gestire un'emergenza sanitaria inaspettata senza conoscenze né mezzi di sicurezza adeguati [17,18,19,20,21,22,23]. Secondo l'indagine dell'EU-OSHA sui lavoratori OSH Pulse - sicurezza e salute sul lavoro nei luoghi di lavoro post-pandemia - quasi la metà degli operatori sanitari (44%) ha riferito che lo stress lavorativo è aumentato, in particolare durante la prima ondata della pandemia [24,25,26,27,28,29]. Nella fase iniziale della pandemia, i livelli di stress, i sintomi di ansia e le difficoltà di sonno sono aumentati nei professionisti di prima linea [30,31,32]. Inoltre, il rischio di suicidio e l'ideazione suicida sono inizialmente aumentati [33], con un ulteriore peggioramento del carico associato allo stress sul posto di lavoro [34,35,36,37]. Pertanto, è stata sostenuta la necessità di sviluppare interventi di supporto per promuovere la salute mentale degli operatori sanitari. Infatti, molti ospedali che si occupano di pazienti COVID-19 hanno istituito linee di assistenza o offerto aiuto psicologico a tutti gli operatori sanitari che necessitano di supporto [38,39,40].

Lo stress legato al lavoro sulla salute mentale è stato riconosciuto come uno degli eventi stressanti più significativi per la salute mentale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e da diverse associazioni scientifiche internazionali, come l'Associa-

zione Psichiatrica Mondiale e l'Associazione Psichiatrica Europea, che si sono impegnate a implementare e diffondere strategie e interventi a più livelli per la prevenzione, l'individuazione precoce e la gestione dei sintomi dello stress legato al lavoro. Gli interventi per i sintomi dello stress legato al lavoro possono essere raggruppati in quelli che si concentrano sul livello individuale, utilizzando tecniche cognitivo-comportamentali o approcci di rilassamento, e quelli che si concentrano sul livello organizzativo [41]. La presente revisione sistematica mira a (1) identificare gli interventi disponibili a livello individuale o organizzativo per la gestione dei sintomi di stress legati al luogo di lavoro; (2) valutarne l'efficacia; e (3) discutere gli eventuali limiti degli interventi disponibili.

13.2 I METODI

13.2.1 STRATEGIA DI RICERCA

È stata effettuata un'ampia ricerca di articoli rilevanti nei database PubMed, APA PsycInfo e Scopus, inserendo i seguenti termini: "Stress professionale" [Mesh] AND ("Ansia" [Mesh] OR "Depressione" [Mesh] OR "Stress, Fisiologico" [Mesh]) AND ("Personale Sanitario" [Mesh] OR "Strutture, Manodopera e Servizi Sanitari" [Mesh]) AND ("prevenzione e controllo" [Sottovoce] OR "prevenzione" [Parola di Testo]), utilizzando "Abstract", "Humans", "English" come filtri su PubMed; (TITLE-ABS-KEY (lavoro e stress e (ansia e depressione e stress)) AND ((salute e personale) O (salute e assistenza e strutture e manodopera e servizi)) AND (prevenzione) AND ANNO DI PUBBLICAZIONE > 2014 AND ANNO DI PUBBLICAZIONE < 2024 AND (LIMIT-TO (DOCTYPE, "ar")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, "English")), su Scopus; (abstract (stress lavorativo) AND noft (ansia) AND noft (depressione) AND noft (stress) AND (abstract (personale sanitario) OR abstract (strutture sanitarie)) AND noft (prevenzione)) su APA PsycInfo. Il

metodo di ricerca è stato condotto secondo la dichiarazione Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis (PRISMA), come applicabile [42].

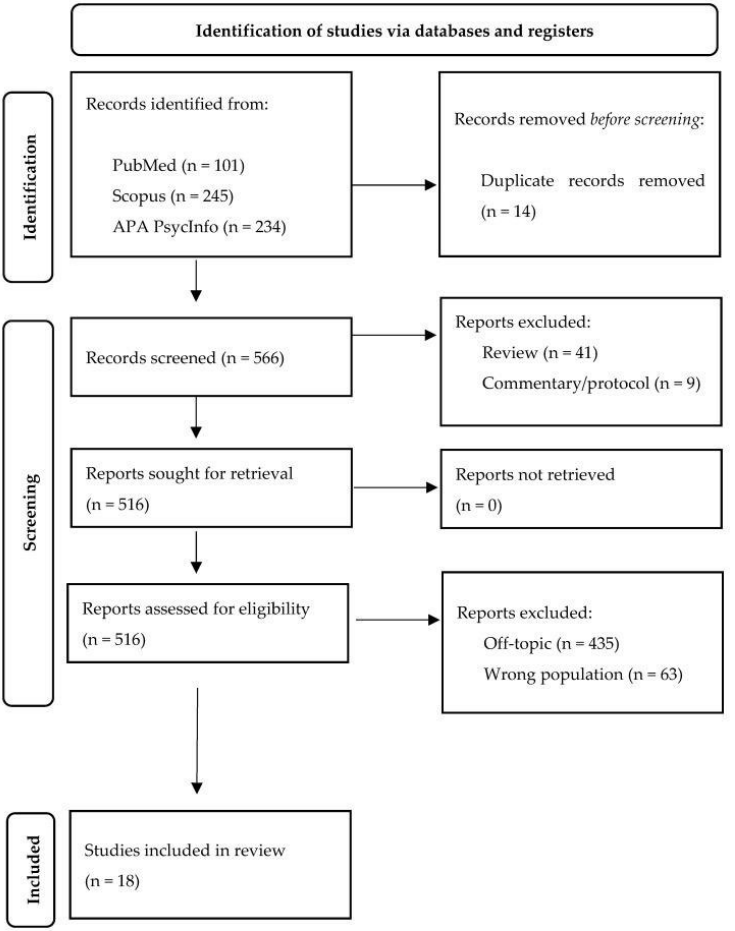
13.2.2 CRITERI DI SELEZIONE

La ricerca della letteratura è stata limitata al periodo compreso tra il 2015 e maggio 2023, poiché gli studi pubblicati in precedenza sono già coperti dalla revisione di Ruotsalainen et al. [41]. Sono stati inclusi solo articoli scritti in inglese. Gli elenchi di riferimento degli articoli inclusi sono stati vagliati per identificare ulteriori studi pertinenti. Sono stati utilizzati i seguenti criteri di inclusione: (1) studi che coinvolgevano medici, infermieri, professionisti sanitari o studenti di medicina, studenti di infermieristica o medici in formazione; (2) studi che descrivevano interventi volti a prevenire o ridurre lo stress lavorativo; e (3) studi che riportavano lo stress professionale e lavorativo o i livelli di burnout come esiti. Sono stati inclusi solo studi che riportavano lo stress correlato al lavoro valutato a livello individuale/personale.

13.2.3 PROCESSO DI SELEZIONE

Sono stati identificati un totale di 580 articoli, di cui 14 erano duplicati e sono stati rimossi, mentre i rimanenti (N = 548) sono stati esclusi perché non rilevanti. Pertanto, N = 18 articoli sono stati valutati in dettaglio e inclusi nell'analisi (Figura 1).

Diagramma di flusso degli studi inclusi:



SC e PC hanno estratto i dati rilevanti e li hanno sintetizzati in un formato tabellare; GS e FP hanno verificato l'accuratezza dei dati estratti.

È stata calcolata l'affidabilità inter-rater, che si riferisce al grado di accordo tra i ricercatori, con un punteggio kappa di Cohen pari a 0,9.

13.2.4 VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI PREGIUDIZIO

Due autori (SC e PC) hanno valutato in modo indipendente ogni studio selezionato per il rischio di parzialità, utilizzando i criteri raccomandati per gli studi clinici randomizzati (RCT) nel Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions [43] e lo strumento raccomandato per la valutazione del rischio di parzialità negli studi di intervento non randomizzati (NRSI), chiamato ROBINS-I [44], a pagina 25. Il rischio complessivo di pregiudizio è stato valutato come moderato o alto in tutti gli studi non randomizzati inclusi nella revisione; la Tabella supplementare S1 mostra i domini e i sotto-domini considerati. Due autori hanno risolto le divergenze attraverso discussioni o coinvolgendo un terzo autore (GS). I risultati della valutazione del rischio di parzialità per gli RCT sono riportati nella Tabella supplementare S2. Uno studio è stato considerato a basso rischio di pregiudizio.

13.3 RISULTATI

Sulla base del lavoro fondamentale di Ruotsalainen et al. [41], gli studi inclusi sono stati raggruppati in tre categorie: (1) studi incentrati sul livello individuale che utilizzano approcci di terapia cognitivo-comportamentale (Tabella 1); (2) studi incentrati sul livello individuale che utilizzano tecniche di rilassamento (Tabella 2); e (3) studi incentrati sul livello organizzativo (Tabella 3). Gli strumenti più frequentemente utilizzati per valutare il burnout, lo stress correlato al lavoro, il suo impatto sulla qualità di vita e i sintomi psicopatologici e psicologici sono stati il Maslach Burnout Inventory (MBI) per il burnout (6 studi su 18) [45,46,47,48,49,50]; la Professional Quality of Life Scale (ProQOL) [51,52] e la Satisfaction With Life Scale (SWS) [46,49] per la qualità di vita; la Perceived Stress Scale (PSS) [46,47,48,53,54]; lo State and Trait Anxiety Inventory (STAI) [46,48,49,55,56]; la Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R)

[47,48]; e il Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) [50,53] per la valutazione dello stress e dei sintomi clinici. Gli strumenti utilizzati in ogni studio, raggruppati per categoria, sono riportati nella Tabella 4.

13.3.1 STUDI INCENTRATI SUL LIVELLO INDIVIDUALE CHE UTILIZZANO LA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE O ALTRI APPROCCI PSICOTERAPEUTICI

Un totale di 11 studi (su 18) era incentrato sulla riduzione dei livelli individuali di stress e burnout, utilizzando la CBT o altri approcci psicoterapeutici (Tabella 1). Gli studi sono stati condotti principalmente negli Stati Uniti e in Spagna, con dimensioni del campione che variavano da 13 partecipanti nello studio di dos Santos et al. [46] a 105 operatori sanitari in Montaner et al. [49]. I partecipanti inclusi erano principalmente infermieri (N = 8 studi) [44,45,48,51,53,56,57,58], altri operatori sanitari (N = 4 studi) [49,57,59,60], medici (N = 3 studi) [49,54,57] e tirocinanti in professioni sanitarie (N = 2 studi) [48,51]. Gli interventi forniti ai partecipanti includevano una componente cognitivo-comportamentale che andava dai programmi basati sulla mindfulness [45,46,54,59,60] agli interventi informativi [48,51]. Sono stati adottati vari strumenti di valutazione per valutare i livelli di burnout e di stress riportati dai professionisti, tra cui il Maslach Burnout Inventory (MBI) [45,46,48,49], la Perceived Stress Scale (PSS) [46,48,54], la Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) [51,60], il Copenhagen Burnout Inventory (CBI) [60], il Distress Thermometer Assessment (DTA) [45], il World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ) [45] e il Work Stress Scale (WSS) [46]. Gli strumenti per la valutazione della qualità di vita includevano la Professional Quality of Life Scale (ProQOL) [51,52], la Satisfaction With Life Scale (SWLS) [46,49], l'EuroQol (EQ-5D) [45], il General Health Questionnaire (GHQ) [57] e il WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) [46] (Tabella 4). Gli studi [46,54,59,60] confermano che gli interventi basati sulla mindfulness sono efficaci

a breve termine nel ridurre i livelli di burnout, stress e ansia, e nel migliorare la qualità della vita. Tuttavia, gli studi longitudinali, come quelli di dos Santos et al. e di Haghighinejad et al. [46,60], hanno dimostrato che l'effetto non era sostenuto a due/tre mesi di follow-up. Inoltre, in due RCT [45,51], i programmi di gestione dello stress di gruppo non sono stati efficaci nel ridurre i livelli di burnout e di stress legato al lavoro rispetto al gruppo di controllo. Non sono state riscontrate differenze significative in altri risultati secondari, come il rischio di depressione e di abuso di alcol. Nello studio di Tarquinio et al. [58], condotto durante la pandemia di COVID-19, l'intervento EMDR a distanza fornito agli operatori sanitari precedentemente trattati con la stessa tecnica di persona è stato efficace nel ridurre i livelli di stress, sebbene non siano disponibili dati sull'efficacia a lungo termine. Risultati incoraggianti sono stati ottenuti da studi clinici che hanno utilizzato sessioni di formazione basate sull'umorismo, corsi di resilienza allo stress e la Terapia di Accettazione e Impegno (ACT) [48,49,57]. D'altra parte, la riduzione dello stress traumatico secondario ottenuta con le pratiche di autocura di Sullivan non è stata confermata al follow-up di sei mesi [52].

13.3.2 STUDI INCENTRATI SULLA RIDUZIONE DEI LIVELLI DI STRESS E DI BURNOUT MEDIANTE TECNICHE DI RILASSAMENTO

Sono stati inclusi cinque studi, principalmente dagli Stati Uniti, con dimensioni del campione che variavano da 34 a 106 partecipanti [53,61]. Questi partecipanti erano principalmente infermieri (N = 4 studi) [53,55,56,61], tirocinanti in professioni sanitarie (N = 3 studi) [53,61,62], e altri operatori sanitari (N = 3 studi) [53,61,62] (Tabella 2). Solo lo studio di Kaimal et al. [53] ha incluso i caregiver familiari. Gli interventi forniti ai partecipanti comprendevano tecniche di rilassamento, come le sessioni di respirazione [55], l'arteterapia [53], la stimolazione dei punti di agopressione [56], i ritiri di gruppo [61], e la terapia della natura e dei boschi [62]. Gli studi che hanno utilizzato l'arteterapia, le Emotional Freedom Techniques (EFT) e brevi ritiri di resilien-

za [53,56,61] hanno avuto un effetto positivo sui livelli di ansia, stress e burnout (Tabella 4). Tuttavia, questi effetti positivi non sono stati confermati da marcatori biologici, come i livelli salivari di IL-6, cortisolo e CRP [53]. Altre pratiche di rilassamento, come lo Shinrin-Yoku [62] e la Risposta di rilassamento [55], non hanno prodotto alcun effetto significativo.

13.3.3 STUDI INCENTRATI SUL LIVELLO ORGANIZZATIVO

Sono stati inclusi due studi, entrambi realizzati negli Stati Uniti, con un totale di 221 partecipanti, principalmente medici [50], specializzandi e borsisti [47], non tutti impegnati in attività cliniche (Tabella 3). Lebares et al., che hanno utilizzato un programma di intervento misto che includeva l'applicazione della mindfulness in associazione a iniziative organizzative, hanno riscontrato che l'intervento integrato riduceva le emozioni negative e migliorava la soddisfazione sul posto di lavoro [47]. Tuttavia, l'unico RCT che ha coinvolto un intervento organizzativo non ha trovato prove a sostegno della sua efficacia nel ridurre i livelli di burnout [50].

Primo autore (anno)	Tipo di studio (paese)	Bracci di trattamento	Intervento	Misure di efficacia	Risultati
dos Santos T.M. (2015) [46]	Studio clinico (Brasile)	13 infermieri	Programma di riduzione dello stress (SRP), basato sul programma di riduzione dello stress basato sulla Mindfulness.	PSS; MBI; BDI; STAI; SWLS; SCS; WHOQOL-BREF; WSS	I risultati suggeriscono che una SRP che coinvolge la mindfulness può essere un approccio potenzialmente efficace per migliorare lo stress, la depressione e la QoL in un contesto ospedaliero. Il confronto tra il pre- e il post-intervento ha rivelato una riduzione significativa dei punteggi dello stress percepito-PSS ($p = 0,001$), del burnout-MBI ($p = 0,02$), della depressione-BDI ($p = 0,007$) e del tratto d'ansia-STAI ($p = 0,049$), e un aumento significativo dei punteggi dei domini fisico ($p = 0,002$) e psicologico ($p = 0,007$) della scala della qualità di vita. Questi valori sono rimasti stabili sei settimane dopo l'intervento, ad eccezione dei domini fisico e psicologico della scala QoL, che hanno mostrato un calo significativo al follow-up ($p < 0,05$).

Axisa C. (2019) [51]	Studio controllato randomizzato (Australia)	46 medici in formazione (23 gruppo di intervento; 23 gruppo di controllo)	Un workshop per delineare le strategie per il benessere e la gestione dello stress	AUDIT; DASS-21; ProQOL	C'è stata una piccola ma non statisticamente significativa riduzione dell'uso di alcol (p = 0,23), della depressione (p = 0,49) e del burnout (p = 0,83) nel gruppo di intervento rispetto al gruppo di controllo, misurata all'endpoint primario a 6 mesi.
Luzarraga J. (2019) [59]	Sperimentazione clinica (USA)	Terapisti respiratori pediatrici (40 prima sessione, 24 seconda sessione)	Intervento basato sulla mindfulness come parte della riunione del personale	DTA; frequenza del respiro	L'integrazione degli interventi basati sulla mindfulness come parte delle riunioni del personale ha diminuito i sintomi fisici ed emotivi legati allo stress dei membri e ha aumentato il senso di calma dei membri. I punteggi di stress sono diminuiti nella sessione 1 (p = 0,001) e nella sessione 2 (p = 0,39). Anche la frequenza respiratoria è diminuita durante entrambe le sessioni (p = 0,001).
Rinaldi A. (2019) [54]	Studio clinico (Italia)	7 medici e 13 infermieri	L'intervento di mindfulness chiamato Focus	PSS-10	C'è stata una riduzione significativa dello stress percepito (p = 0,019) dal basale alla fine del corso.
Sullivan C.E. (2019) [52]	Studio clinico (USA)	37 infermieri in un'unità di oncologia pediatrica	Pratiche di autocura organizzative e individuali	ProQOL; Brief COPE; CD-RISC2	È stata riscontrata una riduzione statisticamente significativa dello stress traumatico secondario (p = 0,029) confrontando i punteggi pre-intervento e quelli post-intervento a 4 mesi; questi dati non sono stati confermati dopo il periodo di follow-up a 6 mesi, probabilmente a causa delle vacanze concomitanti (riconosciute come fattore di stress).
Watanabe N. (2019) [45]	Studio controllato randomizzato (Giappone)	80 infermieri junior (40 gruppo di intervento; 40 gruppo di controllo)	Programma di gruppo breve di gestione dello stress basato sulla mindfulness (il gruppo di controllo ha ricevuto un opuscolo psicologico)	HADS; PRIME-MD; GAD-7; MBI; ISI; HPQ; EQ-5D	Non sono state osservate differenze significative tra i gruppi del programma e del volantino in tutti i risultati.

León-Pérez J.M. (2021) [57]	Studio clinico (Spagna)	58 personale medico e non medico in un servizio di ambulanze di emergenza	13 sessione di formazione basata sull'umorismo (come le procedure di formazione sulle abilità sociali)	MSHS; STCI-S; GHQ-28	I punteggi dopo la formazione erano più alti nell'atteggiamento positivo verso l'umorismo (p = 0,001) e l'allegria (p = 0,001) e più bassi nella serietà (p = 0,001) e nel disagio psicologico in quasi tutte le sue dimensioni (p < 0,05). Dopo la formazione, è stata osservata una riduzione del 10-5% dei casi potenziali di disturbo psichiatrico minore (dal 62,1% al 51,7% utilizzando un cut-off di 6 punti nel GHQ; dal 55,2% al 50% utilizzando un cut-off di 7 punti).
Luton O.W. (2021) [48]	Studio clinico (REGNO UNITO)	38 tirocinanti di chirurgia di base (14 hanno completato il corso; 10 hanno interrotto l'intervento; 14 hanno rifiutato di partecipare)	5 settimane di corso di addestramento alla resilienza allo stress (ESRT).	MBI; PSS-10; PHQ-2, CAMS-R; STAI	L'analisi dei dati ha confrontato i risultati tra il gruppo di intervento e coloro che hanno rifiutato di partecipare al corso. Non sono state riscontrate differenze significative tra i gruppi, tranne che per i livelli di stress percepito: il punteggio mediano al PSS-10 era più basso (range 8-33) nel gruppo di intervento rispetto al gruppo di non intervento (11-34) (p < 0,01).
Montaner X. (2021) [49]	Studio controllato randomizzato (Spagna)	105 operatori sanitari con pazienti affetti da deterioramento cognitivo e/o demenza (51 gruppo di intervento; 54 gruppo di controllo)	Terapia di accettazione e impegno (ACT)	AAQ-II; MBI; STAI; SWLS	L'intervento ACT è stato efficace nel ridurre l'ansia (p < 0,001) e l'esaurimento emotivo (p < 0,01) e nell'aumentare la soddisfazione di vita (p < 0,001) e la realizzazione personale (p < 0,001) dei lavoratori, mantenuta al follow-up di 3 e 12 mesi. Non ci sono state differenze nella flessibilità psicologica tra il gruppo di intervento e quello di controllo.
Tarquinio C. (2021) [58]	Studio clinico (Francia)	17 infermieri che affrontano i pazienti con COVID-19, già in terapia EMDR	Trattamento terapeutico di desensibilizzazione e rielaborazione dei movimenti oculari a distanza (EMDR)	HADS; SUD	C'è stata una diminuzione significativa (p < 0,001) del punteggio dell'ansia, del punteggio della depressione e del SUD. I punteggi sembrano poi essere stabili nel tempo tra il post-test dopo 24 ore e 1 settimana dopo.
Haghighinejad H. (2022) [60]	Studio controllato randomizzato (Iran)	50 personale ospedaliero non medico (25 gruppo di intervento; 25 gruppo di controllo)	Programma modificato di riduzione dello stress basato sulla consapevolezza (MBSR)	CBI; DASS-21	Subito dopo la formazione, i risultati hanno mostrato che la riduzione del burnout nelle dimensioni di "lavoro-caratteristico", "cliente-correlato" e "lavoro-disturbo" e la diminuzione dei punteggi di ansia e stress nel gruppo di intervento erano significativamente maggiori rispetto al gruppo di controllo (p < 0,05). Dopo 3 mesi questo effetto era sostenibile, anche se la tendenza alla riduzione del punteggio medio di burnout non era continuata.

AAQ-II: Acceptance and Action Questionnaire-II; AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test; BDI: Beck Depression Inventory; Brief-COPE: Coping Orientation to Problems Experienced Inventory; CAMS-R: Cognitive and Affective Mindfulness Scale - Revised; CBI: Copenhagen Burnout Inventory; CD-RISC2: Connor-Davidson Resilience Scale-2; DASS-21: Depressione, ansia e stress; DTA: Distress Thermometer Assessment; EQ-5D: EuroQol; GAD-7: Generalized Anxiety Disorder Scale; GHQ: Questionario sulla salute generale; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; HPQ: The World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire; ISI: Insomnia Severity Index; MBI: Maslach Burnout Inventory; MSHS: Multidimensional Sense of Humor Scale; PHQ-2: Patient Health Questionnaire; PRIME-MD: Primary Care Evaluation of Mental Disorder; ProQOL: Professional Quality of Life Scale; PSS: Perceived Stress Scale; QoL: Qualità della vita; SCS: Self-Compassion Scale; STAI: State and Trait Anxiety Inventory; STCI-S: State-Trait Cheerfulness Inventory; SUD: Scala delle Unità Soggettive di Distress; SWLS: Scala di Soddisfazione della Vita; WHOQOL-BREF: WHO Quality of Life-BREF; WSS: Work Stress Scale.

Tabella 1. Gli studi si sono concentrati sul livello individuale utilizzando la CBT o altri approcci psicoterapeutici.

Primo autore (anno)	Tipo di studio (paese)	Bracci di trattamento	Intervento	Misure d'efficacia	Risultati
Calder Calisi C. (2017) [55]	Studio controllato randomizzato (USA)	46 infermieri (24 gruppo di intervento; 22 gruppo di controllo)	Formazione sulla tecnica della Risposta di Rilassamento (RR) e pratica della RR per un periodo di 8 settimane.	STAI; scale differenziali semantiche	La variazione media dei punteggi dal basale alla post-valutazione non differiva significativamente tra i gruppi.
Kaimal G. (2019) [53]	Studio clinico (USA)	34 assistenti professionali (n = 25) e informali (n = 9)	Due brevi interventi artistici: l'arteterapia in studio aperto o la sessione di colorazione di controllo attivo.	PANAS; PSS; GSE; SSCS; PROMIS; MBI; livelli di cortisolo, IL-6 e CRP nei campioni di saliva.	I caregiver in entrambi gli interventi hanno dimostrato miglioramenti in tutti i risultati psicologici (agenzia creativa, $p < 0,001$; autoefficacia, $p = 0,015$; affetto positivo, $p < 0,001$; affetto negativo, $p < 0,001$; stress percepito, $p < 0,001$; ansia, $p = 0,002$; burnout, $p = 0,041$). Non c'è stata alcuna evidenza di cambiamento in nessuno dei biomarcatori (cortisolo, IL-6 e CRP) misurati.
Dincer B. (2020) [56]	Studio controllato randomizzato (Turchia)	72 infermieri che si occupano di pazienti COVID-19 (35 gruppo di intervento; 37 gruppo di controllo)	Intervento di gruppo online a sessione singola e breve che utilizza le Tecniche di Libertà Emozionale (EFT).	SUD; STAI; Scala del burnout	Nel gruppo di intervento, c'è stata una riduzione statisticamente significativa dei livelli di stress ($p < 0,001$), dei livelli di ansia ($p < 0,001$) e dei livelli di burnout ($p < 0,010$). Nel gruppo di controllo non sono state riscontrate differenze tra i test pre e post intervento.

Cunningham T. (2021) [61]	Studio clinico (USA)	106 operatori sanitari	Dieci sessioni di gruppo di ritiri di resilienza della durata di un giorno	Sondaggio a 19 item sviluppato dal team di ricerca	C'è stata una diminuzione statisticamente significativa dei punteggi dell'ansia di stato dopo il ritiro (p < 0,001). Brevi ritiri di resilienza possono ridurre l'ansia percepita e facilitare l'impegno nelle pratiche contemplative, che sono associate a una diminuzione del rischio di burnout.
Kavanaugh J. (2022) [62]	Studio controllato randomizzato (USA)	34 docenti di scienze della salute e medici residenti (24 gruppo di intervento; 10 gruppo di controllo)	Sessione guidata di bagni nella foresta (Shinrin-Yoku)	OLBI; Mini-Z	I dati di questo studio randomizzato e controllato non hanno dimostrato un cambiamento nei sintomi del burnout in seguito alla partecipazione a una singola camminata Shinrin-Yoku, rispetto ai punteggi del burnout al basale o rispetto a un gruppo di controllo.
GSE: Scala di Autoefficacia Generale; MBI: Maslach Burnout Inventory; Mini-Z: Questionario sui sintomi del burnout legato al lavoro, modificato da Minimizing Error Maximizing Outcome; OLBI: Oldenburg Burnout Inventory; PANAS: Positive and Negative Affect Schedule; PROMIS: Patient-Reported Outcomes Measurement Information System; PSS-10: Perceived Stress Scale; SSCS: Short Scale of Creative Self; STAI: State and Trait Anxiety Inventory; SUD: Scala delle Unità Soggettive di Distress.					

Tabella 2. Gli studi si sono concentrati sul livello individuale, utilizzando tecniche di rilassamento.

Primo autore (anno)	Tipo di studio (paese)	Bracci di trattamento	Intervento	Misure d'efficacia	Risultati
West C.P. (2021) [50]	Studio controllato randomizzato (USA)	123 medici (61 gruppo di controllo; 62 gruppo di intervento)	Riunioni di piccoli gruppi auto-facilitati dai medici	PJSS; EWS; QOL a domanda singola; MBI; PRIME-MD; SPS; PROMIS Social Isolation Short form 4a Scale	Non sono state riscontrate differenze statisticamente significative nei cambiamenti medi dei punteggi della scala del burnout, del significato o del supporto sociale, anche se le differenze numeriche hanno generalmente favorito l'intervento.

Lebares C.C. (2021) [47]	Studio clinico (USA)	64 tirocinanti (specializzandi e borsisti clinici) nel Dipartimento di Chirurgia	Iniziative a livello individuale e organizzativo, tra cui la formazione sulla regolazione affettiva basata sulla mindfulness, la programmazione avanzata del tempo libero, le mezze giornate di benessere e la creazione di un comitato per il benessere guidato dai residenti.	MBI, PSS, PHQ-2, AUDIT, STAI, CAMS-R, MHC-SF, DCSQ	I risultati hanno evidenziato la potenza del supporto sociale e delle abilità di regolazione affettiva nella loro capacità di mitigare le influenze emotive negative sulla soddisfazione lavorativa dei tirocinanti.
AUDIT: Test di identificazione dei disturbi da uso di alcol; CAMS-R: Cognitive and Affective Mindfulness Scale - Revised; DCSQ: Demand-Control-Support Questionnaire; EWS: Empowerment at Work Scale; MBI: Maslach Burnout Inventory; MHC-SF: Mental Health Continuum-Short Form; PHQ-2: Patient Health Questionnaire; PJSS: Physician Job Satisfaction Scale PRIME-MD: Primary Care Evaluation of Mental Disorder; PROMIS: Patient-Reported Outcomes Measurement Information System; PSS-10: Perceived Stress Scale; QoL: Qualità della vita; SPS: Scala delle Disposizioni Sociali; STAI: State and Trait Anxiety Inventory.					

Tabella 3. Gli studi si sono concentrati sul livello organizzativo.

	Gruppo I											Gruppo II					Gruppo III	
Studio	dos Santos (2015) [46]	Axisa (2019) [51]	Luzarraga (2019) [59]	Rinaldi (2019) [54]	Sullivan (2019) [52]	Watanabe (2019) [45]	León-Pérez (2021) [57]	Luton (2021) [48]	Montaner (2021) [49]	Tarquinio (2021) [58]	Haghighinejad (2022) [60]	Calder Calisi (2017) [55]	Kaimal (2019) [53]	Dincer (2020) [56]	Cunningham (2021) [61]	Kavanaugh (2022) [62]	West (2021) [50]	Lebares (2021) [47]
Valutazione del burnout																		
Sondaggio a 19 item															+			
Scala del burnout														+				
CBI											+							
DCSQ																		+
EWS																	+	
GSE													+					
HPQ						+												
MBI	+					+		+	+								+	+
Mini-Z																+		
OLBI																+		
PJSS																	+	
WSS	+																	

Valutazione della qualità della vita																		
EQ-5D						+												
GHQ-28							+											
MHC-SF																		+
Pro-QOL		+			+													
Domanda singola QOL																	+	
SWLS	+								+									
WHOQOL-BREF	+																	
Valutazione psichiatrica																		
AUDIT		+																+
BDI	+																	
DASS-21		+									+							
DTA			+															
GAD-7						+												
HADS						+				+								
ISI						+												
PHQ-2								+										+
PRIME-MD						+											+	
PSS	+			+				+					+					+
STAI	+							+	+			+		+				
SUD										+				+				
Valutazione psicologica																		
AAQ-II									+									
Breve-COPE					+													
CAMS-R								+										+
CD-RISC2					+													
MSHS							+											
PANAS													+					
PROMIS													+				+	
SCS	+																	
Scala semantica												+						
SPS																	+	
SSCS													+					
STCI-S							+											

Altro																		
Frequenza del respiro			+															
Cortisolo, IL-6, CRP													+					

Tabella 4. Strumenti di valutazione utilizzati per ogni studio. Copenaghen Burnout Inventory (CBI); Questionario svedese Domanda-Controllo-Supporto (DCSQ); Early Warning Score-EWS; Scala di autoefficacia generale (GSE); Questionario professionale sanitario (HPQ); Maslach Burnout Inventory (MBI); Inventario del burnout di Oldenburg (OLBI); Physician Job Satisfaction Scale (PJSS); Work Stressors Scale (WSS); General Health Questionnaire-28 (GHQ-28); Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF); Qualità di vita professionale (proQOL); Scala di soddisfazione della vita (SWLS); Beck Depression Inventory (BDI); Depression Anxiety Stress Scales Short Version (DASS-21); General Anxiety Disorder-7 (GAD-7); Hamilton Depression Rating scale (HAD-S); Indice di gravità dell'insonnia (ISI); Patient Health Questionnaire (PHQ-2); Perceived Stress Scale (PSS); State-Trait Anxiety Inventory (STAI).

13.4 DISCUSSIONE

Lo stress legato al lavoro è una preoccupazione crescente per gli operatori sanitari. Infatti, oltre il 20% dei lavoratori europei riferisce di soffrire di stress legato al luogo di lavoro. Inoltre, lo stress correlato al lavoro è stato associato a una serie di esiti negativi per la salute, tra cui le malattie cardiovascolari, i disturbi muscolo-scheletrici (in particolare i problemi alla schiena) e l'assenteismo. Lo stress legato al lavoro si sviluppa perché una persona non è in grado di far fronte alle richieste del lavoro [63]. I fattori che causano lo stress da lavoro includono una scarsa comunicazione o cooperazione all'interno dell'organizzazione e la mancanza di controllo sui ritmi o sui processi di lavoro. Recentemente sono stati identificati anche fattori protettivi per ridurre lo stress legato al lavoro, tra cui la resilienza e il senso di coerenza (SOC). In particolare, le persone che riportano alti livelli di SOC hanno un'opinione sulla realtà e sul loro ambiente più completa, gestibile e significativa [64].

Lo stress legato al lavoro può avere un impatto negativo sui lavoratori stessi, sui pazienti, sulle comunità e sulla popolazione in generale. Inoltre, il burnout e lo stress correlato al lavoro negli

operatori sanitari sono associati al conflitto tra lavoro e famiglia e alle aspettative irrealistiche dei pazienti, fattori che sono stati aggravati durante la pandemia [65]. Gli articoli selezionati evidenziano che alti livelli di stress e burnout legati al lavoro possono causare una riduzione significativa della soddisfazione della vita e del lavoro, peggiorando la qualità della vita, e possono portare all'insorgenza di disturbi psichiatrici come la depressione. Infatti, molti autori utilizzano strumenti di valutazione della qualità della vita, della soddisfazione lavorativa e dei sintomi depressivi per valutare l'efficacia degli interventi volti a ridurre lo stress legato al lavoro. Pertanto, l'implementazione e la diffusione di interventi preventivi per lo stress correlato al lavoro rappresentano una priorità urgente dal punto di vista della salute pubblica [66,67,68]. In base alla presente revisione sistematica, sono attualmente disponibili diversi interventi per affrontare lo stress correlato al lavoro negli operatori sanitari. Gli studi inclusi in questa revisione sono molto eterogenei in termini di strumenti di valutazione, popolazioni target e tipi di interventi, limitando così la generalizzabilità dei risultati.

Tra gli interventi focalizzati sul livello individuale che utilizzano la CBT o altri approcci psicoterapeutici, i nostri risultati confermano l'efficacia delle tecniche di mindfulness nel ridurre lo stress legato al lavoro [46,54,59,60], già dimostrata in adulti e bambini sani [69,70]. Le caratteristiche specifiche della mindfulness possono essere utili per prevenire lo stress sul posto di lavoro: può essere praticata facilmente dopo una breve formazione e non richiede strumenti o ambienti particolari, e di solito è ben accettata dai partecipanti. I dati apparentemente contrastanti di Watanabe et al. potrebbero essere dovuti alle peculiarità degli interventi specifici (tecniche, durata, ambiente) e al diverso disegno dello studio [45].

I limiti principali degli interventi inclusi sono legati all'estrema eterogeneità e alla valutazione a breve termine della loro efficacia. Pertanto, sarebbe necessario promuovere ulteriori studi longitudinali rigorosi, volti a valutare gli effetti preventivi e protettivi di questi interventi a lungo termine. Risultati incoraggian-

ti nel ridurre lo stress, l'ansia e i sintomi depressivi, così come l'esaurimento emotivo, sono stati osservati con altri approcci psicoterapeutici, come l'ESRT, l'EMDR e l'ACT [48,49,58]. Inoltre, in riferimento a questi ultimi approcci, non esiste un protocollo di intervento specifico orientato allo stress da lavoro. Sebbene le tecniche basate sulla CBT possano essere utili per mitigare lo stress e promuovere il coping e la resilienza, potrebbero essere necessarie ulteriori ricerche per indagare gli effetti degli interventi di rafforzamento del SOC, poiché è stato dimostrato che il SOC è un fattore protettivo specifico per lo stress da lavoro [64]. Per quanto riguarda le tecniche di rilassamento, un intervento promettente condotto da Dincer e Inangil con le Tecniche di Libertà Emozionale (EFT) ha portato a una riduzione significativa dei livelli di stress, ansia e burnout [56]. L'EFT aveva già dimostrato di essere efficace nel ridurre i sintomi depressivi [71] e nel migliorare le condizioni legate allo stress, come le cefalee di tipo tensivo [72]. Invece, Cunningham e Çayir, pur riportando un'efficacia nel ridurre l'ansia durante le sessioni di gruppo dei ritiri di resilienza di un giorno, non hanno utilizzato strumenti convalidati, ma un questionario autoprodotto [61]. D'altra parte, Kaimal et al. hanno misurato l'efficacia delle tecniche di rilassamento basate sull'arte nel ridurre lo stress, ma questi dati non sono stati supportati da cambiamenti nei biomarcatori, suggerendo un potenziale effetto placebo e indicando che sono necessari ulteriori studi [53]. Allo stesso modo, due RCT [55,62] hanno riscontrato una piccola efficacia per gli interventi basati su tecniche di rilassamento volti a ridurre e prevenire il burnout. Nel complesso, le tecniche di rilassamento possono essere considerate efficaci per ridurre lo stress e possono essere facilmente applicate sul posto di lavoro; in particolare, sono tecniche semplici che non richiedono una formazione speciale condotta da personale qualificato, sono efficaci dal punto di vista dei costi e possono essere ripetute nel tempo. D'altra parte, la necessità di ripetere gli interventi più volte con le stesse persone sul posto di lavoro potrebbe rappresentare una limitazione in sé.

13.5 LIMITAZIONI

La presente revisione presenta alcune limitazioni che devono essere riconosciute. In primo luogo, la strategia di ricerca è stata limitata agli operatori sanitari in generale, senza un confronto specifico tra i diversi ruoli professionali dei partecipanti. Infatti, è possibile che i fattori protettivi e di rischio per gruppi specifici di professionisti, come i professionisti all'inizio della carriera o gli infermieri, siano completamente diversi da quelli rilevanti per i medici senior. Inoltre, l'ambiente di lavoro, il tipo di pazienti, i compiti richiesti, il livello di responsabilità e le opportunità di carriera disponibili cambiano significativamente per ogni categoria e possono giocare un ruolo nel determinare il rischio di sviluppare stress legato al luogo di lavoro o sintomi di burnout. Un'altra limitazione è dovuta all'estrema eterogeneità degli strumenti di valutazione utilizzati per misurare i livelli di stress legato al luogo di lavoro. Ciò potrebbe essere dovuto al fatto che lo "stress correlato al luogo di lavoro" è un fenomeno complesso, che comprende sia fattori strutturali e organizzativi sia dimensioni personali, come le strategie di coping, i tratti del temperamento e gli stili cognitivi. Pertanto, un fenomeno complesso non può essere misurato con un unico strumento di valutazione. Infine, la maggior parte degli interventi è stata condotta con volontari e gruppi di controllo non chiaramente definiti. Questo può aver portato a un pregiudizio di selezione e a un effetto "placebo". Tuttavia, la difficoltà di selezionare i partecipanti tra gli operatori sanitari può spiegare la mancanza di RCT sull'argomento, nonostante il crescente interesse della comunità scientifica.

13.6 CONCLUSIONI

I risultati di questa revisione sistematica evidenziano chiaramente la complessità della gestione e della prevenzione dello stress correlato al lavoro, che richiede un approccio multicomponente e multilivello. Nonostante il crescente interesse per

l'argomento, non è possibile trarre conclusioni definitive sulla "pratica migliore" da adottare per prevenire lo stress legato al lavoro tra gli operatori sanitari. Può essere utile condurre studi controllati randomizzati che esaminino le tecniche di intervento più promettenti (come la mindfulness), che devono essere ben strutturati e affidabili. Gli interventi dovrebbero essere condotti su categorie ristrette di operatori sanitari, tenendo conto dell'età, delle mansioni e del tipo di pazienti trattati. È inoltre necessario definire quali strumenti di valutazione utilizzare per confrontare in modo più oggettivo i risultati e indagare tutte le dimensioni del burnout [73,74].

13.7 MATERIALI SUPPLEMENTARI

Le seguenti informazioni di supporto possono essere scaricate all'indirizzo: https://www.mdpi.com/article/10.3390/medicina59101866/s1,

Tabella S1. Valutazione del rischio di parzialità negli studi non randomizzati di intervento (NRSI).

Tabella S2. Valutazione del rischio di parzialità negli studi clinici randomizzati (RCT).

14 - BENESSERE DEGLI OPERATORI SANITARI: UNA REVISIONE SISTEMATICA DEGLI INTERVENTI DI PSICOLOGIA POSITIVA

ALEXANDRA P. TOWNSLEY, JENNY LI-WANG, RAJANI KATTA

Tratto e tradotto da
Townsley l.P. et al. Benessere degli operatori sanitari: una revisione sistematica degli interventi di psicologia positiva. Cureus Springer Nature, 23 gennaio 2023, 15(1): e34102. doi: 10.7759/cureus.34102
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36843822/
Cureus Springer Nature. Rivista digitale open access per la pubblicazione rapida di articoli clinici e case report, pensata per professionisti sanitari, medici e ricercatori di tutte le discipline.

Le parti omesse dal curatore rispetto all'originale sono indicate dal segno [...]

Abstract
Considerando i persistenti fattori di stress professionale e le molteplici sfide nell'erogazione dell'assistenza sanitaria, c'è una crescente attenzione al benessere degli operatori sanitari. Per affrontare queste sfide sarà necessario un approccio su più fronti, incentrato su azioni a livello di sistema, organizzazione e individuo. Gli interventi di psicologia positiva (IPP) rappresentano un'area promettente per l'azione individuale. Questa revisione sistematica indica che gli IPP, erogati attraverso vari metodi, sono promettenti per migliorare il benessere degli operatori sanitari, anche se c'è una chiara necessità di ulteriori studi randomizzati e con-

trollati che utilizzino misure di esito definite e standardizzate. In questa revisione, gli IPP più comunemente valutati erano interventi basati sulla mindfulness o sulla gratitudine. Questi sono stati erogati tramite diversi metodi, molti dei quali somministrati sul posto di lavoro e comunemente sotto forma di corsi che vanno da due giorni a otto settimane. I ricercatori hanno documentato miglioramenti misurabili in vari risultati studiati, notando riduzioni dei sintomi di depressione, ansia, burnout e stress. Alcuni interventi hanno aumentato il benessere, la soddisfazione lavorativa e di vita, l'autocompassione, il rilassamento e la resilienza. La maggior parte degli studi ha sottolineato che si tratta di interventi semplici, accessibili e a basso costo. Le limitazioni hanno incluso alcuni disegni non randomizzati o quasi sperimentali, oltre a dimensioni del campione generalmente ridotte e metodi diversi di erogazione dell'intervento. Un'altra preoccupazione è la mancanza di valutazioni di esito standardizzate e di dati di follow-up a lungo termine. Poiché quasi tutti gli studi inclusi sono stati condotti prima della pandemia, saranno necessarie ulteriori ricerche post-pandemia. Nel complesso, tuttavia, la PPI si rivela promettente come braccio di un approccio multiplo per migliorare il benessere degli operatori sanitari.

14.1 INTRODUZIONE E CONTESTO

Con una rinnovata attenzione al benessere degli operatori sanitari di fronte all'aumento dei fattori di stress professionale, c'è un crescente interesse per lo sviluppo di strategie efficaci e facilmente attuabili che migliorino il benessere degli operatori sanitari. Gli effetti dannosi della pandemia COVID-19 sulla salute mentale e sul benessere del personale sanitario sono stati ben documentati e ampiamente studiati. Sebbene gli elevati livelli di depressione, ansia e burnout tra i medici e gli altri operatori sanitari non siano affatto un fenomeno nuovo, le condizioni senza precedenti della pandemia hanno esacerbato notevolmente questo fenomeno consolidato. I pesanti carichi sui pazienti, gli orari di lavoro lunghi e irregolari, il calo senza precedenti dell'occupa-

zione all'inizio della pandemia e la sfiducia dei pazienti hanno contribuito ad aumentare l'ansia, la depressione, l'insonnia e la scarsa autoefficacia. Sarà necessaria una serie di interventi per sostenere il benessere degli operatori sanitari alla luce di questi fattori di stress. Una revisione degli interventi utilizzati in precedenza può fornire utile guida.

Per rispondere a queste sfide e migliorare il benessere degli operatori sanitari, sarà necessario un approccio su più fronti, incentrato su azioni a livello di sistema, organizzativo e individuale. Nella letteratura sulla psicologia positiva sono stati descritti interventi promettenti che possono essere impiegati dai singoli operatori. La psicologia positiva è un campo di studi fondato da Seligman et al. nei primi anni 2000, con un focus sullo studio di emozioni positive, tratti caratteriali positivi e istituzioni abilitanti. Gli interventi di psicologia positiva (IPP) hanno dimostrato di aumentare il benessere e diminuire la depressione rispetto al basale nella popolazione generale con un'adesione continua, con un'efficacia che varia a seconda degli interventi. Sono stati descritti diversi IPP; in questo articolo, ci si concentra su quelli studiati specificamente negli operatori sanitari.

Un IPP frequentemente studiato nella popolazione generale è costituito dagli interventi basati sulla mindfulness (MBI). La mindfulness è uno stato di consapevolezza attiva e di attenzione rivolta al momento presente, comprendendo la partecipazione senza giudizio ai sentimenti e alle esperienze attuali. Esempi di MBI includono programmi di movimento consapevole, meditazione mindfulness e scansione del corpo, in cui la consapevolezza si concentra su diverse aree del corpo per rilassarsi progressivamente. Un altro PPI comunemente studiato è l'intervento Tre cose buone o Tre benedizioni. In questo esercizio, i partecipanti scrivono tre cose buone accadute durante la giornata e le relative cause. Molteplici studi hanno anche esaminato combinazioni di interventi, tra cui l'IPP e altri interventi basati su concetti e ricerche di psicologia positiva. Lo scopo di questo lavoro è la revisione sistematica degli studi che hanno valutato gli IPP negli

operatori sanitari, per determinare se gli IPP aiutano a migliorare il benessere degli operatori sanitari.

14.2 METODI

Questo studio ha utilizzato i Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA) per organizzare e descrivere i risultati di questa revisione sistematica (Figura 1). La ricerca della letteratura è stata effettuata da agosto a ottobre 2022.

14.3 STRATEGIA DI RICERCA

È stata condotta una ricerca primaria della letteratura utilizzando i database di Google Scholar, PubMed e PsycInfo. I termini di ricerca utilizzati sono stati 'interventi di psicologia positiva', 'psicologia positiva nell'assistenza sanitaria' e 'psicologia positiva in medicina'. Sono stati selezionati tutti gli articoli che rispondevano ai criteri di ricerca e che avevano a disposizione il testo completo. Inizialmente, sono stati selezionati un totale di 36 articoli: 10 da PubMed, 2 da PsycInfo e 19 da Google Scholar. La revisione dei riferimenti degli studi inclusi ha identificato ulteriori cinque articoli.

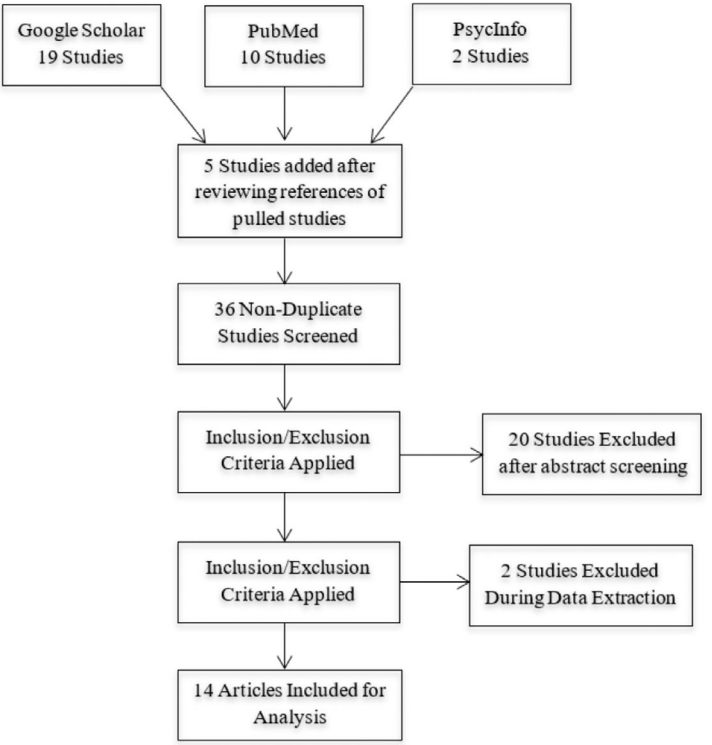


Figura 1. Diagramma PRISMA** che mostra il processo di identificazione e selezione degli studi.*
** Crediti: Alexandra P. Townsley.*
*** PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (Articoli di segnalazione preferenziali per revisioni sistematiche e meta-analisi).*

I criteri di inclusione erano i seguenti: gli studi dovevano essere basati su concetti di psicologia positiva, scritti in inglese e con disponibilità del testo completo. Gli studi devono impiegare un intervento basato sulla psicologia positiva, con gli operatori sanitari attualmente impiegati come soggetti, e le misure di risultato devono essere definite, misurate e correlate al benessere. Gli studi che non soddisfacevano i criteri di inclusione includevano articoli di revisione ed editoriali, quelli con pazienti come soggetti e quelli che misuravano i risultati del trattamento, la

comunicazione o la soddisfazione del paziente come misure di esito. Dei 36 articoli iniziali, 22 sono stati esclusi perché non soddisfacevano i criteri di inclusione, con il risultato che 14 articoli sono stati analizzati e inclusi in questo studio. I dati degli studi inclusi comprendevano il titolo dello studio, l'intervento e la durata, il numero e l'occupazione dei partecipanti, gli esiti e il disegno dello studio. Le informazioni estratte dagli articoli inclusi sono riepilogate nella Tabella 1.

Studio	Autori	Descrizione dello studio*	Descrizione dell'intervento *	Soggetti
Un breve intervento di riduzione dello stress basato sulla Mindfulness per infermieri e assistenti infermieristici.	Mackenzie et al. [9]	RCT	Intervento di mindfulness di quattro settimane	30 infermieri e assistenti
Riduzione dello stress basata sulla mindfulness per gli operatori sanitari: Risultati di uno studio randomizzato	Shapiro et al. [10]	RCT	Un programma MBSR di otto settimane	38 medici, infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti e psicologi.
Il programma di riduzione dello stress basato sulla mindfulness (MBSR) riduce il disagio psicologico legato allo stress negli operatori sanitari.	Martín-Asuero e García-Banda [11]	Studio non randomizzato pre-post intervento, con disegno all'interno del gruppo.	Un corso di riduzione dello stress basato sulla consapevolezza, della durata di otto settimane, che prevede 28 ore di lezione.	29 operatori sanitari
Un corso di Mindfulness riduce il burnout e migliora il benessere degli operatori sanitari.	Goodman e Schorling [12]	Disegno pre-post-follow-up all'interno di un soggetto	Corso MBSR che si è tenuto per 2,5 ore alla settimana per otto settimane, più un ritiro di sette ore.	93 medici di diverse specialità, infermieri, psicologi e assistenti sociali.
L'impatto di un innovativo programma di riduzione dello stress basato sulla mindfulness sulla salute e il benessere degli infermieri impiegati in un contesto aziendale.	Bazarko et al. [13]	Studio non randomizzato pre-post-intervento con disegno all'interno del gruppo.	Un programma MBSR per otto settimane	36 infermieri

Migliorare la salute mentale degli operatori sanitari: Studio controllato randomizzato di un intervento sulla gratitudine	Cheng et al. [14]	RCT in doppio cieco	I partecipanti al gruppo di intervento hanno redatto un diario della gratitudine e delle seccature legate al lavoro, rispettivamente, due volte alla settimana per quattro settimane consecutive. Un gruppo senza diario è servito da controllo.	102 tra medici, infermieri, fisioterapisti e terapisti occupazionali
Valutazione preliminare di un breve intervento di riduzione dello stress basato sulla Mindfulness per i professionisti della salute mentale.	Dobie et al. [15]	Disegno pre-post-follow-up all'interno di un soggetto	Un allenamento MBSR quotidiano di 15 minuti per otto settimane, intervallato da tre sessioni educative di 30 minuti.	Nove operatori della salute mentale: cinque infermieri e quattro operatori sanitari (lavoro sociale, terapia occupazionale, psicologia).
Una valutazione pilota di un intervento di autocura e resilienza mindful (MSCR) per gli infermieri.	Craigie et al. [16]	Disegno pre-post-follow-up all'interno di un soggetto	Intervento di auto-cura e resilienza basato sulla mindfulness: workshop educativo di un giorno sulla prevenzione della fatica da compassione, seguito da seminari settimanali di formazione alla mindfulness per quattro settimane (12 ore totali di intervento).	21 infermieri
Effetto dell'intervento psicologico positivo sulla crescita post-traumatica degli operatori sanitari di base in Cina: Uno studio prospettico preliminare	Xu et al. [17]	Studio non randomizzato pre-post-intervento con disegno all'interno del gruppo.	Un intervento in quattro fasi progettato sulla base della psicologia positiva e della cultura cinese: fase 1: baseline; fase 2: educazione alla salute; fase 3: i partecipanti sono invitati a porre domande sulla salute mentale e sulle difficoltà lavorative, seguite da una discussione; e fase 4: valutazione.	579 operatori sanitari

Uno studio controllato randomizzato sulla Mindfulness per ridurre lo stress e il burnout tra i medici specializzandi.	Irlanda et al. [18]	RCT	Un intervento di mindfulness di 10 settimane	44 medici specializzandi
Quarantacinque cose buone: Uno studio pilota prospettico dell'intervento Tre Buone Cose per il benessere negli Stati Uniti per l'esaurimento emotivo degli operatori sanitari, la depressione, l'equilibrio vita-lavoro e la felicità.	Sexton e Adair [19]	Disegno del sondaggio non randomizzato	Tre buoni interventi somministrati nell'arco di 15 giorni	228 medici, RN, dirigenti infermieri/infermieri responsabili, assistenti medici/infermieri, assistenti ospedalieri, fisioterapisti, terapisti occupazionali, farmacisti, terapisti respiratori, tecnologi/tecnici, supporto amministrativo, altri dirigenti e studenti.
Migliorare la resilienza del caregiver: I corsi con strumenti di psicologia positiva promuovono miglioramenti duraturi nel burnout degli operatori sanitari	Masoud et al. [20]	Disegno del sondaggio non randomizzato	Corso di resilienza di uno o due giorni: I corsi includevano una didattica sulla prevalenza del burnout, sulle strategie per affrontare e migliorare il benessere, oltre a PPT basati su prove di efficacia, utilizzati durante e dopo il corso.	1.396 infermieri, medici, farmacisti, supporto clinico (CMA, assistente infermieristico, ecc.), assistenti sociali clinici, terapisti fisici/vocali/occupazionali, nutrizionisti, supporto amministrativo e altri dipendenti del sistema sanitario.
Valutazione di un intervento psicologico positivo per ridurre il burnout tra gli infermieri	Luo et al. [21]	Il disegno di ricerca quasi sperimentale prevede un gruppo di studio e un gruppo di controllo.	L'intervento 3GT è stato implementato utilizzando lo strumento di comunicazione WeChat per sei mesi.	41 infermieri
L'efficacia di un intervento online di psicologia positiva tra gli operatori sanitari con sintomi di depressione, ansia o stress e burnout.	Alexiou et al. [22]	RCT	3GT con spiegazioni causali per una settimana; cinque atti di gentilezza in una settimana; immaginare il miglior sé possibile nel corso delle settimane (aree diverse della vita ogni giorno).	30 infermieri, psicologi, assistenti sociali e fisioterapisti.

Tabella 1: Interventi di psicologia positiva negli operatori sanitari.
** RCT, studio randomizzato controllato; MBSR, riduzione dello stress basata sulla consapevolezza; RN, infermiere registrato; 3GT, Tre cose buone; PPT, strumento di psicologia positiva; CMA, assistente medico certificato; HCW, operatore sanitario.*

14.4 DISCUSSIONE

Questa revisione sistematica indica che gli IPP, somministrati con diversi metodi, sono promettenti per migliorare il benessere degli operatori sanitari, anche se è evidente la necessità di ulteriori studi RCT (randomized controlled trials) che utilizzino misure di esito chiare e standardizzate.

I PPI (interventi basati sulla psicologia positiva), valutati in più popolazioni, hanno dimostrato riduzioni misurabili dello stress, dell'ansia e del burnout, nonché miglioramenti nella soddisfazione lavorativa e nel benessere soggettivo. Questi interventi hanno prodotto anche benefici fisici, tra cui la diminuzione dei biomarcatori infiammatori e dei livelli di cortisolo, nonché benefici cognitivi documentati, tra cui l'aumento della memoria di lavoro e la diminuzione della distraibilità [23].

Questi benefici sono di particolare rilevanza per gli operatori sanitari. Le sfide professionali inerenti all'assistenza sanitaria comportano notevoli richieste cognitive, emotive e fisiche. Anche in condizioni di lavoro normali, medici e altri operatori sanitari affrontano quotidianamente situazioni stressanti e intense richieste cognitive ed emotive. Le richieste cognitive includono, tra le altre, la necessità di prendere decisioni critiche in ambito sanitario e di mantenere la concentrazione di fronte a frequenti distrazioni e interruzioni. Anche le richieste emotive sono significative e comprendono l'assistenza e la comunicazione con i pazienti in difficoltà, nonché l'autoregolazione e la gestione delle emozioni in situazioni impegnative [8].

Queste sfide si sono intensificate durante la pandemia di COVID-19, e sebbene la pandemia abbia iniziato a diminuire, gli effetti sulla salute mentale persistono. Gli studi hanno dimostrato costantemente un aumento dell'ansia, della depressione e dello stress vissuto dagli operatori sanitari durante la pandemia. Uno studio ha rilevato che il 98,5% dei medici ha sperimentato livelli di stress da moderati a gravi, con il 90,5% che ha riportato livelli variabili di ansia e il 94% che ha segnalato una depressione da lieve a grave [24].

In queste condizioni, lo sviluppo e la valutazione di interventi incentrati sul miglioramento del benessere degli operatori sanitari sono di grande priorità. Il miglioramento del benessere dei medici richiede un approccio su più fronti che incorpori azioni a livello di sistema, organizzativo e individuale [1]. Gli interventi basati sui principi della psicologia positiva possono essere utili a livello individuale e offrono uno strumento potenzialmente a basso costo, sicuro ed efficace se utilizzato insieme a miglioramenti sistemici e organizzativi.

La letteratura sulla psicologia positiva ha stabilito l'efficacia degli IPP nella popolazione generale attraverso molteplici studi di ricerca, incluse molteplici studi controllati randomizzati (RCT) [6]. La maggior parte degli IPP è stata progettata specificamente per essere completata facilmente a casa, promuovendo il senso di benessere soggettivo. Esistono sette categorie di base di PPI: assaporare, gratitudine, gentilezza, empatia, ottimismo, punti di forza e significato. L'assaporare si basa sull'idea che dirigere l'attenzione e la concentrazione su un evento positivo possa prolungare le emozioni positive derivanti da quell'intervento; gli interventi basati sulla mindfulness rientrano spesso in questa categoria [25]. Gli interventi sulla gratitudine sono progettati per focalizzare l'attenzione su persone e situazioni che creano eventi e sentimenti positivi nella vita di una persona. Gli interventi basati sull'empatia cercano di rafforzare le connessioni sociali, considerate essenziali per la felicità. Le attività sull'ottimismo sottolineano l'importanza della riflessione sul futuro e la creazione di aspettative positive. Le attività basate sui punti di forza incoraggiano l'identificazione e l'utilizzo dei propri punti di forza del carattere in modi nuovi. Infine, gli interventi basati sul significato si concentrano sulla comprensione e sull'impegno con il significato nella vita [6].

In questa revisione della letteratura, l'IPP più comunemente valutato negli operatori sanitari era basato sulla mindfulness o sulla gratitudine. Dei 14 studi, 8 erano incentrati sulla mindfulness, con un focus sulla riduzione dello stress o sull'autocura. Gli interventi basati sulla mindfulness sono stati studiati ampia-

mente in diverse popolazioni. Possono essere somministrati con metodi diversi e hanno dimostrato efficacia in diversi RCT. Un RCT ha rilevato che un intervento di otto settimane di riduzione dello stress basato sulla mindfulness (MBSR) era ben tollerato e presentava un'efficacia comparabile a quella del farmaco escitalopram nel trattamento del disturbo d'ansia generalizzato [26].

Gli interventi in questo studio spaziavano dall'MBSR agli interventi di autocura consapevole e mostravano diverse modalità di somministrazione. La maggior parte è stata erogata sul posto di lavoro sotto forma di corsi che variavano da due giorni a otto settimane. Due studi hanno progettato un intervento combinato incentrato sulla resilienza e sulla mindfulness. Questi interventi hanno cercato di aumentare il benessere insegnando strategie di coping per i fattori di stress e le avversità (resilienza), insieme alla mindfulness. Un altro studio ha combinato l'educazione alla mindfulness con l'educazione generale alla psicologia positiva, mentre uno studio ha utilizzato un intervento basato sulla resilienza.

Gli interventi basati sulla mindfulness sono cresciuti in popolarità, poiché la ricerca ha dimostrato i benefici. Gli operatori sanitari, negli studi qualitativi, hanno descritto benefici per se stessi, per i loro colleghi e per i loro pazienti, come ad esempio gli infermieri che hanno riportato miglioramenti nella gestione dello stress sul lavoro e nello sviluppo di sentimenti di calma interiore [27].

Negli studi qui esaminati, i ricercatori hanno documentato miglioramenti misurabili tra una serie di risultati studiati, tra cui stress, burnout, esaurimento, depressione, ansia e altro. La ricerca continua sui potenziali meccanismi d'azione di questi benefici; alcuni possono essere mediati da meccanismi fisiologici. Il lavoro sul respiro, incluso in molte pratiche di meditazione mindfulness, comprende pratiche di respirazione lenta. Questa pratica aumenta i collegamenti tra il sistema parasimpatico e il sistema nervoso centrale, producendo un controllo cognitivo di ordine superiore e una maggiore flessibilità mentale [28]. Nei momenti di attivazione della risposta fisiologica allo stress, si at-

tivano anche i centri neurali responsabili dell'interpretazione e della riduzione delle risposte allo stress, con conseguente diminuzione dello stress.

La mindfulness ha dimostrato anche benefici antinfiammatori. Un effetto negativo dello stress è l'aumento dei biomarcatori infiammatori. La meditazione mindfulness può contrastare gli effetti infiammatori negativi dello stress modificando l'espressione genica nel tempo, riducendo in questo modo le proteine infiammatorie [28]. Gli interventi basati sulla mindfulness esercitano effetti sulle risposte allo stress anche attraverso i percorsi neurali nel cervello. Le risonanze magnetiche strutturali hanno dimostrato che queste pratiche sono associate a una diminuzione dell'attività dell'amigdala in risposta a stimoli che inducono stress, sia in "stati mindful" che in uno stato di riposo [29]. In altre parole, mentre si sperimenta lo stress, il centro delle emozioni e della paura del cervello è meno attivato in coloro che praticano la mindfulness rispetto a coloro che non la praticano.

La mindfulness può rivelarsi benefica anche attraverso l'impatto sul carico cognitivo. Qualsiasi compito svolto da un operatore sanitario comporta intrinsecamente un certo grado di risorse cognitive e di sforzo, noto come carico cognitivo intrinseco [30]. Il carico cognitivo estraneo non è inerente al compito, ma può essere influenzato dalle inefficienze del sistema. La mindfulness può ridurre il carico cognitivo aumentando la capacità della memoria di lavoro e riducendo contemporaneamente l'insorgere di pensieri distraenti [23]. Anche brevi sessioni di meditazione mindfulness hanno dimostrato di migliorare l'attenzione esecutiva [31]. La riduzione del carico cognitivo complessivo può rivelarsi utile per il benessere degli operatori sanitari [32].

Quattro degli interventi di questa revisione erano basati sulla gratitudine. Alcuni di questi interventi erano i tradizionali "tre cose buone". In questi interventi, ai partecipanti viene chiesto di scrivere tre cose per cui sono grati ogni giorno, insieme a spiegazioni causali su come hanno portato a quegli eventi. Altri interventi sulla gratitudine si sono concentrati sulla tenuta di diari di gratitudine. Si ritiene che la gratitudine sia generalmente

efficace per aumentare il benessere e ridurre i sintomi di ansia e depressione, grazie a una visione più positiva di sé e a un'attenzione maggiore alle emozioni e agli eventi positivi generati dalla gratitudine [33]. Gli interventi di gratitudine che sollecitano l'espressione della gratitudine agli altri possono anche aumentare il benessere attraverso il rafforzamento delle relazioni [33].

In questa revisione, nel complesso, gli IPP sono risultati efficaci nel ridurre i sintomi di depressione, ansia, burnout e stress, aumentando al contempo il benessere, la soddisfazione lavorativa e di vita, l'autocompassione, il rilassamento e la resilienza. La maggior parte degli studi ha sottolineato che questi IPP sono interventi semplici, accessibili e a basso costo, che possono essere impiegati sia a casa che sul posto di lavoro. Pertanto, potenzialmente potrebbero essere facilmente replicati e diffusi in altre istituzioni.

Nonostante questi risultati promettenti, rimangono diverse domande e limitazioni. Diversi studi hanno utilizzato disegni non randomizzati o quasi sperimentali piuttosto che il gold-standard RCT. Gli RCT sono limitati dalle dimensioni generalmente ridotte dei campioni, oltre che dai diversi metodi di erogazione dell'intervento. Inoltre, dei 14 studi di questa revisione, solo tre hanno fornito informazioni sui tassi di abbandono dei partecipanti e le ragioni dell'abbandono non sono state trattate. In questi tre studi, i tassi di abbandono erano dello 0% [15], del 12% [13] e del 44% [10]. Un'altra preoccupazione è la mancanza di valutazioni di esito standardizzate, che limita il confronto dell'efficacia dei diversi metodi di somministrazione. Inoltre, mancano dati di follow-up a lungo termine, in questi casi con il periodo più lungo a tre mesi. Saranno necessari dati longitudinali a lungo termine per determinare la durata dei benefici, nonché per valutare gli intervalli ottimali di somministrazione dell'intervento. Un'altra limitazione di questa revisione sistematica è che gli studi qui identificati, con un'eccezione, hanno tutti somministrato PPI prima dell'inizio della pandemia. Occorre anche considerare il bias di pubblicazione; sebbene tutti gli studi di questa revisione

abbiano dimostrato esiti positivi, gli studi con esiti negativi potrebbero avere meno probabilità di essere pubblicati.

In termini di orizzonti futuri, sono necessari RCT di alta qualità che utilizzino misure di esito chiare e standardizzate per determinare le migliori pratiche per progettare e fornire interventi efficaci. Lo sviluppo di misure di esito standardizzate dovrebbe essere una priorità, e un'attenzione particolare dovrebbe essere rivolta al modo in cui gli operatori sanitari possono implementare tali pratiche a fronte di orari impegnativi. Gli studi futuri dovrebbero anche identificare le migliori pratiche per individuare persone interessate e che possono trarre beneficio, oltre a monitorare attentamente i tassi e i motivi di abbandono dei partecipanti. Un'altra domanda che rimane è l'efficacia e la fattibilità degli interventi attuati sul posto di lavoro rispetto a quelli impiegati esclusivamente a casa. Infine, un'altra area di studio futura sarà la valutazione dell'efficacia dei PPI somministrati dopo la pandemia.

14.5 CONCLUSIONI

In questa revisione sistematica degli studi che indagano sull'uso dei PPI negli operatori sanitari, sono stati notati risultati promettenti. Nonostante le attuali limitazioni, gli studi qui recensiti si dimostrano promettenti come un braccio di un approccio multiplo per migliorare il benessere degli operatori sanitari. Sono necessarie ulteriori ricerche per standardizzare le misure di esito e confrontare le diverse modalità e i metodi di somministrazione di questi interventi.

LE FONTI DI QUESTO NUMERO

1) Varavallo et al. La "grande rassegnazione": economia morale della *Great Resignation*. Humanities and Social Comunication, 19 settembre 2023; 10:587. doi: 10.1057/s41599-023-02087
https://www.nature.com/articles/s41599-023-02087-x
Tratto da: Humanities and Social Comunication
Rivista multidisciplinare dedicata allo studio delle scienze umane e della comunicazione sociale, con focus su media, linguaggi e processi culturali.

2) Boy1 Y., Sürmeli M. Le "dimissioni silenziose": il *Quiet Quitting* come rischio significativo per la sanità globale. Journal of Global Health, 31 marzo 2023. 13:03014. doi: 10.7189/jogh.13.03014
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10062397/
Tratto da: Journal of Global Health
Rivista che pubblica ricerche sulla salute globale, equità sanitaria, malattie infettive e sviluppo sostenibile nei sistemi sanitari di tutto il mondo.

3) Huang Y. et al. L'impatto del significato della vita e della felicità professionale sull'intenzione di abbandono del personale sanitario: uno studio trasversale dalla Cina. Human Resources for Health, 17 novembre 2023; 21:92. doi: 10.1186/s12960-023-00878-6
https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-023-00878-6
Tratto da: Human Resources for Health
Rivista che esamina le politiche, la formazione e la gestione delle risorse umane in sanità per migliorare l'accesso e la qualità dei servizi sanitari.

4) Moisoglou Y. et al. Le dimissioni silenti tra gli infermieri aumentano la loro intenzione di abbandono. MDPI Healthcare, 29 dicembre 2023; 12(1):79. doi: 10.3390/healthcare12010079
https://www.mdpi.com/2227-9032/12/1/79

Tratto da: MDPI Healthcare
Rivista open access che copre tutti gli aspetti dell'assistenza sanitaria, dalla medicina clinica alla sanità pubblica e alla tecnologia medica.

5) Peter KA, et al. Fattori associati alle reazioni di stress degli operatori sanitari, alla soddisfazione sul lavoro, all'intenzione di lasciare il lavoro e agli esiti relativi alla salute in ospedali di terapia intensiva, di riabilitazione e psichiatrici, case di cura e organizzazioni di assistenza domiciliare. BMC Health Services Research, 2 marzo 2024; 24(1):269. doi: 10.1186/s12913-024-10718-5
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10909269/
Tratto da: BMC Health Services Research
Rivista focalizzata sull'organizzazione, gestione, finanziamento e valutazione dei servizi sanitari a livello globale, con approccio evidence-based.

6) Vasfiye Bayram Deger. Editoriale: Ansia, burnout e stress tra gli operatori sanitari. Frontiers in Psychology, 11 gennaio 2024; 14:1348250. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1348250
https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2023.1348250/full
Tratto da: Frontiers in Psychology
Rivista multidisciplinare di psicologia, che pubblica articoli su neuroscienze, psicologia clinica, sociale, cognitiva e dello sviluppo.

7) Çelmeçe N, et al. L'effetto dei livelli di stress, ansia e burnout dei professionisti sanitari che si prendono cura dei pazienti affetti da COVID-19 sulla loro qualità di vita. Frontiers in Psychology, 23 novembre 2020; 11:597624. doi: 10.3389/fpsyg.2020.597624
https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2020.597624/full
Tratto da: Frontiers in Psychology
Rivista multidisciplinare di psicologia, che pubblica articoli su neuroscienze, psicologia clinica, sociale, cognitiva e dello sviluppo.

8) Lai J, et al. Fattori associati agli esiti di salute mentale tra gli operatori sanitari esposti alla malattia da coronavirus 2019. JAMA Network Open, 23 marzo 2020; 3(3):e203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7090843/
Tratto da: JAMA Network Open
Rivista open access della rete JAMA che pubblica ricerche cliniche e sanitarie di alta qualità con forte impatto su salute pubblica e policy.

9) Batanda, I. Prevalenza del burnout tra gli operatori sanitari: un'indagine presso l'ospedale regionale di riferimento di Fort Portal. NPJ Mental Health, 6 maggio 2024; Res 3, 16. doi: 10.1038/s44184-024-00061-2
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38710834/
Tratto da: NPJ Mental Health
Rivista Nature Partner Journals dedicata alla salute mentale, alla ricerca interdisciplinare e all'innovazione nei servizi psicologici.

10) Guerra F, et al. Qualità della vita e gestione dello stress nei professionisti sanitari di un centro odontoiatrico in un ospedale universitario di Roma: risultati di uno studio clinico controllato randomizzato. International Journal of Environmental Research and Public Health, 23 ottobre 2022; 19(21):13788. doi: 10.3390/ijerph192113788
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9654640/
Tratto da: International Journal of Environmental Research and Public Health
Rivista che raccoglie ricerche ambientali e sanitarie, con attenzione a epidemiologia, salute pubblica, rischi ambientali e determinanti sociali della salute.

11) Tamminga SJ, et al. Interventi a livello individuale per ridurre lo stress professionale negli operatori sanitari. Cochrane Database Systematic Review., 12 maggio 2023; 2023(5):CD002892. doi: 10.1002/14651858.CD002892.pub6
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10175042/

Tratto da: Cochrane Database Systematic Review
Rivista tra le più autorevoli del mondo, fonte di revisioni sistematiche evidence-based, utile per la pratica clinica, la sanità pubblica e le linee guida internazionali.

12) Adam D, et al. Interventi per ridurre lo stress e prevenire il burnout nei professionisti sanitari supportati da applicazioni digitali: una revisione sistematica. Frontiers in Public Health, 25 ottobre 2023; 11:1231266. doi: 10.3389/fpubh.2023.1231266
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10630920/
Tratto da: Frontiers in Public Health
Rivista peer-reviewed che esplora tutti gli aspetti della salute pubblica, promozione della salute, prevenzione e politiche sanitarie.

13) Catapano P, et al. Interventi organizzativi e individuali per la gestione dello stress legato al lavoro nei professionisti sanitari: una revisione d'ambito. MDPI Medicina, 20 ottobre 2023; 59(10):1866. doi: 10.3390/medicina59101866
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10608642/
Tratto da: MDPI Medicina
Rivista scientifica open access che pubblica articoli originali e revisioni cliniche su medicina generale, specialistiche e pratiche sanitarie.

14) Townsley l.P. et al. Benessere degli operatori sanitari: una revisione sistematica degli interventi di psicologia positiva. Cureus Springer Nature, 23 gennaio 2023, 15(1): e34102. doi: 10.7759/cureus.34102
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36843822/
Tratto da: Cureus Springer Nature
Rivista digitale open access per la pubblicazione rapida di articoli clinici e case report, pensata per professionisti sanitari, medici e ricercatori di tutte le discipline.