

[Articoli Psicologia - P&R Public](#)

Anno 2, Trimestre 4

13.11.2012

Analisi della salute organizzativa e burnout fra gli infermieri di area chirurgica, medica e pediatrica

[Autori](#) | [Abstract](#) | [Introduzione](#) | [Obiettivi](#) | [Materiali e metodi](#) | [Risultati](#) | [Discussione](#) | [Conclusioni](#) | [Bibliografia](#) | [Autore di riferimento](#) | [Download full text](#) | [Commenti](#) / [Richieste di informazioni](#) | [Galleria fotografica](#)

[Autori](#) [[Indice](#)]Burla F¹, Delli Poggi A³, Lozupone E², Sygiel A⁴, Cinti ME¹¹ Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, "Sapienza" Università di Roma² Dipartimento di Scienze e Tecnologie della Formazione, Università di Torvergata, Roma³ Dipartimento di Scienze Chirurgiche, "Sapienza" Università di Roma⁴ Citizen Advice Bureau, Manchester, UK

Citation: Burla F, Delli Poggi A, Lozupone E, et al. Analysis of organizational health and burnout among nurses from surgical, medical and pediatric fields. *Prevent Res*, published on line 13. Nov. 2012, P&R Public. 35

Parole chiave: salute organizzativa, burnout, infermieri

[Abstract](#) [[Indice](#)]

Introduzione: Nell'attuale scenario sociale la progressiva centralità dei servizi alle persone appare come un fenomeno complesso, con vantaggi e limiti legati al rischio che la società e le organizzazioni possano non adeguatamente governarne le dinamiche proprie della persona che lavora. Le organizzazioni hanno il ruolo di mediare tra le caratteristiche dell'essere umano (motivazioni, obiettivi, bisogni) e quelle dell'ambiente, cercando di creare un equilibrio. Quando non riescono in questo compito, l'ambiente diviene campo utile per l'insorgere delle patologie organizzative, quali ad esempio il burnout.

Obiettivi: L'obiettivo è valutare i diversi livelli di burnout in infermieri di area chirurgica, medica e pediatrica ed individuare eventuali fattori di lavoro e ed individuali al fine di conoscere i motivi di soddisfazione e d'insoddisfazione influenti nel determinare il livello di coinvolgimento, di motivazione e d'impegno con i quale i soggetti gestiscono il rapporto con l'organizzazione.

Metodi: Il campione è costituito da 155 infermieri divisi in 3 gruppi, 50 di area chirurgica, 55 di area medica e 50 di area pediatrica, ai quali sono stati somministrati dei questionari volti a valutare la salute organizzativa, caratteristiche di personalità ed fattori di rischio burnout.

Risultati: Il 17 % di soggetti del campione risulta essere in burnout, ma non si evidenziano differenze significative fra i soggetti appartenenti ai diversi reparti. Sono invece risultate significative le differenze relative alla percezione di comfort dell'ambiente di lavoro, di stress e fatica fra i soggetti in burnout e quelli non a rischio.

La salute organizzativa è vissuta diversamente fra gli infermieri delle diverse aree: gli infermieri di area medica e chirurgica percepiscono l'ambiente lavorativo in maniera più negativa rispetto a quelli di area pediatrica.

Discussioni: Sembra esistere una stretta relazione tra il burnout e gli anni di lavoro e la distanza dal posto di lavoro degli infermieri esaminati. In essi esiste una reale perdita della capacità di perseverare nel compito e di rispettare i doveri professionali.

L'unica nota di rilievo nella differenza tra le varie categorie, lo mostrano gli infermieri pediatrici che esprimono complessivamente delle valutazioni più positive sui vari aspetti della condizione lavorativa.

Conclusioni: Appare necessario sollecitare le organizzazioni aziendali e le varie istituzioni al fine di redigere un piano di interventi mirati a ridurre i fattori di rischio e allo stesso tempo a fornire un supporto a coloro che già sono affetti da burnout ed alle loro famiglie al fine di rendere loro più facile e rapido un rientro graduale nella vita sociale e professionale.

[Introduzione](#) [[Indice](#)]

Nell'attuale scenario sociale la progressiva centralità dei servizi alle persone appare come un fenomeno complesso, con vantaggi e limiti legati al rischio che la società e le organizzazioni possano non adeguatamente governarne le dinamiche proprie della persona che lavora.

Se i cambiamenti *non possono*, i disagi organizzativi *non devono* essere ignorati. Dire che un'organizzazione "non può" ignorare un cambiamento significa affermare che è indispensabile prendere atto che le evoluzioni nel mondo delle imprese sono spesso cercate, indotte e gestite consapevolmente. E dire che "non deve" ignorare i disagi organizzativi significa che, se essi sono presenti, non possono non essere affrontati con la considerazione che meritano. Se l'organizzazione li sottovaluta, oppure non possiede le risorse per affrontarli o prevenirli adeguatamente, il fatto potrebbe causare rilevanti costi in termini di efficacia ed efficienza sia riguardo al suo ciclo di produzione che alle risorse umane che operano al suo interno.

Particolarmente legato all'ambito lavorativo è il fenomeno del *Burnout*, conosciuto sin dalla metà degli anni Ottanta

(1, 2), disturbo che può colpire particolari categorie di lavoratori sottoposti, per motivi professionali, a intensi e protratti fattori di stress.

Si tratta di una sindrome che, nel suo manifestarsi, induce un disagio emotivo, la sensazione di essere sopraffatti e di perdere il controllo della situazione, con sintomi di tipo cognitivo, emotivo, comportamentale e somatico (3).

Secondo Maslach (2) il burnout può essere definito come una sindrome psicosomatica in cui coesistono tre dimensioni fondamentali: "esaurimento emotivo", ovvero la sensazione di essere emotivamente inaridito e di sentirsi esaurito dal proprio lavoro, la "depersonalizzazione", intesa come distacco e indifferenza nei confronti sia del lavoro che dell'utente a cui viene rivolto il proprio servizio, e la (mancata) "realizzazione personale" che comporta sfiducia nelle proprie competenze ed inibizione del desiderio di successo.

Del Rio (4) sostiene inoltre che il Job Burnout è un processo che si "auto-rinforza", perché il distacco emotivo e il pessimismo conducono al "fallimento nel ruolo di aiuto" e "il fallimento conduce ad un ulteriore scoraggiamento" che, in un processo a spirale, porta ad "un ulteriore fallimento".

L'insorgere del Burnout è quindi dovuto secondo Maslach e Leiter (5) a sei individuabili discrepanze tra persona e lavoro che si sviluppano quando: l'individuo è sovraccarico di lavoro; non ha il pieno controllo di quello che fa; non viene ricompensato in modo adeguato per quello che fa; vive una crisi nel senso di comunità e di appartenenza; non è trattato equamente; vive valori contrastanti.

Date queste cause la Maslach propone una serie di conseguenze riscontrate nei soggetti che vivono il fenomeno, come il deterioramento dell'impegno e delle emozioni e il problema di adattamento tra le persone e il lavoro.

Esistono poi dei fattori individuali di rischio che in qualche modo predispongono l'individuo a manifestare i sintomi propri della sindrome: sembra che il burnout sia più frequente fra soggetti di età superiore ai 30-40 anni, non sposati e con livello culturale più elevato, che affrontano le difficoltà con atteggiamento passivo e difensivo, che non mostrano apertura verso il cambiamento e che mostrano una percezione di scarso controllo delle proprie capacità di gestione degli eventi. Anche l'atteggiamento verso il lavoro assume un ruolo importante: coloro che lavorano molto e più duramente hanno maggiore probabilità di incorrere nella sindrome del burnout, probabilmente perché nutrono notevoli aspettative nella loro professione (6).

Il fenomeno del burnout si manifesta in particolar modo nelle *helping professions*, incentrate sulla relazione d'aiuto definita come un "rapporto asimmetrico" (7): operatore-utente, in cui la prima figura intende sviluppare ed accrescere l'altra (8, 9).

Queste circostanze rendono a rischio le professioni sanitarie in maniera inversamente proporzionale con gli aspetti organizzativi ed i sostegni formativi offerti dalla struttura (10) e con l'aumento delle richieste in termini sia di qualità che di quantità di produzione (5).

L'organizzazione lavorativa è una struttura articolata in molti elementi, ognuno dei quali è una possibile fonte di stress: componenti socio-ambientali, organizzative, individuali concorrono a creare situazioni di disagio organizzativo.

Per disagio organizzativo o, meglio ancora, per patologia organizzativa, si può intendere "qualsiasi dinamica, di natura personale, sociale o istituzionale, che impedisca sistematicamente, anche se per un periodo di tempo limitato, il raggiungimento degli obiettivi organizzativi e/o incrina la salute psico-fisica dei collaboratori all'organizzazione" (11)

La definizione mette in luce come una patologia individuale, che incrina la salute psicofisica del soggetto, può essere causa del mancato conseguimento degli obiettivi organizzativi.

Secondo la prospettiva teorica dei sistemi viventi di Miller e Miller, le patologie si evidenziano quando nelle organizzazioni (intese come sistemi dotati di sottosistemi a livelli crescenti di complessità e a diversi livelli d'importanza e di potere) vengono attivati costosi processi per ovviare a delle disfunzioni (ne processi di comunicazione interna, nella mancanza di informazioni o un eccesso di queste in contrasto tra loro) senza riuscire ad eliminare le cause (12).

Nicholson (13) sostiene che le organizzazioni sociali hanno il ruolo di mediare tra le caratteristiche dell'essere umano (motivazioni, obiettivi, bisogni...) e quelle dell'ambiente, cercando di creare un equilibrio. Quando le organizzazioni non riescono in questo compito, l'ambiente circostante diviene campo utile per

l'insorgere delle patologie organizzative: impedire la libera espressione, le risposte emozionali e la realizzazione personale, ostacolare la coesione comunitaria e, in generale, l'eccessiva rigidità, divengono elementi favorevoli per l'insorgere di disagi all'interno delle imprese. L'eccessivo carico di lavoro, le continue e sempre più pressanti esigenze delle organizzazioni, per adempiere le quali spesso l'individuo non dispone di adeguati strumenti, possono indurre il soggetto ad esaurire le proprie energie fisiche e mentali, con conseguente riduzione della produttività, dell'impegno e della creatività, causando consistenti perdite finanziarie e produttive per l'organizzazione.

Obiettivi [Indice]

Partendo da tali premesse l'obiettivo del presente lavoro è stato quello di valutare, attraverso una indagine conoscitiva, i diversi livelli di rischio di Burnout in operatori sanitari di area chirurgica, appartenenti alla stessa struttura sanitaria e operanti in diversi reparti della stessa, individuare eventuali fattori di lavorativi o individuali associati al rischio di Burnout, e infine identificare e confrontare le fonti di disagio relative alle aree infermieristiche chirurgica, medica e pediatrica. L'utilità di un'indagine tesa a determinare il grado di soddisfazione del dipendente, consiste nella possibilità di conoscere i motivi di soddisfazione e d'insoddisfazione influenti nel determinare il livello di coinvolgimento, di motivazione e d'impegno con il quale i soggetti gestiscono il rapporto con l'organizzazione.

Materiali e metodi [Indice]

Il campione è costituito da 155 infermieri di cui 65 maschi e 90 femmine (età media 40,6 anni; ds 10,4) divisi in 3 gruppi: 50 di area chirurgica, 55 di area medica e 50 di area pediatrica, impiegati in reparti ospedalieri dell'Azienda Policlinico Umberto I di Roma.

Il periodo di rilevazione dei dati è stato compreso tra aprile e luglio 2010. I soggetti inclusi nel presente studio sono infermieri di reparti chirurgici, medici e pediatrici che hanno scelto di partecipare volontariamente all'indagine, protetti dall'anonimato.

Sono stati utilizzati i corrispondenti strumenti di valutazione per le variabili di interesse:

- Livello di Burnout: MBI (Maslach Burnout Inventory)
- Analisi Salute Organizzativa: MOHQ (Multidimensional Organizational Health Questionnaire)
- Profilo Psicopatologico: SCL-90 (Symptoms Check List)
- Profilo di personalità: ACL (Adjective Check List) sé reale, sé ideale
- Percezione del paziente: ACL (Adjective Check List) paziente

Il Maslach Burnout Inventory (MBI) (14, 15) si compone di 3 subscale: Esaurimento Emotivo (Emotional Exhaustion, EE) che esamina la sensazione di essere inaridito emotivamente ed esaurito dal proprio lavoro; Depersonalizzazione (Depersonalisation, DP) che identifica una risposta fredda e impersonale nei confronti delle persone che ricevono la prestazione professionale; Realizzazione Personale (Personal Accomplishment, PA) che misura la sensazione relativa alla propria competenza e al proprio desiderio di successo nel lavorare con gli altri. I punteggi sono considerati alti se cadono nel terzile superiore della distribuzione, medi se si collocano nel terzile medio e bassi se cadono nel terzile inferiore (per una descrizione più dettagliata si veda 16).

L'Adjective Check List (ACL) è un test idiografico e a scelta libera che consente l'auto-descrizione del soggetto e permette di evidenziare la percezione del Sé reale e Sé Ideale di chi compila il test (17). La scala del Sé reale indica tutti i concetti, le percezioni, i vissuti e le valutazioni che i soggetti danno di se stessi, mentre il Sé ideale indica tutte le caratteristiche che i soggetti vorrebbero possedere in termini di valori, comportamenti, atteggiamenti. Il test permette di essere utilizzato per fornire diverse indicazioni circa il soggetto e in questo lavoro è stato scelto di somministrare ai soggetti una versione dello stesso che permettesse di descrivere l'atteggiamento dell'operatore verso i pazienti di cui si prendono cura (17). Il test prevede una grigliatura composta da 37 scale che coprono 5 aree determinate: il modus operandi della persona, i suoi bisogni, la sua originalità ed intelligenza, le sue peculiarità ed infine delle informazioni per la sua analisi transazionale. Il range di normalità è compreso tra valori che vanno da 40 a 60.

Rispetto ad un precedente lavoro di alcuni autori (16) è stato sostituito il test MMPI-2 con la SCL 90 (Symptom Checklist-90), scala di più facile gestione e siglatura, che valuta sia soggetti clinici che non clinici: misura un ampio spettro di problemi psicologici e di sintomi psicopatologici, dando risalto sia ai sintomi internalizzanti (depressione, somatizzazione, ansia) che quelli esternalizzanti (aggressività, ostilità, impulsività) (18) e si compone di nove dimension sintomatologiche primarie:

- Somatizzazione: riflette il disagio legato alla percezione di disfunzioni nel proprio corpo; i sintomi focalizzano sugli apparati cardiovascolare, gastrointestinale, respiratorio, ecc.
- Ossessività-Compulsività: focalizza sui pensieri, sugli impulsi e sulle azioni sperimentati come persistenti e irresistibili, di natura egodistonica o indesiderati.
- Ipersensibilità interpersonale: punta sui sentimenti di inadeguatezza e inferiorità, in particolare in confronto ad altre persone.
- Depressione: sono anche inclusi sentimenti di disperazione, pensieri suicidari e altri correlati cognitivi e somatici della depressione.
- Ansia: comprende segni generali di ansia come nervosismo, tensione, tremori così come attacchi di panico e sensazione di terrore.
- Ostilità: riflette pensieri, sentimenti, comportamenti caratteristici di uno stato affettivo negativo di rabbia.
- Ansia fobica: è definita come una persistente reazione di paura a una specifica persona, luogo, oggetto o situazione, percepita come irrazionale o sproporzionata rispetto allo stimolo.
- Ideazione paranoide: pensiero proiettivo, ostilità, sospettosità, grandiosità, riferimento a Sé, paura di perdita dell'autonomia e deliri sono tutti espression primarie di questo disturbo.
- Psicoticismo: rappresenta il costrutto come una dimensione continua dell'esperienza umana e contiene item indicativi di ritiro e isolamento così come i sintomi di primo rango della schizofrenia.

Gli aspetti della salute organizzativa sono stati analizzati mediante l'uso del MOHQ - Questionario Multidimensionale della Salute Organizzativa (Multidimensional Organizational Health Questionnaire) (19), che si focalizza sulla percezione individuale di benessere da parte di chi compila il questionario relativa ad una realtà lavorativa: fornisce indicazioni sulle dimensioni di salute organizzativa (ad esempio chiarezza degli obiettivi, equità, cultura della sicurezza e prevenzione) e tre indicatori di esito. Il questionario consente di monitorare le dimensioni della salute organizzativa nel contesto lavorativo, ne suo complesso e/o per singoli settori; le informazioni raccolte vengono elaborate e sintetizzate e rappresentano una "fotografia" dell'organizzazione per come essa viene "vista" e percepita dai dipendenti, in termini di aree di maggior benessere e salute e aree di maggior criticità sui quali è auspicabile un intervento di miglioramento e sviluppo.

I risultati sono stati sottoposti ad analisi statistica mediante test Chi quadrato e U di Mann-Withney utilizzando il software S.P.S.S. ver 17.0.

Risultati [Indice]

Il test MBI, Maslach Burnout Inventory, ha evidenziato come il 17 % di soggetti del campione risulti essere in burnout (cft. tabella 1); non ci sono differenze statisticamente significative fra i tre reparti nonostante si osservi un maggior livello di Burnout nel campione di medicina, con una percentuale che si attesta intorno al 25 %. Per quanto riguarda le tre componenti del Burnout, Esaurimento Emotivo, Realizzazione Personale e Depersonalizzazione, individuate dal test MBI non ci sono differenze significative fra gli operatori dei diversi reparti (fig.1).

Tab. 1 - Frequenze categorie professionali nelle classi di Burnout (MBI).

| M.B.I. | Assenza Burnout | Presenza Burnout |
|--------------------------|-----------------|------------------|
| Infermieri n. 155 | 83% | 17% |
| Chirurgia n. 50 | 84% | 16% |
| Medicina n. 55 | 75% | 25% |
| Pediatria n. 50 | 90% | 10% |

Fig. 1 - Valori medi delle subscale MBI nelle categorie professionali.

In base ai punteggi emersi dal test MBI gli operatori sanitari sono stati suddivisi in 2 gruppi:

- nel primo gruppo quelli con l'assenza di burn out;
- nel secondo gruppo quelli con la presenza di burn out.

Abbiamo quindi confrontato i due gruppi e non abbiamo riscontrato differenze statisticamente significative per le variabili anagrafiche qualitative sesso, stato civile e figli (tabella 2).

Mediante la U di Mann-Whitney sono state effettuati dei confronti per quanto riguarda le variabili quantitative al test MOHQ (tabella 3): i soggetti in burnout hanno un'età maggiore di coloro che non mostrano sintomi di burnout, hanno più anni di lavoro, sono impiegati da più tempo nell'attuale amministrazione ed impiegano maggior tempo nel recarsi al posto di lavoro.

Tab.2 - Confronto e test X² tra Burnout e variabili anagrafiche qualitative.

| | ASSENZA BURNOUT | PRESENZA BURNOUT | X sign *p<,05 |
|--|-----------------|------------------|---------------|
| | | | |

| | | 128 operatori sanitari | 27 operatori sanitari | |
|--------------|-----------|------------------------|-----------------------|-------|
| SESSO | M | 83,01% | 16,09% | ,019* |
| | F | 82,2% | 17,8% | |
| STATO CIVILE | Celibe | 83,6% | 16,04% | ,082 |
| | Coniugato | 81,8% | 18,2% | |
| FIGLI | Si | 82,4% | 17,6% | ,004* |
| | No | 82,8% | 17,2% | |

Tab. 3 - Confronto tra Burnout e variabili quantitative del Questionario MOHQ.

| MOHQ | ASSENZA BURNOUT | | RISCHIO BURNOUT | | MANN-WHITNEY U *p<,05 |
|--|-----------------|-------------|-----------------|-------------|--------------------------|
| | Mean | Mean rank 1 | Mean | Mean rank 2 | |
| Età in anni | 39,7 | 74,2 | 44,5 | 95,9 | 1245* |
| Anni di lavoro tot | 14,6 | 74,2 | 18,5 | 92,9 | 1298 |
| Anni nell'attuale ammin. | 11,3 | 73,7 | 15,2 | 95,6 | 1226* |
| Tempo recarsi posto lavoro | 38,5 | 73,7 | 55,7 | 95,6 | 1227* |
| Media n° ore di lavoro | 7,1 | 78,5 | 6,8 | 75,7 | 1666 |
| Media ore sett. straordinarie | 7,4 | 75 | 8,2 | 92,2 | 1344 |
| VALORI NORMATIVI DEGLI ITEMS SUCCESSIVI + > 2.9 - < 2.6 | | | | | |
| Comfort ambiente lav. | 2,5- | 81,7 | 2,2- | 60,5 | 1256* |
| Percezione dei dirigenti | 2,5- | 79,3 | 2,5- | 71,9 | 1563 |
| Percezione dei colleghi | 2,9+ | 80,8 | 2,8 | 65 | 1377 |
| Percezione dell'efficienza | 2,7 | 80,2 | 2,6- | 67,7 | 1450 |
| Percezione equità organizz. | 2,3- | 80,8 | 2,2- | 64,9 | 1375 |
| Percezione del conflitto | 2,4- | 78,5 | 2,3- | 75,8 | 1669 |
| Percezione dello stress | 2,9+ | 74,4 | 3,1+ | 95,3 | 1262* |
| Sicurezza | 2,5- | 80,7 | 2,2- | 65,4 | 1387 |
| Fatica | 3,1+ | 72,7 | 3,5+ | 103 | 1054** |
| Isolamento | 2,8 | 76,4 | 2,9+ | 85,6 | 1524 |
| Apertura all'innovaz. | 2,5- | 80 | 2,3- | 68,7 | 1476 |
| Disturbi psicosomatici | 2,1- | 73 | 2,5- | 101,6 | 1090** |
| Indicatori positivi | 2,8 | 82,3 | 2,6- | 57,8 | 1183** |
| Indicatori negativi | 2,5- | 78 | 2,4- | 78,2 | 1724 |
| Soddisfazione | 2,6- | 79,4 | 2,6- | 71,6 | 1556 |
| TOTALE | 39,3 | 78,4 | 40,4 | 76 | 1674 |

Relativamente alle variabili qualitative del MOHQ i soggetti in burnout lamentano un peggior comfort dell'ambiente di lavoro, hanno una maggiore percezione di stress e fatica ed infine mostrano maggiori disturbi psicosomatici rispetto agli infermieri che non manifestano sintomi di burnout.

Non risultano significative invece le differenze per quanto riguarda la percezione della dirigenza, quella dei colleghi, quella relativa all'efficienza e all'equità organizzativa. Non sono diverse inoltre le percezioni di conflitti in ambito lavorativo, la sicurezza, la percezione di isolamento, l'apertura all'innovazione e la soddisfazione lavorativa.

Relativamente agli aspetti psicopatologici e di personalità (tabella 4) non sono state evidenziate differenze significative per quanto la somatizzazione risult essere l'indicatore maggiormente rappresentato.

Tab. 4 - Confronto tra Burnout e test SCL-90.

| SCL-90 | ASSENZA BURNOUT | | PRESENZA BURNOUT | | MANN-WHITNEY U *p<,05 **p<,01 |
|---------------------------------|-----------------|-------------|------------------|-------------|----------------------------------|
| | MEAN | MEAN RANK 1 | MEAN | MEAN RANK 2 | |
| Cut off = 50 | | | | | |
| Somatizzazione | 51,7 | 75,6 | 54,3 | 89,4 | 1420 |
| DOC | 45,7 | 76,8 | 46,3 | 83,9 | 1568 |
| Insensibilità nei rapp. interp. | 46,2 | 77,4 | 47,3 | 80,9 | 1651 |
| Depressione | 43,5 | 76,6 | 44,7 | 84,9 | 1543 |
| Ansia | 46,8 | 76,9 | 48,1 | 83,2 | 1588 |
| Ostilità | 48,2 | 77,1 | 47,9 | 82,5 | 1608 |
| Ansia fobica | 48,2 | 77,7 | 51,5 | 79,3 | 1694 |
| Ideazione paranoide | 49,2 | 77,4 | 48,2 | 81,1 | 1646 |
| Psicoticismo | 47,4 | 77,4 | 51,9 | 80,8 | 1652 |

Per il test ACL reale (figura 2), quindi come sono in realtà, i soggetti con rischio burnout descrivono se stessi con meno aggettivi favorevoli (FAV), e più aggettivi sfavorevoli (UNFAV), mostrando un concetto di sé tendente al negativo rispetto a coloro che non manifestano burnout; hanno inoltre un minor bisogno di perseverare nello sforzo (END), un maggior bisogno di autonomia dal gruppo (AUT), un maggior bisogno di ricevere soccorso o aiuto (SUC), un minor adattamento personale (P-ADJ), ed infine una minore stima di sé stessi (ISS).

Fig. 2 - Confronto tra Burnout e le tre versioni del test ACL.

Se andiamo ad osservare le differenze presenti negli aspetti ideali del sé misurate mediante la versione dell'ACL Sé ideale (figura 2) notiamo come i soggetti del campione siano più motivati ad avere un concetto di sé favorevole (FAV), un maggior conformismo (COM), un maggior bisogno di proteggere ed aiutare gli altri, un minor bisogno di autonomia dal gruppo (AUT), ed infine un maggior autocontrollo (S-CN). Relativamente alla percezione del paziente si evidenziano differenze significative nell'ACL paziente relativamente al numero di aggettivi contrassegnati (NCKD) che è maggiore per i soggetti in burnout, un maggior concetto di sé (FAV) ed un maggior bisogno di proteggere ed aiutare gli altri (NUR); quindi non viene compromessa la visione del paziente. In una seconda fase dell'analisi dei dati il campione è stato suddiviso a seconda dell'area professionale d'impiego degli infermieri: chirurgico, medico e pediatrico al fine di evidenziare eventuali differenze fra gli infermieri afferenti alle diverse aree. I risultati del test MOHQ (tabella 5) rilevano maggiore insoddisfazione relativamente al comfort dell'ambiente lavorativo da parte degli infermieri di area chirurgica e di quelli di area medica, rispetto agli infermieri di area pediatrica che non sembrano identificare questa variabile come un aspetto negativo dell'ambiente di lavoro; sono state rilevate differenze significative fra gli infermieri delle tre aree relativamente alla percezione dei dirigenti, con una visione più negativa da parte dei chirurgici e degli infermieri di area medica rispetto agli infermieri pediatrici che sembrano essere soddisfatti del proprio rapporto con la dirigenza.

Tab. 5 - Confronto tra aree professionali e Questionario MOHQ.

| MOHQ | CHIRURGIA (N.50) | | MEDICINA (N.55) | | PEDIATRIA (N.50) | | Kruskal-Wallis test *p<.05 **p<.01 |
|------------------------------|------------------|-----------|-----------------|-----------|------------------|-----------|--|
| | Mean | Mean Rank | Mean | Mean Rank | Mean | Mean Rank | |
| valori normativi +>2,9 -<2,6 | | | | | | | |
| Comfort ambiente lav. | 2,2- | 65,1 | 2,3- | 69 | 2,9+ | 101,2 | 20,5** |
| Percezione dei dirigenti | 2,3- | 62,7 | 2,4- | 72 | 2,8 | 99,7 | 19,2** |
| Percezione dei colleghi | 2,8 | 65,3 | 2,8 | 74,4 | 3+ | 94,7 | 12,1** |
| Percezione dell'efficienza | 2,5- | 61,4 | 2,6- | 72,4 | 3+ | 100,8 | 21,2** |
| Percezione equità organizz. | 2,1- | 65,9 | 2,3- | 76,6 | 2,5- | 91,6 | 8,6* |
| Percezione del conflitto | 2,4- | 78,8 | 2,3- | 73,9 | 2,5- | 81,8 | ,880 |
| Percezione dello stress | 2,9+ | 75,6 | 2,9+ | 79,5 | 3+ | 78,8 | ,241 |
| Sicurezza | 2,2- | 64 | 2,4- | 72 | 2,8 | 98,6 | 16,9** |
| Fatica | 2,9+ | 59,8 | 3,3+ | 88,8 | 3,2+ | 84,3 | 13,1** |
| Isolamento | 2,6- | 64,3 | 2,9+ | 83,1 | 2,9+ | 86,1 | 7,4* |
| Apertura all'innovaz. | 2,4- | 72,3 | 2,4- | 76,4 | 2,5- | 85,4 | 2,3 |
| Disturbi psicosomatici | 2,4- | 88,1 | 2,2- | 79,7 | 2- | 66 | 6,3* |
| Indicatori positivi | 2,6- | 63 | 2,7 | 75,1 | 2,9+ | 96,2 | 14,5** |
| Indicatori negativi | 2,4- | 77,2 | 2,5- | 82,9 | 2,4- | 73,4 | 1,2 |
| Soddisfazione | 2,5- | 67 | 2,6- | 79 | 2,7 | 87,9 | 5,5 |

La percezione dei colleghi è vista positivamente tutte e tre le aree infermieristiche con particolare soddisfazione da parte degli infermieri pediatrici; la percezione dell'efficienza è vissuta negativamente sia dai chirurgici che dai medici rispetto ai pediatrici. La percezione dell'equità organizzativa è negativa per tutti in particolare per gli infermieri chirurgici; la sicurezza in ambito lavorativo è vissuta con insoddisfazione per i chirurgici e per gli infermieri di area medica; la fatica è vissuta positivamente da tutte e tre le categorie infermieristiche con particolare evidenza per quelli di area chirurgica. Infine gli infermieri di area chirurgica vivono come aspetto negativo dell'organizzazione l'isolamento; sembra inoltre che tutte le categorie infermieristiche del campione manifestino disturbi psicosomatici in particolar modo quelli di area chirurgica; infine gli indicatori positivi sembrano essere minori per gli infermieri di area chirurgica rispetto agli altri due.

Sono state poi esaminate le differenze relative ad eventuali fenomeni psicopatologici e variabili di personalità nei sottogruppi mediante il test di Kruskal-Wallis (tabella 6). Dallo screening del test SCL-90 relativo agli infermieri delle diverse aree si individuano maggiori rappresentazioni dei sintomi negli infermieri chirurgici per quanto riguarda: somatizzazione, disturbo ossessivo compulsivo, insensibilità rapporti interpersonali, depressione, ansia, ostilità, ansia fobica, ideazione paranoide e psicotismo.

Tab. 6 - Confronto tra aree professionali e test SCL-90.

| SCL-90 | CHIRURGIA (n.50) | | MEDICINA (n.55) | | PEDIATRIA (n.50) | | KRUSKAL-WALLIS TEST *p<0.5 **p<0.1 |
|----------------------------|------------------|-----------|-----------------|-----------|------------------|-----------|--|
| | Mean | Mean Rank | Mean | Mean Rank | Mean | Mean Rank | |
| Cut off= 50 | | | | | | | |
| Somatizzazione | 60,7 | 105,4 | 50,7 | 76 | 45,2 | 53 | 34,6** |
| DOC | 50,9 | 98,4 | 46,4 | 81,7 | 40 | 53,6 | 25,8** |
| Insensibilità rapp.interp. | 52,7 | 100,7 | 46,1 | 79,7 | 40,3 | 53,3 | 28** |
| Depressione | 51,1 | 102,5 | 43 | 79,3 | 37,3 | 52,1 | 31,9** |
| Ansia | 55,2 | 101,2 | 46,6 | 79,3 | 39,4 | 53,4 | 28,7** |
| Ostilità | 54 | 100 | 46,9 | 78,6 | 43,7 | 55,3 | 25,3** |
| Ansia fobica | 53,2 | 96,9 | 49,1 | 80,2 | 44,2 | 56,7 | 22,7** |
| Ideazione paranoide | 54,7 | 97,1 | 48,4 | 78,9 | 44,1 | 57,9 | 19,3** |
| Psicotismo | 55,3 | 100,4 | 47,2 | 78,8 | 42 | 54,7 | 27,1** |

Discussione [Indice]

I risultati dell'indagine hanno evidenziato come il 17% degli infermieri sono in burnout senza differenze di categoria. Esiste invece una stretta relazione tra i burnout e gli anni di lavoro e la distanza dal posto di lavoro degli infermieri esaminati. In essi esiste una reale perdita della capacità di perseverare nel compito e di rispettare i doveri professionali.

Ma a ciò si associa comunque una buona autoconsapevolezza critica di questi soggetti: essi si giudicano in modo meno favorevole, vorrebbero essere migliori e sono orientati a chiedere aiuto. Desidererebbero inoltre tornare a provare un maggior bisogno di interessarsi e di proteggere gli altri e, allo stesso tempo, recuperare un buon autocontrollo ed il senso della disciplina. A questo si aggiunge che la loro visione del paziente, nonostante la condizione di burnout, non è deteriorata e non presenta differenze dagli infermieri "sani".

L'unica nota di rilievo nella differenza tra le varie categorie, lo mostrano gli infermieri pediatrici che esprimono complessivamente delle valutazioni più positive sui vari aspetti della condizione lavorativa, anche se va sottolineato come esista una difficoltà che accomuna le tre categorie e che consiste nella percezione di una organizzazione del lavoro che rimane insoddisfatta malgrado l'impegno posto nel cercare di migliorarla.

Conclusioni [Indice]

I risultati di questo lavoro possono essere utili per sensibilizzare l'opinione pubblica e gli addetti ai lavori, a tutti i livelli, riguardo la seria possibilità che gli infermieri abbiano oggi di sviluppare il burnout, che può determinare dei risvolti non solo sul piano lavorativo/professionale ma che su quello delle ricadute sociali.

Si può sottolineare a tal proposito che l'infermiere oggi non interviene solo sul cittadino malato ma anche e soprattutto nella prevenzione di quelli ancora in discreta salute e sull'ambiente che li circonda (famiglia, lavoro, ecc.). E' necessario quindi sollecitare le organizzazioni aziendali e le varie istituzioni al fine di redigere un piano di interventi mirati a ridurre i fattori di rischio e allo stesso tempo a fornire un supporto a coloro che già sono affetti da burnout ed alle loro

famiglie al fine di rendere loro più facile e rapido un rientro graduale nella vita sociale e professionale.

Bibliografia [Indice]

1. Cherniss C. Professional burnout in human service organization, Praeger, New York, 1980.
2. Maslach C. La sindrome del burnout. Il prezzo dell'aiuto agli altri, Cittadella Editrice, Assisi, 1982.
3. Fassio O, Galati D. L'operatore in un contesto di emergenza: motivazioni ed emozioni. Psicol Salute 2002; 1: 13-26.
4. Del Rio G. Stress e lavoro nei servizi. Sintomi, cause e rimedi del burnout, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1990.
5. Maslach C, Leiter PL. Burnout e organizzazione. Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro, Erikson ed., Trento 2000, trad. it. di The truth about burnout. How organizations cause personal stress and what to do about it, Jossey Bass Inc., San Francisco 1997.
6. Tomei G, Cinti ME, Palitti T, et al. L'evidenza scientifica in medicina del lavoro: studio meta-analitico sulla sindrome del burnout. Med. Lav 2008; 99 (5): 327-351.
7. Jervis G. Psicologia dinamica, Il Mulino, Bologna, 2001.
8. Rogers C, Kniget M. Psicologia e relazioni umane, Bollati Boringhieri, Torino, 1970.
9. Di Nuovo S, Commodori E. Costi psicologici del curare. Stress e burnout nelle professioni di aiuto. Bonanno Editore, Roma, 2004.
10. Bettinardi O, Argentero P, Giorgi I. Indagine sullo stress occupazionale di operatori della medicina riabilitativa. G Ital Med Lav Erg 2007; 27: 29-33.
11. De Carlo NA (a cura di). Teorie & strumenti per lo psicologo del lavoro e delle organizzazioni: imprese e tecnologia, disagio, stress, burnout, mobbing Franco Angeli, Milano, 2004.
12. Miller JG, Miller JL. A living system analysis of organizational pathology. Behavioral Science 1991; 36 (4): 239-251.
13. Nicholson N. Seven deadly syndromes of management and organization: the view from evolutionary psychology. Manag Decis Econom 1998; 19: 411-426.
14. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. 3rd ed. Consulting Psychologists Press, Palo Alto (CA), 1986.
15. Sirigatti S, Stefanile C. The Maslach Burnout Inventory: adattamento e taratura per l'Italia. OS Organizzazioni Speciali, Firenze, 1993.
16. Burla P, Cinti ME, Sygiel A, et al. Professional profiles in the healthcare field and factors associated with the development of burnout. Prevent Res 2012; 2 (2): 09-24.
17. Gough GH, Heilbrun BA, Fioravanti M. Manuale della versione italiana della Adjective checklist. OS Organizzazioni Speciali, Firenze, 1980.
18. Derogatis LR. Symptom Checklist 90-R: Administration, scoring, and procedures manual (3rd ed.). National Computer Systems, Minneapolis, 1994.
19. Avallone F, Paplomatas A. Salute organizzativa. Psicologia del benessere nei contesti lavorativi. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2005.

Autore di riferimento [Indice]

Franco Burla
 Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, "Sapienza" Università di Roma
 e-mail: info@preventionandresearch.com

Anno 2, Trimestre 4

Galleria fotografica

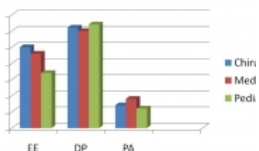


Fig. 1 - Valori medi delle subscale MBI nelle cate

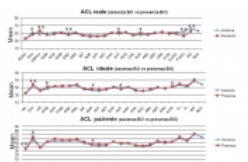


Fig. 2 - Confronto tra Burnout e le tre versioni d

Commenti / Richieste di informazioni

Username

Email

Web

Voto (1) (10)

Commento

Codice Sicurezza

Inserire Codice Sicurezza