

Stress infermieristico in strutture sanitarie intermedie: studio osservazionale e ipotesi di intervento

Antonio Capodilupo¹, Mattia Colucci²

¹Docente a contratto, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive

²Infermiere, Master in Coordinamento delle professioni sanitarie Uniroma1

Corrispondenza: antoniocapodilupo@gmail.com - colucci_mattia@libero.it

INTRODUZIONE

La storiografia sanitaria traccia lo stress come nozione che si delinea *in progress*.

Nella metà dell'800, il fisiologo francese Claude Bernard formulò la “costanza del mezzo interno” quale condizione di costante equilibrio cellulare nel corpo umano, mantenuta mediante “barriere fisiologiche di risposta” agli stimoli esterni (Bernard, 1868; Holmes, 1963). Successivamente Cannon (1935) la identificò con l'omeostasi (Cooper, 2008).

Hans Hugo Bruno Selye (1956), con una serie di esperimenti, eseguiti su dei ratti alla McGill University di Montreal, dimostrò che le cavie, di seguito a ripetute stimolazioni psico-fisiche, sviluppano sintomi quali ulcere peptidiche, atrofia dei tessuti del sistema immunitario, ingrossamento delle ghiandole surrenali, quale risposta fisiologica agli stimoli esterni (*stressors*), in grado di modificare l'omeostasi interna. Egli descrisse lo stress come una SGA - Sindrome Generale di Adattamento, che si sviluppa in tre fasi: il primo passo è la sfida o l'allarme, quale allerta come alla comparsa di un aggressore; il secondo passo è la resistenza, caratterizzata dall'impegno del corpo nel gestire la sfida; l'ultimo passo è l'esaurimento, con alterazioni permanenti di tipo neuro-psico-fisico-relazionali, per l'inadeguatezza delle risposte di controffensiva.

Tra gli anni '50 - '70, lo studio si è concentrato sulla reazione dell'organismo a fronte di minacce “fisiche”; quindi, l'attenzione è stata portata sulle minacce “simboliche”, eventi di vita stressanti, come separazioni affettive, perdita di una persona cara, attesa di un intervento chirurgico, perdita di lavoro o di ruolo, umiliazioni, carcerazione, esame diagnostico, pensionamento ecc.

Nella sfera delle professioni, la *European Agency for Safety and Health at Work*, nel 2000, ha definito lo stress lavoro-correlato come “*la percezione di squilibrio avvertita dal lavoratore quando le richieste del contenuto, dell'organizzazione e dell'ambiente di lavoro, eccedono le capacità individuali per fronteggiare tali richieste*”.

Mentre uno stress moderato può consentire di innescare un'adeguata soglia di attenzione e di reagire in modo efficace ed efficiente alle esigenze dell'ambiente, un'esposizione prolungata a fattori stressogeni può essere fonte di rischio per la salute dell'individuo, sia di tipo psicologico che fisico, riducendo l'efficienza sul lavoro e procurando assenteismo, malattia, richieste di trasferimento (McGowan, 2001; Shader et al., 2001; Lu, Zhao, & While, 2019).

L'Accordo Europeo dell'8 ottobre 2004 caratterizza la sindrome quale “*condizione che può essere accompagnata da disturbi o disfunzioni di natura fisica, psicologica o sociale ed è conseguenza del fatto che taluni individui non si sentono in grado di corrispondere alle richieste o aspettative riposte in loro*” (art. 3, comma 1).

In Italia, il termine “stress lavoro-correlato” è stato introdotto formalmente dall'articolo 28 del Testo unico sulla sicurezza sul lavoro (Decreto legislativo n. 81 del 9 aprile 2008), il cui comma 1 prevede che la valutazione dei rischi, di pertinenza del datore di lavoro in collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Protezione e del Medico competente, debba tener conto anche dello stress lavoro-correlato.

Non tutte le manifestazioni di stress sul lavoro sono da considerare, tuttavia, lavoro-correlate; la sindrome si produce da cause specifiche del contesto e del contenuto del lavoro.

La letteratura elenca molti *stressors* sul lavoro (Frasca, 2001):

- Quantità di lavoro assegnata, eccessiva o insufficiente;
- Tempo ridotto per portare a termine il lavoro in modo soddisfacente, sia per gli altri che per sé stessi;
- Mancanza di una chiara descrizione del lavoro da svolgere o della linea gerarchica;
- Mancanza di apprezzamento o di ricompensa per la buona prestazione professionale effettuata;

- Impossibilità di esprimere lamentele;
- Responsabilità gravose, non accompagnate da potere decisionale adeguato;
- Superiori, colleghi o subordinati non disponibili a collaborare o a fornire sostegno;
- Mancanza di controllo o di giusto riconoscimento del prodotto finito del lavoro;
- Precarietà del posto di lavoro, incertezza della posizione occupata;
- Essere oggetto di pregiudizi riguardo all'età, al sesso, alla razza, all'appartenenza etnica o religiosa;
- Essere oggetto di violenza, di minacce o di vessazioni;
- Condizioni di lavoro sfavorevoli o lavoro fisico pericoloso;
- Scarsa opportunità di esprimere talenti e capacità personali;
- Evenienza che un piccolo errore o una disattenzione occasionale possano determinare conseguenze gravi o disastrose;
- Ogni combinazione dei suddetti fattori.

Lo stress lavoro-correlato può virare verso il burnout, sindrome definita da Maslach, (1976) come caratterizzata da esaurimento emotivo, depersonalizzazione o disinteresse verso i pazienti, riduzione delle prestazioni lavorative.

Stress e burnout sono sindromi distinte, poiché lo stress presenta sempre uno specifico quadro psico-fisico, mentre il burnout si caratterizza maggiormente per i risvolti psicologici ed emotivi (Molinari, 2012); lo stress rappresenta una reazione di adattamento suscettibile di rientrare nella norma, mentre il burnout difficilmente rientra, gravando sulla persona per un periodo lungo (Schaufeli & Enzmann, 1998), dato che il lavoratore si percepisce senza vie d'uscita e senza elementi di moderazione (Cherniss e Krantz, 1983; Del Rio, 1990)

Cherniss (1992) afferma che lo stress costituisce la fase estrema dello stress, quando l'operatore si difende da un eccesso di esaurimento emotivo, con un ritiro dal coinvolgimento emozionale ed emotivo verso i pazienti (depersonalizzazione).

Maslach stessa, che inizialmente aveva invocato la fragilità individuale al burnout (1976), successivamente elabora un modello "oggettivo", organizzativo, ordinando le cause del *burnout* in sei classi: carico di lavoro, autonomia decisionale, gratificazioni, senso di appartenenza, equità, valori (Maslach e Leiter, 1997).

Santinello (2001) descrive il burnout come lo stato finale di un lungo processo di "disillusione" che può nascere dalla discrepanza "esistenziale" tra aspettative e risultati ottenuti sul lavoro.

Il presente studio, assumendo una parziale sovrapposizione tra stress e burnout, si propone di misurare la sindrome nel lavoro svolto da infermieri nelle unità operative di Lungodegenza (LG), Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) e Riabilitazione Neuromotoria (RNM) di una Casa di cura privata accreditata del Centro Italia, identificate quali Strutture per le Cure Intermedie (SCI) prima dall'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) e poi dal Ministero della Salute con il Decreto ministeriale n. 70/2015, in quanto deputate alla stabilizzazione/recupero funzionale del paziente fragile, unitamente alla gestione più appropriata delle degenze ospedaliere (prevenire i ricoveri ospedalieri inappropriati, garantire la continuità assistenziale in uscita dall'ospedale).

METODI

Un'indagine è stata condotta con gli infermieri operanti nella Casa di Cura, durante il mese di dicembre 2022.

Il disegno dello studio è osservazionale, trasversale, monocentrico.

È stato consegnato, per autosomministrazione, in formato cartaceo, il "Questionario sullo stress lavorativo e burnout" di Beverly Potter (2005), che si compone di 25 item, con opzione di risposta su scala Likert da 1 "raramente" a 5 "continuamente", integrato da una sezione per la raccolta dei dati sociodemografici, rispettando l'anonimato.

Nella consegna e nella restituzione dello strumento, è valsa la collaborazione dei coordinatori delle unità operative.

Il punteggio totale si distribuisce in un range tra 25 a 125 punti:

- Da 25 a 50 punti, il soggetto non è a rischio di sviluppare stress lavoro-correlato;
- Da 51 a 75 punti, il soggetto è considerato a rischio di stress lavoro-correlato;
- Da 76 a 100 punti, il soggetto è considerato in una condizione di stress, con la possibilità di sviluppare la sindrome di burnout;
- Da 101 a 125 punti, il soggetto è in una condizione di forte stress lavorativo e con un forte rischio di burnout o questa sindrome è già in atto.

I dati sociodemografici e le frequenze assolute dei soggetti esaminati entro le fasce di punteggio sono stati processati con pacchetto Excel; le caratteristiche psicometriche del Questionario con pacchetto SPSS.

RISULTATI

Il campione arruola la totalità degli infermieri in servizio, tranne 4 unità in LG, che non hanno partecipato alla compilazione del questionario ricevuto, ed è costituito da 34 soggetti, di cui 12 operativi in RSA, 8 in Lungodegenza (LG) e 14 in Riabilitazione neuromotoria (RNM).

La composizione socio-demografica rileva per genere 14 maschi e 20 femmine; per età anagrafica la media di 43,6 anni (min 23 - max 62); per periodi di servizio 15,1 anni (min 1 - max 35); per stato civile 22 coniugati, 7 single, 5 separati/divorziati.

L'elaborazione dei dati ha restituito un elevato coefficiente di affidabilità, *alpha* di Cronbach pari a 0,951 che indica l'omogeneità delle 25 affermazioni nel misurare la dimensione enunciata dallo strumento.

La distribuzione del contingente per fasce di rischio colloca la gran parte del personale in area di nessun rischio, seguito da un numero decrescente di soggetti a rischio incipiente e in stato di stress con possibilità di sviluppare burnout, mentre nessun individuo accusa una sintomatologia di manifesta sindrome di burnout (Tabella 1).

Tabella. 1 – Frequenze assolute per fasce di rischio.

	No rischio	A rischio	vs Burnout	Burnout
RSA	7	3	2	0
RNM	6	5	3	0
LG	2	3	3	0
Tot.	15	11	8	0

Nella figura 1, lo stesso andamento di frequenza in decremento di rischio si presenta per la RSA e la RNM, ma non per la LG. Confrontando, inoltre, le frequenze per unità operativa, si osserva come le barre del minor rischio siano più alte nella RSA e nella RNM, mentre i valori della LG hanno una configurazione che protende verso il maggior rischio di burnout.

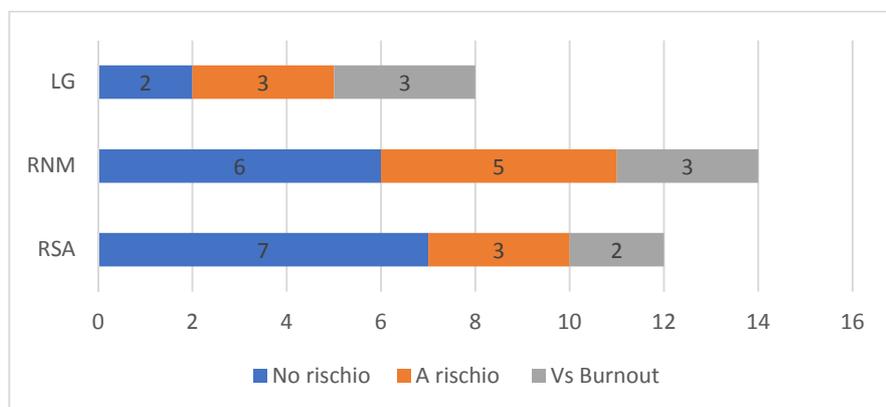
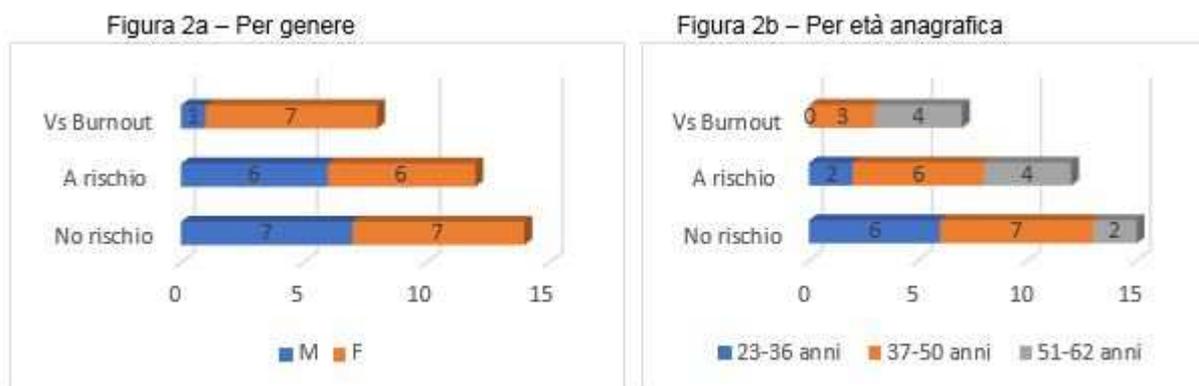


Figura 1. – Frequenze assolute per fasce di rischio nelle unità operative.

Esaminate le distribuzioni per variabili socio-demografiche, emerge che il rischio mostra tendenza ad aumentare nel genere femminile (Figura. 2a), nella fascia di età più alta (Figura. 2b), nella maggiore anzianità di servizio (Figura. 2c) e tra coniugati e separati/divorziati (Figura. 2d).



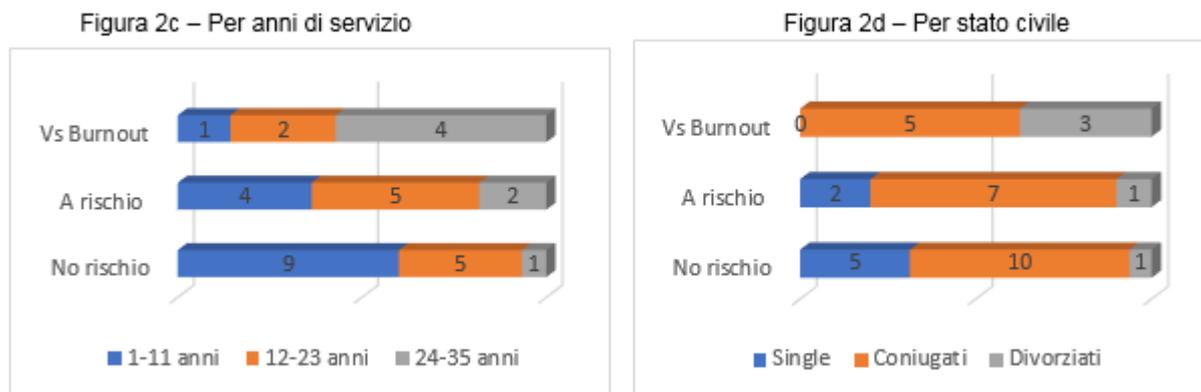


Figura 2. – Frequenze assolute per fasce di rischio per variabile socio-demografica.

L'analisi fattoriale esplorativa (Tabella. 2) ha restituito sei fattori, il cui contenuto ispira la possibile denominazione di:

- 1 - ridotta realizzazione personale;
- 2 - tendenza depressiva;
- 3 - depersonalizzazione;
- 4 - esaurimento emotivo;
- 5 - disimpegno;
- 6 - insoddisfazione.

I fattori 1, 3 e 4 appaiono riconducibili alle tre dimensioni del *Maslach Burnout Inventory*; i fattori 2, 5 e 6 appaiono riconducibili a sintomi stress lavoro-correlato specifici.

Tabella 2 – Matrice dei componenti ruotati^a.

Variabile	Componente					
	1	2	3	4	5	6
15	.784	,233	,255	,084	,368	,127
22	.766	,261	,394	-,043	-,095	,190
17	.738	,177	,286	,260	,102	,315
11	.736	-,047	,230	,474	-,132	-,006
12	.699	,662	,025	,112	-,044	-,016
16	.697	,390	,243	,023	,338	,162
18	.653	,182	,392	,280	,085	,330
25	.586	,287	,521	,103	,437	,021
03	,159	,868	,180	-,067	-,003	,198
07	,213	,790	,137	,221	,173	,244
04	,200	,734	,103	,434	-,050	,069

01	,247	,701	,047	,216	,090	,371
20	,246	-,048	,837	,085	-,058	-,003
05	,240	,373	,760	-,017	,139	,145
10	,273	,019	,706	,472	,124	-,048
06	,297	,125	,576	,434	-,016	,311
24	,338	,415	,476	,464	,289	-,017
19	,366	,230	,302	,755	,242	,082
08	-,038	,478	,024	,564	,105	-,028
21	-,011	-,087	-,070	,081	,898	,062
09	,292	,500	,459	,053	,541	-,113
14	,273	,391	,438	,281	,479	,357
23	,409	,243	,102	,341	,444	-,017
13	,156	,220	-,052	-,034	,127	,795
02	,201	,274	,481	,067	-,186	,614

Nota: Metodo di estrazione: Analisi dei componenti principali. Metodo di rotazione: Varimax con normalizzazione Kaiser (^aConvergenza per la rotazione eseguita in 13 iterazioni).

DISCUSSIONE

Il differente calibro dello stress nelle unità operative merita di essere esaminato in rapporto alle condizioni di lavoro, quali, per esempio, la gestione dei turni, le relazioni con i colleghi, la mole di lavoro, la disponibilità di presidi inadeguati, che, in particolare nella LG, possono influire sullo stato psicofisico dell'infermiere.

La tendenza del fenomeno stress a crescere con i parametri socio-demografici è riscontrata anche in altre ricerche. Le donne, nella voce di *Wikilabour* curata da Annalisa Rosiello e Laura Quarà, compaiono più esposte allo stress lavoro-correlato, con fattori di stress specifici costituiti dalla molteplicità di ruoli e dalla più ardua conciliazione casa/lavoro, dalle minori opportunità di sviluppo della carriera, dalla discriminazione di genere e talora dalle molestie sessuali sul posto di lavoro.

La categoria di età che sperimenta più stress su base giornaliera è quella dei 45-54enni, secondo l'indagine di popolazione lavorativa, condotta dalla agenzia governativa HSE – *Health and Safety Executive* in Gran Bretagna (2023), registrando, per il *provider* inglese specializzato nella gestione delle risorse umane Ciphir (2023), più di una persona su dieci (11%) affetta da stress ogni giorno.

Quanto al periodo di servizio, in letteratura alcuni autori trovano più a rischio i giovani infermieri, nell'ipotesi che essi abbiano, rispetto ai colleghi più esperti, meno strategie e dunque meno risorse per far fronte allo stress lavorativo e alle richieste del nuovo ruolo professionale (Molero Jurado et al., 2018); altri lasciano supporre che l'età e gli anni di lavoro non influenzino significativamente la sindrome o addirittura che possano essere inversamente correlati ai livelli della sindrome (Pradas-Hernández et al., 2018).

Circa lo stato civile, lo stress è maggiore nelle persone singole o divorziate/separate, poiché la presenza del nucleo e dei figli appare costituire fattore protettivo (Chemali et al., 2019).

L'analisi fattoriale declina le aree psico-emotive, con le quali la sindrome si manifesta, per cui, un approfondimento può essere condotto, per osservare quanto i soggetti risentano specificamente dell'uno o dell'altro disagio.

I limiti dello studio risiedono nella esiguità del campione, che ha consentito, per opportunità statistica, elaborazioni solo su frequenze assolute, applicabili al contingente in esame. Per lo stesso motivo, le differenze di calibro dello stress entro le variabili socio-demografiche esaminate sono da assumere con cautela e possono essere sottoposte a conferma su una popolazione più numerosa da esaminare.

Richiedono maggiore esplorazione anche i fattori situazionali, alla base delle differenze nel livello di stress tra le unità operative esaminate.

CONCLUSIONI

La gestione del dolore è un campo in continua evoluzione e l'uso della RV per il controllo del dolore procedurale da cura della ferita da ustione ha manifestato risultati promettenti supportati da dati significativi, specie per la popolazione in età pediatrica.

Calamandrei (2002) sollecita affinché l'attenzione allo *stress* e al *burnout* al lavoro, opportuna e dovuta, conduca anche ad attuare interventi preventivi e gestionali/riorganizzativi, conformati all'ambiente indagato.

I coordinatori delle professioni sanitarie sono figure dirigenziali intermedie, con competenze specifiche nell'area organizzativa e gestionale di primo livello, cui competono le funzioni di:

- Organizzazione, gestione e valutazione dei professionisti infermieri;
- Pianificazione e verifica dei processi socio-sanitari;
- Gestione delle risorse tecnico-strumentali;
- Promozione di corsi di aggiornamento professionale;
- Gestione di incontri periodici con il proprio *team*.

Per essi Quaglino (1990; 1999) auspica e attribuisce *life and work skills* quali l'efficacia personale, l'abilità d'interazione e la competenza nel lavoro.

Sul versante preventivo dello stress, i coordinatori delle professioni sanitarie applicano il loro impegno su:

- Variabili di contesto interno (variabili individuali, sociali, tecniche ed istituzionali);
- Struttura di base (l'articolazione e la composizione degli spazi fisici);
- Meccanismi operativi (la selezione, inserimento e formazione del personale, i meccanismi di premio e Sanzione, la *mission* aziendale, il modello organizzativo);
- Processi sociali (la *leadership*, il supporto psicologico, la comunicazione).

Sul versante gestionale, orientati dai fattori di stress e di burnout emersi dall'analisi fattoriale, essi operano per migliorare il rapporto con l'utenza, per ridurre le tensioni emozionali e per potenziare la responsabilità e l'autostima professionale, attraverso:

- Metodi di gestione individuale (avere cura di sé oltre che degli altri, prevedere pause e periodi di riposo, stabilire obiettivi realistici ecc.) raccomandati o suggeriti direttamente all'operatore;
- Metodi sociali e istituzionali (il coinvolgimento del gruppo, la progettazione di eventi di miglioramento, gli interventi sull'organizzazione interna), intrapresi dal coordinatore medesimo, avvalendosi della collaborazione anche di altri professionisti (cfr. Russo, 2010).

Concretamente, Pontello (2004) fornisce delle suggestioni:

- Ruotare il personale distribuendo equamente pazienti difficili e assegnazioni;
- Coinvolgere il personale nelle discussioni sulle rotazioni e nella proposizione di *stress relievers*;
- Costruire coesione del gruppo con incontri regolari e formazione sul campo;
- Incoraggiare il sostegno tra pari;
- Offrire riconoscimento per il successo e l'eccellenza;
- Variare le responsabilità professionali;
- Diffondere una newsletter mensile comprendente aggiornamenti e complimenti;
- Portare attenzione ai primi segnali di *stress* nel personale e offrire aiuto.

Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi. Gli autori hanno condiviso i contenuti dello studio, la stesura dell'articolo e approvano la versione finale dello stesso.

Finanziamenti

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e che lo studio non ha alcuno sponsor economico.

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano la Direzione sanitaria per l'autorizzazione allo svolgimento dell'indagine, rispettandone la richiesta di anonimato quanto alla sua pubblicazione, e gli infermieri che hanno aderito alla ricerca.

Bibliografia

- Bernard C., (1878). *Leçons sur les phénomènes de la vie communs aux animaux et aux végétaux*, Tome 1, Paris, J.-B. Baillière et fils.
- Calamandrei C. (2002). *La dirigenza Infermieristica*. McGraw-Hill, Milano.
- Cannon W. (1935). *Stresses and strains of homeostasis*. The American Journal of the Medical Sciences, Vol. 189, 13-14.
- Chemali Z, Ezzeddine FL, Gelaye B, Dossett ML, Salameh J, Bizri M, et al.. (2019). *Burnout among healthcare providers in the complex environment of the Middle East: a systematic review*. BMC Public Health. 19:1337. DOI: 10.1186/s12889-019-7713-1.

- Cherniss C. (1992). *Long-term consequences of burnout: an exploratory study*. Journal of Organizational Behaviour. Vol. 13, 1-11.
- Cherniss C., Krantz D.L. (1983) *La sindrome del burnout: lo stress lavorativo degli operatori dei servizi sociosanitari*. Torino: Centro Scientifico Torinese.
- Ciphr (2023). "Workplace stress statistics in the UK", 01/2023.
- Cooper S.J. (2008). *From Claude Bernard to Walter Cannon. Emergence of the concept of homeostasis*. Appetite, vol. 51, n. 3, 419-27. DOI:10.1016/j.appet.2008.06.005, PMID 18634840.
- Del Rio G. (1990). *Stress e lavoro nei servizi*, Roma: NIS.
- Frasca P. (2001). *Il rischio stress lavoro-correlato*. Disponibile su: <http://www.2001agsoc.it/materiale/mediateca/diastress.pdf>.
- Holmes F. (1963). *The milieu interieur and the cell theory*. Bull Hist Med, vol. 37, 315-35, PMID 14042776.
- HSE (2023). "Work-related stress, anxiety or depression statistics in Great Britain, 2022", 01/2023.
- Lu H., Zhao Y., While A. (2019). *Job satisfaction among hospital nurses: A literature review*. Int J Nurs Stud, Jun; 94:21-31.
- Maslach, C. (1976). *Burned-out*. Human Behavior, 5(9): 16-22.
- Maslach C., Leiter M.P., (1997) *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. Jossey-Bass, San Francisco (tr. it.: *Burnout e organizzazione: Modificare i fattori strutturati della motivazione al lavoro*. Erickson, Trento, 2000).
- McGowan B. (2001). *Self-reported stress and its effects on nurses*. Nursing standard: official newspaper of the Royal College of Nursing, 15(42):33-8.
- Molero Jurado, M.D.M., Pérez-Fuentes, M.D.C., Gázquez Linares, J.J.G., Simón Márquez, M.D.M., Martos Martínez, Á. (2018). "Burnout Risk and Protection Factors in Certified Nursing Aides", Int. J. Environ. Res. Public. Health 15.
- Molinario G. (2012). *Ansia e stress sul lavoro, quali differenze col burnout?* Url consultato il 28/02/2023: <http://www.iovalgo.com/ansia-stress-lavoro-differenze-burnout-13616.html>.
- Pontello G. (2004). *Il management infermieristico*, Milano, Masson.
- Potter B. (2005). *Are You Burning Out?* In: *Overcoming Job Burnout. How To Renew Enthusiasm For Work*. Berkeley (CA): Ronin Pub.
- Pradas-Hernández, L., Ariza, T., Gómez-Urquiza, J.L., Albendín-García, L., De la Fuente, E.I., Cañadas-De la Fuente, G.A. (2018) "Prevalence of burnout in paediatric nurses: A systematic review and meta-analysis", PLOS ONE 13, e0195039.
- Quaglino G. P. (1990). *Appunti sul comportamento organizzativo*. Tirrenia Stampatori, Torino.
- Quaglino G.P. (1999). *Voglia di fare. Motivati per crescere nell'organizzazione*. Milano, Guerini e Associati.
- Rosiello A., Quarà L. (anno non indicato). *Stress correlato al lavoro e differenze di genere*. Disponibile su: <https://www.wikilabour.it/dizionario/salute-e-sicurezza/stress-correlato-al-lavoro-e-differenze-di-genero/>.
- Russo C. (2010). *Il ruolo del coordinatore infermieristico nella gestione/prevenzione del burnout nell'ambito del pronto soccorso: uno studio multicentrico preliminare*. Io Infermiere, n. 2, 24-28.
- Santinello M. (2001), *Introduzione alla sindrome del burnout: aspetti e modelli teorici*. In: F. Di Maria, S. Di Nuovo, G. Lavanco (a cura di), *Stress e aggressività*. Franco Angeli, Milano, 11-44.
- Shader K. et al. (2001). *Factors Influencing Satisfaction and Anticipated Turnover for Nurses in an Academic Medical Center*. JONA The Journal of Nursing Administration, 31(4):210-216.
- Schaufeli, W.B. and Enzmann, D. (1998), *The Burnout Companion to Study and Research: A Critical Analysis*, Taylor & Francis, London.
- Selye H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill.