



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI GENOVA  
SCUOLA DI SCIENZE MEDICHE E  
FARMACEUTICHE  
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE  
INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE  
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA SALUTE (DiSSaL)

COORDINATORE  
Prof.ssa Annamaria Bagnasco

## **TESI DI LAUREA**

***Prendersi cura nonostante tutto. Uno studio  
osservazionale sul lavoro degli infermieri di area  
chirurgica dopo la pandemia Covid\_19***

**Studente**

**Dott. Gabriele Baccei**

**Relatore**

**Prof. Stefano Poli**

**Co-relatore**

**Dott. Jacopo Fiorini**

Anno Accademico 2021-2021

*A Elli,  
l'amore della mia vita.*

*A Franceschino,  
l'amore delle Nostre vite.*

# RINGRAZIAMENTI

Era una notte di ottobre/novembre del 2018, quando, per la prima volta in tutta la mia vita, mi trovavo davanti ad un foglio bianco di Word a pensare a delle belle parole per ringraziare tutte le persone che mi sono state vicine durante gli studi, e che mi hanno supportato affinché io li terminassi e iniziassi la mia nuova vita da adulto. Era appunto notte e sognavo quante cose avrei fatto da professionista, quante cose avrei potuto ancora studiare, a chi sarei diventato “da grande” ... Forse è proprio la notte che avvicina il mondo dei sogni alla realtà, ebbene oggi siamo nel 2022, sono diventato un infermiere, mi sono sposato e insieme all’amore della mia vita stiamo aspettando il nostro bimbo. In ogni caso, ancora mi trovo qui in una notte di novembre a scrivere i ringraziamenti di quella che sarà la mia tesi di laurea magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche.

Primo tra tutti i miei ringraziamenti va a Elli, è grazie a lei e insieme a lei che ho potuto costruire quello che sono e quello che diventerò un giorno, prima o poi. A lei devo tutto, la calma durante le mie tempeste di ansia, la gioia nei momenti di sconforto e nei momenti felici... insomma il mio tutto, o meglio: il nostro tutto.

Insieme a lei, voglio ringraziare un sogno: oggi quel sogno abita nel pancino di Elli, abbiamo deciso di chiamarlo Francesco, per noi un nome davvero importante, e a lui come Elli devo tutto, specialmente tutto quello che sarò e che sarà la nostra famiglia.

Ringrazio la mia mamma, che in ogni istante continua a credere in me e in tutto ciò che faccio: nel matrimonio, nella mia famiglia, nei miei studi, nelle

mie ricerche... anche se di sala operatoria meno ne sa e meglio sta (così dice, ma in realtà non si perde un racconto).

Ringrazio mio papà che trascorsi ormai quattro anni dalla mia prima laurea, vari cambi di sedi di lavoro, una emergenza pandemica mondiale, turni infiniti e storie delle mie giornate, ha capito quanto questo sia il mio mondo, quanto mi stia dando in termini umani, professionali e soprattutto quanto tempo sia in grado di prendere dalla vita di tutti i giorni (soprattutto quella della burocrazia, che da solo ancora non so gestire al meglio).

Ringrazio mio fratello Federico per il suo enorme sostegno in termini di ritorno alla leggerezza, perché in effetti studiare è importante, lavorare necessario, però vuoi mettere farti una bella risata o fare un cineforum dopo un film Marvel o ancora leggerci un fumetto e raccontarcelo a vicenda?!

Ringrazio mia sorella Giulia il cui sostegno è diverso, ma degno di essere menzionato: ricordarsi che ognuno ha qualcosa di molto importante a cui badare e che ascoltarsi può sempre essere un grande aiuto. In effetti sia io sia lei ci meritiamo un pochino meno ansia per le questioni “scolastiche”, ma in ogni caso siamo forti!!

Ringrazio mia suocera Chiarina e mio fratello acquisito Matte che con il loro buon umore sono stati in grado in ogni momento di regalarmi calma e spensieratezza, due tra le qualità di cui non si deve mai fare a meno.

Ringrazio tutti i miei parenti, la nonna Adri, la zia Maria Rosa, gli zii tutti e tutti i non menzionati per nome di casa che mi hanno accompagnato in questi anni di lavoro e studio matto e disperatissimo. Insieme a tutti loro, ringrazio un gruppo che è stato davvero fondamentale per me in questi anni:

si tratta delle Gazzelle Inferocite, con cui ho convissuto a lavoro in sala, le gioie e dolori lavorativi, dal Restart di cui leggerete nella tesi, alle riunioni, alla routine di tutti i giorni. Devo a loro un grazie speciale per avermi aiutato sempre e comunque con tutto il loro impegno con cambi turno, reperibilità e gettoni, per permettermi di andare a lezione e continuare a seguire i miei sogni. Ringrazio i miei amici fraterni di cui non posso fare a meno, Luca, Andre, Marco, la Geme, il Richi e i coniugi.

Ringrazio Francesco Ursino, mio Maestro, mentore e spronatore.

Ringrazio Jacopo, la cui conoscenza del settore e la grande pazienza, mi sono state vicino e mi hanno fatto strada lungo questo percorso tortuoso.

Ringrazio il mio relatore e docente prof. Poli per aver acceso in noi la voglia di pubblicare qualcosa che fosse farina del nostro sacco.

Infine, voglio dedicare un ringraziamento allo Zio Franci, uno dei più accaniti tra i miei sostenitori, a lui lassù va il mio pensiero e il mio più forte sentimento di amore che un nipote possa mai avere.

*Ciao Zio ti voglio bene.*

# ABSTRACT

**Introduction.** The COVID-19 pandemic waves impacted public health and healthcare services offered to citizens. The restart plan, aimed at recovering what has been left unfinished, increases nursing workloads, thus representing a new source of stress for nurses. **Aim.** To explore the perception of nurses involved in the surgical restart plan and assess its impact on their organizational health. **Methods.** Mixed-method study has been conducted on a sample of nurses in the operating room and surgical departments divided into two phases. In the quantitative phase, data on the organizational health and socio-demographic and occupational characteristics of nurses were collected. In the qualitative phase, the experiences of the nurses enrolled in the study were collected through semistructured interviews. **Results.** 68 nurses were enrolled, reporting high workloads and a greater level of emotional exhaustion during the restart of surgical activity. Operating room nurses perceive higher workloads than surgical ward nurses. 7 themes were identified that underline an increase in stress, which corresponds to a willingness to participate and sacrifice to respond to neglected needs due to the pandemic. **Conclusions.** The results of the study highlight how nurses are ready to respond to the patients' needs, as happened to COVID19 patients. While aware of exposing themselves to greater sources of stress and burnout, they recognize the need, the benefit, and the importance of guaranteeing healthcare services and benefits to the patients. **Key words.** Occupational health, Quality of Health Care, Safety, Burnout, Covid\_19.

# INTRODUZIONE

Ogni libro che si rispetti ha un'introduzione che spieghi i pensieri e i perché dell'autore.

Già da studente infermiere, ho sempre avuto un debole per il mondo della sala operatoria in ogni sua sfaccettatura a me nota. Ci tengo a precisare, a me nota, perché a partire da marzo 2020 la vita di tutti e la normalità delle cose non sono più state le stesse.

Con l'avvento del Covid\_19, la sala operatoria ha subito grandi cambiamenti, come mai prima d'ora: dalle chiusure alle operazioni eseguite con tutoni protettivi e caschi gialli, per poi finire in un turbinio di piani di ripartenza, liste d'attesa senza fine e processi mediatici verso la sanità pubblica e privata.

In tutto ciò, che ne pensano gli "eroi"?

Gli eroi, eravamo noi, quelli del Covid, quelli che hanno lasciato sale operatorie e reparti per andare nelle unità di crisi e nelle rianimazioni Covid. Non ci sono stati riposi, feste, non un aiuto con cui parlare o confrontarsi, ma le persone necessitano di esser operate, se non per ragioni di vita o di morte, sicuramente per una migliore qualità della vita.

Questo lavoro vuole proprio indagare questo: come vivono la ripartenza gli infermieri di area chirurgica? Cosa ne pensano? Come si sentono?

Uno dei rischi più grandi che avremmo potuto incontrare nello svolgimento di questo studio, sarebbe stato quello di sottovalutare o tralasciare alcuni aspetti del vissuto dei colleghi. È proprio per questo motivo che abbiamo scelto di utilizzare un disegno di studio a metodi misti: in quanto prossimi

laureati magistrali, sarebbe stato un ottimo esercizio di applicazione delle nozioni apprese durante questi due anni universitari, in più, grazie a questo metodo avremmo sicuramente avuto una visione più ampia della questione, non omettendo nessuno dei preziosi pensieri di quegli infermieri, che dopo uno stravolgimento mondiale, sono tornati ad assistere il malato nei momenti peri operatori, da prima della sala operatoria fino al ritorno a casa.

# INDICE

<b>1. Background</b> .....	1
1.1. Il benessere organizzativo e gli effetti sulla qualità delle cure infermieristiche erogate.....	2
1.2. Il benessere organizzativo: gli elementi legislativi .....	6
1.3. L'effetto della crisi pandemica Covid_19 sulle prestazioni chirurgiche elettive e l'intervento istituzionale.....	8
1.4. Burnout in nursing.....	11
1.5. Il protocollo di ricerca.....	16
<b>2. Materiali e Metodi</b> .....	18
2.1 Il setting di riferimento.....	19
2.2 Il campionamento.....	21
2.3 Gli strumenti utilizzati.....	23
2.4 La conduzione della fase quantitativa.....	27
2.5 Le considerazioni etiche e i conflitti di interesse.....	29
<b>3. Risultati</b> .....	30
3.1 Le caratteristiche sociodemografiche.....	30
3.2 I risultati quantitativi.....	32
3.3 I risultati qualitativi.....	36

<b>4. Discussione.....</b>	<b>40</b>
4.1 Confronto tra i risultati e le evidenze scientifiche.....	42
4.2 Limiti.....	58
4.3 Allegati.....	59
<b>5. Conclusioni.....</b>	<b>49</b>
<b>6. Bibliografia.....</b>	<b>64</b>

# CAPITOLO I

## 1. Background

Dall'instaurarsi dell'emergenza COVID\_19, si è generata un'importante rivoluzione organizzativa per far fronte all'emergenza sanitaria (Zaghini et al., 2021). Le risorse umane e materiali sono state principalmente incanalate nella gestione delle attività sanitarie legate all'urgenza e all'alta intensità di cure (RIF). In particolare, in ambito chirurgico, è stata data la precedenza alla chirurgia oncologica ed emergenziale, a scapito delle attività in elezione. Questa necessaria riorganizzazione ha avuto effetti diretti sullo scorrimento delle liste operatorie per interventi chirurgici elettivi, generando una netta espansione delle liste di attesa e causando per i cittadini un aumento della convivenza con patologie senescenti che in alcuni casi sono evolute in eventi acuti (Nepogodiev et al., 2020; Toia et al., 2021). Quando la pandemia Covid-19 ha iniziato a dare i primi cenni di cedimento, sono stati elaborati piani di potenziamento delle attività in modo da affrontare questa nuova problematica, promuovendo lo smaltimento delle liste operatorie. Il Piano Nazionale di Resilienza e Ripartenza (PNRR; Decreto-legge n.152/2021), ha stanziato ingenti investimenti per recuperare tutta la domanda di prestazioni arretrate a causa del Covid-19, infatti sono state messe a disposizione delle aziende nuove risorse umane e finanziarie. In particolare, sono state aumentate le risorse economiche dando luogo a un aumento delle attività operatorie attraverso l'istituto delle prestazioni aggiuntive, ovvero per le attività integrative dell'attività ordinaria richieste dalle aziende sanitarie ai propri dipendenti. L'incremento dell'attività

lavorativa determina un aumento dei carichi di lavoro che la letteratura ha evidenziato essere un chiaro fattore di stress lavoro correlato (Hegney et al., 2019), di esposizione allo sviluppo della sindrome del burnout (Dall’Ora et al., 2020), di abbandono della professione (Sasso et al., 2019), e di influire negativamente sugli esiti di cura infermieristica (Aiken et al., 2014; Sasso et al., 2017). Come se ciò non bastasse, le più recenti evidenze hanno dimostrato come la presenza della pandemia abbia ulteriormente gravato sulla salute organizzativa e fisica degli infermieri. L’utilizzo costante di dispositivi di protezione, il costante mantenimento di alti livelli di attenzione e l’esecuzione di procedure complesse hanno influito negativamente sul benessere mentale degli infermieri (Ross, 2020). Nonostante ciò, hanno continuato a fare del proprio meglio, rispondendo alle necessità cliniche di innumerevoli pazienti positivi al COVID19 (Zaghini et al., 2021). Le numerose, nuove e aggiuntive prestazioni agite dagli infermieri, per rispondere alle necessità assistenziali dei pazienti nuovamente presi in carico nella fase post pandemia, potrebbero aver rappresentato una ulteriore fonte di stress; pertanto, l’obiettivo generale di questo studio è stato quello di verificare se l’aumento delle attività abbia prodotto negli infermieri risultati insperati, in termini di stress e burnout. In particolare, si sono volute indagare le esperienze vissute degli infermieri che hanno preso parte alla ripresa delle attività in era post Covid19.

## **1.1 Il benessere organizzativo e gli effetti sulla qualità delle cure infermieristiche erogate**

Durante gli ultimi dieci anni, diversi ricercatori si sono interrogati sul possibile collegamento tra il benessere lavorativo degli infermieri e la qualità delle cure erogate da quest'ultimi.

Per prima, a partire dagli anni 2000, fu la professoressa Linda Aiken che nei suoi primi lavori, dimostrò come la “patient safety” fosse dipendente dalla “job satisfaction” degli operatori sanitari.

L'obiettivo di uno dei suoi primi articoli, riguardanti tale tematica, era: “Determinare l'associazione tra il rapporto paziente-infermiere e la mortalità del paziente, il mancato soccorso (decessi a seguito di complicanze) tra i pazienti chirurgici e i fattori correlati alla ritenzione dell'infermiere”.

I dati sono stati raccolti su tutti i 210 ospedali generali per adulti in Pennsylvania dal 1999 al 2002.

Sono state eseguite analisi trasversali dei dati di 10.184 infermieri, 232.342 pazienti di chirurgia generale, ortopedica e vascolare dimessi dall'ospedale tra il 1° aprile 1998 e il 30 novembre 1999.

Le principali misure di esito considerate sono state:

- Mortalità del paziente corretta per il rischio
- mancato soccorso entro 30 giorni dal ricovero
- insoddisfazione sul lavoro segnalata dagli infermieri
- burnout correlato al lavoro

Gli infermieri costituiscono un sistema di sorveglianza 24 ore su 24 negli ospedali per la diagnosi precoce e l'intervento tempestivo quando le condizioni dei pazienti peggiorano. L'efficacia della sorveglianza infermieristica è influenzata dal numero di infermieri disponibili per valutare i pazienti su base continuativa.

In conclusione, negli ospedali con un elevato rapporto paziente-infermiere, i pazienti chirurgici presentano una mortalità a 30 giorni aggiustata per il rischio e tassi di mancato soccorso più elevati e gli infermieri hanno maggiori probabilità di sperimentare burnout e insoddisfazione sul lavoro (Aiken et al. 1993).

Circa vent'anni dopo la stessa Aiken e collaboratori, hanno continuato ad indagare i fenomeni di "job satisfaction" e "patient safety" attraverso uno studio di indagini trasversali di pazienti e infermieri.

In questo studio sono stati intervistati negli ospedali per acuti generali (488 in 12 paesi europei; 617 negli Stati Uniti); i pazienti sono stati intervistati in 210 ospedali europei e 430 ospedali statunitensi. Le principali misure di esito utilizzate erano: Esiti degli infermieri (personale ospedaliero, ambienti di lavoro, burnout, insoddisfazione, intenzione di lasciare il lavoro nel prossimo anno, sicurezza del paziente, qualità dell'assistenza); esiti dei pazienti (soddisfazione generale e per l'assistenza infermieristica, disponibilità a raccomandare ospedali).

La percentuale di infermieri che hanno segnalato una qualità scarsa o adeguata dell'assistenza ai pazienti variava sostanzialmente in base al paese, così come i tassi di infermieri che hanno assegnato al proprio ospedale un

grado di sicurezza scarso o insufficiente. Gli autori riscontrarono alti tassi di burnout degli infermieri, insoddisfazione per il lavoro e intenzione di andarsene.

Il miglioramento degli ambienti di lavoro e la riduzione del rapporto tra pazienti e infermieri sono stati associati a una maggiore qualità dell'assistenza e alla soddisfazione dei pazienti. Negli ospedali europei, dopo l'adeguamento per le caratteristiche dell'ospedale e dell'infermiere, gli infermieri con ambienti di lavoro migliori avevano la metà delle probabilità di segnalare una qualità dell'assistenza scarsa o equa e dare ai loro ospedali voti scarsi o insoddisfacenti sulla sicurezza del paziente. Ogni paziente aggiuntivo per infermiere ha aumentato le probabilità che gli infermieri riferissero un'assistenza di qualità scadente o equa e gradi di sicurezza scadenti o insoddisfacenti. I pazienti negli ospedali con ambienti di lavoro migliori avevano maggiori probabilità di valutare il loro ospedale in modo elevato e raccomandare i loro ospedali, mentre quelli con rapporti più elevati tra pazienti e infermieri avevano meno probabilità di valutarli altamente o consigliarli. I risultati sono stati simili negli Stati Uniti. In conclusione, le osservazioni dello studio su diversi paesi indicano che il comportamento organizzativo e il mantenimento di una forza lavoro infermieristica qualificata e impegnata potrebbero essere un'area promettente per migliorare la sicurezza e la qualità delle cure ospedaliere, sia a livello nazionale che internazionale. Il miglioramento dell'ambiente di lavoro ospedaliero può essere una strategia a costi relativamente bassi per migliorare l'assistenza sanitaria. In effetti, la ricerca negli Stati Uniti ha

mostrato che gli investimenti in un migliore personale infermieristico miglioravano i risultati dei pazienti solo se gli ospedali disponevano anche di un buon ambiente di lavoro. Le migliori pratiche come il riconoscimento Magnet sono associate a trasformazioni organizzative di successo.

I risultati suggeriscono che le associazioni tra infermieristica e qualità e sicurezza dell'assistenza ospedaliera sono notevolmente simili in Europa e negli Stati Uniti, anche se i livelli aggregati di ciascuna misura variano da paese a paese. Pertanto, gli sforzi per migliorare gli ambienti di lavoro ospedalieri e la qualità dell'assistenza in uno qualsiasi di questi paesi potrebbero essere efficaci altrove. Quasi tutti i paesi avevano uno o più ospedali classificati dagli infermieri come dotati di buoni ambienti di lavoro, suggerendo che questo successo poteva essere replicato in altri ospedali (Aiken et al., 2012).

Un altro importante fattore incidente sul benessere organizzativo è il carico di lavoro (workload). Durante il 2019, in Australia, è stato svolto un importante lavoro volto ad esplorare le percezioni degli infermieri sui fattori che influenzano i carichi di lavoro e il loro impatto sulla cura del paziente.

Le restrizioni fiscali e le traiettorie imprevedibili della malattia del paziente sfidano la fornitura di cure. Il contenimento dei costi incide sul numero del personale impiegato e sul mix di competenze per l'erogazione dell'assistenza. Mentre le organizzazioni possono riconoscere il razionamento esplicito delle cure, il razionamento implicito ha luogo al momento del servizio poiché gli infermieri sono costretti a prendere decisioni su quali cure possono fornire.

È stato condotto uno studio trasversale di autovalutazione utilizzando un sondaggio online con 2.397 infermieri nel Queensland; il 20-40% ha riferito di non essere stato in grado di fornire assistenza nel tempo disponibile; avere personale insufficiente; e un mix di abilità inadeguato. Gli intervistati hanno segnalato problemi di carico di lavoro e mix di competenze che hanno portato a un razionamento delle cure implicite. Oltre il 60% riteneva che i processi per affrontare i problemi del carico di lavoro fossero inadeguati.

Le influenze istituzionali sui livelli di personale e sul mix di competenze si traducono in un implicito razionamento delle cure.

Un personale adeguato dovrebbe basarsi sull'acuità del paziente e sul mix di competenze richiesto per un'assistenza sicura. I manager dovrebbero essere più assertivi riguardo ai carichi di lavoro clinici adeguati, coinvolgere il personale nel processo decisionale e adottare un approccio di pianificazione sistematica. In caso contrario, il razionamento delle cure implicito ha un impatto sulla sicurezza del paziente (Hegney et al., 2019).

## **1.2 Il benessere organizzativo: gli elementi legislativi**

Per benessere organizzativo si intende la capacità di un'organizzazione di promuovere e mantenere il benessere fisico, psicologico e sociale di tutte le lavoratrici e di tutti i lavoratori che operano al suo interno. Studi e ricerche sulle organizzazioni hanno dimostrato che le strutture più efficienti sono quelle con dipendenti soddisfatti e un "clima interno" sereno e partecipativo. La motivazione, la collaborazione, il coinvolgimento, la corretta

circolazione delle informazioni, la flessibilità e la fiducia delle persone sono tutti elementi che portano a migliorare la salute mentale e fisica dei lavoratori, la soddisfazione degli utenti e, in via finale, ad aumentare la produttività (MIUR.gov.it/benessere organizzativo, consultato in data 06/11/2022).

I riferimenti normativi:

- Decreto legislativo n. 81/2008 - ha introdotto l'obbligo di valutare i rischi stress lavoro correlato (cosiddetto Testo Unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro).
- Decreto legislativo n. 150/2009 - ha attribuito agli Organismi Interni di Valutazione (OIV) il compito di condurre indagini sul benessere organizzativo (Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni).
- Decreto legislativo n. 33/2013 - ha stabilito l'obbligo di pubblicazione dei risultati delle indagini sul benessere organizzativo (cosiddetto Testo Unico in materia di trasparenza delle pubbliche amministrazioni).
- Direttiva n. 3/2017 del Presidente del Consiglio dei Ministri recante indirizzi per l'attuazione dei commi 1 e 2 dell'articolo 14 della legge 7 agosto 2015, n. 124, e linee guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti.

In molteplici pubbliche amministrazioni sono state svolte indagini di clima secondo la direttiva summenzionata, e sono stati restituiti, in maniera ricorrente, i seguenti risultati: in tema di valorizzazione, numerose amministrazioni sono percepite come incapaci di dare il giusto valore alle persone, di utilizzare appieno le competenze presenti e di far crescere professionalmente il proprio personale; in tema di equità le persone percepiscono come non equo il rapporto tra quanto danno e quanto ricevono dall'amministrazione, sia nei termini di inadeguatezza dei sistemi di valutazione sia nei termini dell'assenza di pari opportunità di carriera; in tema di relazioni, le persone valutano come positivo il rapporto con i colleghi, difficoltoso quello con i dirigenti e, specularmente, i dirigenti non rilevano un buon livello di collaborazione e non si sentono riconosciuti come guide utili nel processo produttivo (Bruna Pelizzoni, Indagine sul benessere organizzativo nelle pubbliche amministrazioni, 2006).

Indagini che hanno portato ad analoghi risultati sono state condotte da molti comitati per la prevenzione del fenomeno del mobbing.

Con la Legge 183/2010, all'art. 21 sono stati introdotti i CUG (Comitato Unico di Garanzia), preposti a garantire le pari opportunità, il benessere di chi lavora e l'assenza di discriminazioni nelle amministrazioni pubbliche.

Anche la legge finanziaria del 2018 (L. 205/2017, comma 218) impone l'adozione di tutte le misure più efficaci per la promozione del benessere e per il mantenimento, all'interno dei luoghi di lavoro, di un clima rispettoso della dignità, della libertà (anche sessuale), delle corrette relazioni, dell'eguaglianza (v. art. 26, comma 3 ter Decreto Legislativo 198/2006).

In base alla disposizione sopra richiamata risulta centrale il ruolo anche del sindacato nel sollecitare le imprese ad adottare codici e comportamenti improntati al benessere; solo un lavoro “sano”, infatti, consente la realizzazione piena dell’essere umano all’interno di una delle “formazioni sociali” più importanti, il luogo di lavoro, dove l’individuo si completa e si realizza sia professionalmente che moralmente.

### **1.3 L’effetto della crisi pandemica Covid\_19 sulle prestazioni chirurgiche elettive e l’intervento istituzionale**

Nell’impareggiabile e straordinaria emergenza sanitaria pubblica in cui ci troviamo, in tutto il mondo gli infermieri sono come sempre in prima linea. Gli infermieri di tutto il mondo stanno fornendo personale alle nostre cliniche, ai reparti ospedalieri e alle unità: in alcune situazioni, lavorando letteralmente fino allo sfinimento, e in alcune regioni, lo fanno pur affrontando la mancanza di elementi essenziali. In effetti, vediamo rapporti secondo cui gli infermieri in molte parti del mondo sono alle prese con la carenza di forniture tanto necessarie, inclusi dispositivi di protezione individuale come maschere, guanti e camici, ma stanno attivamente abbracciando le sfide presentate da COVID-19 (Jackson et al., 2020).

In questo nuovo periodo storico per la sanità, la chirurgia, almeno all’inizio apparentemente a latere di tutta l’emergenza pandemica, ha subito in realtà enormi cambiamenti ed ha contribuito in modo considerevole al

contenimento delle varie problematiche che di volta in volta emergevano, dimostrando una elevata disponibilità e flessibilità.

Interi reparti chirurgici sono stati accorpati tra di loro, lasciando spazi alle degenze per patologie internistiche coronavirus correlate mentre interi reparti operatori (Sale Operatorie/Recovery Room/Post-Anestesia Care Unit) sono stati convertiti, per aumentare l'offerta di posti letto di cure intensive, ripartendone le risorse umane e tecnologiche. Per far fronte alla crescente necessità di posti letto di alta intensità assistenziale in molti ospedali le SO e le relative aree di RR/PACU/preparazione del paziente sono state riconvertite in Terapia Intensiva, soprattutto in Cardiochirurgia e in Neurochirurgia, specialità chirurgiche che di solito si avvalgono di Terapie Intensive dedicate. Come evidenziato in una recente indagine condotta da ACOI tra i chirurghi italiani, ciò ha comportato una riduzione di oltre l'80% degli interventi chirurgici e il restante 20% o meno è stato esclusivamente dedicato alle patologie oncologiche non procrastinabili e all'emergenza-urgenza. (Tavolo tecnico sulla chirurgia. 2021). In alcune situazioni anche solo all'emergenza/urgenza, con tutti i problemi conseguenti alla relativa soggettività della definizione di urgenza (ad esempio un'infezione di ferita chirurgica, non ricompresa nell'elenco delle delibere regionali). Sono stati sospesi tutti gli ambulatori aperti al pubblico, mantenendo la disponibilità a tutte le visite ritenute urgenti ed ai controlli indifferibili dei pazienti operati. In questo periodo, anche seguendo le indicazioni OMS-ISS/raccomandazioni internazionali e nazionali che si sono via via rese disponibili, sono state elaborate procedure e percorsi per

eseguire in sicurezza interventi su pazienti potenzialmente o sicuramente positivi, sia programmati che in urgenza. Tutto ciò in un contesto in cui si è più volte lamentata la mancanza dei più basilari DPI per il personale sanitario e spesso si sono osservati momenti di contrasto istituzionale tra governo centrale e governatori regionali, con il risultato di aumentare la confusione generale e diminuire la chiarezza della comunicazione alla popolazione. I chirurghi hanno lavorato in piena collaborazione nei reparti COVID e nei Pronto Soccorso per alleggerire i turni dei colleghi e contribuire all'emergenza in atto, oltre che continuare a garantire l'attività chirurgica programmata oncologica e l'emergenza/urgenza, che ha avuto impatto diverso fra Regioni e modelli organizzativi identificati dai relativi CTS, anche in relazione alla mission attribuita ai diversi Ospedali. Anche gli stessi organici medici e infermieristici sono stati inevitabilmente interessati da contatti con pazienti COVID positivi. Fondamentale quindi prendere in considerazione ogni possibilità di migliorare oltre alla Clinical Safety, anche la Security per gli operatori. Non si può per altro non tenere conto del fatto che durante l'emergenza epidemiologica Covid-19 le prestazioni d'opera e i trattamenti erogati dal personale medico e sanitario nelle strutture pubbliche, convenzionate e private sono rese nell'adempimento del dovere e in stato di necessità.

Un team di esperti globale ha stimato che la migliore tra le ipotesi sarebbe stata che 28 404 603 operazioni sarebbero state annullate o posticipate durante le 12 settimane di picco di interruzione a causa del COVID-19 (2 367 050 operazioni a settimana). La maggior parte sarebbero operazioni per

malattie benigne (90,2 per cento, 25 638 922 di 28 404 603). Il tasso di cancellazione complessivo di 12 settimane sarebbe del 72,3 per cento. A livello globale, l'81,7 per cento degli interventi per patologie benigne (25 638 922 su 31 378 062), il 37,7 per cento degli interventi oncologici (2 324 070 di 6 162 311) e il 25,4 per cento dei tagli cesarei elettivi (441 611 del 1 735 483) sarebbe annullato o rinviato. Se i paesi aumentassero il loro normale volume chirurgico del 20% dopo la pandemia, ci vorrebbe una media di 45 settimane per cancellare l'arretrato di operazioni derivanti dall'interruzione del COVID-19 (CovidSurg Collaborative, 2020).

Come evidenziato dagli studi l'emergenza sanitaria può aumentare lo stress correlato al lavoro e ridurre la soddisfazione sul lavoro e la qualità della vita degli infermieri. Le decisioni manageriali e gli interventi proattivi implementati per reagire all'emergenza garantiscono i migliori risultati per il paziente.

In Italia, è stato condotto uno studio longitudinale di metodi misti. I dati sono stati raccolti prima e dopo la trasformazione in Ospedale SARS-CoV-2 e l'attuazione degli interventi organizzativi. I focus group sono stati condotti per indagare i dati quantitativi. Lo scopo di questo studio era verificare se un approccio organizzativo proattivo può limitare lo stress lavorativo degli infermieri e aiutare a preservare la loro soddisfazione sul lavoro e la qualità della vita durante un'emergenza sanitaria.

Dopo l'attuazione degli interventi e con il progredire della pandemia, lo stress correlato al lavoro è diminuito e la soddisfazione sul lavoro e la qualità della vita sono aumentate.

Attraverso un'organizzazione proattiva, anche durante un'emergenza, gli infermieri sono preparati al lavoro e lo stress legato al lavoro dovuto ai cambiamenti viene ridotto. Gli infermieri sono motivati e soddisfatti della loro organizzazione e gestione e la qualità della vita aumenta (Zaghini et al., 2021)

## **1.4 Burnout in nursing**

La “sindrome del burnout” è un tipo specifico di disagio psicofisico connesso al lavoro che interessa, in varia misura, diversi operatori e professionisti che sono impegnati quotidianamente e ripetutamente in attività che implicano le relazioni interpersonali. Tale problema è stato descritto inizialmente da H. Freudenberger e da C. Maslach che portarono avanti le prime osservazioni sul fenomeno dopo che nel 1970 avevano notato i sintomi caratteristici su alcuni operatori in un reparto di igiene mentale.

Come sottolineano i risultati di alcune osservazioni sull'incidenza del fenomeno su mestieri differenti, "il burnout" colpisce in misura prevalente coloro che svolgono le cosiddette professioni d'aiuto o “helping professions” ma anche coloro che, pur avendo obiettivi lavorativi diversi dall'assistenza, entrano continuamente in contatto con persone che vivono stati di disagio o sofferenza. Il problema è stato riscontrato in modo predominante in coloro che operano in ambiti sociali sociosanitari e sanitari o della salute come medici, psicologi, assistenti sociali, pedagogisti, counselors, esperti di orientamento al lavoro, fisioterapisti, operatori dell'assistenza sociale e

sanitaria, infermieri, educatori sanitari e socio-pedagogici, agenti delle forze dell'ordine e operatori del volontariato (Riboli, 2018).

A partire dai primi anni in cui il fenomeno è stato studiato, esso è stato riscontrato anche in tutti quei mestieri legati alla gestione quotidiana dei problemi delle persone in difficoltà, a partire dai poliziotti, carabinieri, vigili del fuoco, fino ai consulenti fiscali, avvocati, nonché in quei tipi di professioni educative (per es. insegnanti) che generano un contatto, spesso con un coinvolgimento emotivo profondo, con i disagi degli utenti con cui lavorano e di cui guidano la crescita personale.

Ne consegue che, se non opportunamente trattati, questi soggetti cominciano a sviluppare un lento processo di "logoramento" o "decadenza" psicofisica dovuta alla mancanza di energie e di capacità per sostenere e scaricare lo stress accumulato (il termine burnout in inglese significa proprio "bruciarsi"). In tali condizioni può anche succedere che queste persone si facciano un carico eccessivo dei problemi delle persone di cui si prendono cura, non riuscendo così più a discernere tra la propria vita e la loro.

Il burnout comporta esaurimento emotivo, depersonalizzazione, un atteggiamento spesso improntato al cinismo e un sentimento di ridotta realizzazione personale. Il soggetto tende a sfuggire l'ambiente lavorativo assentandosi sempre più spesso e lavorando con entusiasmo ed interesse sempre minori, a provare frustrazione e insoddisfazione, nonché una ridotta empatia nei confronti delle persone delle quali dovrebbe occuparsi. Il burnout si accompagna spesso ad un deterioramento del benessere fisico, a sintomi psicosomatici come l'insonnia e psicologici come la depressione. I

disagi si avvertono dapprima nel campo professionale, ma poi vengono con facilità trasportati sul piano personale: l'abuso di alcol, di sostanze psicoattive ed il rischio di suicidio sono elevati nei soggetti affetti da burnout.

Per misurare il burnout ci sono diverse scale ma è da ricordare la scala di Maslach: un questionario di 22 domande atte a stabilire se nell'individuo sono attive dinamiche psicofisiche che rientrano nel burnout. A ogni domanda il soggetto interessato deve rispondere inserendo un valore da 0 a 6 per indicare intensità e frequenza con cui si verificano le sensazioni descritte nella domanda stessa.

La prevalenza della sindrome nelle varie professioni non è ancora stata chiaramente definita, ma sembra essere piuttosto elevata tra operatori sanitari quali medici e infermieri (ad esempio, secondo un recente studio olandese in *Psychological Reports*, non meno del 40% dei medici di base andrebbe incontro ad elevati livelli di burnout), insegnanti e poliziotti (Maslach, 1997).

In qualsiasi organizzazione di lavoro, la sindrome si manifesta generalmente seguendo quattro fasi.

- La prima, preparatoria, è quella dell'"entusiasmo idealistico" che spinge il soggetto a scegliere un lavoro con un complesso coinvolgimento delle emozioni.
- Nella seconda ("stagnazione") il soggetto, sottoposto a carichi di lavoro e di stress eccessivi, inizia a rendersi conto di come le sue aspettative non coincidano con la realtà lavorativa. L'entusiasmo,

l'interesse ed il senso di gratificazione legati alla professione iniziano a diminuire.

- Nella terza fase ("frustrazione") il soggetto affetto da burnout avverte sentimenti di inutilità, di inadeguatezza, di insoddisfazione, uniti alla percezione di essere sfruttato, oberato di lavoro e poco apprezzato; spesso tende a mettere in atto comportamenti di fuga dall'ambiente lavorativo, ed eventualmente atteggiamenti aggressivi verso gli altri o verso sé stesso.
- Nel corso della quarta fase ("apatia") l'interesse e la passione per il proprio lavoro si spengono completamente e all'empatia subentra l'indifferenza, fino ad una vera e propria "morte professionale".

Le cause più frequenti di burnout sono:

- sovraccarico di lavoro: il disadattamento è presente quando la persona percepisce un carico di lavoro eccessivo (le richieste lavorative sono così elevate da esaurire le energie individuali al punto da non rendere possibile il recupero), quando, anche in presenza di un carico ragionevole, il tipo di lavoro non è adatto alla persona (si percepisce di non avere le abilità per svolgere una certa attività) e quando il carico emotivo del lavoro è troppo elevato (il lavoro scatena una serie di emozioni che sono in contraddizione con i sentimenti della persona).
- senso di impotenza: il soggetto non ritiene che ciò che fa o vuole fare riesca ad influire sull'esito di un determinato evento.

- mancanza di controllo: il disadattamento si verifica quando l'individuo percepisce di avere insufficiente controllo sulle risorse necessarie per svolgere il proprio lavoro oppure quando non ha sufficiente autorità per attuare l'attività nella maniera che ritiene più efficace.
- riconoscimento: si ha disadattamento quando si percepisce di ricevere un riconoscimento inadeguato per il lavoro svolto.
- senso di comunità: è presente disadattamento quando crolla il senso di appartenenza comunitario all'ambiente di lavoro, ovvero quando si percepisce che manca il sostegno, la fiducia reciproca ed il rispetto e le relazioni vengono vissute in modo distaccato ed impersonale.
- assenza di equità: si ha disadattamento quando non viene percepita l'equità nell'ambiente di lavoro in ambiti quali, ad esempio, l'assegnazione dei carichi di lavoro e della retribuzione o l'attribuzione di promozioni e avanzamenti di carriera.
- valori contrastanti: il disadattamento nasce quando si vive un conflitto di valori all'interno del contesto di lavoro e cioè quando la persona non condivide i valori che l'organizzazione trasmette oppure quando i valori non trovano corrispondenza, a livello organizzativo, nelle scelte operate e nella condotta.
- facile identificazione, del personale con la malattia.

Le conseguenze.

A livello individuale:

- Atteggiamenti negativi verso i clienti/utenti
- Atteggiamenti negativi verso sé stessi
- Atteggiamenti negativi verso il lavoro
- Atteggiamenti negativi verso la vita
- Calo della soddisfazione lavorativa
- Calo dell'impegno verso l'organizzazione
- Riduzione della qualità della vita personale
- Peggioramento dello stato di salute

A livello organizzativo

- Aumento dell'assenteismo
- Aumento del ricambio di personale
- Calo della performance e qualità del servizio
- Calo della soddisfazione lavorativa

Per poter analizzare meglio il fenomeno del “burnout” all’interno della professione infermieristica, e le conseguenze che questo può portare nella vita dei professionisti, è utile fare riferimento ad alcuni documenti pubblicati da C. Dall’Ora nel 2020.

Questa è stata una revisione teorica condotta secondo la metodologia delineata da Campbell et al. e Pare et al. Le revisioni teoriche si basano su studi empirici per comprendere un concetto da una prospettiva teorica ed evidenziare le lacune di conoscenza.

La ricerca nel database ha prodotto 12.248 studi, di cui 11.870 sono stati rapidamente esclusi come duplicati o titoli e/o abstract che non soddisfacevano i criteri di inclusione. Dei 368 studi a cui si è avuto accesso nel testo completo, 277 sono stati esclusi e 91 studi sono stati inclusi nella revisione.

La maggior parte degli studi ha utilizzato la Maslach Burnout Inventory Scale, che comprende tre sottoscale che riflettono il modello teorico: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione personale ridotta. Gli studi che hanno testato le relazioni tra il burnout e le sei aree della vita lavorativa di Maslach - carico di lavoro, controllo, ricompensa, comunità, equità e valori - in genere hanno supportato la teoria di Maslach secondo cui queste aree sono predittori di burnout.

I modelli identificati nei 91 studi mostrano costantemente che le caratteristiche lavorative avverse sono associate al burnout nell'assistenza infermieristica. Le potenziali conseguenze per il personale e i pazienti sono gravi. La teoria di Maslach offre un meccanismo plausibile per spiegare le associazioni osservate. Tuttavia, una misurazione incompleta del burnout e una ricerca limitata su alcune relazioni significa che le cause e le conseguenze del burnout non possono essere identificate e distinte in modo affidabile, il che rende difficile utilizzare le prove per progettare interventi per ridurre il burnout (Dall'Ora et al., 2020).

## **1.5 Il protocollo di ricerca**

Il Protocollo è un documento che descrive l'obiettivo, la progettazione, la metodologia, le considerazioni statistiche e l'organizzazione di uno studio. Il protocollo solitamente fornisce anche le informazioni di base e il razionale di uno studio clinico, che possono essere anche contenuti in altri documenti a cui fa riferimento il protocollo (Linee guida UE di buona pratica clinica per l'esecuzione delle sperimentazioni cliniche, 2014).

### **Background e razionale**

L'emergenza Covid-19 ha avuto effetti diretti sullo scorrimento delle liste operatorie per interventi chirurgici elettivi. Dopo un primo arresto dell'attività di routine che ha risparmiato esclusivamente l'ambito chirurgico emergenziale ed oncologico, gli enti governativi hanno elaborato un piano di potenziamento dell'attività delle sale operatorie e dei reparti chirurgici annessi, stanziando ingenti somme di denaro, al fine di affrontare questa nuova problematica e quindi promuovere lo smaltimento delle liste operatorie. Questo incremento dell'attività lavorativa potrebbe influire sulla qualità e sicurezza delle cure e sul benessere degli infermieri. Il progetto di ricerca si pone l'obiettivo di esplorare la percezione degli infermieri coinvolti in questo fenomeno per poi misurare attraverso l'utilizzo di uno strumento validato, il livello di benessere psico-emotivo degli infermieri partecipanti, ed infine, investigare le possibili soluzioni che potrebbero essere applicate al fine di migliorare la qualità e sicurezza e dell'assistenza e il benessere lavorativo degli operatori sanitari di settore.

### **Obiettivi dello studio**

Esplorare la percezione degli infermieri sottoposti ad un aumento dell'attività lavorativa in ambito chirurgico, finalizzato ad affrontare la problematica dell'aumento delle liste d'attesa per interventi chirurgici elettivi post emergenza Covid\_19. Valutare il benessere psico-emotivo dei partecipanti attraverso l'ausilio della scala di Maslach ed inoltre, investigare quali soluzioni secondo gli infermieri partecipanti potrebbero essere applicate al fine di migliorare la qualità e la sicurezza e dell'assistenza e il benessere lavorativo degli operatori sanitari di settore.

### **Disegno dello studio**

Studio mixed method quali-quantitativo, che prevede una prima parte qualitativa fenomenologica e una seconda parte a carattere quantitativo osservazionale. Verranno selezionati due gruppi di infermieri, uno dal Blocco Operatorio ed uno dal reparto di Day Surgery di un Ospedale della città metropolitana di Genova. Attraverso l'ausilio di interviste semi-strutturate, verrà esplorata la percezione del fenomeno sopra-descritto. A conclusione delle interviste verrà chiesto ai partecipanti di compilare un questionario (Maslach score) per valutare il livello di benessere psico-emotivo dei partecipanti. I Focus Groups saranno organizzati seguendo la check-list a 32 items COREQ (Allison e Sainsbury 2007). Verranno utilizzate domande semi-strutturate formulate a partire da una ricerca bibliografica e validate da due esperti in materia. (Clinico e Accademico). A

tutti i partecipanti allo studio verrà garantito l'anonimato, previa autorizzazione al trattamento dei dati personali in ottemperanza alla normativa vigente. I dati raccolti in formato file audio saranno archiviati all'interno degli archivi dell'Università degli studi di Genova presso il Dipartimento di Scienze della Formazione (DISFOR). L'analisi dei dati avverrà attraverso il metodo a 6 steps di Braun e Clarke (Braun et al., 2006).

### **Gestione dei dati**

A tutti i partecipanti allo studio verrà garantito il totale anonimato, previa autorizzazione al trattamento dei dati personali in ottemperanza alla normativa vigente. (vedi allegato 2) Le interviste raccolte in formato file audio, saranno archiviati all'interno degli archivi dell'Università degli studi di Genova presso il Dipartimento di Scienze della Formazione (DISFOR).

### **Gestione della sicurezza e finanziamenti dello studio**

Lo studio non implica rischi di qualsiasi natura per i partecipanti al di là dei rischi presenti nella vita quotidiana. Non soggetto a finanziamenti.

## CAPITOLO II

### **2. Materiali e metodi**

Lo studio, Mixed-Method quanti-qualitativo cross sectional, è stato condotto da ottobre a dicembre 2021. Per la conduzione e stesura della ricerca è stata seguita la checklist STROBE (STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology).

I disegni di ricerca metodo misto (Mixed-Method) combinano approcci metodologici qualitativi e quantitativi in un singolo studio o una serie di studi. Il loro uso può fornire una comprensione più ampia e poliedrica di un fenomeno. L'uso del Mixed-Method può essere un valore aggiunto per migliorare le pratiche cliniche in quanto, attraverso l'integrazione di metodi qualitativi e quantitativi, si possono meglio comprendere i fenomeni complessi tipici dell'infermieristica e di tutto ciò che ne caratterizza le peculiarità.

Nell'ambito della metodologia della ricerca, negli ultimi anni, si è assistito alla pubblicazione di un numero sempre più crescente di studi basati su approcci misti, che comportano tecniche di raccolta, analisi e interpretazione di dati quantitativi e qualitativi in combinazioni varie, una tendenza globale ben documentata anche in altri settori e discipline (Creswell & Clark, 2018; Molina-Azorin & Fetters, 2016). Tali approcci consentono una visione più ampia e poliedrica dei fenomeni oggetto di ricerca, coerente con gli assunti ontologici ed epistemologici del periodo che stiamo attraversando, caratterizzato da una sorta di complessità fluida in cui è importante la scelta di una metodologia rigorosa per non rischiare di scivolare in falsi miti

fondativi. Non è rintracciabile però in letteratura una definizione unica di Mixed-Method. Tale mancanza ha generato una certa confusione che va oltre le differenze terminologiche e che riteniamo il ricercatore possa superare contemplando una pluralità di sguardi concettuali (Johnson et al., 2007).

Per condurre lo studio è stato utilizzato un approccio fenomenologico, ossia un processo che, attraverso l'epochè (astensione dal giudizio), consente di cogliere l'essenza dei fenomeni. Essa non coincide con l'introspezione (basata su una ingenua separazione fra io e mondo), ma è un modo di re-imparare a vedere il mondo, una ritrovata capacità di provare stupore di fronte al mondo.

## **2.1 Il setting di riferimento**

Nel linguaggio delle scienze umane, con il termine setting si intende il campo di ricerca entro cui svolgere osservazioni e ottenere risultati attendibili.

Nel nostro caso, lo studio è stato condotto in un ospedale dell'area metropolitana della città di Genova. In particolare, per verificare l'obiettivo dello studio, è stata presa in considerazione l'attività chirurgica. Infatti, l'ospedale centro dello studio ha visto un'interruzione/rallentamento dell'attività chirurgica fino al 15 settembre 2021 in cui ha avuto inizio il piano di RESTART Liguria che prevede un incremento delle attività chirurgiche elettive volto ad abbattere le liste di attesa e recuperare le necessità dei malati.

Il 4 Agosto 2021 è stato presentato, al Palazzo della Borsa, il piano di rilancio del sistema sanitario regionale dal titolo Restart Sanità Liguria. L'obiettivo primario, spiegato dal presidente e assessore alla Sanità Giovanni Toti, è smaltire le liste di attesa e recuperare tutte le attività sanitarie che, a causa della pandemia, sono state ridotte o sospese, mentre gli ospedali, le strutture sanitarie e tutti gli operatori della Liguria erano impegnati, 24 ore su 24, nel reggere l'onda d'urto del Covid. L'obiettivo di medio e lungo periodo è invece quello di abbattere i tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie e ridurre la cosiddetta mobilità in uscita, ovvero le fughe dei pazienti liguri che scelgono di curarsi fuori dai confini regionali, creando dei poli specializzati che incrementino la capacità attrattiva della sanità ligure. La riorganizzazione delle realtà ospedaliere per far fronte alla fase più acuta della pandemia ha impattato in particolare sulle attività chirurgiche e ambulatoriali, con conseguenze più significative per i pazienti con patologie cardiovascolari, oncologiche, ortopediche. Il piano RESTART Sanità vuole dare ai cittadini liguri una risposta concreta, concentrandosi innanzitutto su quelle persone che, per le patologie di cui soffrono, sono state più penalizzate dalla pandemia. Il piano prevede investimenti per 64 milioni di euro, di cui 24 già disponibili per il quarto trimestre 2021 e i restanti che verranno stanziati nella prossima Legge di Bilancio per essere spesi entro il primo semestre 2022. I fondi avranno come destinazione esclusiva la sanità pubblica. Queste risorse, serviranno per riorganizzazione e potenziamenti strutturali, con l'obiettivo di individuare una serie di centri specialistici che si

concentreranno su determinate attività e, in questo modo, prima riassorbire le liste di attesa e, in futuro, cambiare il segno del saldo della mobilità da negativo a positivo. È inoltre prevista una serie di interventi a livello normativo, di semplificazione e alleggerimento burocratico per agevolare lo svolgimento della libera professione intramoenia, in modo da avviare un'azione coordinata che prevede, assieme al potenziamento dell'offerta, anche una maggiore incisività nel gestire i percorsi clinico-organizzativi e maggiore sinergia tra i professionisti e le strutture presenti sul territorio. L'azzeramento del disavanzo, con due anni di anticipo, è un risultato di grande rilievo, una promessa mantenuta, che consente di utilizzare le risorse della fiscalità regionale, i soldi dei cittadini, non più per ripianare il disavanzo ma per realizzare questo piano di rilancio e potenziamento e nel prossimo futuro nel migliorare ulteriormente i servizi (Regione Liguria 2021).

Il periodo in questione pone il focus sull'attività chirurgica elettiva ordinaria (con ricovero), di day hospital (una notte di ricovero), day surgery (ricovero giornaliero senza notte) e ambulatoriale in quanto settori maggiormente colpiti dall'arresto dell'attività.

Lo studio è stato effettuato all'interno della Macro-Area chirurgica (Blocco Operatorio – Reparto di Day Surgery) di un ospedale genovese e della Macro-Area chirurgica (Blocco Operatorio, Ortopedia, Urologia, Chirurgia Generale) di un'altra sede dove i partecipanti sono stati arruolati. Le interviste semi-strutturate sono state condotte in un ambiente neutro dell'ospedale.

## **2.2 Il campionamento**

Nello studio sono stati arruolati infermieri assegnati presso il blocco operatorio e i reparti di degenza chirurgica, senza distinzione di tipologia di contratto (determinato/indeterminato), orario di lavoro (full-time o part-time), genere ed età. L'arruolamento effettuato era di tipo non probabilistico di convenienza. Il campionamento per convenienza è una tecnica di campionamento non probabilistico in cui i soggetti vengono selezionati per la loro comoda accessibilità e la vicinanza al ricercatore.

I soggetti vengono selezionati solo perché sono più facili da reclutare per lo studio e il ricercatore non ha considerato di selezionare soggetti rappresentativi dell'intera popolazione.

In tutte le forme di ricerca, sarebbe ideale testare l'intera popolazione, ma nella maggior parte dei casi la popolazione è semplicemente troppo grande per includere ogni singolo individuo. Per questo motivo la maggior parte dei ricercatori si affida a tecniche di campionamento come il campionamento per convenienza, la più comune di tutte le tecniche di campionamento. Molti ricercatori preferiscono questa tecnica di campionamento perché è veloce, poco costosa, facile e i soggetti sono facilmente reperibili.

Uno degli esempi più comuni di campionamento per convenienza è l'uso di studenti volontari come soggetti di ricerca. Un altro esempio è l'uso di soggetti selezionati da una clinica, classe o istituzione facilmente accessibile al ricercatore. Un esempio più concreto è la scelta di cinque persone da una classe o la scelta dei primi cinque nomi dalla lista dei pazienti.

In questi esempi, il ricercatore esclude inavvertitamente una gran parte della popolazione. Un esempio di convenienza è una raccolta di soggetti accessibili o un'autoselezione di individui disposti a partecipare, esemplificata dai vostri volontari.

I ricercatori utilizzano il campionamento di convenienza non solo perché è facile da usare, ma anche perché ha altri vantaggi per la ricerca.

Negli studi pilota, il campione di convenienza viene solitamente utilizzato perché permette al ricercatore di ottenere dati di base e tendenze riguardanti il suo studio senza le complicazioni dell'utilizzo di un campione randomizzato.

Questa tecnica di campionamento è utile anche per documentare che una particolare qualità di una sostanza o di un fenomeno si verifica all'interno di un determinato campione. Tali studi sono anche molto utili per rilevare le relazioni tra i diversi fenomeni.

La critica più ovvia al campionamento per convenienza è la distorsione del campionamento e il fatto che il campione non è rappresentativo dell'intera popolazione. Questo può essere lo svantaggio maggiore quando si utilizza un campione di convenienza, perché porta a più problemi e critiche.

La distorsione sistematica risulta dalla distorsione del campionamento. Si riferisce ad una differenza costante tra i risultati del campione e i risultati teorici dell'intera popolazione. Non è raro che i risultati di uno studio che utilizza un campione di convenienza differiscano significativamente dai risultati dell'intera popolazione. Una conseguenza dell'aver una distorsione

sistematica è quella di ottenere risultati distorti (Polit, Fondamenti di ricerca infermieristica, 2018).

Nel nostro caso, gli infermieri dovevano essere in servizio presso il reparto di assegnazione chirurgico da almeno un anno. Sono stati esclusi infermieri dirigenti, coordinatori e coloro che erano assegnati al setting di studio da meno di 12 mesi.

### **2.3 Gli strumenti utilizzati**

In questa fase, i partecipanti hanno compilato un questionario cartaceo su base volontaria e anonima. Il questionario prevedeva una sezione relativa alle variabili sociodemografiche (età, sesso, titolo di studio, esperienza lavorativa) e una sezione composta da strumenti validati e presenti in letteratura. In particolare:

- Per misurare il **burnout** è stata utilizzata la Maslach Burnout Inventory-General survey MBI-GS (Maslach et al. 1996), composta da tre diverse dimensioni, esaurimento emotivo ( $\alpha = 0,797$ ), cinismo ( $\alpha = 0,821$ ) e interpersonal strain ( $\alpha 0,829$ ). La scala attraverso 15 items misura i livelli di stress attraverso una scala Likert a 7 passi, da 0 “mai” a 6 “ogni giorno”;
- Per misurare i **carichi di lavoro** è stato utilizzato il Quantitative Workload Inventory (QWI; Spector et al. 1998), composto da 4 item valutati su una scala Likert da 1 “mai o quasi mai” a 5 “molto spesso o sempre”. Lo

strumento nel suo studio di validazione ha riportato una buona consistenza interna ( $\alpha = 0,736$ );

- Per misurare la **soddisfazione lavorativa** è stata utilizzata la scala degli Indicatori Positivi del questionario infermieristico sulla salute organizzativa QISO (Sili et al., 2010), che attraverso 9 item chiede quanto gli infermieri sono soddisfatti circa le affermazioni fatte. I partecipanti hanno la possibilità di rispondere attraverso una scala Likert a 4 passi, da 1 “mai” a 4 “spesso”. Nello studio di validazione la scala degli indicatori positivi ha mostrato ottimi indici di consistenza interna ( $\alpha = 0,805$ ).

Per scala Likert si intende una tecnica psicometrica di misurazione dell'atteggiamento inventata dallo psicologo Rensis Likert. Tale tecnica si distingue principalmente per la possibilità di applicazione di metodi di analisi degli item basati sulle proprietà statistiche delle scale di misura a intervalli o rapporti. Il metodo di Likert, più rapido e semplice delle precedenti scale di Thurstone, fu, ed è tuttora, fatto proprio in numerosissimi settori della ricerca applicata.

Tale tecnica consiste principalmente nel mettere a punto un certo numero di affermazioni - definiti *item* - che esprimono un atteggiamento positivo e negativo rispetto ad uno specifico oggetto. La somma di tali giudizi tenderà a delineare in modo ragionevolmente preciso l'atteggiamento del soggetto nei confronti dell'oggetto. Per ogni item si presenta una scala di

accordo/disaccordo, generalmente a 5 o 7 modalità. Ai rispondenti si chiede di indicare su di esse il loro grado di accordo o disaccordo con quanto espresso dall'affermazione. Questo metodo è applicabile sia per atteggiamenti di tipo unidimensionale che multidimensionale (per cui sono necessarie tecniche statistiche come l'analisi fattoriale o l'analisi delle componenti principali).

Per le analisi dei dati è stato utilizzato il software statistico SPSS ver. 25. SPSS Statistics è una potente piattaforma software di statistica. Offre un'interfaccia di facile utilizzo e una serie comprovata di funzioni che permette di estrarre in modo rapido insight utilizzabili dai dati. Le procedure di statistica avanzate aiutano a garantire un'elevata accuratezza e un processo decisionale di qualità. Sono inclusi tutti gli aspetti del ciclo di vita dell'analytics, dalla preparazione dei dati e la gestione all'analisi e la produzione di report.

Le variabili sociodemografiche e le caratteristiche organizzative sono state analizzate con un'analisi descrittiva, individuando indici di tendenza centrale e di dispersione (media, deviazione standard), intervallo di confidenza al 95%, percentuale). Per verificare la relazione tra le variabili indagate è stato utilizzato il test di correlazione  $r$  di Pearson, indice di correlazione di Pearson (anche detto coefficiente di correlazione lineare o coefficiente di correlazione di Pearson o coefficiente di correlazione di Bravais-Pearson) tra due variabili statistiche è un indice che esprime un'eventuale relazione di linearità tra esse; Fu sviluppato da Karl Pearson da un'idea introdotta da Francis Galton nel 1880, nel nostro caso,

per verificare la differenza nelle medie delle variabili indagate rispetto alle variabili sociodemografiche e lavorative con due sole modalità di risposta (sesso, lavoro nei reparti COVID19, ambito clinico). È stato utilizzato il t test di Student, che nella teoria delle probabilità la distribuzione di Student, o t di Student, è una distribuzione di probabilità continua che governa il rapporto tra due variabili aleatorie, la prima con distribuzione normale e la seconda, al quadrato, segue una distribuzione chi quadrato.

Questa distribuzione interviene nella stima della media di una popolazione che segue la distribuzione normale, e viene utilizzata negli omonimi test t di Student per la significatività e per ogni intervallo di confidenza della differenza tra due medie.

Il test dell'ANOVA è stato utilizzato per il confronto delle medie rispetto al titolo di studio. L'analisi della varianza (ANOVA, dall'inglese *Analysis of Variance*) è un insieme di tecniche statistiche facenti parte della statistica inferenziale che permettono di confrontare due o più gruppi di dati calcolando e confrontando la variabilità *interna* a questi gruppi con la variabilità *tra* i gruppi.

L'analisi della varianza prevede una verifica di validità dell'ipotesi nulla, che prescrive che i dati di tutti i gruppi abbiano la stessa origine, ovvero la stessa distribuzione stocastica, e le differenze osservate tra i gruppi siano dovute solo al caso.

Si tratta di tecniche usate soprattutto quando le variabili esplicative sono di tipo nominale (discreto); nulla impedisce di usarle anche in presenza di variabili esplicative di tipo ordinale o continuo, ma in questo caso si ha

un'efficienza minore rispetto a tecniche alternative (ad esempio la regressione lineare).

Per comprendere l'impatto che la ripresa delle attività lavorative chirurgiche abbia prodotto sul personale infermieristico è stato necessario approfondire il vissuto esperienziale degli operatori sanitari direttamente coinvolti nel processo. A tale scopo è stata elaborata un'intervista semi-strutturata composta da sei domande. Le domande sono state individuate dai ricercatori analizzando la letteratura di riferimento e successivamente validate da esperti clinici (di ambito chirurgico) e accademici (di formazione sociologica), seguendo la checklist COREQ (Tong et al. 2007). Le sei domande erano relative a tre domini inerenti all'argomento indagato:

- il benessere percepito (e.g. Qual è il vostro punto di vista riguardo alla relazione tra l'aumento dell'attività lavorativa di questo periodo e il benessere psico-fisico degli infermieri?),
- la percezione della sicurezza e qualità delle cure erogate (e.g. Quale relazione pensate che possa intercorrere tra l'aumento dell'attività lavorativa e la qualità e sicurezza delle cure erogate?)
- il vissuto in prima persona di ogni intervistato rispetto ad uno specifico evento utilizzando la metodica "Critical Incident Technique" (Flanagan et al. 1954).

I partecipanti alla fase quantitativa hanno ricevuto un'e-mail per partecipare alla seconda fase dello studio e i primi 10 sono stati arruolati. Le interviste

sono state condotte da un moderatore e due osservatori esperti nella conduzione di interviste semi-strutturate all'interno di uno spazio neutrale, in cui i partecipanti si potessero sentire liberi di esprimere le loro emozioni, idee e credenze senza filtri o paure. Prima di condurre le interviste, il moderatore e gli osservatori hanno esaminato la loro potenziale influenza soggettiva sullo studio e i suoi risultati, attraverso l'assunto sulla riflessività secondo Berger (Berger, 2015). Le interviste sono state registrate in file audio mp3, numerate con codici ID sequenziali, trascritte e archiviate presso il Centro Interdipartimentale "Osservatorio delle Diseguaglianze e delle Politiche sociali" DISFOR dell'Università degli Studi di Genova. La durata delle interviste è stata in media di circa dieci minuti. Per l'analisi dei dati qualitativi è stato utilizzato il metodo di Braun e Clarke (2006), attraverso un'analisi tematica strutturata in sei passaggi: familiarizzazione dei dati; generazione dei codici iniziali; la ricerca dei temi; rivalutazione dei temi; definizione e nomina dei temi; produzione del report. I dati sono stati codificati attraverso la collaborazione di tre ricercatori. La saturazione dei dati è stata raggiunta prima del completamento della decima intervista. La saturazione dei dati è stata discussa dai ricercatori che hanno condotto le interviste e gli esperti di sociologia.

## **2.4 La conduzione della fase quantitativa**

La fase quantitativa è quella che tra le due mi ha coinvolto di più fin dai primi momenti preparatori.

Una volta scelte le scale e il campione a cui somministrarle è iniziata la parentesi burocratica: in accordo con l'azienda ospedaliera ospitante lo studio, è stato necessario definire i luoghi, i tempi, il personale e garantire anonimato e tutela di tutti i partecipanti.

Di fatto la somministrazione dei questionari è iniziata a fine ottobre 2021; a partire da quel momento il compito dei ricercatori si articolava su più livelli:

- spiegare il razionale dello studio ai partecipanti
- spiegare il perché della scelta di quel partecipante
- garantire anonimato e libertà di espressione priva di qualsiasi forma di ripercussione
- creazione del database
- archivio dati

La raccolta ultima dei questionari somministrati è avvenuta a fine novembre 2021, trascorso quindi un intero mese.

Sono stati somministrati 68 questionari al personale scelto e compreso nel campione di ricerca. Di questi, due sono risultati non idonei per lo studio in quanto compilati parzialmente o erroneamente.

Una volta raccolto il cartaceo è stato creato un database Excel dove sono stati riportati dati anagrafici e le rispettive scale Likert dei questionari scelti dagli autori. Organizzato correttamente il dataset, in collaborazione con il co-relatore dott. Jacopo Fiorini dal NuReT di Tor Vergata, è stato possibile svolgere l'analisi statistica dei dati, creare le tabelle e i grafici e discutere i risultati in termini di significatività statistica.

Solo da quel momento è stato possibile iniziare una prima stesura dell'articolo che ci ha visto coinvolti per i mesi successivi fino alla conclusione definitiva arrivata a Maggio 2022.

In quel periodo il lavoro è stato sottoposto alla rivista IJN, che dopo due revisioni ad opera di due revisori di settore, ha deciso di premiare lo sforzo pubblicando il nostro lavoro.

32

Publicazioni

N.40/2022 IJN

**Gabriele Baccei**

RN, MSN Student, Infermiere di Sala  
Operatoria, Ospedale Evangelico  
Internazionale di Genova, Genova, Italia  
*Perioperative nurse, International Evangelical  
Hospital of Genoa, Genoa, Italy*

**Jacopo Fiorini**

RN, MSN, PhD, Infermiere di Ricerca,  
Policlinico Tor Vergata, Roma, Italia  
*Research Nurse, University Hospital of Rome Tor  
Vergata, Rome, Italy*

**Giancarlo Astro**

RN, MSN Student, Infermiere, Ospedale  
Evangelico Internazionale di Genova,  
Genova, Italia  
*Nurse, International Evangelical Hospital of Genoa,  
Genoa, Italy*

# Prendersi cura nonostante tutto. Uno studio Mixed-Method sul lavoro degli infermieri dopo la pandemia Covid-19

Italian Journal of Nursing (IJN) è una rivista nazionale, gratuita e peer-reviewed, organo di divulgazione dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche delle province di Milano, Lodi, Monza-Brianza. Nasce il 12 Maggio 2012, dalle fondamenta dell'allora rivista Io, Infermiere; cambiando il nome cambia anche la mission: ottenere un respiro nazionale piuttosto che

locale, ponendosi come strumento informativo ed educativo di forte impatto culturale.

IJN ha scelto di dar voce a tutti gli infermieri italiani, accettando contributi e interventi da ogni provincia, rappresentando una delle più autorevoli voci dell'infermieristica in Italia. La rivista, indicizzata ISSN e sulla banca dati ILISI, ha volutamente un taglio internazionale, ispirato nella forma e nelle sezioni alle più prestigiose del settore: indice, titoli ed abstract in inglese facilitano l'individuazione sui principali motori di ricerca web.

IJN è rivolto a tutte le tipologie di lettori – siano essi esperti o novizi – per via del suo approccio asciutto e chiaro, ma allo stesso tempo rigoroso e incentrato alla solidità del metodo. IJN mira a contribuire, nel panorama nazionale, al progresso delle cure infermieristiche basate sulle evidenze, divulgando ricerche e studi di alta qualità, di incredibile rilevanza e con il potenziale di far progredire le conoscenze in tutti gli ambiti della pratica. Gli articoli presenti sulla rivista promuovono la diversità della ricerca e sono scritti prevalentemente da infermieri, senza tuttavia alcun vincolo di paternità (IJN Presentazione).

## **2.5 Le considerazioni etiche e i conflitti di interesse**

La partecipazione allo studio è stata su base volontaria, con garanzia di totale anonimato, previa autorizzazione al trattamento dei dati personali in ottemperanza alla normativa vigente (D.lgs. 196/2003; GDPR 679/2016).

Per la somministrazione dei questionari è stata richiesta l'approvazione al

Direttore Generale dell'azienda ospedaliera coinvolta nello studio e del Comitato etico aziendale.

Gli autori dichiarano che non sono presenti conflitti d'interesse.

Lo studio non ha creato alcun rischio di qualsiasi natura per i partecipanti al di là dei rischi presenti nella vita quotidiana.

In nessun momento, dalla stesura della domanda di ricerca e relativo protocollo, alla fase di conduzione ed elaborazione dei dati fino alla pubblicazione finale del lavoro, vi sono stati finanziamenti da terzi.

# CAPITOLO III

## 3. Risultati

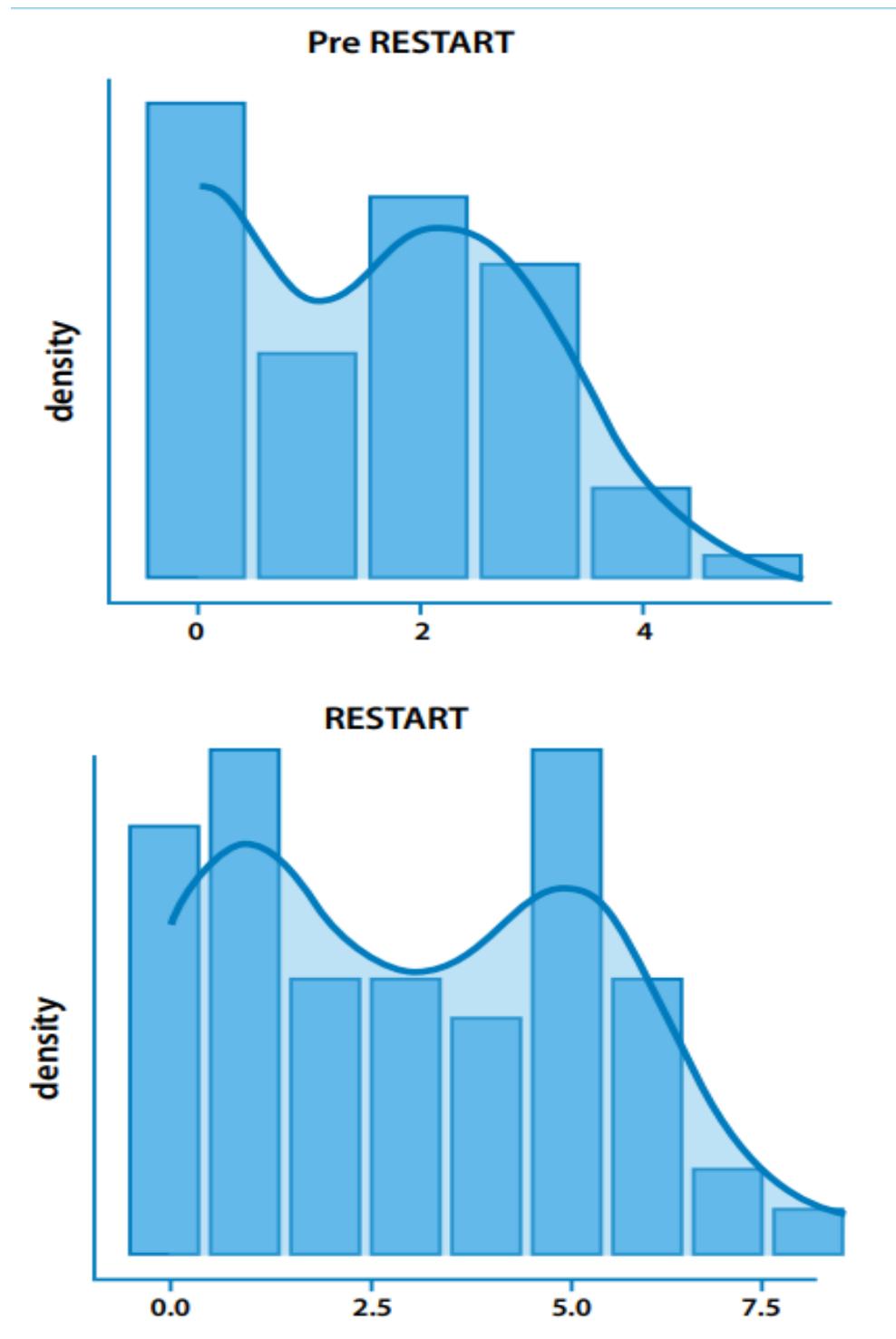
Lo studio ha coinvolto 68 infermieri, che, nel periodo di ripresa hanno riferito in media un aumento dei carichi di lavoro e un maggior livello di esaurimento emotivo. Gli infermieri di sala operatoria percepiscono carichi di lavoro più elevati rispetto agli infermieri dei reparti chirurgici. Sono stati identificati 7 temi che sottolineano un aumento dello stress, a cui corrisponde una volontà alla partecipazione e al sacrificio per rispondere a bisogni trascurati a causa della pandemia.

### 3.1 Le caratteristiche sociodemografiche

Di questi 68 infermieri arruolati, 37 afferivano alle sale operatorie e 31 ai reparti chirurgici. Dei 68 questionari compilati, 66 erano correttamente compilati (tasso di risposta del 97%). L'età media del campione era di 44 anni (DS = 11.5) ed erano prevalentemente di sesso femminile (N = 48). L'esperienza lavorativa in media era di 20 anni (DS = 12.6). Il 54.4 % degli infermieri erano in possesso di diploma di scuola regionale (N = 37), il 7.4% il diploma universitario (N = 5) e il 38.2% la laurea triennale (N = 26). 52 partecipanti (76.5%) hanno lavorato in un reparto COVID\_19 durante l'emergenza sanitaria.

Prima della ripresa gli operatori partecipanti hanno riferito di eseguire in media 2.5 (DS 0.86) prestazioni al mese, mentre nel periodo di rilancio dell'attività chirurgica la media era di 4 (DS .92) (Fig 1).

Figura 1: differenza attività chirurgiche pre e post periodo di rilancio



## 3.2 I risultati quantitativi

Per l'analisi dei dati quantitativi è stato usato il programma SPSS, Un tempo la sigla era acronimo di *Statistical Package for Social Science* perché nato nell'ambito delle scienze sociali. Col tempo sono state sviluppate numerose funzioni di statistica, tale da renderlo utile per qualsiasi ambito, non solo le scienze sociali, ma anche quelle mediche/epidemiologiche, economiche, demografiche, agrarie, di marketing e come in questo caso, nella ricerca infermieristica.

In generale dai risultati dello studio emerge che in media gli infermieri intervistati riferiscono un elevato carico lavorativo ( $M = 3,88$ ;  $DS = 0,66$ ), qualche volta si sentono esauriti emotivamente ( $M = 2,94$ ;  $DS = 1,43$ ) e raramente riferiscono cinismo ( $M = 1,56$ ;  $DS = 1,72$ ) e stress interpersonale ( $M = 1,21$ ;  $DS = 0,95$ ). Per quanto riguarda la soddisfazione lavorativa, gli infermieri intervistati riferiscono di essere soddisfatti della loro situazione solo "a volte" ( $M = 2,90$ ;  $DS = 0,52$ ).

**Tabella xxx. Risultati descrittivi delle variabili in studio**

	<b>N</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
QWI	67	2,25	5,00	3,88	0,66
BUR_EE	68	1,00	5,20	2,94	0,99
BUR_Cin	68	0,00	4,60	1,56	1,21
BUR_IS	68	0,00	3,60	1,21	0,95
Sodd_T	67	2,00	3,89	2,90	0,52

**Legenda: QWI = Carichi di lavoro; Bur\_EE = Esaurimento Emotivo; Bur\_Cin = Cinismo; Bur\_IS = Stress Intrapersonale; Sodd\_T = Soddisfazione lavorativa.**

Dall'analisi delle differenze nelle medie delle variabili indagate rispetto al reparto di appartenenza, è stato possibile verificare che esiste una differenza statisticamente significativa ( $t = -2,566$ ;  $p = 0,013$ ) rispetto ai carichi di lavoro. In particolare, gli infermieri che lavorano in sala operatoria hanno riferito maggior carichi lavorativi ( $M = 4,09$ ;  $DS = 0,56$ ) rispetto ai colleghi delle degenze ordinarie ( $M = 3,69$ ;  $DS = 0,69$ ).

**Tabella 1. Differenza nelle medie al t Test rispetto all'ambito clinico (N = 68)**

	<b>Ambito</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DS</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
QWI	Degenze	36	3,69	0,69	-2,566	<b>0,013</b>
	Sala	31	4,09	0,56		
BUR_EE	Degenze	37	3,14	1,05	1,833	0,071
	Sala	31	2,71	0,87		
BUR_Cin	Degenze	37	1,81	1,25	1,913	0,060
	Sala	31	1,26	1,10		
BUR_IS	Degenze	37	1,17	0,91	-0,306	0,761
	Sala	31	1,25	1,02		
Sodd_T	Degenze	36	3,01	0,51	1,900	0,062
	Sala	31	2,77	0,51		

**Legenda: QWI = Carichi di lavoro; Bur\_EE = Esaurimento Emotivo; Bur\_Cin = Cinismo; Bur\_IS = Stress Intrapersonale; Sodd\_T = Soddisfazione lavorativa.**

Come mostrato in tabella 2, il test di correlazione r di Pearson ha evidenziato una correlazione positiva tra i carichi lavorativi e l'esaurimento emotivo ( $r = 0,26$ ;  $p < 0,01$ ), e negativa tra i carichi di lavoro e la soddisfazione lavorativa ( $r = -0,43$ ;  $p < 0,001$ ) e tra tutte le dimensioni del burnout e la soddisfazione lavorativa, rispettivamente con l'esaurimento emotivo ( $r -0,44$ ;  $p < 0,001$ ), con il cinismo l'esaurimento emotivo ( $r -0,44$ ;

p < 0,001), e con l'interpersonal strain od esaurimento emotivo (r - 0,44; p < 0,001).

**Tabella 2. Correlazioni di Pearson tra le variabili quantitative indagate (N=68)**

	Media	DS	$\alpha$	QWI	BUR_EE	BUR_Cin	BUR_IS
QWI	3,88	0,66	0,74				
BUR_EE	2,94	0,99	0,80	<b>0,26*</b>			
BUR_Cin	1,56	1,21	0,82	0,17	<b>0,54**</b>		
BUR_IS	1,21	0,95	0,83	0,19	<b>0,35**</b>	<b>0,63**</b>	
Sodd_T	2,90	0,52	0,81	<b>-0,43**</b>	<b>-0,44**</b>	<b>-0,44**</b>	<b>-0,51**</b>

**Legenda \*\* = < 0,01; QWI = Carichi di lavoro; Bur\_EE = Esaurimento Emotivo; Bur\_Cin = Cinismo; Bur\_IS = Interpersonal Strain; Sodd\_T = Soddisfazione lavorativa**

Dai risultati dell'analisi di correlazione delle variabili indagate e le caratteristiche sociodemografiche e lavorative dei soggetti arruolati, come mostrato in tabella 3, è stato possibile verificare che, durante il piano di rilancio dell'attività chirurgica (r = 0.29; p = 0.05), gli infermieri più giovani (r = 0.25; p = 0.05) riferiscono maggiori carichi di lavoro. Inoltre, è stata verificata una correlazione positiva tra l'esaurimento emotivo e la media del numero di prestazioni eseguite prima del potenziamento dell'attività chirurgica (r = 0.29; p = 0.05).

**Tabella 3. Correlazioni di Pearson tra le variabili quantitative indagate e le caratteristiche sociodemografiche e lavorative del campione (N=68)**

	ETÀ	ESPERIENZA COVID	PRE_PIANO DI RILANCIO	DURANTE PIANO DI RILANCIO
QWI	<b>0,25*</b>	0,07	0,14	<b>0,29*</b>
Bur_EE	0,17	0,16	<b>-0,29*</b>	-0,24
Bur_Cin	0,16	0,04	-0,16	-0,18
Bur_IS	0,01	-0,03	0,04	0,09
Sodd_T	0,08	-0,05	-0,08	-0,22

**Legenda \*\* = < 0,05; QWI = Carichi di lavoro; Bur\_EE = Esaurimento Emotivo; Bur\_Cin = Cinismo; Bur\_IS = Interpersonal Strain; Sodd\_T = Soddisfazione lavorativa.**

Infine, dai risultati dell'analisi di regressione, considerando la soddisfazione lavorativa come variabile dipendente e i carichi di lavoro, nonché le varie dimensioni del Burnout, come variabili indipendenti, è stato possibile verificare che l'interpersonal strain ( $\beta = -0,339$ ;  $p = 0,010$ ) e i carichi di lavoro ( $\beta = -0,306$ ;  $p = 0,003$ ) spiegano il 43% della variabilità della soddisfazione lavorativa ( $R^2 = 0,426$ ) degli infermieri.

### 3.3 Risultati qualitativi

Attraverso l'analisi tematica secondo Braun e Clarke (Braun e Clarke, 2006), 7 temi sono stati identificati come unici e associati ad alcuni sub-temi, che hanno garantito una maggior struttura e organizzazione alle personali narrazioni dei partecipanti. I temi sono stati nominati sulla base dei codici (brevi segmenti delle interviste) maggiormente esplicativi quel determinato argomento. (Tabella 4).

**Tabella 4. Elenco dei Temi individuati**

TEMI	DESCRIZIONE
<i>"Sono molto più tesa"</i> Percezione dello stress e vita personale	Alterato stato emotivo e fisico (somatizzazione), difficoltà a vivere serenamente il tempo extra lavorativo e la "stanchezza" degli infermieri.
<i>"Siamo di nuovo punto a capo"</i> Carichi lavorativi durante la pandemia e con l'incremento dell'attività chirurgica	La percezione della nuova realtà lavorativa dopo il COVID19 e l'aumento dell'attività chirurgica.
<i>"Lo si vede dagli errori!"</i> Qualità e sicurezza delle cure erogate	Effetti della stanchezza e stress sulla qualità e la sicurezza delle cure erogate. Riduzione della gratificazione professionale e personale.
<i>"Serve quella mano in più"</i> Understaffing	Riflessioni relative al numero di infermieri in equipe e al carico di lavoro da svolgere.
<i>"Un nuovo piano di lavoro"</i> Organizzazione lavorativa	Implementazione graduale del nuovo carico lavorativo e non immediato aumento.
<i>"La depersonalizzazione dell'infermiere"</i> Conflitti interpersonali e rapporto con i pazienti	La carenza di comunicazioni con i colleghi e con gli assistiti e la perdita della relazione terapeutica tra infermiere e assistiti.
<i>"Rimboccarsi le maniche"</i> Relazione con l'azienda	La Percezione degli infermieri che emerge nei riguardi della propria azienda ospitante.

## **1. Percezione dello stress e vita personale**

L'incremento dell'attività chirurgica ha aumentato lo stress in ambito lavorativo che gli infermieri percepiscono, aggiungendo di non aver avuto sufficiente tempo per recuperare le energie fisiche e mentali tra l'attività svolta durante la fase emergenziale pandemica e l'attuale aumento del numero di interventi. Emerge anche il tema della somatizzazione: lo stress incide anche sul loro benessere fisico. "Manca il riposo fisico e lo svago... Non è facile staccare da lavoro anche quando sono a casa" Infine, un aspetto positivo legato all'aumento dell'attività chirurgica viene riferito dai più giovani, ovvero di acquisire maggiore esperienza professionale. "Sensazione positiva a metà, tanto stress, ma esperienza"

## **2. Carichi lavorativi durante la pandemia e con l'incremento dell'attività chirurgica**

Gli infermieri intervistati non sono riusciti a proiettarsi positivamente verso il loro futuro lavorativo. La stanchezza fisica e psicologica, attribuibile all'emergenza sanitaria, viene inevitabilmente aumentata da questa ulteriore richiesta di incremento dell'attività chirurgica. Alcuni infermieri hanno riferito quanto sia faticoso affrontare le difficoltà quotidiane senza aver ancora metabolizzato a sufficienza il periodo di lavoro svolto nei reparti covid-19. Tuttavia, questa stanchezza viene mitigata dal ritorno nel proprio reparto di assegnazione chirurgico precedente alla pandemia. "Ora sono nel mio ambiente, quello dove sono cresciuta"

### **3. Qualità e sicurezza delle cure erogate in relazione all'incremento dell'attività lavorativa**

Dall'inizio del progetto di rilancio dell'attività chirurgica la percezione è quella di erogare livelli di assistenza qualitativamente inferiori, a causa del tempo ridotto all'attività di caring e instaurare una relazione terapeutica con gli assistiti. Gli infermieri più giovani, sebbene riconoscano l'incremento dell'attività chirurgica un'opportunità per acquisire nuove competenze, affermano di avere difficoltà ad assimilarle, soprattutto in relazione a specifiche tecniche chirurgiche. La maggior parte dei partecipanti dichiara che la componente relazionale e la sicurezza del paziente sono gli elementi che subiscono maggiormente la mancanza di tempo. La scarsità di tempo attribuita all'aumentato carico lavorativo genera un fenomeno parossistico che vede gli operatori velocizzare le loro attività, aumentando la loro paura di commettere errori e quindi sprecare il loro tempo e mettere a rischio la sicurezza dei propri assistiti. "Fare le cose velocemente, mi porta a ripensare a casa se ho fatto tutto quello che dovevo" La percezione di erogare un'assistenza infermieristica di diminuita qualità genera anche un senso di disappunto, che alcuni hanno definito come "carenza di gratificazione". Questa sensazione nasce dall'impossibilità di poter svolgere la propria professione in modo efficace e sicuro. Molti degli intervistati riferiscono di sentirsi depersonalizzati. La "depersonalizzazione dell'infermiere" si ripropone nel tema della comunicazione con il paziente.

#### **4. Understaffing**

Un ulteriore tema emerso è l'understaffing: molti infermieri con dividono la mission del progetto regionale di rilancio dell'attività chirurgica, orientato verso l'abbattimento delle liste d'attesa, ma ritengono che sia necessario anche un adeguato numero di infermieri per garantire agli assistiti una qualità di caring ottimale, efficace ed efficiente. “Serve quella mano in più, quel supporto in più, quell'infermiere in più...” Si auspicano che l'intensificazione dei ritmi di lavoro sia una fase transitoria e breve, in vista di nuove assunzioni previste dal piano di rilancio del servizio sanitario nazionale.

#### **5. Organizzazione lavorativa**

Relativamente all'organizzazione dei processi lavorativi avvenuta con l'incremento dell'attività chirurgica, gli infermieri hanno riferito che l'approccio applicativo del rilancio dell'attività chirurgica è stato drastico ed immediato, come se fossero stati “travolti” dai nuovi ritmi. Alcuni hanno ipotizzato una strategia applicativa differente, basata su una intensificazione graduale dei ritmi degli interventi chirurgici, così da non incidere e gravare sul benessere del personale e permettere comunque di raggiungere gli obiettivi prestabiliti. L. definisce l'approccio applicativo utilizzato come un “interruttore” che una volta premuto genera un cambio di stato immediato: “Le cose andrebbero fatte gradualmente, non come un interruttore, ma far abituare gli infermieri passo dopo passo, ad affrontare questo nuovo carico lavorativo”.

## **6. Conflitti interpersonali e rapporto con i pazienti**

Un tema centrale emerso riguarda i conflitti interpersonali e l'impovertimento del rapporto infermiere/paziente, definito come "La depersonalizzazione dell'infermiere". Gli infermieri coinvolti in questi ritmi aumentati comunicano meno e spesso con informazioni frammentate, riconoscendo in questa situazione l'innescò di una nuova fonte di stress e burnout. Il rapporto tra pari non è l'unico ad essere influenzato dagli elevati ritmi lavorativi: anche il rapporto con gli assistiti ne risente. "Ieri ho avuto una giornata pesantissima per dire... e non ho parlato con i pazienti" Le esperienze e le sensazioni descritte dagli infermieri sembrano evidenziare una riduzione del tempo assistenziale dedicato alla costruzione della relazione con gli assistiti. Questa mancanza, secondo un partecipante rischia di cambiare uno dei tratti portanti della professione infermieristica, naturalmente incline alla cura del rapporto con l'assistito, verso una relazione più distaccata. "L'aumento del lavoro porta a depersonalizzare il nostro lavoro...il rapporto umano con il paziente è zero attualmente... non esiste! E questo va distruggendo quello che è il nostro lavoro per come lo concepisco io".

## **7. Relazione con l'azienda**

L'ultimo tema emerso riguarda la percezione che gli infermieri hanno con la loro azienda. Sebbene risentano del maggior carico lavorativo, gli infermieri intervistati hanno espresso sentimenti positivi nei confronti della propria professione e poi della propria azienda. R., ad esempio, afferma di

condividere a pieno la mission del progetto poiché molte persone durante la pandemia non hanno avuto accesso ai servizi sanitari e adesso è il momento di “rimbocarsi le maniche”: “Le difficoltà di questo periodo mi hanno ricordato perché ho scelto questa professione e hanno rafforzato il senso di appartenenza che ho nei confronti di questo Ospedale”

# CAPITOLO IV

## 4. Discussione

L'obiettivo principale dello studio è quello di esplorare la percezione degli infermieri coinvolti nel piano di potenziamento dell'attività chirurgica in era post Covid-19 e valutarne l'impatto sulla loro salute organizzativa. Lo studio ha permesso di evidenziare che con l'incremento dell'attività chirurgica inevitabilmente è aumentato il carico lavorativo degli infermieri, esponendoli ad un maggior rischio di burnout. Tuttavia, l'analisi fenomenologica ha permesso di comprendere ulteriormente questi risultati quantitativi, evidenziando che gli infermieri sono consapevoli della necessità di far fronte all'abbattimento delle liste di attesa degli interventi chirurgici, ma sentono di perdere la propria identità professionale. Il carico lavorativo, infatti, comporta una ridistribuzione dei tempi assistenziali, trascurando maggiormente quello dedicato ad instaurare la relazione terapeutica con i propri assistiti, e che ritengono essere una parte fondamentale della professione infermieristica. Coerentemente con i dati della revisione di Dall'Ora et al. (2020), lo studio condotto ha registrato un aumento del carico lavorativo e un incremento dei livelli di burnout. Era stata già evidenziata una correlazione negativa tra queste due variabili (Dall'Ora et al. 2020). Una possibile influenza su questa associazione può derivare anche dallo staffing, elemento già riscontrato in letteratura come antecedente della salute organizzativa e della qualità delle cure infermieristiche (Zaghini et al., 2020; Aiken et al., 2014). L'eccessiva

richiesta e pressione lavorativa espone gli infermieri ad un maggior rischio di burnout ed esaurimento emotivo, con ripercussioni inevitabili sui rapporti con i colleghi e la loro soddisfazione lavorativa. Questo dato viene confermato anche dalla regressione lineare ed è sovrapponibile ai risultati di Kim et al. (2013), in cui gli autori della revisione della letteratura hanno identificato nei conflitti tra i colleghi la principale causa che spinge gli infermieri ad attuare comportamenti controproduttivi ed abbandonare la professione. L'analisi qualitativa dei dati rafforza queste evidenze in quanto, tra i temi principali emersi vi è l'associazione tra la necessità di avere un maggior sostegno organizzativo, in termini di risorse umane e tempistiche per le attività, e un incremento del distress emotivo percepito dagli intervistati, riferito con l'inizio del piano di rilancio dell'attività chirurgica. I risultati qualitativi suggeriscono, inoltre, che gli effetti dell'incremento dell'attività lavorativa si estendono oltre all'alterazione dello stato di benessere degli infermieri, influenzando negativamente altri aspetti, come la qualità e sicurezza delle cure erogate, le relazioni tra colleghi, le relazioni con gli assistiti, e con la professione stessa. Trasversalmente a queste implicazioni riferite dagli infermieri nelle interviste, è emerso il concetto della "depersonalizzazione dell'infermiere". Questo risulta uno dei principali elementi costituenti la sindrome del burnout (Maslach,1981) ed è correlato alla salute organizzativa e ai carichi lavorativi degli infermieri (Dall'Ora et. al, 2020; Zaghini et al., 2020) e al vissuto frammentato che l'infermiere ha della propria professione. Questa frammentazione appare in prima istanza costituita dalla perdita della relazione con l'assistito e viene

successivamente percepita nella ridotta qualità e sicurezza delle cure infermieristiche erogate. Sebbene siano aumentati i carichi lavorativi e gli infermieri abbiano riferito di essere stressati, le difficoltà riportate dagli intervistati hanno anche generato temi positivi, ovvero il senso di appartenenza alla loro organizzazione e il riconoscimento della propria identità professionale. Queste sensazioni trovano il loro fondamento nel senso del dover rispondere ai bisogni di salute di una popolazione ancora condizionata dalle prime fasi emergenziali pandemiche. Si potrebbe anche affermare che questa spinta motivazionale sia un tratto distintivo della professione infermieristica, tanto che è stata evidenziata anche in un altro studio (Zaghini et al., 2021) ed è stata fondamentale per rispondere alla crisi sanitaria derivante dalla pandemia COVID19 (Jackson et al., 2020). In situazioni stressanti e con carichi di lavoro aumentati, gli infermieri riescono a comprendere le loro mancanze assistenziali, già evidenziate anche in studi precedenti come quelli di Sasso (2017) nel progetto RN4CAST e Aiken (2014) e riescono a riscoprire i valori della propria professione, mantenendo saldi i tratti portanti della propria identità professionale, fondata su valori come compassione, empatia e sollievo della sofferenza (van der Cingel & Brouwer 2021). Attualmente in Italia sono attivi innumerevoli progetti simili che si basano sull'intensificazione dell'attività assistenziale; tuttavia, la tutela del benessere infermieristico e la qualità e la sicurezza delle cure erogate potrebbero essere trascurate. Molti dei temi emersi nel presente studio, mostrano possibili aree di intervento per incrementare l'attività assistenziale e tutelare il personale infermieristico e gli assistiti.

Aspetti gestionali come il rateo infermieri-pazienti, l'appropriatezza della gestione delle risorse umane, e i modelli organizzativi proattivi di lavoro, appaiono come aree cruciali dove focalizzarsi per migliorare il benessere organizzativo infermieristico e la qualità e sicurezza delle cure erogate (Zaghini et al., 2021). Sensibilizzare gli infermieri alla riscoperta dei valori fondanti della professione, migliorare gli aspetti comunicativi tra professionisti e con gli assistiti sono interventi da promuovere e attuare costantemente per migliorare la salute organizzativa degli infermieri, ancora provati dalla pandemia COVID19, e così prevenire il burnout e l'intenzione di abbandonare la professione stessa (Sasso, et.al 2019).

#### **4.1 Confronto tra i risultati e le evidenze scientifiche**

In estrema sintesi, i risultati ottenuti dallo studio evidenziano che, nel periodo di ripresa, gli infermieri partecipanti, hanno riferito in media un aumento dei carichi di lavoro e un maggior livello di esaurimento emotivo. Gli infermieri di sala operatoria percepiscono carichi di lavoro più elevati rispetto agli infermieri dei reparti chirurgici. Inoltre, i temi identificati nelle interviste, sottolineano un aumento dello stress, a cui corrisponde una volontà alla partecipazione e al sacrificio per rispondere a bisogni trascurati a causa della pandemia. Gli infermieri sono pronti a rispondere alle esigenze dei cittadini, così come accaduto per i pazienti COVID-19. Pur consci di esporsi a maggiori fonti di stress e burnout, riconoscono la necessità, il beneficio e l'importanza di garantire servizi e prestazioni ai malati.

I dati risultano essere in linea con la letteratura nazionale ed internazionale.

In un articolo del 2021, che analizzava la figura dell'infermiere post-Covid, si evincono tre item principali che caratterizzano la professione in questione.

Tre elementi includono:

1. Gli infermieri come un "sacrificio necessario", ritrarre gli infermieri come soggetti morali altruisti, sacrificali ed eccezionali per la pratica in prima linea senza adeguati dispositivi di protezione e altre risorse cliniche;
2. Infermieri come "cittadini modello", posizionare gli infermieri come soggetti conformi, laboriosi e obbedienti.
3. L'eroismo stesso come ricompensa per gli infermieri, caratterizzare il culto dell'eroe come una giusta ricompensa per gli infermieri che non erano apprezzati prima della pandemia, invece di sostenere il cambiamento politico a lungo termine, ed evidenziare come l'eroismo riconfigura il lavoro infermieristico dal banale e ordinario all'emozionante e di grande impatto.

Il termine eroismo tenta di nascondere l'esposizione al rischio degli infermieri, l'imposizione di un modello di cittadinanza e la conservazione delle relazioni di potere esistenti che limitano la capacità degli infermieri in prima linea di determinare le condizioni del loro lavoro (Shan et al., 2021).

## **4.2 Limiti**

I dati ottenuti da questo studio devono tener conto di alcuni limiti. In particolare, il piccolo campione di infermieri che hanno preso parte alla raccolta dati e l'aver condotto lo studio all'interno di un unico ospedale. Pertanto, la generalizzazione dei risultati ad altri contesti lavorativi deve essere effettuata con cautela. Studi futuri dovrebbero arruolare setting infermieristici di differenti regioni italiane e della stessa regione, con un numero maggiore di partecipanti e con un campionamento controllato e che sia rappresentativo delle differenti realtà. Per realizzare un confronto statistico adeguato, sarebbe opportuno avviare studi osservazionali che valutino prima e dopo l'incremento dell'attività chirurgica, le variabili organizzative, come i carichi di lavoro, e del personale infermieristico, in particolar modo del burnout, stress lavoro correlato e qualità di vita lavorativa.

## 4.3 Allegati

Scale:

- **Maslach Burnout Inventory**
- **Quantitative Workload Inventory**
- **Indicatori Positivi del questionario infermieristico sulla salute organizzativa QISO.**

Ti preghiamo di leggere attentamente ciascuna affermazione e di decidere se hai mai provato tali sensazioni o sentimenti nei confronti del tuo lavoro, utilizzando la seguente scala di risposta:

0	1	2	3	4	5	6
Mai	Quasi mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Molto spesso	Ogni giorno

1. Mi sento emotivamente logorato dal mio lavoro	0	1	2	3	4	5
2. Mi sento esausto alla fine della giornata lavorativa	0	1	2	3	4	5
3. Mi sento stanco quando mi alzo al mattino e devo affrontare un'altra giornata di lavoro	0	1	2	3	4	5
4. Lavorare tutto il giorno è veramente uno sforzo per me	0	1	2	3	4	5
5. Mi sento esaurito dal mio lavoro	0	1	2	3	4	5
6. Sono diventato meno interessato alla mia professione da quando ho incominciato questo lavoro	0	1	2	3	4	5
7. Sono diventato più distaccato dal mio lavoro	0	1	2	3	4	5
8. Voglio solo fare il mio lavoro senza essere seccato	0	1	2	3	4	5
9. Dubito del significato del mio lavoro	0	1	2	3	4	5
10. Sono diventato più scettico sul fatto che il mio lavoro serva veramente a qualcosa	0	1	2	3	4	5
11. Sul lavoro sento di voler mantenere le distanze dagli altri	0	1	2	3	4	5
12. Sul lavoro tratto gli altri in modo freddo e distaccato	0	1	2	3	4	5
13. Quando sono al lavoro mi capita di trattare male gli altri	0	1	2	3	4	5
14. Sul lavoro sento che gli altri mi infastidiscono	0	1	2	3	4	5
15. In definitiva nel mio lavoro mi interessa poco di quello che succede agli altri	0	1	2	3	4	5

Variabile	Scala	Autori	Item	Dimens.	Scala di misura	Computi
Burnout	Maslach Burnout Inventory – General Survey MBI-GS	Maslach et al., 1996; Schaufeli et al., 1996; Borgogni et al., 2005	15	3. (Esaurimento Emotivo, Cinismo, Interpersonal Strain)	Likert 7 passi (da 0 = “Mai” a 6 = “Sempre”)	Medie: EE 1, 2, 3, 4, 5, Cin 6, 7, 8, 9, 10, IS 11, 12, 13, 14, 15

Alcuni eventi sono comuni negli ambienti di lavoro. Pensa alla tua ATTUALE esperienza lavorativa e usando la scala seguente indica con quale frequenza ciascuno evento si verifica ...

1 Mai o Quasi Mai	2 Raramente	3 Qualche Volta	4 Abbastanza Spesso	5 Molto Spesso o Sempre
----------------------	----------------	--------------------	------------------------	----------------------------

Quante volte ti capita .....

1. che ti si richieda di lavorare molto velocemente?	1	2	3	4	5
2. che ti si richieda di lavorare duramente?	1	2	3	4	5
3. che non ci sia abbastanza tempo per finire le cose che devi fare ?	1	2	3	4	5
4. che ci siano tantissime cose da fare?	1	2	3	4	5

Variabile	Scala	Autori	Item	Dimens.	Scala di misura	Computo
Carichi di Lavoro	Quantitative Workload Inventory – QWI	Spector et al., 1998; Fida et al., 2012;	4	1	Likert a 5 punti (da 1 = “Mai o Quasi Mai” a 5 = “Molto Spesso/Sempre”)	media 1-4

In riferimento al clima della sua azienda, relativamente alle sotto elencate componenti inerenti la professione infermieristica, in che misura le capita di osservare i seguenti fenomeni? Per rispondere, utilizza la seguente scala numerica.

Mai 1	Raramente 2	A volte 3	Spesso 4
----------	----------------	--------------	-------------

1. soddisfazione per la propria organizzazione	1	2	3	4
2. voglia di impegnare nuove energie per l'organizzazione	1	2	3	4
3. sensazione di far parte di una squadra	1	2	3	4
4. voglia di andare al lavoro	1	2	3	4
5. sensazione di realizzazione personale attraverso il lavoro	1	2	3	4
6. fiducia che le condizioni negative attuali potranno migliorare o cambiare	1	2	3	4
7. sensazione di giusto equilibrio tra lavoro e tempo libero	1	2	3	4
8. soddisfazione per le relazioni personali costruite sul lavoro	1	2	3	4
9. condivisione dell'operato e dei valori/missione Aziendale	1	2	3	4

Variabile	Scala	Autori	Item	Dimens.	Scala di misura	Computo
Soddisfazione Lavorativa	Indicatori Positivi e Negativi del QISO	Sili, 2010	9	1	Likert a 4 Passi (da 1 = “Mai” a 4 “Spesso”)	SODDISFAZIONE Generale: media 1-9

**Scheda anagrafica**

**SCHEDA ANAGRAFICA**

**VARIABILI**

Età.....

Sesso.....

Titolo di studio.....

Anni esperienza lavorativa.....

Pregressa esperienza lavorativa reparti Covid19    SI.....NO.....

Precedentemente all'inizio del piano regionale "Restart Liguria Sanità" quante giornate di straordinario in media svolgevi durante un mese di lavoro? (rispondere con un numero) .....

Dall'inizio del piano regionale "Restart Liguria Sanità" quante giornate di straordinario in media svolgi durante un mese di lavoro? (rispondere con un numero) .....

**N.B.: Una giornata di straordinario viene intesa come una prestazione aggiuntiva programmata e retribuita come tale (es. turno extra, gettone, ecc...).**

## Consenso informato al trattamento dei dati

Gentile signore/a,

Siamo Gabriele Baccei e Giancarlo Astro, studenti del Corso di laurea magistrale in scienze Infermieristiche ed Ostetriche dell'Università degli Studi di Genova.

Il nostro progetto di ricerca prevede una raccolta dati attraverso l'utilizzo di un questionario.

Vorrei invitarLa a prendere parte allo studio che si pone come obiettivo l'esplorare la percezione degli infermieri riguardo il fenomeno dell'aumento dell'attività lavorativa in ambito chirurgico post emergenza Covid19 e come questo fenomeno influenza il benessere degli operatori sanitari e la qualità e sicurezza delle cure.

La compilazione del questionario impegnerà all'incirca 10 minuti.

Gli autori di questo studio sono: Giancarlo Astro RN MSN Student, Gabriele Baccei RN MSN Student, Lorenzo Bracco Rn MSN Student, Francesca De Lucia RN MSN Student, Sonia Ottonello RN MSN Student, Elisa Roggerone RN MSN Student.

Allo studio sono affiliati due esperti (un accademico ed un clinico): Professor Stefano Poli, PhD e docente del DISFOR per l'Università degli Studi di Genova.

Dott.ssa Isabella De Girolamo RN, MSN. Esperto clinico.

Siamo consapevoli dei Suoi impegni, ma la Sua partecipazione ed il Suo parere in qualità di infermiere/a in questo progetto saranno molto apprezzati.

La Sua partecipazione volontaria a questo progetto fornirà informazioni utili su questo argomento.

Questo Foglio Informativo riporta le informazioni essenziali dello studio a cui Le viene chiesto di partecipare. La Sua partecipazione dovrà essere libera e pienamente informata. E' importante quindi che Lei legga questo Foglio Informativo. Il questionario verrà somministrato in forma anonima. Lo studio richiede alcuni dati personali che sono importanti per una corretta conduzione della ricerca e che saranno trattati nel rispetto del GDPR 2016/679, Regolamento UE. Gli autori dello studio garantiscono massimo anonimato ad ogni partecipante. In ogni caso Lei avrà il pieno accesso tramite il responsabile dello studio alle informazioni che La riguardano con facoltà di esercitare in merito a tali informazioni tutti i diritti di cancellazione, trasformazione, aggiornamento, rettifica e blocco entro i limiti previsti dal GDPR 2016/679, in materia di tutela dei dati personali.

Per ogni necessità o domanda Lei potrà rivolgersi agli sperimentatori che avrà cura di fornirLe ogni ulteriore chiarimento in merito.

Grazie per la Sua disponibilità.

Acconsente a partecipare allo studio?

Sì

No

Data

Firma

# CAPITOLO V

## 5. Conclusioni

Dopo le fasi più critiche della pandemia COVID-19, questo studio ha permesso di esplorare il complesso vissuto degli infermieri di sala operatoria e reparti di chirurgia sottoposti all'incremento dell'attività chirurgica per l'abbattimento delle liste di attesa. Questa ricerca evidenzia come gli infermieri siano pronti a rispondere alle esigenze dei cittadini, così come accaduto per i pazienti positivi al COVID-19, esponendosi a fonti di stress e burnout, ma coscientemente riconoscendo la mission delle organizzazioni sanitarie e i valori fondanti della propria professione infermieristica. Lo studio condotto pone anche le basi per promuovere e tutelare il benessere organizzativo infermieristico, anche attraverso interventi proattivi che prendano spunto dal vissuto che gli infermieri hanno riferito. Il proposito per il futuro è stimolare gli infermieri coinvolti in progetti simili a condividere le loro esperienze e a porre un maggiore focus sul tema del benessere lavorativo degli operatori sanitari in una realtà che vede gli infermieri messi a dura prova.

# CAPITOLO VI

## 6. Bibliografia

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Jama*, 288(16), 1987-1993
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., ... & Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The lancet*, 383(9931), 1824-1830.
- Berger, R. (2015). Now I see it, now I don't: Researcher's position and reflexivity in qualitative research. *Qualitative Research*, 15, 219–234.
- Bravo, D. M., Suárez-Falcón, J. C., Bianchi, J. M., Segura-Vargas, M. A., & Ruiz, F. J. (2021). Psychometric Properties and Measurement Invariance of the Maslach Burnout

- Inventory-General Survey in Colombia. *International journal of environmental research and public health*, 18(10), 5118.
- Clarke, V., Braun, V., (2014) Thematic Analysis. In: Teo T. (eds) *Encyclopedia of Critical Psychology*. Springer, New York, NY.
  - COVIDSurg Collaborative (2020). Elective surgery cancellations due to the COVID-19 pandemic: global predictive modelling to inform surgical recovery plans. *The British journal of surgery*, 107(11), 1440–1449.
  - Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M., Griffiths, P., Burnout in nursing: a theoretical review. *Hum Resour Health*. 2020 Jun 5;18(1):41.
  - Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological bulletin*, 51(4), 327.
  - Hegney, D. G., Rees, C. S., Osseiran Moisson, R., Breen, L., Eley, R., Windsor, C., & Harvey, C. (2019). Perceptions of nursing workloads and contributing factors, and their impact on implicit care rationing: a Queensland, Australia study. *Journal of Nursing Management*, 27(2), 371-380.
  - Jackson, D., Bradbury Jones, C., Baptiste, D., Gelling, L., Morin, K., Neville, S., & Smith, G. D. (2020). Life in the pandemic: Some reflections on nursing in the context of COVID-19. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13–14), 2041–2043.

- Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2007). Toward a Definition of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2), 112–133.
- Kim, S., Bochatay, N., Relyea-Chew, A., Buttrick, E., Amdahl, C., Kim, L., ... & Lee, Y. M. (2017). Individual, interpersonal, and organisational factors of healthcare conflict: A scoping review. *Journal of interprofessional care*, 31(3), 282-290.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The Cost of Caring* (Prentice Hall (ed.)). Englewood Cliffs. <https://doi.org/https://doi.org/10.1176/ps.34.7.650> •
- Mohammed, S., Peter, E., Killackey, T., & Maciver, J. (2021). The "nurse as hero" discourse in the COVID-19 pandemic: A poststructural discourse analysis. *International journal of nursing studies*, 117, 103887.
- Ostlund, U., Kidd, L., Wengstrom, Y., & Rowa-Dewar, N. (2011). Combining qualitative and quantitative research within mixed method research designs: a methodological review. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 369–383.
- Ross, J. (2020). The Exacerbation of Burnout During COVID-19: A Major Concern for Nurse Safety. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 35(4), 439–440.

- Sasso, L., Bagnasco, A., Catania, G., Zanini, M., Aleo, G., & Watson, R. (2019). Push and pull factors of nurses' intention to leave. *Journal of Nursing Management*, 27(5), 946–954. <https://doi.org/10.1111/jonm.12745> • Sasso, L., Bagnasco, A., Zanini, M., Catania, G., Aleo, G., Santullo, A., Spandonaro, F., Icar- di, G., Watson, R., & Sermeus, W. (2017). The general results of the RN4CAST survey in Italy. *Journal of advanced nursing*, 73(9), 2028–2030. <https://doi.org/10.1111/jan.13066>
- Schaufeli, W., Leiter, M., Maslach, C. and Jackson, S. (1996) Maslach Burnout Inventory General Survey. In: Maslach, C., Jackson, S.E. and Leiter, M.P., Eds., *The Maslach Burnout Inventory: Test Manual*, Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.
- Sili, A., Vellone, E., De Marinis, M.G., et al. (2010, 1) Validità e affidabilità del questionario infermieristico sulla salute organizzativa. *Prof Inferm*, 63, 27-37.
- Spector, P. E., & Jex, S. M. (1998). Development of four self-report measures of job stressors and strain: Interpersonal Conflict at Work Scale, Organizational Constraints Scale, Quantitative Workload Inventory, and Physical Symptoms Inventory. *Journal of occupational health psychology*, 3(4), 356–367.

- Toia, F., Romeo, M., Abate, M., Avarotti, E., Battiston, B., Bruno, G., Cannavò, F., Casamichele, C., Colonna, M., Catena, N., Cherubino, M., Coppolino, S., Galvano, N., Giuca, G., Gullo, S., Internullo, G., Lazzerini, A., Marcoccio, I., Maruccia, M., Melloni, C., Pajardi, G., Pugliese, P., Risitano, G., Spata, G., Tripoli, M., Troisi, L., Tos, P., Cordova, A., Impact of COVID-19 on hand surgery in Italy: A comparison between the Northern and the Southern regions, *Hand Surgery and Rehabilitation*, Volume 40, Issue 2, 2021.,
- Tong, A., Sainsbury, P.y, Craig, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups, *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 19, Issue 6, December 2007, Pages 349–357,
- Van der Cingel, M., & Brouwer, J. (2021). What makes a nurse today? A debate on the nursing professional identity and its need for change. *Nursing Philosophy*, 22(2), e12343. •
- Zaghini, F., Fiorini, J., Livigni, L., Carrabs, G., & Sili, A. (2021). A mixed methods study of an organization's approach to the COVID-19 health care crisis. *Nursing Outlook*, 69(5), 793-804.
- Zaghini, F., Fiorini, J., Piredda, M., Fida, R., & Sili, A. (2020). The relationship between nurse managers' leadership

style and patients' perception of the quality of the care provided by nurses: Cross sectional survey. *International journal of nursing studies*, 101, 10

