

Stai navigando in: [Psicologia - P&R Scientific](#)

## Volume 2, Numero 2

11.04.2012

### Profili professionali in ambito sanitario e fattori associabili allo sviluppo di burnout.

Burla P, Cinti ME, Sygiel A, Gatti R, Burla F

Burla P<sup>1</sup>, Cinti ME<sup>2</sup>, Sygiel A<sup>3</sup>, Gatti R<sup>1</sup>, Burla F<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Complesso Socio-Sanitario e Ospedaliero "Villa Immacolata" San Martino al Cimino, Viterbo

<sup>2</sup> Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, "Sapienza" Università di Roma

<sup>3</sup> Citizen Advice Bureau, Manchester, UK

**Citation:** Burla P, Cinti ME, Sygiel A, et al. Professional profiles in the healthcare field and factors associated with the development of burnout. *Prevent Res* 2012; 2 (2): 09-24

**Parole chiave:** professioni sanitarie, stress, burnout, fattori di personalità

#### Abstract

**Introduzione:** L'attuale scenario del sistema sanitario italiano richiede ai professionisti della salute non solo capacità tecniche ed operative specifiche, ma anche competenze relazionali. Il veloce cambiamento delle modalità lavorative e di vita produce situazioni alle quali l'adattamento può risultare difficile tanto da provocare confusione e disorientamento.

**Obiettivi:** Il presente studio si pone l'obiettivo di valutare la presenza di burnout e delle sue relazioni con fattori ambientali ed organizzativi in operatori sanitari di medicina riabilitativa, e di identificare eventuali profili professionali più esposti al burnout all'interno dell'organizzazione.

**Metodi:** Il campione, di 114 operatori sanitari (3 gruppi di 38 unità - Fisioterapisti, Infermieri e Ausiliari) è rappresentato da 42,98 % maschi e 57,02 % femmine con età media di 37,8 aa, ai quali sono stati somministrati questionari volti a valutare il burnout, la salute organizzativa e la personalità.

**Risultati:** Il 11,40 % dei soggetti manifesta un grado di burnout medio e il 4,39 % elevato. Differenze significative sono state riscontrate nella percezione del comfort dell'ambiente di lavoro e nell'efficienza dell'organizzazione che vengono avvertite come negative. Si rilevano differenze significative relativamente ai disturbi psicosomatici che, sebbene non raggiungano il livello di psicopatologia, appaiono maggiori nei soggetti in burnout, che appaiono poco motivati al successo e mostrano scarsa fiducia in se stessi.

**Conclusioni:** Alla luce dei risultati possiamo ipotizzare che nel gruppo degli operatori con burnout alto e in quello a rischio, ciò che influenzi il loro stato siano tanto le "variabili strutturali e organizzative" dell'ambiente di lavoro, che certamente vanno a condizionare in parte la loro situazione, quanto, le "variabili di personalità".

#### Introduzione

L'attuale scenario del sistema sanitario italiano richiede ai professionisti della salute non solo capacità tecniche ed operative specifiche, ma anche competenze di tipo relazionale che si avvalgono di una scrupolosa, continua e periodica valutazione delle risorse disponibili. Il veloce cambiamento delle modalità lavorative e di vita produce situazioni alle quali l'adattamento può risultare difficile tanto da provocare confusione e disorientamento nell'affrontare efficacemente le trasformazioni in atto.

La globalizzazione dell'economia ha dato luogo a trasformazioni importanti della natura del lavoro ed intensificato la pressione esercitata sui lavoratori, che devono far fronte a una crescente incertezza, ad esigenze di maggiore produttività, flessibilità ed impiegabilità.

I lavoratori devono produrre di più, in meno tempo e in qualsiasi momento: le aziende divengono fabbriche di stress, dove non sono più le macchine a guastarsi, ma gli operatori.

Conosciuto sin dalla metà degli anni Ottanta (1, 2), il fenomeno del burnout ha occupato in questa realtà un ruolo fondamentale come disturbo che può colpire particolari categorie di lavoratori sottoposti, per motivi professionali, a intensi e protratti fattori di stress.

Si tratta di una sindrome che, nel suo manifestarsi, induce un disagio emotivo, la sensazione di essere sopraffatti e di perdere il controllo della situazione (3); i sintomi si manifestano sia a livello cognitivo che emotivo, comportamentale e somatico. Il disagio può colpire in particolare coloro che hanno investito di più nella professione in termini di aspettative e non trovano gli strumenti per controllare la situazione (4): si crea un circolo vizioso di frustrazioni che, se non affrontato in maniera diretta, porta all'isolamento e all'adozione di strategie quali apatia, abbandono dell'attività, stili di vita non salutari, ecc.

Il grande interesse nei confronti del burnout nasce dalle molteplici conseguenze che comporta sia a livello individuale che collettivo in termini di spesa sociale, alterazione della comunicazione operatore sanitario-paziente ed una conseguente mancata o cattiva fruizione dei servizi e delle risorse (5).

Il fenomeno si manifesta in genere nelle helping professions (6): quelle professioni dunque incentrate sulla relazione d'aiuto definita come un "rapporto asimmetrico" (7) operatore-utente, in cui la prima figura intende sviluppare ed accrescere l'altra (8, 9).

Tale relazione risulta decisiva per la qualità della vita lavorativa degli operatori che, a contatto continuo con la sofferenza, devono far appello a tutte le proprie conoscenze e competenze per la efficace presa in carico della problematica. Queste circostanze rendono a rischio le professioni sanitarie in maniera inversamente proporzionale con gli aspetti organizzativi ed i sostegni formativi offerti dalla struttura (10). Secondo Maslach e Leiter (11), queste professioni sono *high-touch* (a contatto continuo): ciò implica contatti diretti e protratti nel tempo con persone in difficoltà e che richiedono immediata assistenza.

Un motivo rilevante che induce questi professionisti (soprattutto gli assistenti sociali, gli operatori sanitari e gli insegnanti) a sperimentare il burnout è la contraddittorietà che vivono all'interno del sistema in cui operano: da un lato sentono la necessità di attuare degli interventi di tipo contestuale per soddisfare le esigenze delle singole persone, in quanto ognuna è portatrice di diverse storie e diversi bisogni, dall'altro l'organizzazione richiede, come sostiene Del Leo (12), un adattamento acritico alla routine burocratica, con assenza di creatività, e ciò porta con molta frequenza all'erogare servizi standardizzati che non riescono ad andare incontro efficacemente alle richieste diversificate dell'utenza.

Oltre ad essere sottoposti a pressanti richieste dagli utenti, devono andare incontro anche alle incessanti sollecitazioni organizzative che richiedono più lavoro in minor tempo, con minor mezzi e con più persone da controllare (pazienti, studenti, subordinati ecc.), aumentando così il rischio che il sovraccarico di lavoro possa compromettere l'efficacia della stessa attività di aiuto, causando anche continue lamentele che derivano dall'utenza insoddisfatta.

In genere coloro che sperimentano questa sindrome sono esauriti sia fisicamente che psicologicamente a causa dell'interazione sociale con il paziente ma anche da alti livelli di stress lavorativo e da livelli di frustrazione personale e di percezione di competenze inadeguate alla situazione (13), ed è tutto questo che comporta una risposta negativa sia nei confronti di se stessi che verso il proprio lavoro.

L'organizzazione lavorativa di per sé è una struttura articolata in molti elementi, ognuno dei quali è una possibile fonte di stress: componenti socio-ambientali, organizzative e individuali concorrono a creare situazioni di disagio organizzativo, inteso come "qualsiasi dinamica, di natura personale, sociale o istituzionale, che impedisca sistematicamente, anche se per un periodo di tempo limitato, il raggiungimento degli obiettivi organizzativi e/o incrina la salute psico-fisica dei collaboratori all'organizzazione" (14). Tali aspetti possono minare la salute psico-fisica del soggetto e conseguentemente essere causa del mancato conseguimento degli obiettivi organizzativi.

Il merito di aver approfondito e chiarito questo concetto va a Maslach che, nel 1982 (2), ha definito il burnout come una sindrome caratterizzata da tre dimensioni:

- Esaurimento emotivo, che si manifesta con la sensazione di aver "bruciato" le proprie energie psicologiche, con un netto calo delle proprie risorse emozionali, che il soggetto non riesce più a ristabilire.
- Depersonalizzazione che può essere vista come una strategia di difesa che si manifesta con indifferenza, cinismo verso le emozioni e i bisogni altrui, per evitare la sensazione di minaccia percepita nel rapporto con l'utente.
- Ridotta realizzazione professionale: l'operatore tenderà a sentirsi inadeguato nello svolgimento dell'attività; avrà un calo di fiducia nella possibilità di svolgere in maniera efficace il proprio lavoro e, progressivamente, tenderà a sviluppare un senso di insoddisfazione, sensazione di insuccesso, abbassamento dell'autostima verso le proprie capacità, sentendosi incapace di aiutare gli altri.

Le tre componenti sintomatiche configurano il burnout come una sindrome multi-dimensionale e si susseguono in una evoluzione dinamica che vede come fattore chiave, per l'avvio del processo, l'esaurimento emotivo. Tale esaurimento iniziale pone anche le basi per l'instaurarsi delle altre due condizioni. Infatti la depersonalizzazione rappresenta una risposta allo stress tipica del burnout e si configura come una reazione all'esaurimento emotivo quando quest'ultimo non viene fronteggiato con adeguate strategie di coping. Per quanto riguarda la diminuzione della soddisfazione lavorativa, essa risulterebbe solo in parte conseguente ad elevati livelli di depersonalizzazione, essendo influenzata anche da numerosi altri quali: capacità di interagire con gli altri, autostima, livello di conoscenza e/o esperienza, salario, premi lavorativi, ecc. (5).

Secondo la prospettiva interazionista di Buunk e Schufeli (15) il job burnout deriva da una assenza di reciprocità tra le persone coinvolte in una relazione di aiuto. Dunque questa assenza di reciprocità non caratterizza il burnout solo nelle professioni di aiuto, ma anche in altri tipi di contesti organizzativi caratterizzati dallo squilibrio tra gli investimenti e aspettative individuali e ciò che si riceve in cambio dall'organizzazione.

Schufeli e Enzmann (16) propongono di comprendere nella categoria di stressor interpersonali, oltre a quelli legati al rapporto con l'utente, anche quelli legati a qualsiasi tipo di relazione emotivamente significativa in ambito lavorativo, come la relazione con il capo, i colleghi, collaboratori, che consentono di comprendere il fenomeno del burnout in chiave più attuale.

Molti studi si sono occupati di individuare eventuali caratteristiche di personalità che contribuissero al manifestarsi della sindrome (17, 18): secondo la letteratura sull'argomento molte caratteristiche individuali incidono sulla vulnerabilità allo stress lavorativo e dunque del burnout come fenomeno psicosociale. Le variabili socio-

demografiche (19, 20); variabili di personalità fra cui il locus of control, il grado di flessibilità, personalità di tipo A, ecc. (1), l'idealizzazione e la motivazione individuale (21, 22), l'esperienza lavorativa precedente, l'incidenza della vita extra-lavorativa e infine l'incidenza contesto storico-culturale assumono un ruolo fondamentale come cofattori del burnout. Fra i fattori organizzativi invece molti studi annoverano quelli connessi all'organizzazione del lavoro, sui quali il lavoratore non può intervenire e che quindi creano le condizioni favorevoli all'insorgere del burnout: la struttura del ruolo e il sovraccarico di lavoro, la retribuzione e la carriera, il clima organizzativo, i valori contrastanti, ecc. Questi fattori, relazionati alle variabili di personalità precedentemente illustrate, potrebbero causare veri scompensi come appunto il burnout (23). I costi sono pagati dall'individuo sottoforma di disagi personali a livello fisico, psicologico e comportamentale, ma anche come conseguenze per l'organizzazione che rischia di incorrere in bassa produttività ma anche nella scarsa collaborazione da parte di coloro che si sono affetti da tale sindrome (vedi Tabella 1).

Tab. 1 - Il costo del Burnout secondo Maslach e Leiter (2000).

Conseguenze del burnout per l'individuo	Conseguenze del burnout per l'organizzazione
<p>Problemi fisici: mal di testa, disturbi gastrointestinali, ipertensione, tensione muscolare, affaticamento cronico, maggiore vulnerabilità alle malattie e sintomi psicosomatici, cambiamento nelle abitudini alimentari</p> <p>Problemi psichici: ansia, depressione e disturbi del sonno, sensi di colpa, isolamento, alterazione del tono dell'umore, poca capacità di ascolto.</p> <p>Per fronteggiare lo stress alcune persone incrementano l'uso di alcool e droghe.</p> <p>L'esaurimento e i sentimenti negativi possono compromettere i rapporti di amicizia e familiari</p>	<p>Declino della qualità e quantità del lavoro svolto. Al lavoro gli individui si sentono più stressati e perdono la capacità di gestire i problemi.</p> <p>Si ritirano dal lavoro tanto psicologicamente quanto fisicamente: assenteismo, turnover.</p> <p>Investono meno energia e tempo nelle attività, facendo lo stretto necessario.</p> <p>Si riduce la creatività. Le persone non sono più disposte ad offrirla.</p>

Dal momento che i professionisti delle professioni sanitarie mettono in gioco quasi globalmente la propria persona nell'aiuto e nel sostegno degli utenti, se l'organizzazione non dà credito alla dimensione umana del servizio e si orienta prevalentemente su un obiettivo di guadagno, gli operatori tenderanno a diffidare della stessa e a offrire un servizio inadeguato alle persone; si suppone, quindi, che "l'attività degli operatori sociali che operano per far fronte alle richieste della propria utenza sia a rischio di stress e burnout, soprattutto se mancano le condizioni per rispondere in modo adeguato alle proprie aspettative come pure a quelle delle persone che si rivolgono al loro servizio professionale" (24).

Secondo uno studio del 2008 di Bettinardi e collaboratori (10), condotto su sei categorie di operatori sanitari di Medicina Riabilitativa, il clima percepito e la fiducia esperita verso l'organizzazione sono vissuti in maniera diversa dagli operatori. In particolare modo fra gli impiegati, il personale laureato ed gli infermieri si rileva un maggiore senso di adeguatezza, responsabilizzazione ed integrazione aziendale rispetto agli altri operatori. Il clima organizzativo è inoltre correlato con il burnout, ad indicare la stretta connessione esistente fra un ambiente lavorativo percepito come collaborativo e caratterizzato da uno scambio di informazioni continuo sulle conoscenze aziendali, con il benessere psicologico esperito dai dipendenti. Tale studio mostra una interazione tra variabili organizzative e variabili di personalità nel determinare le giuste condizioni perché il burnout si manifesti e si sviluppi. Un'attenzione dunque a questi elementi dovrebbe agevolare nel divenire consapevoli dei fattori di rischio per questi professionisti ed indurre a considerare il burnout come una vera patologia da non ignorare, viste le problematiche connesse, che necessitano di una efficace gestione che contempli metodi di prevenzione rivolti sia al singolo, sia al gruppo che all'organizzazione.

Prevenire significa evitare la pervasività del fenomeno in quanto, come affermato anche da Cherniss (1), è altamente contagioso tra le persone che si relazionano nel contesto lavorativo; ma significa anche evitare tutte le condizioni che ostacolano la professionalità dell'operatore e che arrecano danni oltre che all'organizzazione e all'individuo stesso, anche all'utenza a cui il servizio si rivolge.

**Obiettivi**

L'obiettivo del presente studio è stato quello di indagare la presenza di burnout e delle sue relazioni con fattori ambientali ed organizzativi di operatori sanitari occupati nell'ambito della medicina riabilitativa, in particolare evidenziare il livello e la qualità degli stati di disagio lavorativi. Nell'ambito delle professioni sanitarie per gli operatori a contatto con i pazienti è possibile infatti che si sviluppino fenomeni di burnout e che all'interno delle varie categorie possano sussistere differenze a riguardo. Tale studio si propone di individuare eventuali fattori lavorativi o individuali che possano incidere e infine individuare eventuali profili professionali più esposti al rischio burnout all'interno dell'organizzazione.

**Metodi**

Nel periodo da Maggio-Luglio 2009 sono stati somministrati a 114 operatori sanitari una serie di questionari per testare se vi fosse una relazione significativa tra le variabili di personalità, le variabili relative all'organizzazione lavorativa ed eventuale livello di burnout. Gli operatori sanitari provengono da una casa di cura della provincia di Viterbo, che svolge attività riabilitativa di soggetti con menomazioni fisiche, psichiche e cognitive, offrendo all'utenza servizi di Riabilitazione Post-Acuzie, Residenza Sanitaria Assistenziale, Lungodegenza Riabilitativa con L.A.I. (stati vegetativi), Servizio Ambulatoriale, Semiresidenziale e Domiciliare. I 114 soggetti sono divisi in 3 gruppi di 38 unità ciascuno, rispettivamente Fisioterapisti, Infermieri e Ausiliari.

Il campione è rappresentato da 49 maschi e 65 femmine, con un'età media di 37,8 anni. 56 soggetti sono laureati, 21 possiedono il diploma universitario, 12 il diploma di scuola media superiore, 11 hanno frequentato un istituto professionale e 14 hanno il diploma di scuola media inferiore (cfr. Tabella 2).

Tab. 2 - Variabili socio demografiche (N=114).

Variabili sociodemografiche	N	%
Sesso		
• M	49	42,98
• F	65	57,02
Titolo di studio		
• laurea	56	49,12
• diploma universitario	21	18,42
• diploma di scuola media-superiore	12	10,52
• diploma professionale	11	9,65
• diploma di scuola media-inferiore	14	12,29
Stato civile		
• celibe/nubile	39	34,21
• coniugato/convivente	66	57,90
• separato/divorziato	8	7,02
• vedovo	1	0,87
Tipo di contratto		
• tempo indeterminato	90	78,95
• tempo determinato	24	21,05
Regime orario		
• full time	91	79,95
• part time	23	20,18
Età media	37,8	
Ore di lavoro giornaliere medie	7	
Ore di straordinario giornaliere medie	1,85	

Il 34,21 % dei soggetti è celibe o nubile, il 57,90 % coniugato o convivente, il 7,02 % separato o divorziato e lo 0,87 % è vedovo. I soggetti hanno un figlio in media ciascuno.

Il tipo di contratto di lavoro è per il soggetti 78,95 % a tempo indeterminato e per il 21,05 % a tempo determinato; il regime orario è invece full-time per 91 soggetti e part-time per 23.

Le ore medie di lavoro giornaliere sono 7 e quelle medie di straordinario 1,85 h/die.

Ai soggetti del campione sono stati somministrati le seguenti scale di valutazione e test:

- MBI (Maslach Burnout Inventory);
- MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventor);
- ACL (Adjective Check List) sé reale e sé ideale;
- ACL (Adjective Check List) operatore sanitario reale e ideale;
- ACL (Adjective Check List) paziente reale;
- MOHQ (Multidimensional Organizational Health Questionnaire).

Le modalità, le finalità della ricerca e le indicazioni specifiche per la compilazione dei questionari, sono state presentate agli operatori singolarmente dando garanzia di anonimato a ciascun partecipante.

Per valutare la presenza di burnout è stato impiegato il Maslach Burnout Inventory, di Maslach e Jackson (25), nell'adattamento italiano standardizzato di Sirigatti e Stefanile (26), attualmente lo strumento più diffuso ed impiegato nella ricerca e nella clinica organizzativa.

Si compone di 3 subscale: Esaurimento Emotivo (Emotional Exhaustion, EE) che esamina la sensazione di essere inaridito emotivamente ed esaurito dal proprio lavoro; Depersonalizzazione (Depersonalisation, DP) che identifica una risposta fredda e impersonale nei confronti delle persone che ricevono la prestazione professionale; Realizzazione Personale (Personal Accomplishment, PA) che misura la sensazione relativa alla propria competenza e al proprio desiderio di successo nel lavorare con gli altri. Le modalità di risposta sono poste su una scala likert a 7 passi che vanno da "mai" a "ogni giorno". Al fine di confrontare in maniera più agevole le singole subscale del MBI sono stati considerati i valori relativi ai terzili. I punteggi sono considerati alti se cadono nel terzile superiore della distribuzione, medi se si collocano nel terzile medio e bassi se cadono nel terzile inferiore (Tabella 3).

**Tab. 3 - Categorizzazione dei Punteggi alle subscale MBI della standardizzazione italiana\*.**

Punteggio MBI EE	Punteggio MBI DP	Punteggio MBI PA
≤ 14 (livello basso)	≤ 3 (livello basso)	≥ 37 (livello basso)
15-23 (livello medio)	4-8 (livello medio)	30-36 (livello medio)
≥ 25 (livello elevato)	≥ 9 (livello elevato)	≤ 29 (livello elevato)

\* Sirigatti, Stefanile, 1993.

Date le limitate conoscenze sulle relazioni fra gli aspetti della sindrome (27, 28) i punteggi per ciascuna subscale sono considerati singolarmente e non combinabili in un unico punteggio: un alto grado di burnout si evince da punteggi alti nelle subscale di Esaurimento Emotivo e Depersonalizzazione e da un basso punteggio nella scala della Realizzazione Personale, un livello medio da punteggi medi nelle tre subscale, un livello basso è qualificato da un alto punteggio di Realizzazione Personale unito a punteggi bassi per le altre due scale.

Per il profilo della personalità sono stati utilizzati il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2) nella versione adattata in italiano di Pancheri (29) e l'Adjective Check List (ACL) nella versione italiana di Gough, Heilbrun e Fioravanti (30).

Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2) di Hathaway e McKinley (31) è un test di personalità ad ampio spettro, utile a valutare le maggiori caratteristiche strutturali di personalità e i disordini di tipo emotivo: comprende 567 item a risposta dicotomica (vero/falso) e consta di 3 scale di validità offrendo una gamma di 10 scale cliniche di base che coprono le tradizionali categorie psicopatologiche di riferimento (isteria, depressione, ipocondria, deviazione psicopatica, paranoia, psicoastenia, schizofrenia, maniacalità, introversione sociale), 12 scale addizionali che facilitano l'interpretazione delle scale di base e approfondiscono la natura dei vari disturbi (includendo ulteriori categorie quali: alcolismo, tossicodipendenza, disagio coniugale, disturbo da stress post-traumatico, ecc.) e 15 scale di contenuto, che permettono di descrivere e predire diverse variabili di personalità (tra cui ansia, ossessività, rabbia, bassa autostima, problemi familiari, difficoltà di lavoro, ecc.). Il cut-off è di 65.

L'Adjective Check List (ACL) è un test idiografico e a scelta libera che consente l'auto-descrizione del soggetto ed è composto da 300 aggettivi tra i quali il soggetto sceglie di contrassegnare quelli che sembrano adatti a dare un quadro completo, analitico e differenziato del suo Sé reale e il Sé Ideale (30). La scala del Sé reale indica tutti i concetti, le percezioni, i vissuti e le valutazioni che i soggetti danno di sé stessi così come si vedono e credono di essere. Il Sé ideale invece indica tutte le caratteristiche che i soggetti vorrebbero possedere in termini di valori, comportamenti, atteggiamenti. L'ACL è un test versatile che permette di essere utilizzato per fornire diverse indicazioni circa il soggetto (un'idea, una teoria o quasi ogni altra cosa), dunque in questo lavoro è stato utilizzato oltre che per la descrizione del sé reale e del sé ideale, anche una versione che permettesse di descrivere l'atteggiamento dell'operatore verso i pazienti di cui si prendono cura e per descrivere la percezione del professionista di quello che è l'operatore sanitario reale e ideale (30). Il test prevede una grigliatura composta da 37 scale che coprono 5 aree determinate: il modus operandi della persona, i suoi bisogni, la sua originalità ed intelligenza, le sue peculiarità ed infine delle informazioni per la sua analisi transazionale. Il modello dell'analisi transazionale di Berne teorizza l'io come formato da tre strutture rappresentate graficamente come una sola personalità, ovvero i tre Stati dell'io, ognuno con le proprie funzioni: Genitore, Adulto, Bambino (32). Il range di normalità è compreso tra valori che vanno da 40 a 60.

Per quanto riguarda l'analisi della salute organizzativa, è stato utilizzato il MOHQ - Questionario Multidimensionale della Salute Organizzativa (Multidimensional Organizational Health Questionnaire) di Avallone e Papiolomatas (33), basato sul costrutto di "salute organizzativa", secondo cui si sposta l'attenzione dai livelli di stress individuale al grado complessivo di benessere di una realtà lavorativa, valutato tramite la misurazione della percezione individuale rispetto a quattordici dimensioni di salute organizzativa (per es. chiarezza degli obiettivi, equità, cultura della sicurezza e prevenzione) e tre indicatori di esito. Il questionario consente di monitorare le dimensioni della salute organizzativa nel contesto lavorativo, nel suo complesso e/o per singoli settori; le informazioni raccolte vengono elaborate e sintetizzate e rappresentano una "fotografia" dell'organizzazione per come essa viene "vista" e percepita dai dipendenti, in termini di aree di maggior benessere e salute e aree di maggior criticità sui quali è auspicabile un intervento di miglioramento e sviluppo. Gli indicatori di salute organizzativa sono parametri che rilevano caratteristiche del contesto lavorativo e dei suoi attori. Il test individua 12 indicatori positivi (come ad esempio la soddisfazione e voglia di impegnarsi per l'organizzazione, la sensazione di far parte di un team, la sensazione di autorealizzazione, la convinzione di poter cambiare le condizioni negative attuali, ecc.) e 13 indicatori negativi (il risentimento verso l'organizzazione, i sentimenti di inutilità e di irrilevanza, l'insofferenza sul posto di lavoro, l'irritabilità, ecc.).

Il confronto dei punteggi ottenuti ai questionari è stato effettuato mediante l'utilizzo del software SPSS, ver 17.0; sono state applicate:

- analisi delle frequenze,
- test di Mann-Whitney
- ANOVA oneway e in post-hoc il test di Scheffe

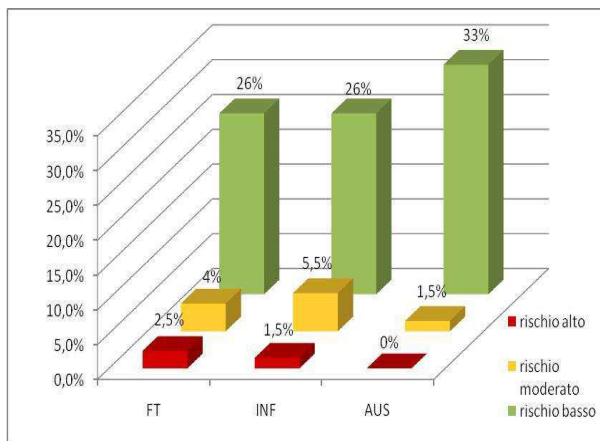
e sono state considerate differenze statisticamente significative quelle con un valore di  $p < 0.05$ .

### Risultati

Una prima analisi delle frequenze del Maslach Burnout Inventory (MBI) ha evidenziato la presenza di 96 operatori su 114 (84,21 %) con grado di burnout basso (di cui 30 fisioterapisti, 30 infermieri, 36 ausiliari), 13 (11,40 %) con grado medio (di cui 5 fisioterapisti, 6 infermieri, 2 ausiliari) e 5 (4,39 %) con grado elevato (di cui 3 fisioterapisti e 2 infermieri) (Figura 1 e Tabella 3).

**Fig. 1 - Livello di Burnout negli operatori sanitari (percentuali MBI).**

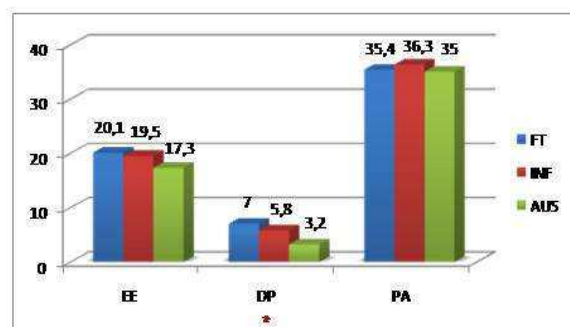
I dati sono espressi in percentuali.



L'analisi effettuata mediante ANOVA oneway non ha evidenziato differenze significative fra le tre figure professionali per quanto riguarda il burnout come punteggio totale, ma si notano differenze significative circa la subscale della Depersonalizzazione ( $F = 4,904, p < 0,01$ ). In particolare i Fisioterapisti presentano punteggi in media più alti (Ft= 7,03) rispetto alle altre due figure professionali (Inf = 5,76; Aus = 3,21) dimostrando un maggior grado di cinismo e distacco dal lavoro e dunque dai destinatari che potrebbero beneficiare delle loro prestazioni (Figura 2).

**Fig. 2 - Livello di Burnout negli operatori sanitari (punteggio medio delle subscale MBI).**

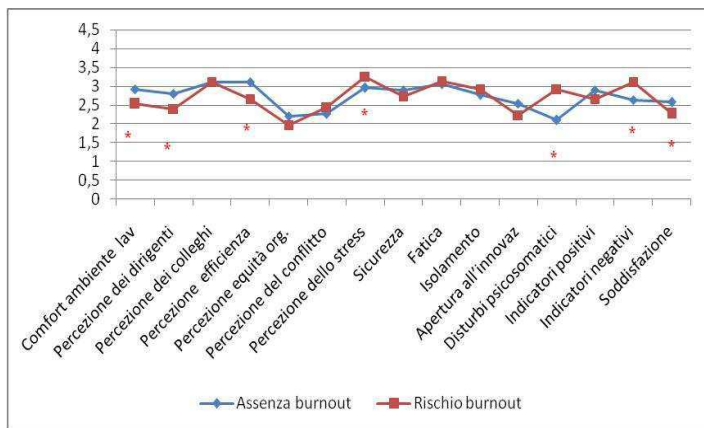
I dati sono espressi in punteggi medi.  
\*  $p < 0,01$



Si è quindi passati all'analisi approfondita delle variabili degli altri test in rapporto ai gruppi "rischio-burnout" e "assenza-burnout", inserendo nel primo gruppo gli operatori con punteggi MBI medio-alti e nel secondo quelli con punteggi bassi, per evidenziare le differenze fra i soggetti a rischio rispetto a coloro che non lo fossero. I dati sono stati accorpate per confrontare la percezione della salute organizzativa e le caratteristiche di personalità di coloro che hanno un rischio basso di burnout rispetto a quelli con rischio moderato e alto, così facendo abbiamo ottenuto un campione di numerosità tale da poter effettuare delle analisi statistiche. Per quanto riguarda la salute organizzativa (MOHQ), non incidono sul "rischio burnout" le variabili anagrafiche quali il sesso, lo stato civile e il numero di figli. Al test di Mann-Withney sono risultate significative, con  $p < 0,05$ , le differenze relative alle variabili "Percezione del comfort dell'ambiente di lavoro", "Percezione delle capacità dirigenziali", "Percezione dell'efficienza dell'organizzazione" che vengono avvertite, nel gruppo "rischio-burnout", come negative con un aumento della "Percezione dello stress" e dei "Disturbi psico-somatici": vi è un complessivo aumento degli "Indicatori negativi" con un ridotto grado della "Soddisfazione generale" (Figura 3).

**Fig. 3 - Variabili legate all'organizzazione lavorativa rispetto ai livelli di burnout (Test U di Mann-Whitney).**

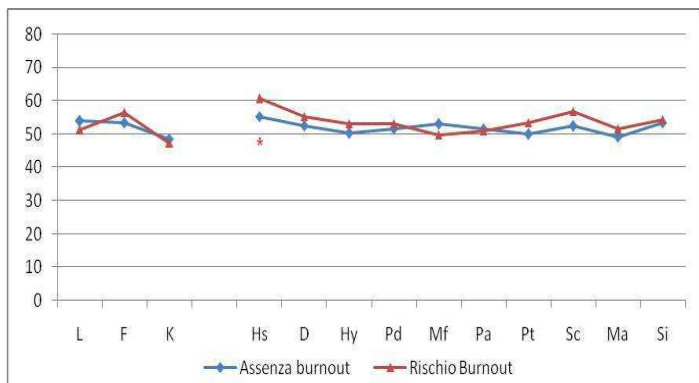
\*  $p < 0,05$



Per l'MMPI-2 le due variabili che hanno valori significativamente più alti nel gruppo "rischio- burnout" anche se non a livelli patologici, sono "Ipocondria" fra le scale cliniche e FAM, ossia presenza di contrasti in famiglia, fra quelle di contenuto (Figura 4).

Fig. 4 - Scale MMPI-2 rispetto ai livelli di Burnout (Test U di Mann-Whitney).

\* p < 0.05

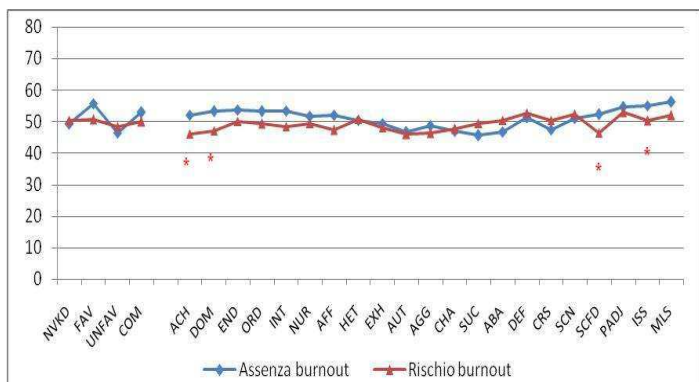


L'analisi dei test ACL sé reale e ideale, ACL operatore sanitario reale e ideale, ACL dell'atteggiamento relativo al paziente, ha evidenziato che i fattori associati sul livello medio-alto di burnout riguardano l'ACL sé reale e l'ACL paziente (p < 0.05); riguardo il confronto tra i due gruppi per le altre versioni dell'ACL (ACL ideale per il professionista, ACL dell'operatore sanitario reale e ideale) non si riscontrano differenze significative.

Riguardo l'ACL in modalità di sé reale nel gruppo "rischio-burnout" risultano valori inferiori, quindi indice di una visione negativa di sé, rispetto al gruppo " assenza-burnout", nelle variabili "Bisogno di successo", "Bisogno di dominio", "Fiducia in se stesso", "Alta stima di sé" (Figura 5).

Fig. 5 - ACL sé reale rispetto ai livelli di Burnout (U Test di Mann-Whitney).

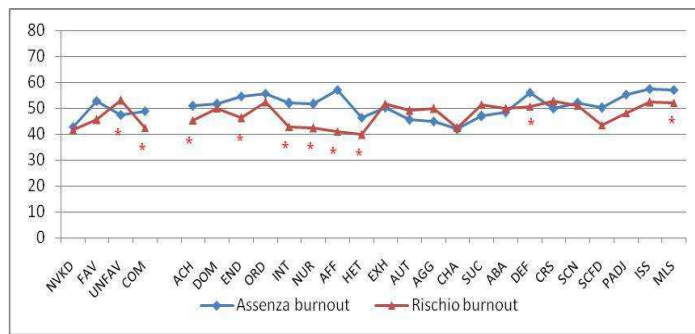
\* p < 0.05



Relativamente all'ACL paziente nella visione del paziente del gruppo "rischio-burnout", è più evidente l'uso di aggettivi sfavorevoli nella descrizione dello stesso; diminuiscono in misura significativa i valori delle scale: Numero aggettivi sfavorevoli contrassegnati, Risposte comuni, Bisogno di dominio, Bisogno di perseverare nello sforzo, Bisogno di comprendere gli altri, Bisogno di proteggere e aiutare gli altri, Bisogno di associarsi agli altri, Bisogno di essere in relazione con l'altro sesso, Bisogno di mostrarsi deferente, aumenta solo il Potenziale per il comando (Figura 6).

Fig. 6 - Descrizione del paziente al test ACL rispetto ai livelli di Burnout (Test U di Mann-Whitney).

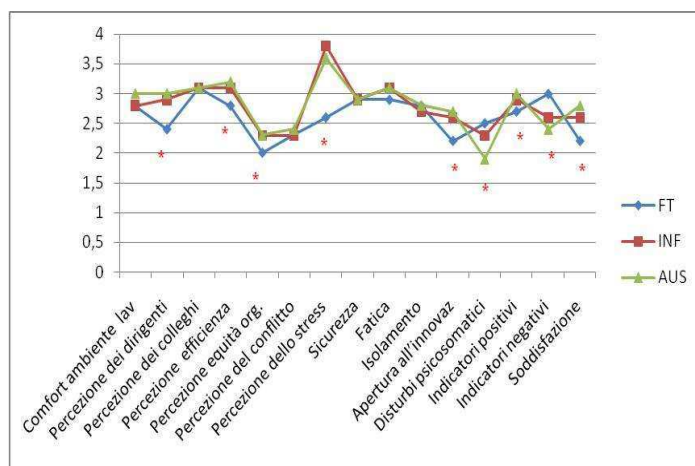
\* p < 0.05



L'ANOVA oneway e il test di Scheffe post-hoc (con p < 0.05) applicati alle variabili del MOHQ hanno reso evidente le criticità in rapporto ai tre gruppi di operatori: fisioterapisti, infermieri e ausiliari e la loro percezione della salute dell'organizzazione (MOHQ: valori negativi < 2.6; valori positivi > 2.9) (33)(Figura 7).

Fig. 7 – Variabili del questionario MOHQ nei tre gruppi di operatori sanitari. (ANOVA one-way).

\* p < 0.05



Per quanto riguarda la "Percezione della dirigenza" è da notare come sia negativa nei fisioterapisti con un punteggio ottenuto di 2.4 e positiva, anche se nel grado inferiore, negli infermieri e negli ausiliari (rispettivamente 2.9 e 3.0); la "Percezione dell'efficienza organizzativa" è positiva solo in quest'ultime due figure (rispettivamente con punteggi di 3.1 e 3.2). Interessante è il dato sull'"Equità organizzativa" vissuta in maniera nettamente negativa da tutte le figure professionali (Ft 2.0; Inf 2.3; Aus 2.3); il giudizio sull'"Apertura all'innovazione" è negativo nei fisioterapisti e negli infermieri (2.2 e 2.6), normale negli ausiliari, la "Percezione dello stress" è a livello inferiore dei valori normali nei fisioterapisti (2.6) mentre, per le figure degli infermieri e degli ausiliari, troviamo una percezione nettamente positiva (3.8 e 3.6). Il dato "Apertura all'innovazione" è nella normalità per la categoria degli ausiliari, i "Disturbi psico-somatici" sono presenti in tutt'e tre categorie. Nella valutazione degli "Indicatori negativi" c'è da tener presente il fatto che è indice di percezione negativa se è il valore è maggiore di 2.9, positiva se minore di 2.6: nei fisioterapisti il valore è 3.0, negli ausiliari 2.4. Ciò che dà il quadro riassuntivo della percezione della salute organizzativa è la voce "Soddisfazione generale": negativa nei fisioterapisti e negli infermieri (2.2 e 2.6), nella norma negli ausiliari. Da notare che tra le voci sopra elencate sono presenti anche quelle significativamente associate al burnout come possibile fattore di rischio.

**Discussione**

Dall'analisi dei dati emerge una bassa percentuale di soggetti in burnout elevato (3 fisioterapisti, 2 infermieri: 4%); è da tener in evidenza però la presenza di 13 soggetti (5 fisioterapisti, 6 infermieri e 2 ausiliari: 15%) con livelli medi di burnout ossia in situazione non patologica ma con possibilità di sviluppare la sindrome. Dato non necessariamente generalizzabile visto il ridotto numero di soggetti. Le tre figure professionali non sembrano differire riguardo i punteggi totali di burnout, ma da un'analisi delle subscale si nota una differenza significativa circa i valori di Depersonalizzazione che risultano più alti per i Fisioterapisti rispetto alle altre due categorie, che dimostrano un maggior grado di cinismo e distacco dal lavoro e dunque dai destinatari che potrebbero beneficiare delle loro prestazioni; tra le varie e possibili cause di questa situazione possiamo ipotizzare uno stress maggiore riscontrato nel contatto con il paziente che avviene per un periodo di tempo maggiore rispetto alle altre figure (in media un'ora al giorno, tutti i giorni) e il rapporto è singolo operatore-utente, per cui diventano referenti privilegiati di tutte le loro istanze, sia positive che negative, anche non strettamente legate alle problematiche inerenti alle patologie con una maggior assunzione di responsabilità da parte del fisioterapista. Il paziente inoltre oppone al Fisioterapista una resistenza durante il trattamento che implica in ogni caso un loro notevole impegno e, a volte, problematiche legate a sintomatologie dolorose. In genere poi i Fisioterapisti mancano di pause strutturate durante l'orario di lavoro tra un paziente l'altro, rispetto alle altre due professionalità. Per quel che riguarda la salute organizzativa analizzata attraverso il MOHQ (33) s'è visto che le variabili significative hanno valenze diverse per le tre figure professionali, in rapporto al tipo di lavoro svolto, al livello culturale e di aspettative e al luogo dove si esplica la propria professione. Tra i fattori associati la sindrome nel gruppo "rischio-burnout" non rientrano i fattori anagrafici: sesso, stato civile e figli. Mentre vanno ad influenzare il comfort dell'ambiente di lavoro, la percezione della dirigenza, dell'efficienza aumentando la percezione dello stress e i disturbi psicosomatici con un livello basso di soddisfazione globale. Non sono motivo di burnout la tipologia del lavoro (fatica fisica e mentale, sovraccarico emotivo, isolamento, ecc.), le relazioni interpersonali tra i colleghi o con le altre figure professionali, la presenza di conflittualità non gestite dall'ente entro limiti tollerabili di convivenza e la percezione di problematiche legate all'equità organizzativa (Figura 7). I dati sulle variabili di personalità forniti dal MMPI-2 mettono in luce, negli operatori a rischio-burnout, la presenza significativa della scala "Ipocondria", anche se in valori al di sotto della soglia di psicopatologia, caratterizzata da una preoccupazione eccessiva per la loro salute, presenza di disturbi psicosomatici con origine organica scarsa o assente e la non disponibilità ad accettare le rassicurazioni sul fatto di non avere niente dal punto di vista fisico. Altra scala che differenzia significativamente i soggetti a rischio burnout da quelli senza sintomi di burnout è la "FAM": indice di presenza di particolari contrasti in famiglia (Figura 4). L'ACL sé reale (Figura 5) ci mostra nel gruppo "rischio-burnout" un quadro di operatori con variabili di personalità che possono essere associate allo sviluppo di burnout (2, 11): i valori bassi delle scale "bisogno di successo", "bisogno di dominio", "fiducia in se stesso" e "alta stima di sé" ci mostrano un soggetto tendenzialmente debole e non assertivo nel trattare con la gente: sottomesso, ansioso, teme il coinvolgimento, può avere difficoltà nel definire i limiti nell'ambito della relazione d'aiuto arrivando ad avere scarso controllo sulla situazione subendo le richieste che gli vengono poste arrivando ad un sovraccarico emozionale. Inoltre ha poca fiducia in sé, poca ambizione, non ha né un insieme definito di obiettivi, né la determinazione di conseguirli. Anche la visione del paziente che viene percepito come persona con minor capacità di perseverare nello sforzo, meno disposta alla comprensione dell'altro, più interessata a sé che a istaurare rapporti esterni, sia con persone del proprio che dell'altro sesso, ma con un maggior assenza di sottomissione e più portata al

pretendere attenzione. Il paziente è avvertito come un problema di difficile gestione (Figura 6).

La seconda analisi effettuata vuol mettere in evidenza eventuali criticità presenti nell'organizzazione e come queste vengono percepite dalle tre figure professionali: Fisioterapisti, Infermieri e Ausiliari. Attraverso questa seconda lettura dei dati del MOHQ si è potuto anche constatare che altre variabili possano influenzare l'insorgenza del burnout (Figura 7).

La "Percezione della dirigenza", già inclusa nelle scale significative per livello di burnout, ha valori negativi per la categoria dei fisioterapisti diversamente dagli infermieri e dagli ausiliari che la vivono positivamente.

Probabilmente ciò è dovuto alla dislocazione delle palestre (nella stessa struttura che ospita anche gli uffici direzionali) portando così ad avere un contatto più ravvicinato e costante con la dirigenza; anche il grado di "efficienza" del sistema risulta positivo solo nelle figure degli infermieri e degli ausiliari, se ne può desumere che ciò che viene vissuto come fonte di stress dai fisioterapisti sia il rapporto con i dirigenti, avvertiti come poco capaci di rendere i collaboratori partecipi delle decisioni lavorative e poco disponibili all'ascolto attivo.

L'"equità organizzativa", fattore che non influisce sul burnout nell'analisi precedente, è, invece, percepita negativamente da tutte le figure professionali: vi è la consapevolezza di una assenza di criteri e percorsi chiari per responsabilità, incentivi, carriere, ecc. che non vengono esplicitati e resi pubblici e non è dato a tutti in egual misura la possibilità di accedervi.

Per quello che riguarda l'"apertura all'innovazione" il fatto che fisioterapisti e infermieri la considerino carente è indice della percezione di una certa "rigidità" della struttura organizzativa, poco propensa alla flessibilità, all'apertura al cambiamento e al considerare l'esterno come una risorsa per il proprio, percezione presente nelle categorie nelle quali il livello d'istruzione è più elevato e nelle quali la richiesta di maggior innovazione culturale e tecnologica è maggiore. C'è da notare, però, che nella "domanda aperta" presente nel MOHQ, si riscontra una forte richiesta di formazione e informazione nel personale ausiliario.

Come risulta il letteratura (18, 34, 35) anche nel nostro campione la "Percezione dello stress" appare essere una variabile incidente nel burnout. I fattori stressogeni sono avvertiti maggiormente dalla categoria dei fisioterapisti, come confermano anche i livelli più alti nel test MBI precedentemente descritti, che presentano anche una maggior incidenza di "Disturbi psico-somatici" e valori più alti nelle scale "Indicatori negativi" e "Soddisfazione", misura di come globalmente viene avvertita l'organizzazione oggetto della ricerca: nel caso specifico del campione interessato, in modo negativo.

Anche per la categoria degli Infermieri la "Soddisfazione" globale è negativa pur avendo un valore alto nella scala "Indicatori positivi"; gli Ausiliari nel campione invece sembrano avere una percezione nella norma della salute dell'organizzazione, pur essendo consapevoli di un disagio legato ai criteri con cui vengono valutate le persone e il loro operato e nella distribuzione d'incentivi. Si può tentare di spiegare questo dato con il fatto che, sentendosi meno partecipi delle scelte organizzative, rispondono difendendo e distaccandosi emotivamente dall'organizzazione, rifiutando un eccessivo "coinvolgimento" con la struttura stessa pur mantenendo il loro giudizio critico sull'equità.

### Conclusioni

Dall'analisi dei risultati è possibile notare come diverse variabili possano essere associate allo sviluppo di burnout.

Le variabili relative all'organizzazione sembrano essere fattori importanti nel creare un ambiente favorente il fenomeno del burnout. Una percezione negativa della dirigenza sembra essere un fattore favorente il burnout, mentre una percezione di mancata equità organizzativa nel nostro campione non sembra influire sul burnout.

Se consideriamo invece i fattori di personalità notiamo che i soggetti che manifestano gradi più elevati di burnout mostrano di focalizzare le loro preoccupazioni circa il proprio benessere psicofisico e sembrano avere difficoltà familiari che possono incidere sul loro rendimento lavorativo. Ma i conflitti familiari possono assumere un ruolo ambiguo nel manifestarsi del burnout, in quanto non è possibile stabilire se siano i conflitti familiari a peggiorare la situazione lavorativa o è quest'ultima a incidere sulle relazioni all'interno del nucleo familiare.

I soggetti del campione appaiono ansiosi, temono il coinvolgimento eccessivo, possono avere scarso controllo della relazione d'aiuto arrivando non mostrando sufficienti capacità di gestire le richieste che vengono poste dall'esterno, fino a giungere ad un sovraccarico emozionale.

Limiti della ricerca: dato l'esiguo numero di soggetti non è opportuno generalizzare i dati all'intera popolazione dei professionisti in ambito sanitario, né nello specifico alla popolazione di infermieri, fisioterapisti e ausiliari.

Nella valutazione delle caratteristiche di personalità è inoltre possibile che siano intervenuti dei fattori esterni, come ad esempio eventi della vita esterni all'ambito lavorativo, non controllabili che possano aver inciso sulla vulnerabilità dei soggetti osservati.

L'auspicio è quello di poter continuare, come è nostro intento, ad approfondire le dinamiche lavorative e le caratteristiche individuali su un campione più vasto in modo da poter effettuare un'analisi multifattoriale che permetta di esplorare i molteplici aspetti del fenomeno del burnout, nonché gli eventuali nessi di causa-effetto delle variabili.

Il quadro generale presentato finora, pur nel suo valore orientativo, indica alcune direzioni da percorrere con maggior accuratezza per individuare possibili interventi atti a contenere e, possibilmente, ridurre il burnout degli operatori al fine di garantire loro una serenità lavorativa che si ripercuota sull'efficacia delle prestazioni e della vita personale. Alla luce dei risultati ottenuti diviene perciò decisiva una strategia di prevenzione le cui possibilità d'intervento agiscano principalmente su cinque aree principali:

#### Sviluppo dello staff

- Incoraggiare gli operatori ad adottare nuovi obiettivi che possano fornire fonti alternative di gratificazione
- Aiutare gli operatori a sviluppare ed utilizzare meccanismi di controllo e di feed-back sensibili ai vantaggi a breve termine, per migliorare la percezione di confort all'interno dell'ambiente di lavoro
- Fornire consulenza centrata sul lavoro o incontri per lo staff che sta sperimentando livelli elevati di stress nel periodo lavoro

#### Cambiamenti di lavoro e delle strutture di ruolo:

- Limitare il numero dei pazienti di cui lo staff è responsabile in un determinato periodo
- Distribuire tra i membri dello staff i compiti più difficili e meno gratificanti ed esigere dallo staff che lavori in più di un ruolo e programma
- Pianificare ogni giorno in modo che le attività gratificanti e quelle non gratificanti siano alternate
- Dare ad ogni membro dello staff la possibilità di creare nuovi programmi

#### Sviluppo di gestione:

- Creare programmi di training e di sviluppo per il personale attuale e futuro che si dedica alla supervisione, accentuando quegli aspetti del ruolo che gli amministratori hanno più difficoltà ad affrontare
- Creare sistemi di controllo per i supervisori, tipo indagini tra lo staff, e fornire al personale della supervisione un feedback regolare sulle loro prestazioni

#### Soluzione del problema decisionale organizzativo e momento decisionale

- Creare meccanismi formali di gruppo per la soluzione del problema organizzativo e la risoluzione del conflitto
- Organizzare training per la risoluzione del conflitto e la soluzione dei problemi di gruppo per tutto lo staff.

### Bibliografia

1. Cherniss C. La sindrome del burn-out. Lo stress lavorativo degli operatori dei servizi socio-sanitari, Torino: Centro Scientifico Torinese, 1992. Trad. It. Di Staff Burnout. Job Stress in the Human Service. Sage Publications, Beverly Hills, 1980.
2. Maslach C. La sindrome del burnout. Il prezzo dell'aiuto agli altri. Cittadella Editrice, Assisi, 1982.
3. Fassio O, Galati D. L'operatore in un contesto di emergenza: motivazioni ed emozioni. Psicol Salute 2002; 1: 13-26.
4. Freudenberger HJ. Burnout, Anchor Press, Doubleday, 1980.
5. Tomei G, Cinti ME, Palitti T, et al. L'evidenza scientifica in medicina del lavoro: studio meta-analitico sulla sindrome del burnout. Med. Lav 2008; 99 (5): 327-51.
6. Shanafelt Td, Bradley Ka, Wipf Je, Back Al. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Ann Intern Med 2002; 136: 358-367.
7. Jervis G: Psicologia dinamica. Il Mulino, Bologna, 2001.
8. Rogers C, Kniget M. Psicologia e relazioni umane. Bollati Boringhieri, Torino, 1970.
9. Di Nuovo S, Commodori E. Costi psicologici del curare. Stress e burnout nelle professioni di aiuto. Bonanno Editore, Roma, 2004.
10. Bettinardi O, Argentero P, Giorgi I. Indagine sullo stress occupazionale di operatori della medicina riabilitativa. G Ital Med Lav Erg 2007; 29: 693-695.
11. Maslach C, Leiter PL. Burnout e organizzazione. Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro. Erikson ed., Trento, 2000. Trad. It. The truth about burnout. How organizations cause personal stress and what to do about it. Jossey Bass Inc., San Francisco, 1997.
12. Del Leo G. Aspetti etici del lavoro sociale nella giustizia. Esper Giust Minor 1991; 38 (2): 7-16.
13. Paine WS. Overview: Burnout Stress Syndrome and the 1980s. In Paine WS, Job Stress and Burnout. Sage, Beverly Hills, 1982.
14. De Carlo na (a cura di). Teorie e strumenti per lo psicologo del lavoro e delle organizzazioni: imprese e tecnologia, disagio, stress, burnout, mobbing. Franco Angeli, Milano, 2004.
15. Buunk BP, Schaufeli WB. 1993. Burnout: a perspective from social comparison theory. In Schaufeli WB, Maslach C, Marek T (eds): Professional burnout: recent development in theory and research. Taylor & Francis Washington.
16. Schaufeli WB, Enzmann D. The burnout companion to study and practice: a critical analysis. Taylor & Francis, London, 1998.
17. Cordes CL, Dougherty TW. A review and an integration of research on job burnout. Academy of Management. Acad Manage Rev 1993; 18: 621-656.
18. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. Annu Rev Psychol 2001; 52: 397-422.
19. Contessa G. L'operatore cortocircuitato, Clup, Milano, 1987.
20. De Felice F, Cioccolanti B. Il rischio di burnout negli operatori sociosanitari. Edizioni Goliardiche, Udine, 1999.
21. Santinello M, Furlotti R. Servizi Territoriali e rischio di burnout: Fattori di stress lavorativo negli operatori sociali. Giuffrè Editore, Milano, 1992.
22. Gilberti F. L'identità dello psichiatra. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1982.
23. Tomei G, Di Pastena C, Sinibaldi F, et al. The dynamic of "Scapegoating": mobbing, bullying and casting out. Prevent Res 2012; 2 (1): 36-42
24. Baiocco R, Crea G, Laghi F, Provenzano L. Il rischio psicosociale nelle professioni di aiuto: la sindrome del burnout negli operatori, medici, infermieri, psicologi e religiosi. Edizioni Erickson, Trento, 2004.
25. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. 3rd ed. Consulting Psychologists Press, Palo Alto (CA), 1986.
26. Sirigatti S, Stefanile C. The Maslach Burnout Inventory: adattamento e taratura per l'Italia. OS Organizzazioni Speciali, Firenze, 1993.

27. Golembiewski RT, Munzenrider RF, Carter D. Phases of progressive burnout and their co-variants. J Appl Behav Sci 1993; 19: 461-481.  
28. Morasso G, Mirandola M, Piu G, Borreani C. Contribution to the italian adaptation of the Maslach Burnout Inventory. Boll Psicol Appl 1992; 202-03: 31-36.  
29. Pancheri P, Sirigatti S. MMPI-2. Manuale di istruzione. OS Organizzazioni Speciali, Firenze, 2002.  
30. Gough GH, Heilbrun BA, Fioravanti M. Manuale della versione italiana della Adjective checklist. OS Organizzazioni Speciali, Firenze, 1980.  
31. Hathaway SR, Mckinley JC. MMPI-2 - Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. OS Organizzazioni Speciali, Firenze, 1997.  
32. Berne E. A che gioco giochiamo? Ed.Tascabili Bompiani RCS, Milano, 2000.  
33. Avallone F, Paplomatas A. Salute organizzativa. Psicologia del benessere nei contesti lavorativi. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2005.  
34. Pancheri P, Martini A, Tarsitani L, et al. Assessment of subjective stress in the Municipal Police Force of the city of Rome. Stress Health 2002; 18: 127-132.  
35. Pflanz SE, Ogle AD. Job stress, depression, work performance, and perceptions of supervisors in military personnel. Mil Med 2006; 171: 861-865.

**Autore di riferimento:** Franco Burla  
Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, "Sapienza" Università di Roma  
e-mail: [info@preventionandresearch.com](mailto:info@preventionandresearch.com)

Volume 2, Numero 2

### Commenti / Richieste di informazioni

---


**Username**

**Email**

**Web**

**Voto** (1)            (10)

**Commento**

**Codice Sicurezza** 

**Inserire Codice Sicurezza**