

AperTO - Archivio Istituzionale Open Access dell'Università di Torino

Lo studio del burnout in sanità: rapporto coi pazienti e relazione lavoro-famiglia come richieste e risorse

This is the author's manuscript

Original Citation:

Availability:

This version is available <http://hdl.handle.net/2318/104077> since

Terms of use:

Open Access

Anyone can freely access the full text of works made available as "Open Access". Works made available under a Creative Commons license can be used according to the terms and conditions of said license. Use of all other works requires consent of the right holder (author or publisher) if not exempted from copyright protection by the applicable law.

(Article begins on next page)

This is the author's final version of the contribution published as:

MARTINI M.; CONVERSO D.. Lo studio del burnout in sanità: rapporto coi pazienti e relazione lavoro-famiglia come richieste e risorse. *GIORNALE ITALIANO DI MEDICINA DEL LAVORO ED ERGONOMIA*. 34 pp: 41-50.

When citing, please refer to the published version.

Link to this full text:

<http://hdl.handle.net/2318/104077>

Mara Martini, Daniela Converso

Lo studio del burnout in sanità: rapporto coi pazienti e relazione lavoro-famiglia come richieste e risorse

Dipartimento di Psicologia di Torino, Via Verdi 10, 10124 Torino

RIASSUNTO. *Introduzione.* Chi svolge professioni di cura è particolarmente esposto al rischio di burnout, come esito dello sbilanciamento tra le *demands* e le *resources* al lavoro. La presente ricerca ha voluto prendere in esame diversi possibili antecedenti del burnout.

Metodi. Un questionario in autosomministrazione è stato compilato da 307 operatori infermieristici provenienti da due importanti presidi ospedalieri del Piemonte. A fianco di alcune caratteristiche di contesto e contenuto del lavoro sono stati presi in considerazione il supporto sociale percepito, le aspettative e la gratitudine dei pazienti e uno dei fattori di rischio definiti “emergenti”, la relazione lavoro-vita, che può essere espressa dai concetti di conflitto e arricchimento. *Risultati.* Attraverso modelli di regressione gerarchica multipla è stato possibile evidenziare l’impatto che le diverse *demands* e *resources* considerate hanno sulle tre dimensioni del burnout (Esaurimento Emotivo, Depersonalizzazione, Realizzazione Professionale).

Conclusioni. I risultati mettono in luce l’impatto significativo (talora maggiore) che, accanto alle caratteristiche del lavoro e al supporto organizzativo, la relazione con il paziente (aspettative eccessive e gratitudine) e la relazione lavoro-vita (conflitto e arricchimento) hanno sul burnout suggerendo l’utilità, per chi ha ruoli di responsabilità, di presidiare e sostenere queste dimensioni.

Parole chiave: burnout, JD-R, aspettative eccessive e gratitudine dei pazienti, conflitto lavoro-famiglia, arricchimento lavoro-famiglia.

ABSTRACT. Objective. *Care professionals are particularly exposed to the risk of burnout, exiting from unbalancing between demands and resources at work. This work wanted to investigate several possible antecedents of the burnout syndrome.*

Methods. *A self-report questionnaire was filled by 307 workers in two hospitals in the Piemonte Region. The present study examined: perceived social support, patients’ exceeding expectations and gratitude, one of the so called “Emerging Psychosocial Risks”, the work-family relationship, that can be expressed by the concepts of conflict, and enrichment.*

Results. *Multiple hierarchical regression models put in evidence the influence that the studied demands and resources play on the three dimensions of the burnout (Emotional Exhaustion, Depersonalization, Personal Accomplishment).*

Conclusions. *Results highlight the significant (and sometimes higher) impact of relationship (exceeding expectations and gratitude) with patients and work-family relationship has on burnout, besides job characteristics and organizational support.*

Key words: burnout, JD-R, patients’ exceeding expectations and gratitude, work-family conflict and enrichment.

Introduzione

La Sanità rappresenta nei primi studi di Maslach (1), così come nell’arco di quasi trent’anni di sviluppo della ricerca sul costrutto (2, 3), un ambito peculiare di studio del burnout. Tra gli operatori sanitari sembra prodursi con una certa frequenza infatti quel mancato bilanciamento tra il «dare» e il «ricevere», che origina nel processo di domande e risposte emotive della relazione d’aiuto e che può appunto portare allo sviluppo della sindrome del burnout. Tra i possibili antecedenti del burnout, la cui eziopatogenesi è da attribuire all’articolazione complessiva di fattori individuali, relazionali, lavorativi, organizzativi e persino storico-culturali (4, 5, 6), un ruolo primario è attribuito oggi in particolare alle caratteristiche di contenuto e contesto del lavoro (7, 8).

Nel 2001 Demerouti, Bakker, Nachreiner e Schaufeli (9) hanno, sulla scia di Leiter e Maslach (10), sostenuto la necessità di estendere il costrutto anche al di fuori del lavoro sociale e degli *human service* e hanno al contempo sviluppato un modello – il *Job-demands-resources* (JD-R) – che descrive la relazione tra caratteristiche del lavoro che possono incidere sul benessere dei lavoratori e favorire l’insorgenza del burnout. Tale modello prevede una classificazione dei fattori di rischio in due categorie a prescindere dal contesto organizzativo: quelli riferibili alle *job demands* e quelli riferibili alle *job resources*. I primi riguardano gli aspetti strutturali, psicologici, sociali o organizzativi del lavoro che richiedono sforzi significativi fisici e/o psicologici (sia cognitivi sia emotivi), che comportano costi fisiologici o psicologici. I secondi riguardano invece gli aspetti strutturali, psicologici, sociali o organizzativi del lavoro che riducono sia le *job demands* sia i costi a queste associati e stimolano la crescita personale e l’apprendimento. Secondo questo modello essere esposti in particolare alle richieste (*job demands*) è predittivo per l’esaurimento emotivo, mentre la presenza di risorse è predittiva per una più elevata realizzazione personale e un basso livello di depersonalizzazione. Gli esiti negativi (in questo caso il burnout) o positivi in termini di soddisfazione, benessere o realizzazione si svilupperebbero cioè secondo un *processo duale* (*dual process*: 11, 12): il primo corso del processo deriva dall’esposizione a un livello elevato di richieste e porta verso una condizione di

esaurimento. Il secondo ha origine motivazionale ed è alimentato dalle risorse disponibili e dalla sensazione di poter adeguatamente utilizzare le proprie competenze: analogamente a quanto sostenuto da Karasek (13, 14), ma con un significativo ampliamento dello spettro delle domande e delle risorse in gioco, anche nel modello JD-R l'interazione tra un elevato livello di entrambe porta a condizioni di particolare crescita, sviluppo, realizzazione professionale. In caso di assenza o scarsità di risorse, al contrario, questo secondo processo è fortemente compromesso e conduce le persone al cinismo e alla depersonalizzazione e, attraverso questi, alla ridotta realizzazione personale. Conseguenze ulteriori legate all'attivazione di entrambi i processi in chiave negativa hanno evidenziato, in anni recenti, ulteriori conseguenze per i lavoratori e per l'organizzazione, sviluppate in concomitanza e a seguito del burnout, quali assenze per malattia, percezione di un cattivo stato di salute e ulteriori problemi psicofisici a carico dei lavoratori (11, 12).

Il gruppo di autori che ha più contribuito nel corso degli ultimi anni alla definizione del modello (9, 10, 12, 15) ha evidenziato la specificità dei fattori di rischio job strain e burnout per ciascun contesto professionale, ampliando lo spettro dei fattori considerati indistintamente per ogni organizzazione nell'ambito della ricerca sulla salute occupazionale a partire dagli anni '70-'80. Nei call center un fattore di rischio è, ad esempio, sicuramente riconducibile alla dissonanza emotiva che gli operatori sono costretti a sperimentare nelle loro relazioni con i clienti (16, 17), i lavoratori dell'industria manifatturiera sono invece esposti a rischi più "tradizionali" ai quali pone specifica attenzione il *Demand Control Model* (DCM) di Karasek e Theorell (13) come il carico eccessivo di lavoro o la mancanza di autonomia, mentre il personale medico è esposto in primo luogo alle richieste (*demands*) dei pazienti (18). Un'ulteriore specificazione di questo modello, calibrata proprio sulle professioni d'aiuto, assume inoltre che le richieste emozionali siano più facilmente compensate da risorse emozionali, le richieste cognitive da risorse cognitive e le richieste fisiche da risorse fisiche (19).

A partire da queste premesse abbiamo posto al centro di questo lavoro, a fianco dei fattori tradizionalmente (9, 20) presi in considerazione dal DCM (13) e considerati centrali anche nel determinare condizioni di benessere o disagio emotivo nella popolazione infermieristica (21), quali il carico lavorativo (fisico, emotivo e cognitivo), tra le richieste, e del controllo o autonomia e del supporto sociale, tra le risorse, alcuni fattori di rischio peculiari per il contesto sanitario e altri che rappresentano risorse in grado di attivare il processo motivazionale descritto dal modello JD-R o, all'opposto, sollecitare condizioni di depersonalizzazione e cinismo sempre specifici per il contesto.

Il supporto sociale al lavoro, individuato sia nella versione del DCM-S di Johnson e Hall (22) sia nell'ambito

degli studi ispirati dal JD-R (9, 20) come risorsa in grado di contrastare gli effetti di strain o di alimentare crescita e sviluppo, evidenzia una dimensione relazionale che attraversa trasversalmente le organizzazioni e concerne in particolare le relazioni interne al contesto organizzativo con i superiori e i colleghi. Il versante delle relazioni con utenti o clienti proprio di tutte le professioni di servizio costituisce il rischio "originario" per ciò che concerne gli studi sul burnout, una sindrome che costruisce la sua distintività dal fenomeno più noto e generico dello stress lavorativo proprio sulla dimensione interpersonale con l'utenza. Oggi, a fronte di un'estensione dello studio della sindrome ad altri contesti professionali, tale relazione rappresenta invece, come abbiamo visto (18), il rischio "specifico" per le professioni della cura (o di tipo educativo e assistenziale), ma è presa in considerazione in minor misura, o per lo più costituisce "un implicito".

La relazione con i pazienti, o meglio la percezione delle aspettative da parte dei pazienti, è indagata originariamente soprattutto in ragione degli effetti di depersonalizzazione ma, come ricordano Dormann e Zapf (23), assai più di rado sono stati esplicitamente rilevati i *client-related stressors* in termini di antecedenti. Le aspettative eccessive e/o ambigue, l'aggressività verbale, la relazione con persone "sgradevoli" costituiscono invece *stressors* di un certo rilievo. I *client-related stressors* vengono richiamati anche dai ricercatori che, come Grandey (24), hanno analizzato negli ultimi anni gli effetti detrimental del confronto non tanto con la sofferenza degli altri, ma con le proprie emozioni costantemente alterate nella relazione con i clienti, pazienti, fruitori e spesso tenute necessariamente nascoste ("the show must go on").

Nell'ambito delle professioni educative e di cura la relazione con i fruitori dei servizi erogati rappresenta – come e più di altre tipologie di richieste che, ci ricordano gli stessi Bakker e Demerouti (25), non costituiscono di per sé uno stressor ma lo diventano a valle dell'interazione tra domande e risorse – al tempo stesso uno *stressor* e la ragione, o una delle motivazioni, che sostengono educatori, infermieri, ecc. nell'esercizio delle loro attività. La relazione con i pazienti può essere cioè anche intesa, e così è stata qui considerata, nei termini di *risorsa*: la "duplicità" del rapporto è stata del resto interpretata implicitamente fin dai primi studi di Maslach (1) poiché questa non costituisce solo il rischio specifico delle professioni "altruiste", ma è altresì a fondamento della dimensione motivazionale, dei processi di scelta e orientamento a certe professioni. Una componente essenziale di tale rapporto in chiave positiva può essere data dalla "remunerazione" percepita a seguito del ringraziamento, dell'espressione di gratitudine, da parte dei pazienti, come "scambio" (*affective crossover*, 26) capace di ridurre/compensare la fatica delle relazioni più richiedenti e impegnative, aspetto ancora scarsamente analizzato nell'ambito delle organizzazioni di servizio¹.

¹ È attualmente in corso la validazione (con la somministrazione a un campione di 2500 insegnanti ed educatrici/tori dei servizi all'infanzia) di una scala di valutazione della Gratitudine e supporto da parte dei clienti/utenti, intesi come versante positivo della relazione con i fruitori dei servizi, costruita a valle di una serie di interviste individuali e di gruppo condotte con personale infermieristico, insegnanti ed educatori. Una prima versione pilota della scala è stata utilizzata in questo studio.

Accanto alle richieste e risorse che originano nello specifico contesto lavorativo, un ruolo importante sembra infine essere giocato dal modo in cui gli individui percepiscono la relazione lavoro-famiglia, uno dei fattori di rischio definiti “emergenti” dall’Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro (27). Se infatti nello specifico contesto professionale l’individuo può trovarsi a fronteggiare molteplici richieste così come può trovare disponibilità di varie forme di risorse, nell’intreccio tra le diverse sfere di vita (lavoro e famiglia, in primo luogo), tra le quali l’individuo vive quotidiani slittamenti, possono generarsi ulteriori richieste che si sommano e si sovrappongono a quelle strettamente professionali, oppure differenti risorse che vanno a integrare quelle di natura strettamente professionale. Per questa ragione l’esito negativo di tale interazione – il conflitto – e quello positivo – l’arricchimento – sono qui presi in considerazione tra le molteplici declinazioni possibili (28) del rapporto lavoro-vita.

Il conflitto lavoro-famiglia può essere definito come la percezione di inconciliabilità tra la propria partecipazione, intesa come presenza fisica e psicologica, al lavoro e quella in famiglia. Cercare di rispondere alle aspettative in termini di tempo, comportamenti e impegno, provenienti da un contesto, interferisce con la possibilità, per l’individuo, di soddisfare le talora contrastanti aspettative dell’altro contesto, e genera la percezione di una riduzione delle risorse disponibili (29, 30). In questi termini il conflitto stesso può essere considerato una richiesta che va a incrementare la percezione di esaurimento emotivo, a diminuire il senso di realizzazione professionale, e a favorire in questo modo un distacco (o depersonalizzazione) dal proprio lavoro e dai destinatari (i pazienti) del proprio lavoro.

Per contro, nella relazione tra lavoro e famiglia può generarsi anche un circolo virtuoso, l’arricchimento, per il quale si ha un incremento delle risorse percepite come disponibili dall’individuo. L’arricchimento lavoro-famiglia si può infatti definire come il processo in cui la piena partecipazione a un ambito di vita consente di sviluppare competenze, esperienze ed emozioni positive, che possono essere trasferite nell’altro ambito e determinare un miglioramento della performance e del vissuto in entrambi (31, 32).

La relazione lavoro-vita costituisce un tema trasversale a tutti gli ambienti di lavoro, ma assume una valenza particolare negli ambienti sanitari ospedalieri, che per loro natura organizzano il tempo di lavoro secondo modalità che spesso interferiscono con essa in modo inevitabile (33), e sui quali è molto complesso costruire politiche *family-friendly* (34) da parte delle aziende. Del resto diverse ricerche, tra cui lo studio NEXT (35) condotto in diversi paesi europei e alcuni lavori in Italia (36), evidenziano il ruolo centrale della relazione lavoro-vita nel determinare, per il personale infermieristico, vissuti di benessere o malessere al lavoro, fino ad arrivare all’intenzione di lasciare la professione. A fronte di un progressivo aumento dell’età media della popolazione europea e perciò del bisogno di cura, proprio le possibili ricadute, in termini di possibile abbandono del lavoro degli infermieri, dell’esaurimento emotivo, della depersonalizzazione e della riduzione del senso di realizzazione professionale, rende pressante l’esigenza di individuarne i possibili antecedenti.

In riferimento al modello di richieste-risorse e in accordo con le precedenti indicazioni, nell’ambito della ricerca condotta all’interno di due importanti aziende sanitarie piemontesi, sono stati pertanto presi in esame diversi fattori. Congiuntamente alla costellazione di richieste del lavoro (*job demand*), al *control*, e al supporto sociale al lavoro (come risorsa di tipo relazionale), sono state considerate le componenti riferite alle relazioni professionali (con i pazienti) e alla relazione tra lavoro e famiglia, nella loro veste sia di richiesta (operazionalizzata come aspettative eccessive dei pazienti e conflitto lavoro-famiglia) sia di risorsa (gratitudine dei pazienti e arricchimento lavoro-famiglia).

Obiettivi

Obiettivo del presente lavoro è rappresentare il vissuto degli operatori infermieristici e la loro percezione di burnout, rilevando quale influenza eserciti ciascuno dei fattori considerati sulle tre dimensioni del burnout: Esaurimento Emotivo, Depersonalizzazione e Realizzazione Professionale. Più precisamente, coerentemente con la prospettiva (*dual process*) indicata dal modello JD-R, si è teso qui a verificare le seguenti ipotesi:

1. uno sbilanciamento di richieste lavorative rispetto alle risorse può incrementare la percezione di Esaurimento Emotivo e Depersonalizzazione e ridurre la Realizzazione Professionale;
2. la disponibilità di risorse lavorative, a fronte delle diverse richieste, può incrementare la Realizzazione Professionale e ridurre la percezione di Esaurimento Emotivo e Depersonalizzazione;
3. la presenza di risorse relazionali in ambito organizzativo (supporto sociale) può incrementare la Realizzazione Professionale e ridurre la percezione di Esaurimento Emotivo e Depersonalizzazione;
4. nell’ambito della relazione con il paziente, la percezione di eccessive richieste può incrementare la percezione di Esaurimento Emotivo e Depersonalizzazione e ridurre la Realizzazione Professionale mentre la percezione di gratitudine dai pazienti può incrementare la Realizzazione Professionale e ridurre la percezione di Esaurimento Emotivo e Depersonalizzazione;
5. la percezione di una relazione conflittuale tra lavoro e famiglia può contribuire a incrementare la percezione di Esaurimento Emotivo e Depersonalizzazione e ridurre la Realizzazione Professionale;
6. la percezione di una relazione arricchente tra lavoro e famiglia può contribuire a incrementare la Realizzazione Professionale e ridurre la percezione di Esaurimento Emotivo e Depersonalizzazione.

Metodi

Partecipanti

Alla ricerca hanno preso parte 307 soggetti, tra infermieri (61%) e personale ausiliario (39%), appartenenti a realtà ospedaliere multi-specialistiche del Piemonte. Si

tratta per l'88.5% donne e per l'11.5% uomini. L'età media del campione è di 41.64 anni (SD 9.30; minimo 22, massimo 64). L'anzianità lavorativa complessiva media è di 17.16 anni (SD 8.88; minimo 1, massimo 39), di cui 10.24 (SD 7.82; minimo 0, massimo 33) trascorsi in media nell'attuale servizio. La grande maggioranza dei partecipanti ha un contratto di lavoro full-time (84.8%), mentre il 15.2% ha un contratto part-time. I rispondenti dichiarano di lavorare in media circa 40 ore a settimana (SD 6.45; minimo 16, massimo 60) e di dedicare in media 29.43 ore settimanali (SD 17.48; minimo 2, massimo 67) alla cura familiare. Oltre la metà dei partecipanti è coniugata o convivente (66.2%), mentre il 23.1% è celibe o nubile e il 10.7% divorziato, separato o vedovo. Tra i rispondenti, il 66.8% dichiara di avere almeno un figlio e l'età media del figlio più piccolo è di 13.71 anni (SD 9.09; minimo 1, massimo 40).

Strumento

Il questionario in auto-compilazione utilizzato in questa ricerca era composto di una sezione socio-anagrafica e dalle seguenti scale, di cui viene riportato il valore dell'indice alpha di Cronbach (α) per questo campione:

- Burnout: versione italiana di Sirigatti, Stefanile (37) dello strumento proposto da Maslach, Jackson (38), su scala Likert di frequenza da 0 a 6: una sottoscala di Esaurimento Emotivo (8 item; α .88), una di Depersonalizzazione (6 item; α .68) e una di Realizzazione Professionale (8 item; α .77);
- *Job demand-control*: versione breve, tratta da Sanne, Mykletun, Dahl, Moen, Tell (39) e tradotta sulla base dell'adattamento italiano curato da ISPEL (40), su scala Likert di accordo da 1 a 6: una sottoscala di job-demand (4 item; α .70) ("Il mio lavoro richiede di fare le cose molto velocemente"; "Il mio lavoro mi impegna molto a livello mentale"; "Il mio lavoro richiede intenso sforzo fisico"; "Ho tempo sufficiente per fare il mio lavoro") e una di job-control (4 item; α .68) ("Il mio lavoro richiede che impari cose nuove"; "Il mio lavoro richiede creatività"; "Il mio lavoro mi permette di prendere molte decisioni in autonomia"; "Ho la possibilità di decidere come fare il mio lavoro");
- Supporto organizzativo: tratto da Caplan, Cobb, French, Van Harrison, Pinneau (41), su scala Likert di accordo da 1 a 6: una sottoscala di supporto dei superiori (3 item; α .90) e una di supporto dei colleghi (3 item; α .88);
- Relazione con i pazienti: su scala Likert di accordo da 1 a 5, una sottoscala di aspettative eccessive espresse dai pazienti (6 item; α .86), tratta da Dorman, Zapf (23) e una di gratitudine espressa dai pazienti (3 item; α .81), costruita *ad hoc* per questo lavoro e in corso di validazione (vedi nota 1: es. "Diversi pazienti esprimono gratitudine per la cura che offriamo loro");
- Conflitto lavoro-famiglia: adattamento di Colombo, Ghislieri (42) da Netemeyer, Boles, McMurrian (43), su scala Likert di frequenza da 1 a 6 (5 item; α .90);

- Arricchimento lavoro-famiglia: versione breve in lingua italiana di Ghislieri, Martini, Gatti, Colombo (44) tratta da Carlson e colleghi (29), su scala Likert di accordo da 1 a 5 (3 item; α .84).

Metodo

A seguito delle analisi descrittive e del calcolo dell'alpha di Cronbach per ogni sottoscala al fine di verificare la coerenza interna (45), sono state calcolate le correlazioni lineari per evidenziare l'esistenza di relazioni bidirezionali, statisticamente significative, tra le variabili (46). Sono quindi stati calcolati modelli di regressione gerarchica multipla per individuare quali, tra gli elementi considerati, esercitino un'influenza significativa sulla percezione di burnout. Al fine di evidenziare lo specifico impatto di ciascuno dei possibili antecedenti considerati sulle dimensioni di Esaurimento Emotivo (EE), Depersonalizzazione (DP) e Realizzazione Professionale (RP), sono stati introdotti, in step successivi, dopo le variabili di controllo "sesso", "ore di lavoro settimanali", e "anzianità lavorativa nel servizio" (relative, queste ultime alla sfera professionale), e il *job demand-control* (14), il supporto sociale da parte di colleghi e superiori, la relazione con il paziente in termini di aspettative percepite come eccessive e di gratitudine, il conflitto e, infine, l'arricchimento, versanti questi ultimi rispettivamente negativo e positivo della relazione percepita tra lavoro e famiglia. Questo procedimento è suggerito da Barbaranelli (47) al fine di valutare quanto ciascuna delle variabili indipendenti introdotte aggiunga, nella spiegazione della variabile dipendente, rispetto a quanto è stato spiegato dalle variabili precedentemente inserite.

Si è infine calcolato un ulteriore step del modello inserendo, tra le possibili variabili indipendenti, solo quelle che sono risultate influire significativamente sulle tre dimensioni di burnout, per evidenziare il valore netto di varianza spiegata da tale combinazione di variabili.

Risultati

Come si evince dalla Tabella I il livello medio di burnout espresso dagli operatori coinvolti nella ricerca non sembra particolarmente elevato: la Realizzazione Professionale ha un valore medio abbastanza alto, leggermente al di sopra del valore medio del campione normativo italiano² per la sanità ($M = 32.52$), mentre l'Esaurimento Emotivo e la Depersonalizzazione hanno valori medi nel presente campione più bassi di quelli del valore normativo italiano (rispettivamente $M = 20.18$ e $M = 7.03$).

Più precisamente il 34.9% del campione di questa ricerca ha un valore alto di Realizzazione Professionale (nel campione normativo italiano, ≥ 37), il 30.0% ha valore medio di Realizzazione Professionale (tra 30 e 36) e il

² Valori relativi al campione normativo italiano per la sanità: versione italiana del Maslach Burnout Inventory a cura di Sirigatti e Stefanile (37).

Tabella I. Correlazioni lineari bivariate

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.
1. EE	-																
2. DP	.52**	-															
3. RP	-.15*	-.28**	-														
4. Sesso (1 = F)	-.09	-.01	-.01	-													
5. Età	.11	.03	.10	-.30	-												
6. Contratto di lavoro	.03	.08	.02	.04	.08	-											
7. Anzianità lavorativa	.13	.07	.06	-.02	.82**	.07	-										
8. Anzianità nel servizio	.12	.18**	.06	.01	.54**	.04	.56**	-									
9. Ore di lavoro settimanali	.13*	.18**	.04	-.14*	-.06	-.02	-.04	.01	-								
10. Control	-.23	-.15*	.29**	.05	.11	.09	.15*	.14*	-.11	-							
11. Demand	.38**	.15*	.21**	.03	-.13*	.06	-.08	-.08	.16*	-.12*	-						
12. Supporto dei superiori	-.41**	-.24**	.16*	.07	.05	.17**	-.01	-.05	-.10	.18**	-.14*	-					
13. Supporto dei colleghi	-.26**	-.27**	.19**	-.09	-.11	.10	-.08	.08	.05	.08	-.04	.37**	-				
14. Aspettative dei pazienti	.40**	.33**	.01	-.06	.13	.01	.12*	.16*	.02	-.10	.30**	-.19**	-.09	-			
15. Gratitudine dei pazienti	-.24**	-.33**	.19**	-.01	.14*	.08	.05	.01	-.01	.08	-.05	.05	.05	-.13*	-		
16. Conflitto lavoro-famiglia	.50**	.34**	-.16*	-.04	-.07	-.02	-.08	.08	.22*	-.17**	.36**	-.13*	-.12*	.28**	-.18**	-	
17. Arricchimento lavoro-famiglia	-.41**	-.30**	.34**	-.02	.08	.14*	.06	.07	-.10	.14*	-.08	.22**	.22**	-.09	.15*	-.18**	-
M	18.86	4.74	33.21	-	41.64	-	17.16	10.24	40.04	16.66	16.42	10.70	13.25	15.72	13.27	16.61	9.07
SD	10.63	5.08	8.40	-	9.30	-	8.88	7.82	6.45	4.27	4.41	4.50	3.82	5.91	2.22	6.85	3.28

30.9% ha un valore basso (≤ 29). Rispetto all'Esaurimento Emotivo il 32.2% del campione di questa ricerca ha un valore alto (≥ 24), il 28.0% ha valore medio (tra 15 e 23) e il 39.1% ha un valore basso (≤ 14). Rispetto alla Depersonalizzazione, invece, il 18.6% del campione evidenzia un valore alto (≥ 9), il 29.0% un valore medio (tra 4 e 8) e il 50.5% un valore basso (≤ 3).

Il calcolo delle correlazioni evidenzia (ved. Tabella I) la relazione significativa di segno positivo di EE con il *job demand*, le ore di lavoro settimanali, le aspettative espresse dai pazienti, il conflitto lavoro-famiglia, oltre che con DP, e una relazione di segno negativo con il supporto dei superiori e quello dei colleghi, la gratitudine espressa dai pazienti e l'arricchimento lavoro-famiglia, oltre che con RP. La Depersonalizzazione ha una relazione significativa diretta con l'anzianità lavorativa nell'attuale servizio, le ore di lavoro settimanali, le aspettative espresse dai pazienti, il conflitto lavoro-famiglia e il *job demand*, oltre che con EE, mentre ha una relazione inversa con il supporto dei superiori e quello dei colleghi, con la gratitudine espressa dai pazienti e con l'arricchimento lavoro-famiglia, oltre che con RP. La Realizzazione Professionale ha una relazione significativa di segno positivo con il *job control*, il *job demand*, con la gratitudine espressa dai pazienti, il supporto dei superiori e quello dei colleghi e con l'arricchimento lavoro-famiglia; ha invece una relazione di segno negativo con il conflitto lavoro-famiglia, oltre che con EE e DP.

Il modello di regressione gerarchica multipla, che ha come variabile dipendente la dimensione di Esaurimento Emotivo, evidenzia, allo Step 1, l'influenza significativa della variabile di controllo sesso ($F = 1$), del *job demand* e, con intensità inferiore e segno inverso, del *job control*. Allo Step 2, con l'introduzione del supporto da parte dei

superiori e dei colleghi, si ha un incremento della varianza spiegata dal modello (ΔR^2 corretto .10): l'Esaurimento Emotivo risulta incrementato dal *job demand*, dalla variabile di controllo sesso ($F = 1$), dall'anzianità di lavoro nel servizio e ridotto dal supporto dei superiori, da quello dei colleghi e dal *job control*. Allo Step 3 si inseriscono le due variabili relative alle aspettative e alla gratitudine espresse dai pazienti e si ha un incremento della varianza spiegata dal modello di .09: l'Esaurimento Emotivo è incrementato dal *job demand* e dalle aspettative dei pazienti, mentre è ridotto dal supporto dei superiori, da quello dei colleghi e dalla gratitudine dei pazienti. Con l'introduzione, allo Step 4 del modello, del conflitto lavoro-famiglia, si ha un incremento della varianza spiegata di .05: l'Esaurimento Emotivo è incrementato dal *job demand*, dalle aspettative dei pazienti e, fortemente, dal conflitto lavoro-famiglia, mentre è ridotto dal supporto dei superiori e da quello dei colleghi. Allo Step 5 del modello viene inserito l'arricchimento lavoro-famiglia, con un incremento della varianza spiegata di .07: l'Esaurimento Emotivo è incrementato dal *job demand*, dalle aspettative dei pazienti e dal conflitto lavoro-famiglia, mentre è ridotto dal supporto dei colleghi e dall'arricchimento lavoro-famiglia. Tra le richieste considerate, le ore di lavoro settimanali non risultano avere influenza significativa sull'Esaurimento Emotivo.

Si è calcolato infine (Step 6) un ulteriore modello di regressione per valutare l'effetto delle sole variabili risultate avere influenza significativa sull'Esaurimento Emotivo: con una varianza spiegata di .47, confermano il loro impatto significativo in senso positivo il *job demand*, le aspettative eccessive espresse dai pazienti e il conflitto lavoro-famiglia e, in senso negativo, il supporto dei colleghi e l'arricchimento lavoro-famiglia.

Tabella II. Regressione gerarchica multipla per l'Esaurimento Emotivo

ESAURIMENTO EMOTIVO												
	Step 1		Step 2		Step 3		Step 4		Step 5		Step 6	
	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>
Sesso (1 = F)	.14*	2.07	.14*	2.11	.11	1.75	.06	1.05	.09	1.71	-	-
Ore di lavoro settimanali	.04	.52	.04	.58	.04	.71	-.03	-.38	-.03	-.46	-	-
Anzianità nel servizio	.13	1.91	.13*	2.14	.09	1.50	.08	1.45	.10	1.92	-	-
Control	-.18*	-2.59	-.13*	-2.06	-.10	-1.62	-.07	-1.28	-.07	-1.23	-	-
Demand	.36**	5.29	.34**	5.34	.28**	4.49	.19*	3.11	.24**	4.05	.23**	4.22
Supporto dei superiori	-	-	-.18*	-2.60	-.14*	-2.12	-.16*	-2.50	-.11	-1.86	-	-
Supporto dei colleghi	-	-	-.22*	-3.32	-.22*	-3.46	-.19*	-3.07	-.15*	-2.56	-.16*	-3.29
Aspettative dei pazienti	-	-	-	-	.26**	4.04	.22*	3.48	.19*	3.31	.24**	4.69
Gratitudine dei pazienti	-	-	-	-	-.14*	-2.37	-.10	-1.68	-.07	-1.31	-	-
Conflitto lavoro-famiglia	-	-	-	-	-	-	.28**	4.23	.23**	3.63	.27**	4.98
Arricchimento lavoro-famiglia	-	-	-	-	-	-	-	-	-.28**	-5.02	-.27**	-5.40
	R^2 corretto= .19		R^2 corretto= .29		R^2 corretto= .38		R^2 corretto= .43		R^2 corretto= .50		R^2 corretto= .47	

N = 307

* $p < .05$

** $p < .001$

Il modello di regressione gerarchica multipla che ha come variabile dipendente la dimensione di Depersonalizzazione evidenzia, allo Step 1, l'influenza significativa dell'anzianità lavorativa nel servizio e dal *job control*. Introducendo, allo Step 2, il supporto da parte dei superiori e dei colleghi, si determina un leggero incremento della varianza spiegata dal modello (ΔR^2 corretto .06): la Depersonalizzazione è ridotta dal supporto dei colleghi, e incrementata dalle ore di lavoro settimanali e dall'anzianità lavorativa nel servizio. Allo Step 3, con l'introduzione delle due variabili relative alle aspettative e alla gratitudine espresse dai pazienti, si ha un incremento sensibile della varianza spiegata dal modello (ΔR^2 corretto .13): la Depersonalizzazione è incrementata dalle ore di lavoro settimanali, dall'anzianità lavorativa nel servizio e dalle aspettative dei pazienti, mentre è ridotta dal supporto dei colleghi e dalla gratitudine dei pazienti. L'inserimento, allo Step 4 del modello, del conflitto lavoro-famiglia produce un ulteriore, seppur limitato, incremento della varianza spiegata (ΔR^2 corretto .02): il conflitto lavoro-famiglia, così come l'anzianità lavorativa nel servizio e le aspettative espresse dai pazienti, incrementa la Depersonalizzazione che è ridotta invece dal supporto dei colleghi e dalla gratitudine dei pazienti. Allo Step 5 del modello è stato inserito l'arricchimento lavoro-famiglia, con un incremento della varianza spiegata di .02: la Depersonalizzazione è incrementata dal conflitto lavoro-famiglia, dalle aspettative espresse dai pazienti e dall'anzianità lavorativa nel servizio mentre è ridotta dalla gratitudine dei pazienti, dal supporto dei colleghi e dall'arricchimento lavoro-famiglia.

Il calcolo del modello di regressione per valutare l'effetto delle sole variabili risultate avere influenza significa-

tiva sulla Depersonalizzazione (Step 6) ha infine confermato, con una varianza spiegata di .29, l'impatto significativo di segno positivo dell'anzianità lavorativa nel servizio, delle aspettative eccessive dei pazienti e del conflitto lavoro-famiglia, e di segno negativo della gratitudine dei pazienti, del supporto dei colleghi e dell'arricchimento lavoro-famiglia.

Il modello di regressione gerarchica multipla che ha come variabile dipendente la dimensione di Realizzazione Professionale evidenzia, allo Step 1, l'influenza significativa del *job control* e del *job demand*. Introducendo, allo Step 2, il supporto da parte dei superiori e dei colleghi, si produce un incremento molto circoscritto della varianza spiegata dal modello (ΔR^2 corretto .02): la Realizzazione Professionale è incrementata dal *job control* e dal *job demand*, mentre il supporto dei superiori e dei colleghi non risulta avere influenza significativa. Allo Step 3 sono state inserite le due variabili relative alle aspettative e alla gratitudine espresse dai pazienti con un conseguente incremento della varianza spiegata dal modello di .02: la Realizzazione Professionale è alimentata dal *job control*, dal *job demand* e dalla gratitudine dei pazienti; le aspettative dei pazienti non sembrano influire sulla variabile dipendente. Neppure l'introduzione, allo Step 4 del modello, del conflitto lavoro-famiglia, produce un elevato incremento della varianza spiegata (ΔR^2 corretto .01): il conflitto lavoro-famiglia non ha influenza sulla Realizzazione Professionale, che è invece incrementata da *job control*, *job demand* e gratitudine dei pazienti. Allo Step 5 del modello è stato inserito l'arricchimento lavoro-famiglia, con un incremento della varianza spiegata di .06: la Realizzazione Professionale è incrementata dal *job control*, dal *job*

Tabella III. *Regressione gerarchica multipla per la Depersonalizzazione*

DEPERSONALIZZAZIONE												
	Step 1		Step 2		Step 3		Step 4		Step 5		Step 6	
	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>
Sesso (1 = F)	.01	.07	.01	.15	-.02	-.29	-.05	-.70	-.03	-.39	-	-
Ore di lavoro settimanali	.14	1.92	.15*	2.06	.15*	2.21	.11	1.56	.10	1.56	-	-
Anzianità nel servizio	.17*	2.40	.18*	2.60	.14*	2.11	.13*	2.07	.15*	2.29	.15*	2.54
Control	-.14*	-1.96	-.11	-1.58	-.08	-1.14	-.06	-.93	-.06	-.87	-	-
Demand	.11	1.51	.10	1.43	.04	.59	-.01	-.17	.02	.23	-	-
Supporto dei superiori	-	-	-.10	-1.30	-.07	-.91	-.08	-1.07	-.05	-.67	-	-
Supporto dei colleghi	-	-	-.20*	-2.77	-.20*	-2.83	-.18*	-2.55	-.15*	-2.21	-.18*	-2.90
Aspettative dei pazienti	-	-	-	-	.24*	3.37	.21*	3.99	.19*	2.82	.21*	3.34
Gratitudine dei pazienti	-	-	-	-	-.26**	-3.92	-.23*	-3.49	-.21*	-3.29	-.22**	-3.55
Conflitto lavoro-famiglia	-	-	-	-	-	-	.17*	2.32	.14*	1.89	.18*	2.93
Arricchimento lavoro-famiglia	-	-	-	-	-	-	-	-	-.17*	-2.63	-.19*	3.10
	<i>R</i> ² corretto= .06		<i>R</i> ² corretto= .12		<i>R</i> ² corretto= .25		<i>R</i> ² corretto= .27		<i>R</i> ² corretto= .29		<i>R</i> ² corretto= .29	

N = 307

**p* < .05

***p* < .001

demand e, piuttosto fortemente, dall'arricchimento lavoro-famiglia. Non hanno impatto significativo sulla Realizzazione Professionale le ore di lavoro settimanali, il supporto di superiori o colleghi, le aspettative dei pazienti, il conflitto lavoro-famiglia.

Il modello di regressione per valutare l'effetto delle sole variabili risultate avere influenza significativa sulla Realizzazione Professionale, con varianza spiegata di .22 conferma l'influenza significativa del *job control*, del *job demand* e dell'arricchimento lavoro-famiglia.

Tabella IV. *Regressione gerarchica multipla per la Realizzazione Professionale*

REALIZZAZIONE PROFESSIONALE												
	Step 1		Step 2		Step 3		Step 4		Step 5		Step 6	
	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>
Sesso (1 = F)	.01	.03	.01	.14	.01	.17	.04	.51	.01	.07	-	-
Ore di lavoro settimanali	.04	.59	.05	.64	.06	.77	.09	1.25	.09	1.34	-	-
Anzianità nel servizio	.07	.94	.07	.93	.07	.94	.07	.10	.05	.75	-	-
Control	.30**	4.19	.28**	3.85	.27**	3.78	.26**	3.60	.25**	3.64	.29**	4.90
Demand	.22*	3.03	.23*	3.19	.23*	3.16	.28**	3.64	.23*	3.14	.25**	4.21
Supporto dei superiori	-	-	.11	1.45	.12	1.51	.13	1.65	.08	1.00	-	-
Supporto dei colleghi	-	-	.08	1.02	.07	.90	.05	.65	.01	.15	-	-
Aspettative dei pazienti	-	-	-	-	.01	.17	.04	.49	.06	.81	-	-
Gratitudine dei pazienti	-	-	-	-	.18*	2.56	.15*	2.19	.13	1.91	-	-
Conflitto lavoro-famiglia	-	-	-	-	-	-	-.16	-1.94	-.11	-1.35	-	-
Arricchimento lavoro-famiglia	-	-	-	-	-	-	-	-	.27**	3.84	.29**	5.07
	<i>R</i> ² corretto= .10		<i>R</i> ² corretto= .12		<i>R</i> ² corretto= .14		<i>R</i> ² corretto= .15		<i>R</i> ² corretto= .21		<i>R</i> ² corretto= .22	

N = 307

**p* < .05

***p* < .001

Discussione

Sebbene il burnout non sembri rappresentare una criticità particolare per gli operatori coinvolti nella ricerca, portare l'attenzione sul ruolo di influenza che ciascuno degli aspetti considerati esercita sulle tre dimensioni di Esaurimento Emotivo, di Depersonalizzazione e di Realizzazione Professionale consente tuttavia di formulare alcune considerazioni.

In particolare, rispetto alla prima ipotesi, trova parziale conferma che le richieste lavorative influiscano sulle tre dimensioni del burnout: il carico di lavoro (espresso in termini di *job demand*) incrementa infatti l'Esaurimento Emotivo e l'anzianità lavorativa nel servizio aumenta la Depersonalizzazione, mentre le ore di lavoro non risultano avere impatto significativo su nessuna delle dimensioni considerate. Da notare il rapporto tra *job demand* e Realizzazione Professionale: il primo sembra incrementare, e non ridurre, la seconda, dato che può essere letto tenendo conto della dimensione di "sfida" e non solo di carico che il *job demand* rappresenta e pare, coerentemente con il processo duale indicato dal modello JD-R, l'esito positivo – detto "motivazionale" – dell'interazione tra domande e risorse.

Rispetto alla seconda ipotesi, se le risorse al lavoro non sembrano ridurre significativamente Esaurimento Emotivo né Depersonalizzazione, trova invece conferma che il *job control* incrementi la percezione di Realizzazione Professionale.

Di particolare interesse è il ruolo della componente relazionale, in linea con le ipotesi 3 e 4. In particolare, rispetto alla terza ipotesi, il supporto percepito dai colleghi

(piuttosto che dai superiori) riduce la percezione di Esaurimento Emotivo e di Depersonalizzazione, mentre non influenza significativamente la Realizzazione Professionale.

Rispetto alla quarta ipotesi, che porta l'attenzione sulla relazione con i pazienti, trova conferma che, nel vissuto degli infermieri, le richieste (aspettative eccessive espresse dai pazienti) incrementino l'Esaurimento Emotivo e la Depersonalizzazione. Le risorse, rappresentate dalla gratitudine espressa dai pazienti, in coerenza con l'ipotesi di partenza, riducono la percezione di Depersonalizzazione. Questo dato si allinea con l'indicazione di Dormann e Zapf (23), che suggeriscono di soffermare maggiormente l'attenzione sui *client-related stressors* come antecedenti della percezione di burnout per professioni come quella infermieristica, in cui la relazione d'aiuto con il paziente rappresenta un "contenuto" centrale del lavoro. Non trova tuttavia conferma l'ipotesi di un'influenza significativa della relazione con il paziente (in termini di richiesta né di risorsa) sulla Realizzazione Professionale.

Un ulteriore elemento di particolare rilevanza, già emerso in altre ricerche (36, 37), è risultato in questo studio la relazione lavoro-famiglia percepita, che sembra avere un impatto molto forte sulle dimensioni del burnout, a conferma delle ipotesi 5 e 6. Se tuttavia l'Esaurimento Emotivo, così come la Depersonalizzazione, viene influenzato, in modo diretto e inverso rispettivamente, sia dal conflitto sia dall'arricchimento lavoro-famiglia, sulla Realizzazione Professionale sembra esercitare influenza solo l'arricchimento, cioè il versante positivo della relazione tra lavoro e famiglia. L'Esaurimento Emotivo e la Depersonalizzazione, in altri termini, risultano incrementati dalle at-

tese percepite come conflittuali, provenienti dal lavoro e dalla famiglia e attenuati dalla percezione di risorse che, sviluppate in un ambito di vita, vengono trasferite nell'altro migliorandone le performance. La percezione di richieste contrastanti provenienti dall'ambito professionale e familiare non riduce tuttavia la percezione di Realizzazione Professionale, che viene invece sostenuta sia dalle esperienze strettamente professionali sia dal trasferimento di risorse e competenze da un contesto all'altro.

Il modello JD-R proposto da Demerouti e colleghi (9) e ripreso in Bakker e colleghi (20) che evidenzia, secondo la logica di un processo duale, l'influenza delle richieste e delle risorse strettamente legate al lavoro sulla percezione di burnout trova qui pertanto riscontro. I risultati emersi da questo lavoro permettono di individuare una costellazione di richieste e risorse che può costituire uno specifico set per indagare i vissuti di burnout nel contesto degli operatori sanitari (ved. Fig. 1).

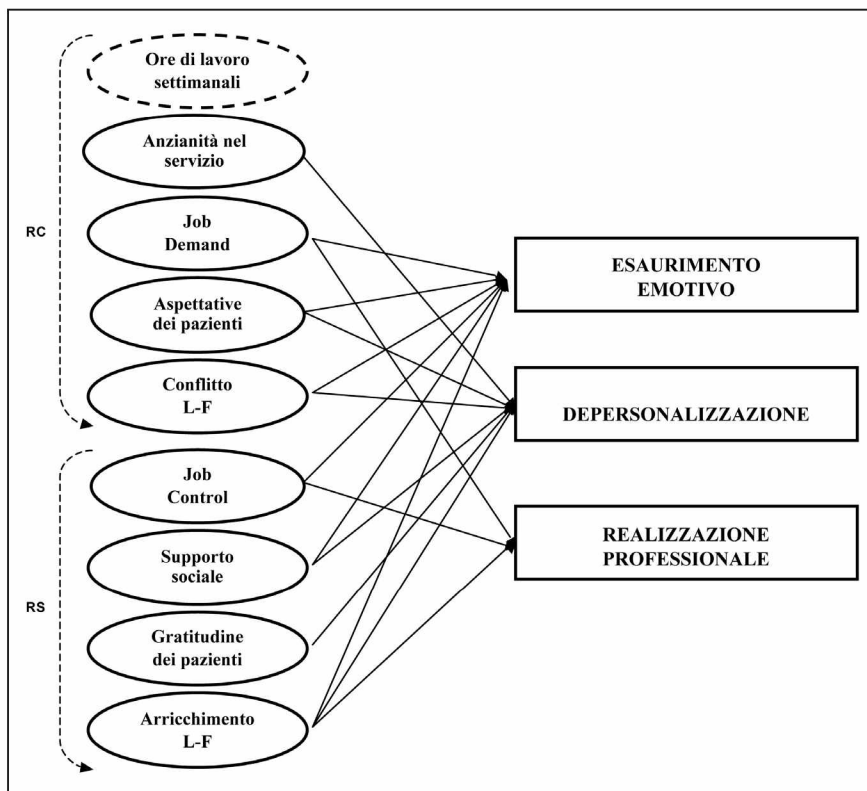


Figura 1. Modello JDR che presenta la costellazione di Richieste (indicate come RC) e Risorse (indicate come RS) che risultano avere impatto significativo sulle dimensioni di burnout nella presente ricerca

La presente ricerca presenta alcuni limiti. In primo luogo ha visto il coinvolgimento di aziende sanitarie solo piemontesi, riducendo la possibilità di generalizzare i risultati: potrebbe essere utile, in seguito, proporlo in altre regioni italiane. Il disegno di ricerca, inoltre, è *cross sectional*: una ricerca longitudinale, che si può auspicare per il futuro, avrebbe consentito di evidenziare con maggiore sicurezza le relazioni di causalità delle variabili considerate. Un ulteriore limite può essere quello di *mortality-selection*: essendo la ricerca a partecipazione volontaria, non si può escludere infatti che coloro che hanno risposto al questionario siano le persone che hanno vissuti e atteggiamenti meno critici nei confronti del lavoro e dei temi oggetto della ricerca.

Questo lavoro può tuttavia portare ad alcune considerazioni, utili sia per la ricerca empirica, sia per la pratica. Sebbene la riflessione sul fenomeno del burnout si sia sviluppata, inizialmente, nel contesto sanitario (2, 3, 1) e solo successivamente estesa ad altri ambiti professionali, prevalentemente quelli caratterizzati dalla relazione con l'utente o cliente, non così numerosi sono stati i lavori che hanno cercato di indagare nello specifico l'impatto di questa dimensione interpersonale (48), che resta solitamente sullo sfondo, sulle tre dimensioni del burnout. I risultati della ricerca qui presentata hanno evidenziato, per contro, l'importanza centrale rivestita dalla relazione con il paziente in termini di aspettative e richieste percepite come eccessive dagli operatori, in continuità con il lavoro di Dormann e Zapf (23), e l'opportunità di considerare tale relazione – in termini di aspettative – tra le *demands* che possono incrementare il rischio di burnout per professionisti della cura. Il “versante positivo” della relazione con il paziente, che si può definire in termini di gratitudine espressa per la cura ricevuta e può avere la valenza di ricompensa per l'impegno profuso, sembra allo stesso tempo avere, come risulta dalla presente ricerca, un ruolo importante – come risorsa – nel ridurre il rischio di burnout, ma risulta in letteratura ancor meno esplorato, salvo alcune prime suggestioni a opera di Zimmermann, Dormann e Dollard (26).

Un altro possibile antecedente del burnout di cui questa ricerca ha evidenziato la centralità, in linea con recenti lavori italiani (36) ed europei (35), è la relazione tra lavoro e famiglia, che può costituire una particolare criticità per chi svolge un lavoro in cui numerosi sono gli aspetti di similarità (es. le attività di cura), talvolta di sovrapposizione (es. gli orari) con la vita familiare, soprattutto in quei contesti come le organizzazioni sanitarie ospedaliere in cui compito e mandato sociale rendono difficile se non impossibile una diversa distribuzione dei carichi e dei tempi di lavoro. Se le richieste e le risorse che provengono dal contesto lavorativo, siano esse relative allo svolgimento della propria attività o alla relazione con gli altri professionisti o con i pazienti, giocano un ruolo centrale nel determinare un vissuto negativo o positivo al lavoro, sembra cruciale tener conto delle altre dimensioni di vita, in primo luogo la famiglia, che non possono essere considerate come evulse e completamente esterne al lavoro e all'impegno professionale, poiché con questi si intrecciano di volta in volta, ponendosi in contrasto o favorendoli.

Di entrambi gli aspetti, il rapporto con il paziente e la relazione tra lavoro e famiglia, è risultato inoltre importante considerare sia la valenza di *demands* (le aspettative eccessive dei pazienti e il conflitto lavoro-famiglia) sia quella di *resources* (la gratitudine dei pazienti e l'arricchimento lavoro-famiglia) in relazione alle tre sottoscale del burnout. Se le *demands*, infatti, contribuiscono a incrementare il rischio di Esaurimento Emotivo e di Depersonalizzazione, la componente positiva del modello tripartito di Maslach (1), la Realizzazione Professionale, è alimentata dalla disponibilità di *resources*. Per non limitarsi a ridurre il disagio, o il rischio di disagio, ma piuttosto favorire un vissuto positivo al lavoro sembra dunque centrale non trascurare nessuno degli elementi qui presi in esame.

In questa direzione possono andare anche possibili indicazioni operative per i responsabili dei contesti sanitari. Non è certamente possibile favorire maggiori espressioni di gratitudine da parte dei pazienti e occorre tenere conto dei vincoli contrattuali e organizzativi che regolano le attività del personale infermieristico e delle richieste specifiche che questa professione pone, in termini di turnazione o di carico emotivo nella relazione con chi soffre. Tuttavia potrebbero essere offerte ad esempio occasioni di supporto psicologico a favorire una migliore e più consapevole gestione delle richieste, o l'implementazione di strategie cognitive volte a una focalizzazione sulle emozioni positive e sugli effetti della relazione affettiva positiva con gli utenti, e lo sviluppo di una relazione positiva tra lavoro e famiglia. Le positive ricadute della gratitudine evidenziano inoltre, a ulteriore conferma della reciprocità del rapporto tra benessere degli operatori e soddisfazione per l'assistenza ricevuta da parte dei pazienti (49, 50, 51) e della virtuosità di tale reciproco rapporto, l'opportunità di investire sulla qualità della vita organizzativa in questi ambienti al fine di alimentare la qualità stessa del servizio offerto.

Bibliografia

- 1) Maslach C. La sindrome del Burnout: il prezzo dell'aiuto agli altri. Assisi: Cittadella, 1992 (1982).
- 2) Felton JS. Burnout as a clinical entity - its importance in health care workers. *Occup Med (Oxf)* 1998; 48 (4): 237-250.
- 3) Hopper C, Craig J, Janvrin DR, Wetsel MA, Reimels E. Compassion Satisfaction, Burnout and compassion fatigue among Emergency Nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *J Emerg Nurs* 2010; 36: 420-427.
- 4) Borgogni L, Consiglio C. Job burnout: evoluzione di un costrutto. *Giornale Italiano di Psicologia* 2005; 1: 23-57.
- 5) Converso D, Marafioti M. La sindrome del burnout: origine e sviluppi del costrutto e studio degli antecedenti. In Converso D, Falchetta R, Burnout e non solo, Torino, Centro Scientifico Editore, 2007: 72-109.
- 6) Schaufeli WB, Enzmann D. The burnout companion to study and to practice. A critical analysis. London: Taylor & Francis, 1998.
- 7) Akerboom S, Maes S. Beyond demand and control: The contribution of organizational risk factors in assessing the psychological well-being of health care employees. *Work Stress* 2006; 20 (1): 21-36.
- 8) Hatton C, Emerson E. The development of a shortened 'ways of coping' questionnaire for use with direct care staff in learning disability services. *Mental Handicap Research* 1995; 8: 237-251.
- 9) Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The Job Demand-Resources Model of Burnout. *J Appl Psychol* 2001; 86 (3): 499-512.

- 10) Leiter MP, Maslach C. Preventing burnout and building engagement: A complete program for organizational renewal. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2000.
- 11) Bakker AB, Demerouti E, Schaufeli WB. Dual processes at work in a call centre: An application of the Job Demands-Resources model. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2003; 12: 393-417.
- 12) Guglielmi D, Simbula S, Depolo M, Violante FS. La rilevazione dei fattori di rischio psicosociale alla luce del job demands-resources model. *Risorsa Uomo* 2011; 16 (1): 19-32.
- 13) Karasek RA, Theorell T. Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York, NY: Basic Books Inc, 1990.
- 14) Karasek RA Jr. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job design. *Adm Sci Q* 1979; 24: 285-308.
- 15) Hu Q, Schaufeli WB, Taris TW. The Job Demands-Resources model: An analysis of additive and joint effects of demands and resources. *J Vocat Behav* 2011; 79: 181-190.
- 16) Quaglino GP, Ghislieri C, Colombo L, D'Orso MI, Maina G, Turbati M, Fubini E, Piccardo C, Re A, Spano M, Iavicoli S, Cesana G. Il benessere nei call center: un approccio multidisciplinare di ricerca e valutazione. *Med Lav* 2010; 101 (3): 169-188.
- 17) Zapf D, Vogt C, Seifert C, Mertini H, Isic A. Emotion work as a source of stress. The concept and development of an instrument. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 1999; 8: 371-400.
- 18) Bakker AB, Schaufeli WB, Sixma H, Bosveld W, Van Dierendonck D. Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: A five-year longitudinal study among general practitioners. *J Organ Behav* 2000; 21: 425-441.
- 19) de Jonge J, Dormann C. The DISC Model: Demand-Induced Strain Compensation Mechanisms in Job Stress. In: Dollard M, Winefield AH, Winefield HR, eds. Occupational stress in the service professions. London & New York: Taylor & Francis Group, 2003: 43-74.
- 20) Bakker AB, Demerouti E, Taris TW, Schaufeli WB, Schreurs PJG. A multigroup analysis of the job demands-resources model in four home care organizations. *Int J Stress Manag* 2003; 10 (1): 16-38.
- 21) Tummers G, van Merode GG, Landeweerd JA. The diversity of work: differences, similarities and relationships concerning characteristics of the organization, the work and psychological work reactions in intensive care and non-intensive care nursing. *Int J Nurs Studies* 2002; 39: 841-855.
- 22) Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place support, and cardiovascular disease. A cross sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health* 1988; 78: 1336-1342.
- 23) Dormann C, Zapf D. Customer-Related Social Stressors and Burnout. *J Occup Health Psychol* 2004; 9 (1): 61-82.
- 24) Grandey AA. When "the show must go on": surface acting and deep acting as determinants of emotional exhaustion and peer-rated service delivery. *Acad Manage J* 2003; 44: 86-98.
- 25) Bakker A, Demerouti E. The Job Demands-Resources model: state of the art. *J Manag Psychol* 2006; 22 (3): 309-328.
- 26) Zimmermann BK, Dormann C, Dollard MF. On the positive aspects of customers: Customer-initiated support and affective crossover in employee-customer dyads. *J Occup Org Psychol* 2011; 84: 31-57.
- 27) European Agency for Safety and Health at Work [Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro]. Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health 2007. <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/104>
- 28) Ghislieri C, Colombo C, Piccardo C. La conciliazione tra lavoro remunerato e resto della vita. In: Argentero PG, Cortese C, Piccardo C., eds. Psicologia delle risorse umane. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2010: 257-274.
- 29) Carlson DS, Kacmar KM, Williams LJ. The development and validation of a multi-dimensional measure of work-family conflict. Paper presented at the 1998 Academic Management Meeting. California, 1998.
- 30) Lapiere LM, Allen TD. Work-Supportive Family, Family-Supportive Supervision, Use of Organizational Benefits, and Problem-Focused Coping: Implications for Work-Family Conflict and Employee Well-Being. *J Occup Health Psychol* 2006; 11 (2): 169-181.
- 31) Carlson DS, Kacmar KM, Wayne JH, Grzywacz JG. Measuring the positive side of the work-family interface: Development and validation of a work-family enrichment scale. *J Vocat Behav* 2006; 68: 131-164.
- 32) Rothbard NP. Enriching or depleting? The dynamics of engagement in work and family. *Adm Sci Q* 2001; 46: 655-684.
- 33) Converso D, Baratti A. Il benessere organizzativo in Sanità: l'esperienza della Regione Piemonte. *G Ital Med Lav Ergon* 2010; 32 (3): 355-359.
- 34) Allen TD. Family-supportive work environments: The role of organizational perceptions. *J Vocat Behav* 2001; 58: 414-435.
- 35) Simon M, Kümmerling A, Hasselhorn HM, and The Next-Study Group. Work-Home Conflict In The European Nursing Profession. *Int J Occup Med Environ Health* 2004; 10 (4): 384-391.
- 36) Cortese CG, Ghislieri C, Colombo L. Le determinanti della soddisfazione lavorativa del personale infermieristico: il ruolo del conflitto lavoro-famiglia. *Med Lav* 2008; 99 (5): 371-386.
- 37) Sirigatti S, Stefanile C. Adattamento italiano del MBI - Maslach Burnout Inventory. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1993.
- 38) Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. Research Edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, 1981.
- 39) Sanne B, Mykletun A, Dahl AA, Moen BE, Tell GS. Testing the Job Demand-Control-Support model with anxiety and depression as outcomes: The Hordaland Health Study. *Occup Med (Oxf)* 2005; 55: 463-473.
- 40) Baldasseroni A, Camerino D, Cenni P, Cesana GC, Fattorini E, Ferrario M, Mariani M, Tartaglia R. La valutazione dei fattori psicosociali. Proposta della versione italiana del Job Content Questionnaire di R.A. Karasek. Consultabile su: <http://www.ispesl.it/informazione/karasek.htm>.
- 41) Caplan RD, Cobb S, French JRP Jr, Harrison RV, Pinneau SR Jr. Job demands worker health: main effects and occupational differences. NIOSH Research Report, U.S. Department of Health, Education, and Welfare Publication. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1975: 75-160.
- 42) Colombo L, Ghislieri C. The work-to-family conflict: between theories and measures. *TPM - Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology* 2008; 15: 35-55.
- 43) Netemeyer RG, Boles JS, McMurrian R. Development and validation of work-family conflict and family-work conflict scales. *J Appl Psychol* 1996; 81: 400-410.
- 44) Ghislieri C, Martini M, Gatti P, Colombo L. The 'bright side' of the work-family interface: a brief work-family enrichment scale in a sample of medical professionals. *TPM - Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology* 2011; 18 (4): 211-230.
- 45) Nunnally JC. Psychometric Theory. New York: McGraw-Hill, 1978.
- 46) Ortalda F. La survey in psicologia. Roma: Carocci Editore, 1998.
- 47) Barbaranelli C. Analisi dei dati. II edizione. Milano: Led, 2007.
- 48) Converso D, Gattino S, Loera B. Antecedenti della sindrome di burnout nella Sanità pubblica: fattori interpersonali e organizzativi. *Risorsa Uomo* 2009; 15 (3): 241-258.
- 49) Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care* 2004; 42 (2): 57-66.
- 50) Halbesleben JRB, Rathert C. Linking physician burnout and patient outcomes: exploring the dyadic relationship between physicians and patients. *Health Care Manage Rev* 2008; 33 (1): 29-39.
- 51) Gamman AN, Corrigan PW, Morris S. Staff burnout and patient satisfaction: evidence of relationships at the care unit level. *J Occup Health Psychol* 2002; 7 (3): 235-241.