

## Sommario

ABSTRACT.....	1
INTRODUZIONE .....	3
METODI.....	7
RISULTATI.....	12
DATI DI ESITO E RISULTATI PRINCIPALI .....	17
DISCUSSIONE .....	29
LIMITI GENERALIZZABILITA' .....	31
CONCLUSIONI .....	32
ALLEGATI .....	33
BIBLIOGRAFIA .....	52

## **ABSTRACT**

**Background.** Il burnout è una sindrome psicologica che si verifica quando la persona è sottoposta ad una prolungata esposizione a situazioni lavorative stressanti. Secondo la letteratura scientifica, tutti coloro che svolgono le helping professions, sono esposti al rischio di sviluppare burnout.

**Obiettivi.** Gli studi riguardanti il burnout presenti nell'area sanitaria della riabilitazione rappresentano una percentuale molto esigua rispetto a quelli condotti nell'area medica, infermieristica e psicologica.

Partendo da questa premessa ci siamo posti come obiettivo quello di confrontare i professionisti della riabilitazione con i professionisti infermieri.

**Metodi.** È stato incluso nello studio: qualunque soggetto facente parte di una professione sanitaria riabilitativa prevista dal decreto 29 marzo 2001, n.118. (Classe di laurea LM/SNT2), e della professione sanitaria infermieristica prevista del decreto del 14 settembre 1994 n.739 (Classe di laurea L/SNT/1), iscritto agli albi dei rispettivi ordini professionali delle Marche alla data di novembre 2022 e che abbia risposto ad un questionario costruito ad hoc utilizzando “Google Forms” tra dicembre 2022 e gennaio 2023 per le professioni riabilitative e tra aprile 2023 e maggio 2023 per la professione infermieristica. La prima sezione del questionario indagava le caratteristiche demografiche e professionali della popolazione, la seconda sezione indagava il fenomeno del burnout secondo la scala MBI.

**Risultati.** Il campione arruolato è composto da 337 professionisti della riabilitazione (11% del campione totale) e da 289 infermieri (2,5%) delle Regione Marche. La prevalenza del burnout si attesta intorno al 34% tra le professioni riabilitative e a circa il 50 % tra gli infermieri per quanto riguarda l'esaurimento emotivo e la depersonalizzazione. Tra le due categorie c'è una differenza sostanziale che è risultata statisticamente significativa in entrambe le dimensioni del burnout. Nella dimensione della Realizzazione Personale il 30% degli infermieri ha un alto rischio di burnout, contro il 26% delle professioni riabilitative, ma questa differenza non è statisticamente significativa.

**Conclusioni.** I risultati del presente studio mostrano che bisognerebbe porre un'enfasi sulla categoria degli infermieri soprattutto ad inizio carriera, ma anche sui professionisti che lavorano in ambito pediatrico e nei servizi territoriali, delineando strategie di prevenzione, promuovendo e sviluppando linee di supporto per aiutare i professionisti ad aumentare la loro resilienza

**Parole chiave:** Health Occupations, Burnout, rehabilitation professionals, physical therapist, nurses

## INTRODUZIONE

Condizioni prolungate di stress possono avere conseguenze sulla salute e sulla sicurezza degli individui ed essere una minaccia anche per quella degli assistiti.

Il termine “burnout” è stato utilizzato per la prima volta nel 1974 da H. Freudenberger per spiegare le conseguenze psicologiche di condizioni prolungate di stress; è una vera e propria sindrome psicologica che si verifica nel momento in cui il lavoratore, sottoposto ad una prolungata esposizione a situazioni lavorative stressanti, innesca una serie di meccanismi di difesa e di strategie di risposta alla tensione, che si concretizzano in comportamenti di distacco emozionale ed evitamento.

Secondo gli studi di Cristina Maslach il fenomeno del burnout colpisce prevalentemente le “helping professions” (Maslach, 1982), dove tale condizione è attribuita alle eccessive richieste associate allo svolgimento di attività che implicano un costante contatto con persone che soffrono. Nonostante successivamente sia emersa l’opportunità, meglio la necessità, di considerarla una sindrome estensibile a qualsiasi tipo di professione, tuttavia la ricerca sul burnout è ancora oggi prevalentemente rivolta alle persone che svolgono professioni d’aiuto, per le quali il rischio oggettivo di sviluppare esiti psicologici negativi a causa del lavoro rimane più elevato.

Lavorare nell’ambito delle helping professions comporta un costante relazionarsi con persone che vivono disagi, sperimentano sofferenza e necessitano di cure e attenzioni costanti. L’interazione tra operatore e utente richiede un intenso coinvolgimento emotivo. È un’interazione centrata su una relazione d’aiuto, che comporta l’aspettativa di una soluzione dei problemi contingenti del paziente (fisici ma anche psicologici e relazionali), la quale, non sempre è semplice o ottenibile dall’operatore. La frequente esposizione a situazioni emotivamente esigenti può alimentare condizioni di stress anche molto acute e condurre le persone ad un maggior rischio di burnout.

Il concetto di burnout è stato chiarito e approfondito da Maslach nel 1982; l’autrice ha identificato una serie di caratteristiche comuni e ha aperto la strada alle successive ricerche scientifiche sull’argomento. Il modello elaborato dall’autrice descrive il fenomeno del burnout in tre dimensioni:

1. Esaurimento emotivo. Sensazione di aver prosciugato le proprie risorse fisiche ed emozionali e di non riuscire ad affrontare ulteriori impegni lavorativi.
2. Depersonalizzazione o cinismo. Disaffezione e distacco dalle persone e dal proprio lavoro. Questa dimensione la possiamo considerare un meccanismo di difesa e di coping messo in atto per proteggersi emotivamente dalla situazione lavorativa.
3. Ridotta efficacia professionale. Sensazione di non esser capace di portare a termine il proprio lavoro con successo.

Tra le helping professions possiamo senza dubbio annoverare le professioni sanitarie. Nell'ambito delle professioni sanitarie, il rapporto con i pazienti, il carico di lavoro, i turni, le mansioni da svolgere, e le continue richieste dell'organizzazione, dei pazienti e anche delle loro famiglie, sono tutti fattori che portano l'operatore a sperimentare gravi situazioni di stress, rischiando di "consumare le proprie energie soprattutto a livello emotivo" (Baiocco R., 2004). Dalle ricerche è emerso che il rapporto operatore-paziente è caratterizzato da investimenti emotivi molto forti, dura per periodi prolungati e impegna gli operatori sia sul piano personale/umano che professionale, per tali ragioni il fenomeno del burnout si presenta più frequentemente negli ambienti sanitari rispetto ad altri contesti lavorativi. Il burnout viene quindi definito come una condizione di stress lavorativo derivante da uno squilibrio tra le richieste professionali e la capacità individuale di affrontarle. Tale stato esprime frustrazione, demoralizzazione e comportamenti maladattivi.

Dall'analisi della letteratura che ha interessato sia il panorama internazionale che quello nazionale risulta che gli studi riguardanti il burnout e lo stress lavoro correlato presenti nell'area riabilitativa rappresentano una percentuale molto esigua rispetto a quelli condotti nell'area medica, infermieristica e psicologica. La professione infermieristica è tra le più antiche e quindi anche tra le più studiate a differenza della più giovane professione riabilitativa. Gli studi riguardanti il burnout professionale nelle professioni sanitarie infermieristiche sono in quantità notevolmente maggiore rispetto a quelli che riguardano le professioni riabilitative. Nel panorama internazionale le professioni sanitarie riabilitative non vengono riunite come in Italia sotto la stessa categoria, per cui risulta difficile effettuare una ricerca che comprenda il burnout e tutte le figure professionali riabilitative, ovvero fisioterapisti, logopedisti, neuropsicomotricisti, terapisti occupazionali, educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, podologi, ortottisti.

Da una ricerca su PubMed effettuata utilizzando i termini Mesh “burnout professional” AND “nurses” emerge la presenza di 1907 studi pubblicati dal 1981 ad oggi, mentre utilizzando la stringa “burnout professional” [Mesh] AND “physical therapist”[Mesh] gli studi prodotti risultano essere 33 dal 2012 ad oggi.

Tra i 1907 studi sono comprese 23 metanalisi. In una metanalisi condotta su 94 studi (Meng Wei Ge, 2023; Sabrina Burri, 2022) la prevalenza globale del burnout infermieristico è risultata pari al 30,0% [IC 95%: 26,0%-34,0%] con una tendenza ad aumentare gradualmente negli ultimi 10 anni.

Gli studi sul burnout riguardanti i fisioterapisti riportano solo una revisione sistematica (Sabrina Burri, 2022) che comprende 46 studi (8717 partecipanti). Tutti suggeriscono che il lavoro come fisioterapista è associato al burnout, (Meng Wei Ge, 2023)ma non è stata condotta alcuna revisione sui fattori di rischio associati. Sono stati estratti alcuni di questi come caratteristiche del partecipante, ambiente, strutture ed esperienza professionale che dimostrano una significativa predisposizione al burnout. Sono stati identificati 53 fattori di rischio, di cui 4 classificati come inevitabili e 49 determinati come evitabili. I fattori di rischio evitabili sono stati ulteriormente classificati come strutturali/organizzativi (32%), psicologici/emotivi (19%), ambientali (19%) o sociodemografici (13%). Gli studi di bassa qualità limitano la capacità di trarre conclusioni definitive. Una quantità significativa di letteratura ha identificato un’ampia varietà di fattori di rischio. I fattori di rischio identificati possono aiutare a sviluppare strategie mirate di prevenzione e intervento a beneficio di fisioterapisti, organizzazioni e responsabili politici.

## OBIETTIVI

Partendo da queste premesse ci siamo posti il seguente obiettivo primario:

- valutare la prevalenza del burn-out nelle professioni della riabilitazione, confrontando i risultati con quelli descritti per la professione infermieristica

Come obiettivo secondario ci siamo chiesti quali siano le variabili che in questo tipo di popolazione espongono ad un maggior rischio di sviluppare burnout, per permettere di pianificare e progettare in modo appropriato azioni di miglioramento (formazione, counseling ecc....), e se ci sono variabili che espongono ad un maggior rischio, che accomunano le due professioni Sulla base delle informazioni estrapolate si potranno

individuare strumenti necessari ai professionisti per acquisire risorse culturali ed emotive al fine di migliorare la propria condizione di fragilità, garantire una relazione di cura con i pazienti più efficace e migliorare la relazione all'interno del gruppo di lavoro.

## METODI

### DISEGNO DI STUDIO

Lo scopo di questo studio è raccogliere, elaborare ed interpretare le informazioni relative alla distribuzione dello stress lavoro-correlato tra le professioni sanitarie della riabilitazione della Regione Marche, fornendo così il tasso di prevalenza del burnout. Per tale scopo è stato scelto uno studio cross-sectional. In questa tipologia di studio gli aspetti positivi riguardano l'immediatezza dei risultati, il basso costo e la breve durata. Nella stesura del lavoro sono state applicate le linee guida STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology. All. 1).

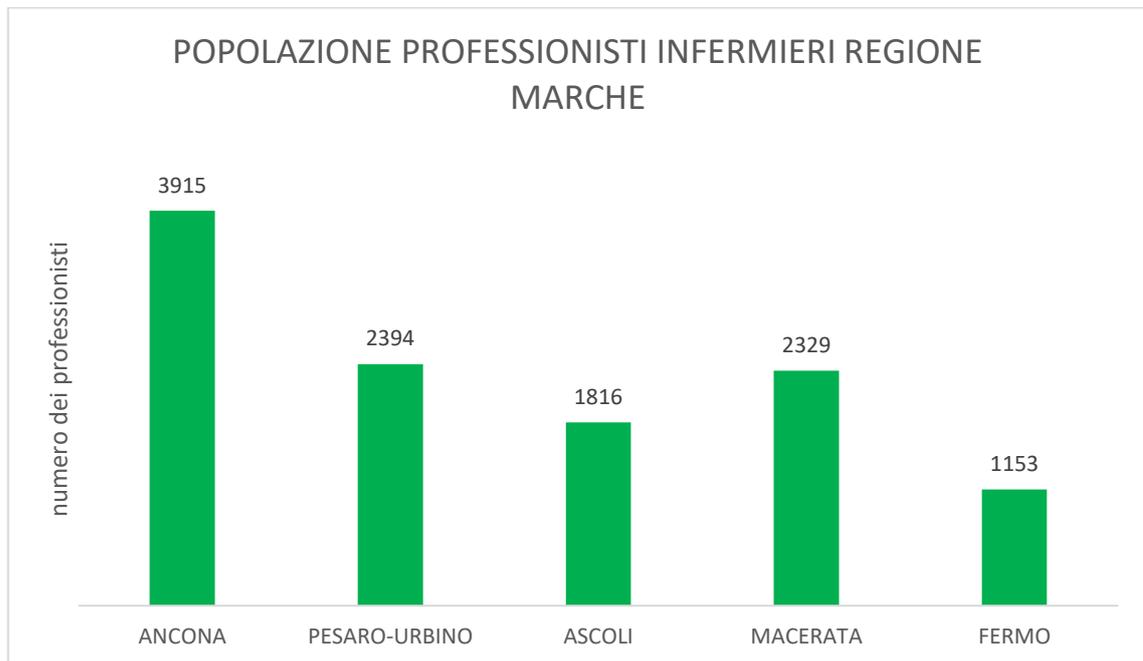
### POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO

La popolazione presa in esame comprende tutti i professionisti della riabilitazione e gli infermieri della Regione Marche. Consultando i database alboweb dell'OFI MARCHE (ordine regionale dei fisioterapisti) e dell'ordine TSRM-PSTRP delle Marche (ordine a cui afferiscono i restanti professionisti sanitari della riabilitazione), i professionisti dell'area riabilitativa a novembre 2022 nelle Marche risultano in totale 3026 suddivisi per professione come in tabella 1. I numeri dei professionisti infermieri sono stati presi dal sito FNOPI, risultano in totale 11.607 e sono suddivisi per provincia come in tabella 2.

Tab. 1 Popolazione professionisti della riabilitazione Regione Marche, dati ricavati da alboweb tsrtm prtrp e ofi



Tab.2 Popolazione professionisti infermieri Regione Marche, dati ricavati da fnopi



## **PARTECIPANTI**

È stato incluso nello studio: qualunque soggetto facente parte di una professione sanitaria riabilitativa prevista dal decreto 29 marzo 2001, n.118. (Classe di laurea LM/SNT2), e della professione sanitaria infermieristica prevista del decreto del 14 settembre 1994 n.739 (Classe di laurea L/SNT/1), iscritto agli albi dei rispettivi ordini professionali delle Marche alla data di novembre 2022 e che abbia risposto ad un questionario costruito ad hoc utilizzando “Google Forms” tra dicembre 2022 e gennaio 2023 per le professioni riabilitative e tra aprile 2023 e maggio 2023 per la professione infermieristica.

## **VARIABILI ESPLICATIVE E INDICATORI DI OUTCOME**

Le variabili prese in esame dallo studio vanno ad indagare le caratteristiche demografiche e professionali (variabili indipendenti) degli intervistati e il loro livello di burnout (variabile dipendente).

## **FONTE DEI DATI/RILEVAZIONE**

I dati sono stati rilevati tramite un questionario prodotto utilizzando “Google Forms” che comprendeva due sezioni: la prima sezione indagava le caratteristiche demografiche e

professionali della popolazione (All.2-3), la seconda sezione indagava il fenomeno del burnout (All. 4). Il link del questionario è stato distribuito via mail ai rispettivi ordini (per la diffusione dello stesso agli iscritti) e tramite Social. Il questionario è stato strutturato in maniera tale che venisse auto compilato dai soggetti, la partecipazione dei professionisti all'indagine è stata su base volontaria.

Le variabili indipendenti analizzate sono state: professione riabilitativa di appartenenza, genere, età, settore lavorativo, tipologia contrattuale, anzianità lavorativa, contesto lavorativo, anzianità di servizio nel contesto lavorativo, incarico di coordinamento tipologia di paziente trattato e finalità dell'intervento riabilitativo. Per la rilevazione del fenomeno del Burnout è stato utilizzato il questionario Maslach Burnout Inventory, versione validata per l'Italia (All. 5) (Stefanile, 1993) (Sirigatti, 1992).

Il test MBI è composto da 22 items e misura, grazie a 3 sotto scale, tre dimensioni relative alla sindrome del Burnout: 9 items misurano l'esaurimento emotivo (EE), 5 items misurano la depersonalizzazione (DEP), e 8 items misurano la realizzazione lavorativa (RL). Il soggetto risponde a ciascun item su una scala a 7 passi (da 0 a 6) esprimendo la frequenza con cui ogni stato emozionale è stato sperimentato durante l'ultima settimana (0 = mai, 6 = ogni giorno), di conseguenza il test quantifica con uno score da 0a 54 EE, da 0 a 30 DEP e da 0 a 48 RL. Per ogni sottoscala viene attribuito un diverso livello di rischio di sviluppare il burnout in base al punteggio ottenuto.

Tab. 3 categorizzazione dei punteggi alle sotto scale del MBI per la versione italiana

	<b>Basso rischio</b>	<b>Medio rischio</b>	<b>Alto rischio</b>
Esaurimento emotivo (EE)	≤ 14	tra 15-23	≥24
Depersonalizzazione (DEP)	≤ 3	tra 4-9	≥ 9
Realizzazione personale (RL)	≥ 37	30-36	≤ 29

## **ERRORI SISTEMATICI (BIAS)**

Bias di selezione. Negli studi descrittivi, il bias si verifica quando la popolazione in studio non è rappresentativa della popolazione target (bersaglio). In particolare, negli studi trasversali, i bias di selezione sono dovuti essenzialmente alla non partecipazione dei soggetti al campione che s'intende arruolare nello studio. Nel nostro studio il bias di

selezione riguarda per lo più i professionisti che si sentono maggiormente coinvolti dalla tematica presa in esame, e che risultano più propensi a rispondere al questionario.

Per ovviare a questo bias e garantire un più alto tasso di adesione abbiamo stimato che il tempo necessario alla compilazione del questionario non dovesse superare i 3 minuti, i dati sono stati raccolti in forma anonima e nel rispetto della privacy dei soggetti. Inoltre, sono stati effettuati 3 remind a distanza di 2 settimane.

Bias di informazione. I bias di informazione possono risultare da errori sistematici nel rilevamento di una risposta a una domanda (intervista, questionario, ecc). Al fine di individuare e correggere i possibili errori di informazione (domande superflue, domande mancanti, modalità di risposta confuse o inappropriate) il questionario è stato, in fase iniziale, somministrato ad un gruppo di 25 professionisti della riabilitazione con caratteristiche simili a quelle del campione che si intendeva intervistare (Pre-test).

## **DIMENSIONE DELLO STUDIO**

Il numero di professionisti che rispondevano ai criteri di inclusione e che hanno risposto al questionario durante il periodo di studio ha determinato la dimensione del campione. Dei 3026 operatori della riabilitazione censiti, in totale hanno compilato il questionario 337 professionisti con un tasso di risposta di circa il 11%, mentre tra gli 11607 infermieri hanno risposto 289 professionisti con una percentuale molto inferiore di circa 2,5%.

## **VARIABILI QUANTITATIVE**

La misura di esito primaria è stata la prevalenza del rischio di Burnout come rilevato dal Maslach Burnout Inventory, all'interno delle due categorie prese in esame. Abbiamo successivamente analizzato i livelli di burnout in relazione alle variabili anagrafiche e professionali indagate e messo a confronto i dati tra i due gruppi.

## **METODI STATISTICI**

→È stata condotta inizialmente un'analisi descrittiva per illustrare le caratteristiche (anagrafiche e di professione svolta) dei soggetti nel campione totale e nei sottogruppi individuati in cui è stato successivamente stratificato il campione. Per descrivere i punteggi relativi al burnout (tenendo conto che le componenti di esaurimento emotivo,

depersonalizzazione e realizzazione personale non avevano distribuzione normale), è stato scelto un approccio non parametrico, con uso di mediana e range interquartile.

→ Il test U di Mann Whitney è stato utilizzato per il confronto tra due gruppi per variabili non parametriche

→ Il test del CHI QUADRO è stato utilizzato per confrontare le proporzioni in diversi sottogruppi ed i risultati sono stati espressi con le frequenze assolute e relative.

→ È stata fatta un'analisi multivariata con un modello di regressione logistica multipla. L'ODDS ratio è stato stimato con un intervallo di confidenza del 95%.

→ L'elaborazione grafica dei dati è stata effettuata utilizzando il programma Excel di Microsoft 365.

→ L'analisi statistica è stata effettuata utilizzando il pacchetto statistico R versione 4.2.2, un p value  $<0.05$  è stato considerato statisticamente significativo.

## RISULTATI

### PARTECIPANTI E DATI DESCRITTIVI

Il campione arruolato è composto da 337 individui pari all' 11% delle professioni in area riabilitativa della Regione Marche e da 289 infermieri pari al 2,5%. La tabella ed i grafici sottostanti descrivono e rappresentano le caratteristiche anagrafiche e lavorative del campione. Sono state riportate le frequenze assolute e le frequenze percentuali relative a ogni caratteristica demografica e lavorativa. (tab.4, 5, 6,7)

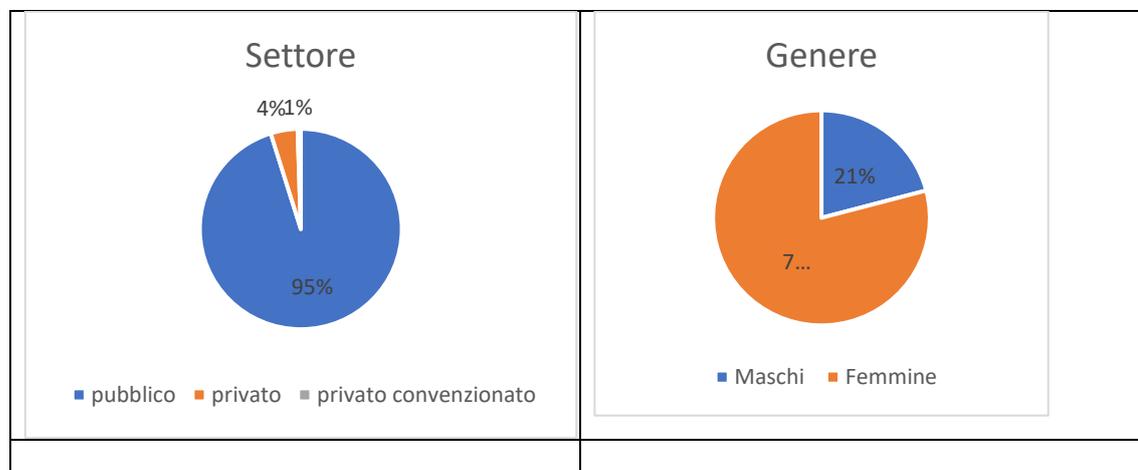
Tab. 4 caratteristiche anagrafiche e lavorative degli infermieri, frequenze assolute (N=289)

<b>GENERE</b>	<b>N</b>	<b>SETTORE</b>	<b>N</b>
Maschi	<b>60</b>	Pubblico	<b>265</b>
Femmine	<b>227</b>	Privato	<b>12</b>
<b>ETA'</b>	<b>N</b>	Privato convenzionato	<b>11</b>
Fino a30 anni	<b>23</b>	<b>CONTRATTO</b>	
da 31 a 50 anni	<b>174</b>	partita iva	<b>3</b>
51 anni e oltre	<b>92</b>	tempo determinato	<b>17</b>
<b>ANZIANITA' LAVORATIVA</b>	<b>N</b>	tempo indeterminato	<b>268</b>
Da 0 a 10 anni	<b>112</b>	<b>CONTESTO LAVORATIVO</b>	<b>N</b>
da 11 a 20 anni	<b>73</b>	Altro	<b>77</b>
da 21 a 30 anni	<b>65</b>	Altri rep/lungodegenza/RSA	<b>126</b>
31 anni e oltre	<b>39</b>	Reparti ospedalieri riabilitazione	<b>19</b>
<b>TIPOLOGIA DI PAZIENTE</b>	<b>N</b>	Servizi ambulatoriali	<b>46</b>
Adulto	<b>178</b>	Servizi domiciliari	<b>21</b>
età evolutiva	<b>16</b>	<b>INCARICO</b>	<b>DI</b>
		<b>COORDINAMENTO</b>	<b>N</b>
Entrambi	<b>94</b>	Si	<b>29</b>
		No	<b>260</b>

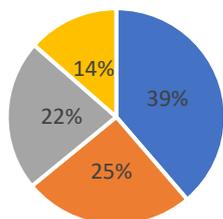
Tab. 5 caratteristiche anagrafiche e lavorative dei professionisti della riabilitazione, frequenze assolute (N=337)

<b>PROFESSIONE</b>	<b>N</b>	<b>PROFESSIONE</b>	<b>N</b>
Educatore professionale	68	Podologo	26
Fisioterapista	159	Terapista della riabilitazione psichiatrica	0
Logopedista	67	Terapista della neuropsicomotricità E.E.	4
Ortottista	2	Terapista occupazionale	11
<b>GENERE</b>	<b>N.</b>	<b>SETTORE</b>	<b>N.</b>
Maschi	66	Pubblico	127
Femmine	271	Privato	210
<b>ETA'</b>	<b>N</b>	<b>CONTRATTO</b>	<b>N</b>
Fino a30 anni	89	partita iva	100
da 31 a 50 anni	185	tempo determinato	24
51 anni e oltre	63	tempo indeterminato	213
<b>ANZIANITA' LAVORATIVA</b>	<b>N</b>	<b>CONTESTO LAVORATIVO</b>	<b>N</b>
Da 0 a 10 anni	172	Ambulatorio	175
da 11 a 20 anni	98	Reparto	67
da 21 a 30 anni	55	servizi territoriali	95
31 anni e oltre	12		
<b>TIPOLOGIA DI PAZIENTE</b>	<b>N</b>	<b>INTERVENTO RIABILITATIVO</b>	<b>N</b>
Adulto	219	evocare una competenza	66
età evolutiva	72	mantenere le competenze residue	75
Entrambi	46	recuperare una competenza	196

Tab. 6 caratteristiche anagrafiche e lavorative del campione infermieri, frequenze percentuali (%)

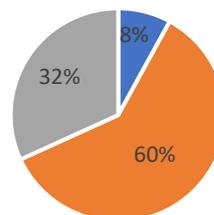


### Anzianità lavorativa



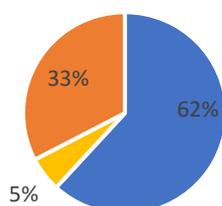
- da 0 a 10 anni
- da 11 a 20 anni
- da 21 a 30 anni
- 31 anni e oltre

### Età



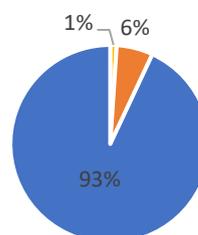
- fino a 30 anni
- da 31 a 50
- 51 anni e oltre

### Tipo di paziente



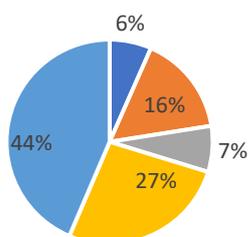
- prevalentemente adulto
- prevalentemente età evolutiva
- entrambi

### Contratto



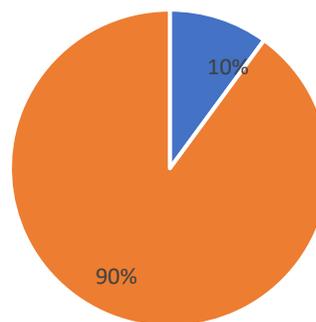
- Partita Iva.
- tempo determinato
- twmpo indeterminato

### Contesto lavorativo



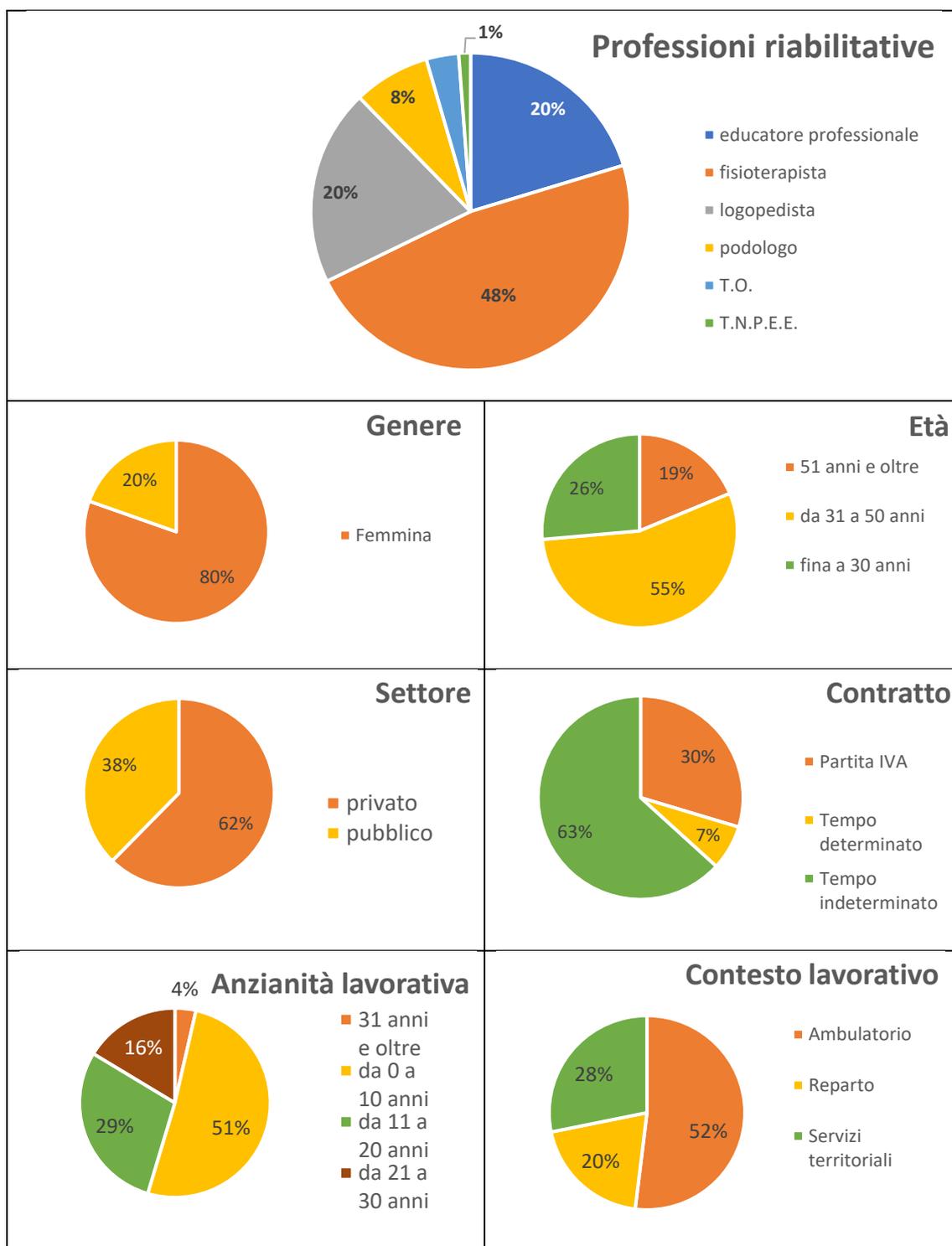
- reparti ospedalieri riab.
- servizi ambulatoriali
- servizi domiciliari
- altro
- altri rep/lungodegenza/RSA

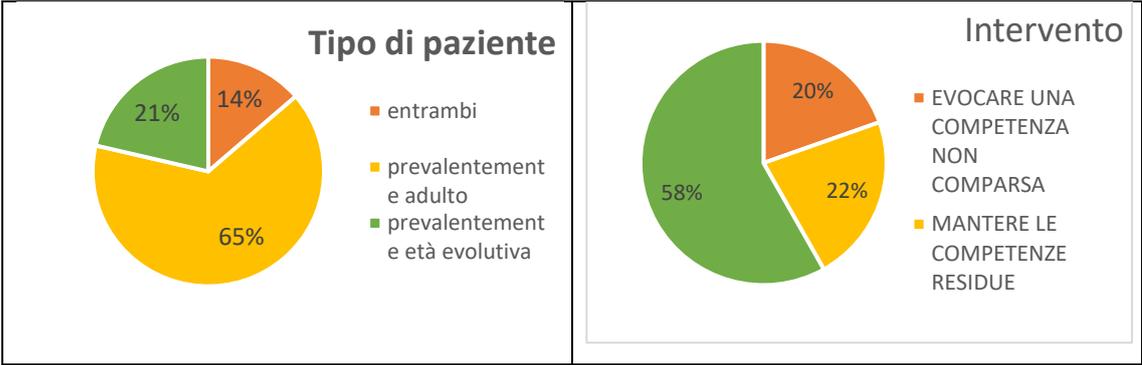
### Incarico di coordinamento



- Sì
- No

Tab. 7 caratteristiche anagrafiche e lavorative del campione professionisti della riabilitazione, frequenze percentuali (%)



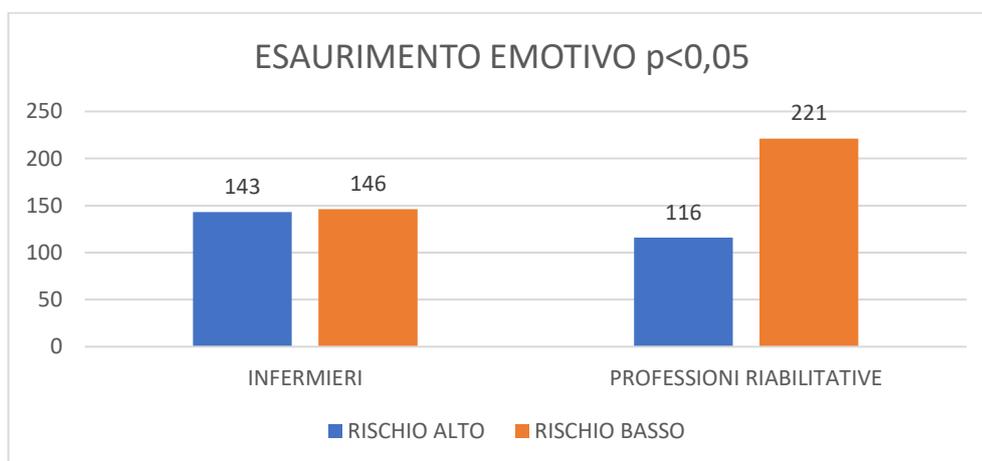


## DATI DI ESITO E RISULTATI PRINCIPALI

È stato calcolato il rischio di burnout nei due campioni presi in esame, suddividendolo in alto e basso, per tutte le tre sottoscale, per evidenziare meglio i risultati, ovvero il rischio medio è stato accorpato con rischio basso come si evince da tabelle e grafici. In particolare, i valori soglia oltre i quali si evidenziano un rischio alto nella dimensione Esaurimento Emotivo e nella dimensione Depersonalizzazione sono rispettivamente 24 e 9, mentre nella dimensione Realizzazione Personale un punteggio minore o uguale a 29 indica un rischio alto (Stefanile, 1993). È emersa una eterogeneità più marcata nelle dimensioni “realizzazione personale” e “depersonalizzazione”, nei punteggi tra infermieri e professioni sanitarie, con una differenza statisticamente significativa. In particolare, gli infermieri hanno un livello di burnout maggiore con una percentuale di circa il 50% nelle due sottoscale nominate.

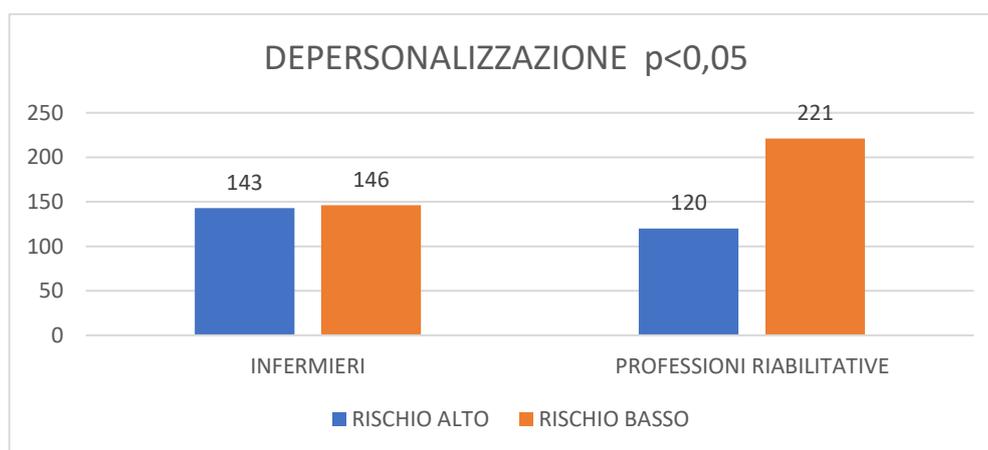
Tab 8. Livello burnout nella dimensione Esaurimento Emotivo

	RISCHIO ALTO		RISCHIO BASSO		TOTALE
	N	%	N	%	
Infermieri	143	49,48%	146	50,52%	289
Prof riabilitative	116	34,42%	221	65,58%	337
Totale	259	41,37%	367	58,63%	626
Pearson's Chi-squared test X-squared, p-value = 0.0001367					



Tab. 9 Livello burnout nella dimensione Depersonalizzazione

	RISCHIO ALTO		RISCHIO BASSO		TOTALE
	N	%	N	%	
Infermieri	143	49,48%	146	50,52%	289
Prof riabilitative	120	35,61%	217	65,58%	337
Totale	263	42%	363	58%	626
Pearson's Chi-squared test X-squared , p-value = 0.0004553					



Tab.10 Livello burnout nella dimensione Realizzazione Personale

	RISCHIO ALTO		RISCHIO BASSO		TOTALE
	N	%	N	%	
Infermieri	86	29,76%	203	70,24%	289
Prof riabilitative	83	24,63%	254	75,37%	337
Totale	169	27%	457	73%	626
Pearson's Chi-squared test X-squared , p-value = 0.1496					

Per entrambi i campioni è stata calcolata la mediana (come misura di centralità) ed il primo e terzo interquartile (come misura di dispersione) relativa ai punteggi nei domini di esaurimento emotivo EE, depersonalizzazione DEP e realizzazione personale RL. Successivamente è stata fatta un'analisi statistica non parametrica utilizzando il test U di Mann Whitney per la comparazione tra due gruppi.

Tab. 11 distribuzione dei punteggi del MBI

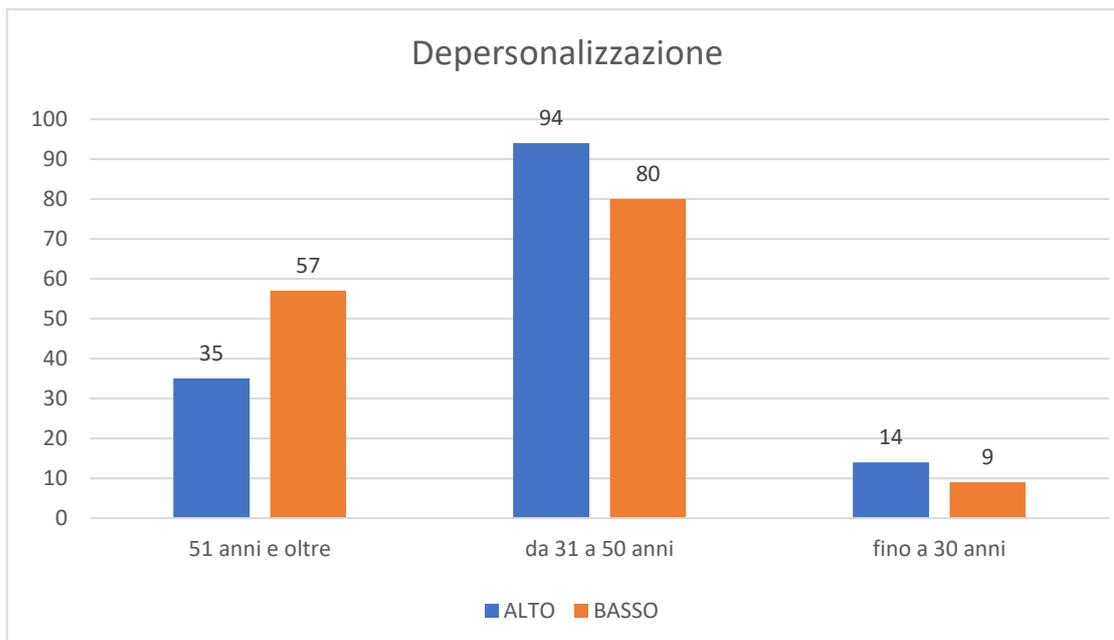
		INFERMIERI (N. 289)	PROF. RIABILITATI VE(n.337)	P-value
ESAURIMENTO EMOTIVO	Mediana	23	17	0.005361
	Q1 e Q3	14-35	11-29	
DEPERSONALIZZAZIONE	Mediana	8	7	0.0009379
	Q1 e Q3	6-12	6-10	
REALIZZAZIONE PERSONALE	Mediana	36	39	0.00004261
	Q1 e Q3	26-41	30-42	
TEST U DI MANN-WHITNEY PER 2 CAMPIONI p value<0.05 è stato considerato statisticamente significativo.				
■ rischio basso    ■ rischio medio    ■ rischio alto				

Dall'analisi si è evidenziata una diversa distribuzione nei domini del M.B.I tra le due professioni. In particolare, nella categoria degli infermieri sono emersi punteggi più alti statisticamente significativi nelle sottoscale “esaurimento emotivo” e “depersonalizzazione”, e un punteggio più basso nella sottoscala “realizzazione personale”, indice tutti di un maggior livello di burnout rispetto alla categoria dei professionisti della riabilitazione. Nel MBI un punteggio tra 30-36 corrisponde ad un rischio medio di mancata realizzazione personale.

Per ogni campione sono state analizzate le variabili indagate con il test del Chi Quadro di Pearson e sono state confrontate solo quelle che sono emerse statisticamente significative.

Tab.12 confronto per età tra gli infermieri

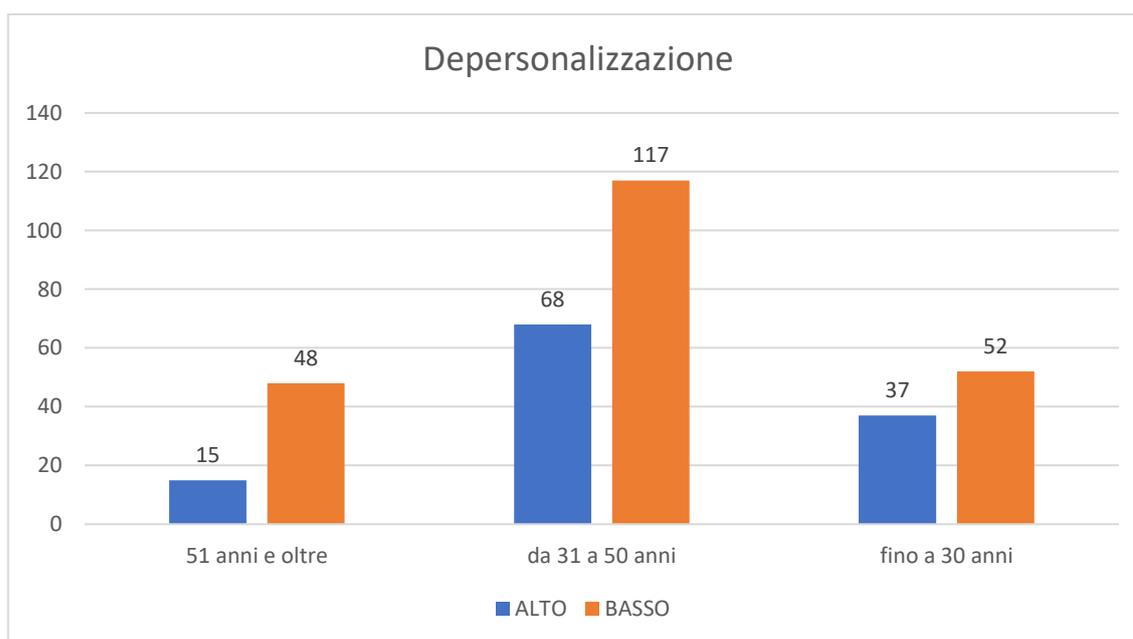
RISCHIO DEPERSONALIZZAZIONE					
ETA'	ALTO		BASSO		(N.) totale
	(N.)	(%)	(N.)	(%)	
Fino a 30 anni	14	9,8%	9	8%	23
Da 31 a 50 anni	94	65,7%	80	60,2%	174
51 anni e oltre	35	24,5%	57	31,8%	92
Totale complessivo	143	49,48%	146	50,52%	289
Pearson's Chi-squared test X-squared , p-value = 0.02419					



Tab.13 confronto per età tra le professioni riabilitative

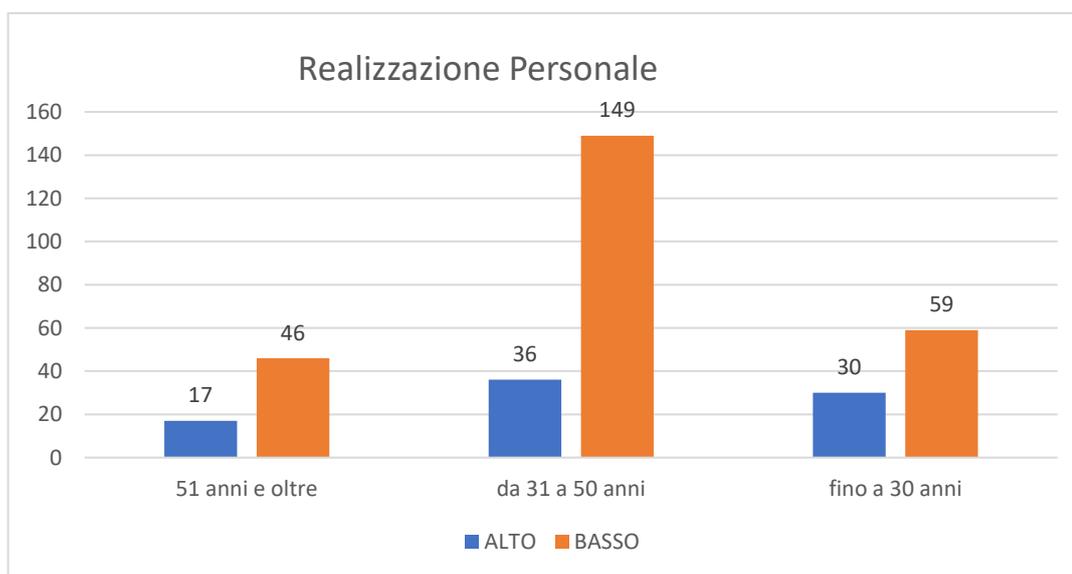
RISCHIO DEPERSONALIZZAZIONE					
ETA'	ALTO		BASSO		(N.) totale
	(N.)	(%)	(N.)	(%)	
Fino a 30 anni	37	42%	52	58%	89
Da 31 a 50 anni	68	37%	117	63%	185
51 anni e oltre	15	24%	48	76%	63
<b>Totale complessivo</b>	<b>120</b>	<b>36%</b>	<b>217</b>	<b>64%</b>	<b>337</b>

Pearson's Chi-squared test X-squared, p-value = 0.008



Tab.14 confronto per età tra le professioni riabilitative

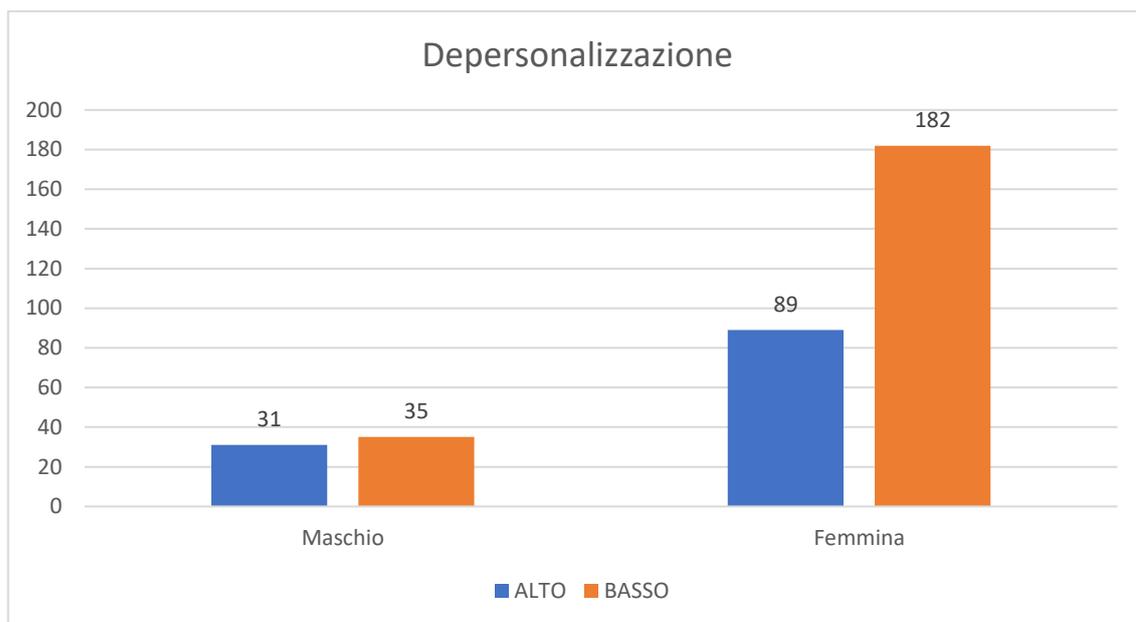
RISCHIO REALIZZAZIONE PERSONALE					
ETA'	ALTO		BASSO		(N.) totale
	(N.)	(%)	(N.)	(%)	
Fino a 30 anni	30	34%	59	66%	89
Da 31 a 50 anni	36	19%	149	81%	185
51 anni e oltre	17	27%	46	73%	63
<b>Totale complessivo</b>	<b>83</b>	<b>25%</b>	<b>254</b>	<b>75%</b>	<b>337</b>
Pearson's Chi-squared test X-squared, p-value = 0.002					



Tra le professioni riabilitative il gruppo di fascia di età fino a 30anni presenta una prevalenza di professionisti con un rischio alto di sviluppare burnout sia nel dominio legato alla depersonalizzazione, sia in quello legato alla mancata realizzazione personale significativamente maggiore rispetto alle altre fasce di età. Tra gli infermieri i professionisti con età compresa tra 31 e 50 anni hanno un rischio maggiore di burnout nel dominio della depersonalizzazione statisticamente significativo.

Tab.15 confronto per età tra le professioni riabilitative

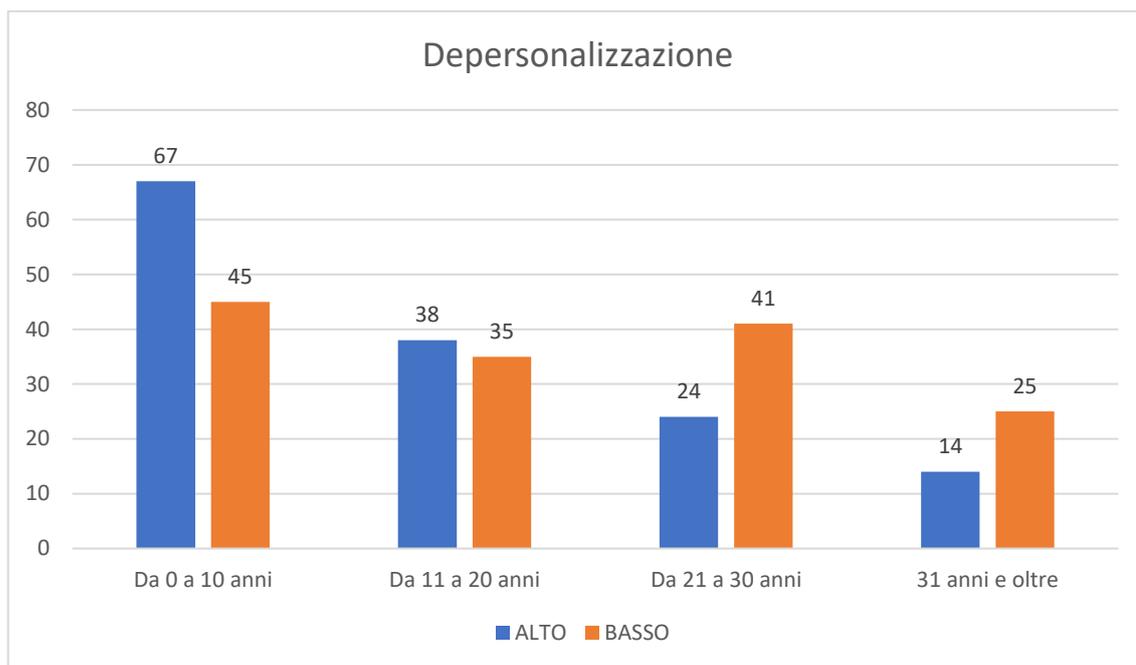
RISCHIO DEPERSONALIZZAZIONE					
GENERE	ALTO		BASSO		(N.) totale
	(N.)	(%)	(N.)	(%)	
Femmina	89	33%	182	67%	271
Maschio	31	47%	35	53%	66
<b>Totale complessivo</b>	<b>120</b>	<b>36%</b>	<b>217</b>	<b>64%</b>	<b>337</b>
Pearson's Chi-squared test X-squared, p-value <0,05					



Un alto rischio di Burnout nel dominio della depersonalizzazione è significativamente associato al genere maschile. L'analisi effettuata, infatti, fa emergere un dato rilevante: i soggetti di genere maschile tendono ad aver punteggi associati ad un alto rischio di Burnout nell'area della DEP maggiori dei soggetti di genere femminile. In particolare, il 47% del genere maschile contro il 33% del genere femminile ha un più alto rischio di burnout.

Tab.16 confronto per anzianità lavorativa tra gli infermieri

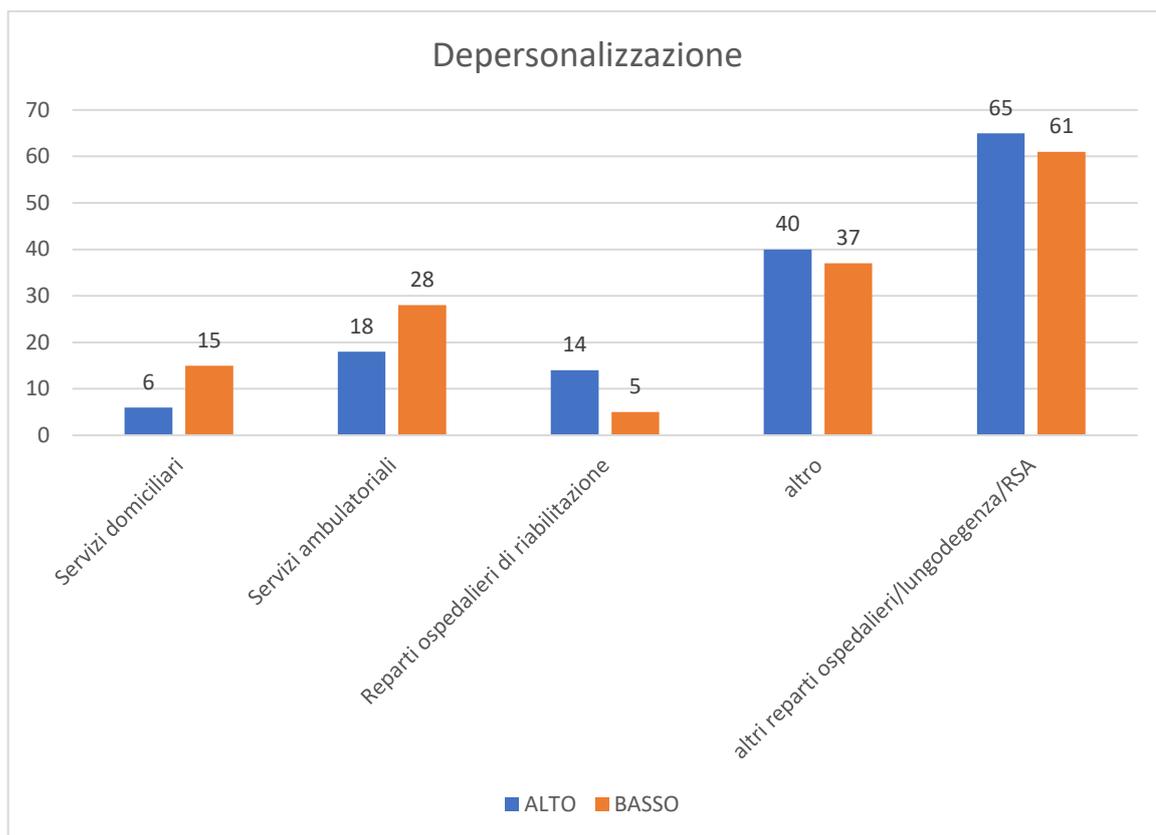
RISCHIO DEPERSONALIZZAZIONE					
ANZIANITA' LAVORATIVA	ALTO		BASSO		(N.) totale
	(N.)	(%)	(N.)	(%)	
Da 0 a 10 anni	67	23,2%	45	38,7%	112
Da 11 a 20 anni	38	13,1%	35	25,3%	73
Da 21 a 30 anni	24	8,3%	41	22,5%	65
31 anni e oltre	14	4,9%	25	8,6%	39
Totale complessivo	143	49,48%	146	50,52%	289
Pearson's Chi-squared test X-squared, p-value = 0.007509					



Tra gli infermieri è emerso che chi ha un'anzianità lavorativa da 0 a 10 anni ha un rischio di sviluppare burnout maggiore statisticamente significativo, ovvero quasi la metà di tutti quelli che hanno un alto rischio di burnout lavorano da meno di 10 anni

Tab.17 confronto per contesto lavorativo prevalente tra gli infermieri

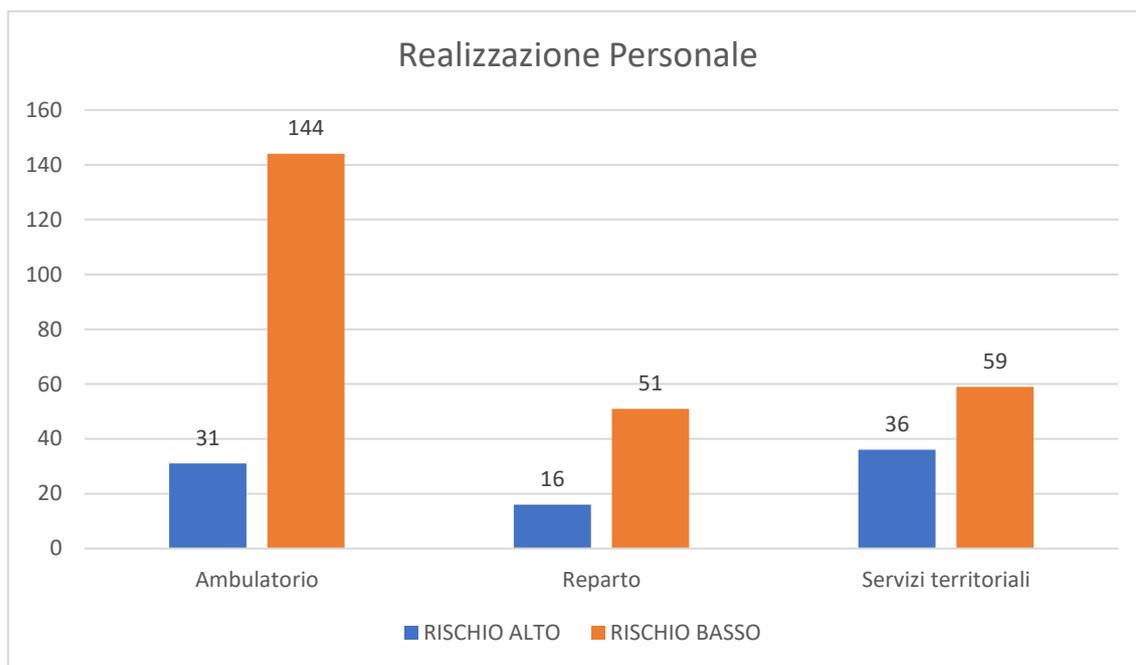
RISCHIO DEPERSONALIZZAZIONE					
CONTESTO LAVORATIVO	ALTO		BASSO		(N.) totale
	(N.)	(%)	(N.)	(%)	
Servizi domiciliari	6	28,6%	15	71,4%	21
Servizi ambulatoriali	18	39,1%	28	60,9%	46
reparti ospedalieri di riabilitazione	14	73,7%	5	26,3%	19
altro	40	51,9	37	48%	77
altri reparti ospedalieri/lungodegenza/RSA	65	51,6%	61	48,4%	126
<b>Totale complessivo</b>	<b>143</b>	<b>49,48%</b>	<b>146</b>	<b>50,52%</b>	<b>289</b>
Pearson's Chi-squared test X-squared, p-value = 0.03269					



Gli infermieri che lavorano nei reparti ospedalieri di riabilitazione hanno un rischio significativamente maggiore di burnout nel dominio della depersonalizzazione, rispetto a chi lavora in altri reparti ospedalieri, servizi domiciliari, ambulatoriali, lungodegenze ed RSA.

Tab.18 confronto per contesto lavorativo prevalente tra le professioni riabilitative

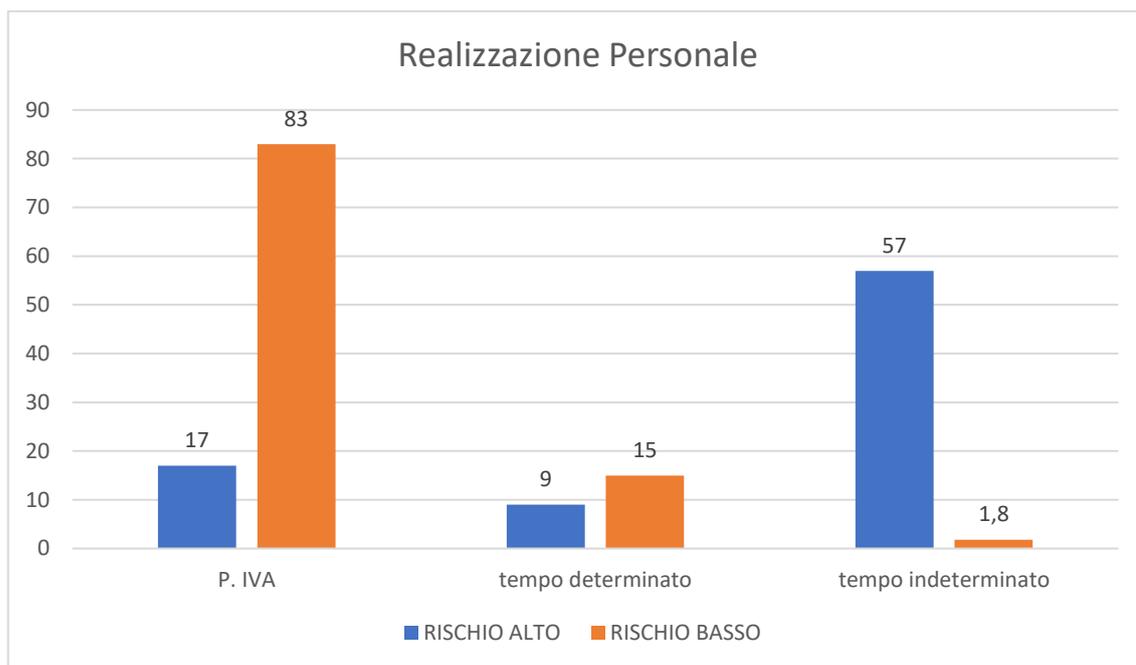
RISCHIO REALIZZAZIONE PERSONALE					
CONTESTO LAVORATIVO	ALTO		BASSO		(N) totale
	(N)	(%)	(N)	(%)	
Ambulatorio	31	18%	144	82%	175
Reparto	16	24%	51	76%	67
Servizi territoriali	36	38%	59	62%	95
Totale complessivo	83	25%	254	75%	337
Pearson's Chi-squared test X-squared, p-value = 0.001					



Dalla tabella si evince che un alto rischio di Burnout nel dominio della realizzazione personale è significativamente associato a chi lavora nei Servizi Territoriali. Chi lavora nei servizi territoriali è significativamente meno realizzato professionalmente.

Tab.19 confronto per tipologia di contratto tra le professioni riabilitative

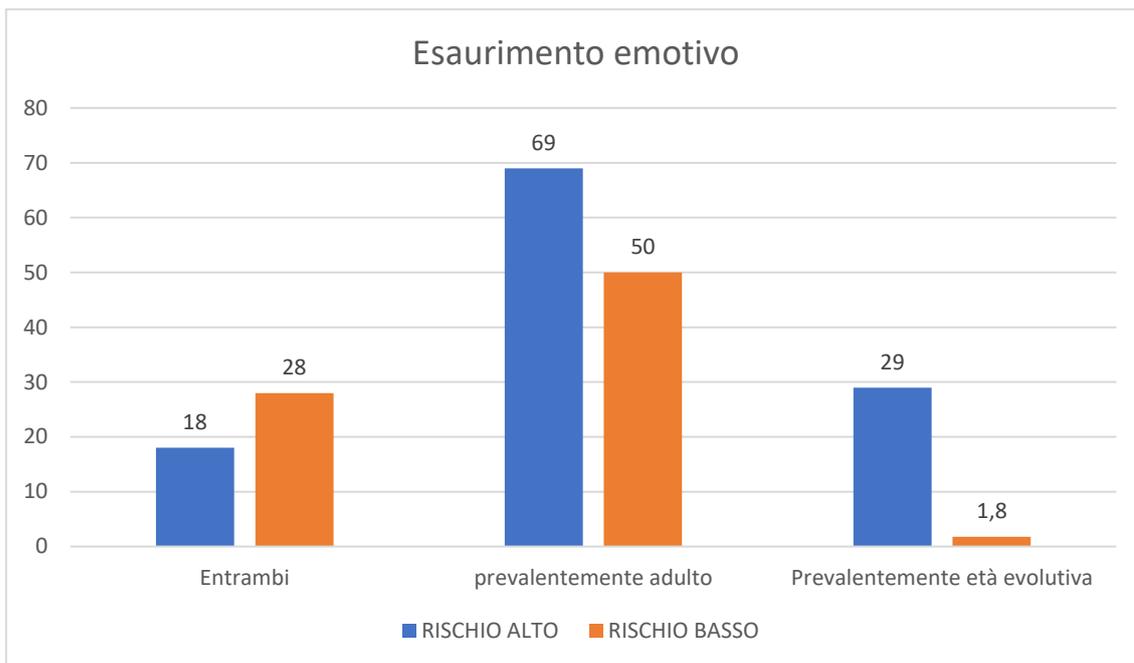
RISCHIO REALIZZAZIONE PERSONALE					
TIPOLOGIA DI CONTRATTO	ALTO		BASSO		(N.) totale
	(N.)	(%)	(N.)	(%)	
Partita IVA	17	17%	83	83%	100
Tempo determinato	9	38%	15	63%	24
Tempo indeterminato	57	27%	156	73%	213
Pearson's Chi-squared test X-squared, p-value = 0.04					



Un alto rischio di Burnout nel dominio della realizzazione personale è significativamente prevalente in chi ha un contratto a tempo determinato. Il dato emerge visivamente anche dall'osservazione della tabella.

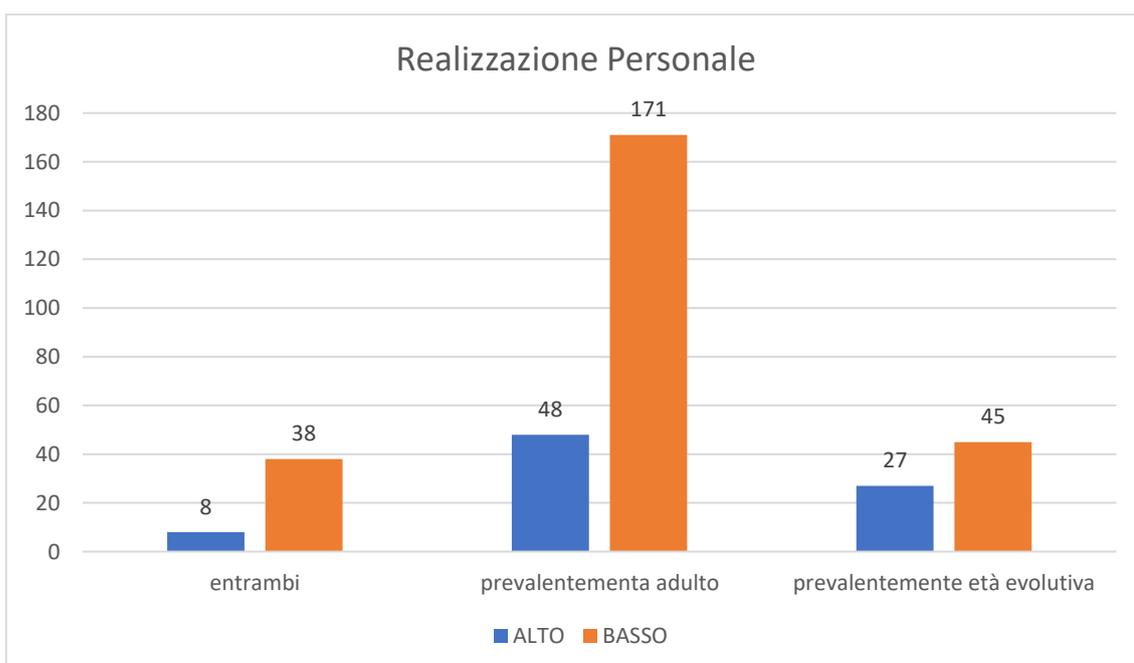
Tab.20-21 confronto per tipologia di pazienti presi in carico tra le professioni riabilitative

RISCHIO ESAURIMENTO EMOTIVO					
PAZIENTI PRESI IN CARICO	ALTO		BASSO		(N.) totale
	(N.)	(%)	(N.)	(%)	
entrambi	18	39%	28	61%	46
prevalentemente adulto	69	32%	150	68%	219
prevalentemente età evolutiva	29	40%	43	60%	72
Totale complessivo	116	34%	221	66%	337
Pearson's Chi-squared test X-squared, p-value<0.05					



RISCHIO REALIZZAZIONE PERSONALE					
	ALTO		BASSO		(N.) totale
PAZIENTI PRESI IN CARICO	(N.)	(%)	(N.)	(%)	
entrambi	8	17%	38	83%	46
prevalentemente adulto	48	22%	171	78%	219
prevalentemente età evolutiva	27	38%	45	63%	72

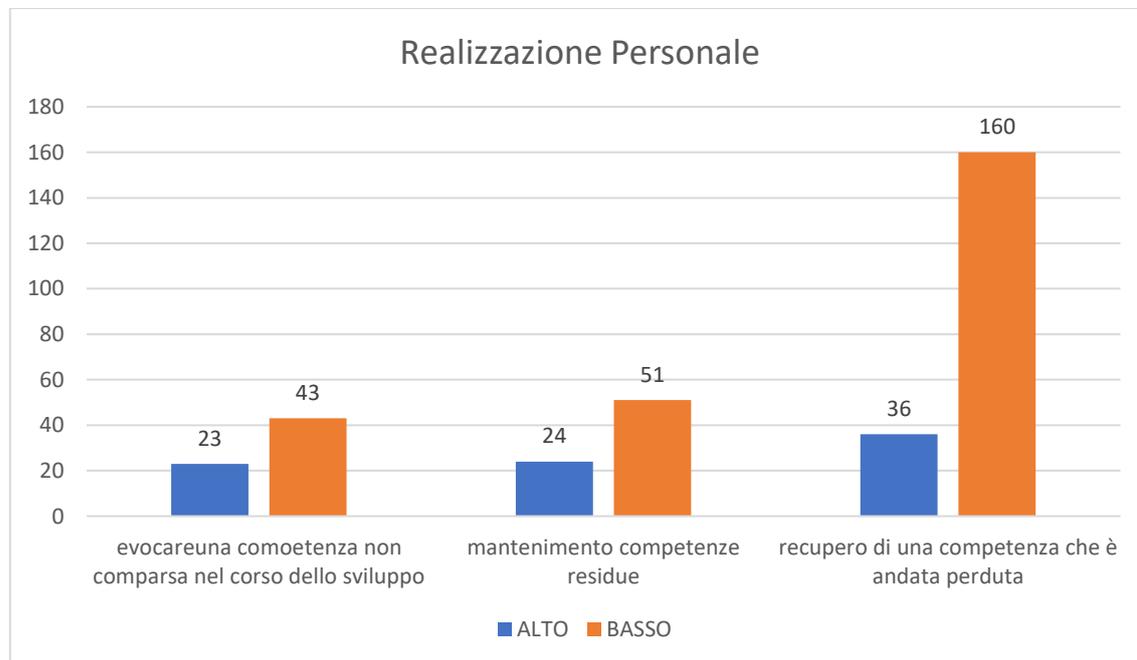
Pearson's Chi-squared test X-squared, p-value<0.05



I professionisti della riabilitazione che lavorano prevalentemente con pazienti in età evolutiva hanno una percentuale più elevata di rischio di sviluppare il burnout nella sfera dell'esaurimento emotivo e della realizzazione personale rispetto a chi tratta prevalentemente soggetti adulti, mentre per la depersonalizzazione non vi sono differenze statisticamente significative

Tab.22 confronto per tipologia di intervento riabilitativo tra le professioni riabilitative

RISCHIO REALIZZAZIONE PERSONALE					
	ALTO		BASSO		(N.) totale
INTERVENTO RIABILITATIVO	(N.)	(%)	(N.)	(%)	
evocare una competenza che non è comparsa nel corso dello sviluppo	23	35%	43	65%	66
il mantenimento delle competenze residue e/o di prevenzione della progressione della disabilità	24	32%	51	68%	75
recupero di una competenza funzionale che per ragioni patologiche è andata perduta	36	18%	160	82%	196
Totale complessivo	83	25%	254	75%	337
Pearson's Chi-squared test X-squared, p-value = 0.005					



Un alto rischio di Burnout nel dominio della realizzazione personale è prevalente in maniera significativa in chi opera un intervento riabilitativo per evocare una competenza che non è comparsa nel corso dello sviluppo.

## **DISCUSSIONE**

La prevalenza del burnout nel nostro campione si attesta intorno al 34% tra le professioni riabilitative e a circa il 50 % tra gli infermieri, con particolare criticità per quanto riguarda l'esaurimento emotivo e la depersonalizzazione. Nella dimensione della Realizzazione Personale circa il 30% degli infermieri è esposto ad un rischio alto, mentre nelle professioni riabilitative questo rischio si abbassa a circa il 26%. Questa differenza però non è risultata statisticamente significativa. Tra le due categorie c'è una differenza sostanziale che è risultata statisticamente significativa nelle due dimensioni del burnout.

La maggiore frequenza di burnout, soprattutto se correlato a esaurimento emotivo e depersonalizzazione, potrebbe suggerire un carico di lavoro elevato e uno squilibrio tra competenze tecniche e relazioni interpersonali. (Moss M., 2016) (Poncet MC., 2007) (Merlani P., 2011)

Analizzando la mediana e il primo e terzo interquartile relativi ai punteggi nelle tre dimensioni del burnout, e mettendo a confronto questi valori tra i due campioni, è emersa una differenza significativa anche nella dimensione della realizzazione personale, con un punteggio di 39 tra le professioni riabilitative, indice di un livello basso di burnout, e di 36 tra gli infermieri, indice invece di un livello medio. La professione infermieristica sembra quindi essere maggiormente esposta al burnout rispetto alla professione riabilitativa. I fattori che potrebbero essere la causa di questa differenza potrebbero essere solo ipotizzabili poiché non sono stati studiati. Da tenere in considerazione la percentuale di professionisti che hanno risposto al questionario: tra le professioni riabilitative è di circa il 10%, mentre tra gli infermieri è solo del 2,5%. La somministrazione del questionario è stata più snella e veloce tra i primi, mentre gli infermieri sono stati in generale più restii nella compilazione.

Analizzando singolarmente per professione le variabili prese in esame, non emergono analogie tra i due campioni. Analizzando il fattore età è risultato che soggetti di genere maschile tra le professioni riabilitative tendano ad avere elevati punteggi nell'area della depersonalizzazione rispetto ai soggetti di genere femminile. Questo potrebbe essere imputabile a questioni culturali legate al ruolo della donna come prestatrice di cure, che quindi è più protetta dallo sviluppo di depersonalizzazione rispetto agli uomini. Tale differenza non è emersa tra gli infermieri.

Il gruppo di fascia di età fino a 30anni presenta una prevalenza di professionisti della riabilitazione con un rischio alto di sviluppare burnout nel dominio legato alla depersonalizzazione e alla mancata realizzazione personale significativamente maggiore rispetto alle altre fasce di età. Il meccanismo alla base di questi effetti potrebbe essere imputabile al mancato sviluppo delle strategie di coping. Tra gli infermieri è la fascia d'età 31-50 anni quella maggiormente esposta nella dimensione della depersonalizzazione. In questa categoria ci sono quindi altri fattori che influiscono sul burnout. I risultati di vari studi sembrano affermare che i soggetti più giovani sono quelli maggiormente a rischio, a causa dello scontro tra le aspettative idealistiche su quella determinata professione e la realtà lavorativa. Al contrario l'esperienza professionale renderebbe il soggetto meno vulnerabile, infatti la competenza e l'esperienza maturate nel corso del tempo porterebbero a una maggior capacità di affrontare le sfide lavorative. Tra gli infermieri è emerso che chi ha un'anzianità lavorativa da 0 a 10 anni ha un rischio di sviluppare burnout maggiore statisticamente significativo, con una percentuale del 50% sul totale dei professionisti che hanno manifestato un alto rischio. Questo dato è in accordo con alcuni autori, i quali hanno stimato che i soggetti maggiormente a rischio sono quelli con un'anzianità lavorativa compresa tra i due e i quattro anni (Borgogni L., 2005).

Un dato singolare che è emerso dallo studio riguarda gli infermieri che lavorano nei reparti ospedalieri di riabilitazione, i quali hanno un rischio significativamente maggiore di burnout nel dominio della depersonalizzazione, rispetto a chi lavora in altri reparti ospedalieri, servizi domiciliari, ambulatoriali, lungodegenze ed RSA.

Tra le professioni riabilitative chi lavora nei servizi territoriali è significativamente meno realizzato professionalmente. Questo è un dato che meriterebbe ulteriori approfondimenti considerata l'importanza che viene sempre più conferita a questo settore (es. infermiere di famiglia, fisioterapista di famiglia). Un altro elemento che meriterebbe ulteriori approfondimenti è quello che lavorare a tempo determinato tende ad abbassare i livelli di punteggio alla MBI nell'ambito della realizzazione professionale. Ciò potrebbe essere determinato dal fatto che, secondo la Career motivation theory (London M., 2006), una progressione di carriera inferiore rispetto alle proprie aspettative si configura come una potenziale fonte di stress.

Di particolare rilevanza, infine, è il fatto che i professionisti della riabilitazione che lavorano prevalentemente con pazienti in età evolutiva hanno una probabilità più elevata di rischio di sviluppare il burnout nella sfera dell'esaurimento emotivo e della realizzazione personale rispetto a chi tratta prevalentemente soggetti adulti. Questo dato risulta in accordo anche con i valori emersi nell'item che indagava il tipo di intervento riabilitativo. Infatti, si ha un rischio significativamente elevato di burnout nel dominio della realizzazione personale in chi opera un intervento riabilitativo per evocare una competenza che non è comparsa nel corso dello sviluppo. Le ragioni sono molteplici, chi lavora con pazienti pediatrici spesso ha a che fare non solo col bambino, ma con il sistema famiglia nonché con altre figure professionali e istituzionali (scuola, associazioni ecc.). Inoltre, la presa in carico del bambino tende ad essere a lungo termine, spesso fino alla maggiore età. Questo dato non è emerso tra gli infermieri, probabilmente perché, seppur lavorando con pazienti particolarmente delicati; non hanno lo stesso carico di lavoro in termini di impegno.

## **LIMITI GENERALIZZABILITA'**

Il disegno di studio cross sectional è la fotografia della popolazione in un dato momento e permette un risparmio in termini di tempo e risorse economiche. Permette la rilevazione di un fenomeno nella popolazione e di ipotizzare l'associazione o meno con alcune variabili di interesse (utili per ricerche future), confrontando la prevalenza del fenomeno tra i soggetti esposti e non esposti a quel fattore di rischio. Tuttavia, non permette di stabilire un nesso causa effetto. A tal fine sarebbe necessario uno studio di coorte con gruppo di controllo per determinare il rischio relativo rapportando l'incidenza degli esposti con quella dei non esposti al fattore di rischio

Il presente studio mostra limiti legati principalmente bias di informazione (Information bias) errori metodologici che consistono nell'osservare il livello di esposizione e/o la categoria dell'outcome erronei.

→ Response bias (bias di risposta): occorre quando si intervistano persone che, per caratteristiche personali, hanno una predisposizione a riferire eventi personali in maniera sistematicamente diversa da quella della popolazione generale. E più probabile che una persona risponda all'indagine se ha determinate caratteristiche che la rendono affine alla misura di outcome. In questo caso i soggetti che sperimentano burnout saranno più

predisposti a esprimersi rispetto a chi il burnout non lo presenta. Inoltre, il questionario è stato somministrato una sola volta. Somministrazioni in periodi diversi potrebbero dare risultati diversi.

→ Interview bias (bias di intervista): il setting dello studio non è controllato, l'ambiente social in cui è stata raccolta l'informazione può essere soggetto a contaminazione. Inoltre, il questionario non è stato progettato con un sistema che blocca la seconda risposta (la stessa persona potrebbe rispondere più volte).

Alcuni studi hanno dimostrato che fattori individuali e fattori legati all'organizzazione del processo lavorativo aumentano la predisposizione al burnout (Trigo TR., 2007) In questo studio non sono stati presi in considerazione questi fattori.

## **CONCLUSIONI**

Vi è ormai un sostanziale corpo di evidenze sugli effetti nocivi dello stress da lavoro per la salute e il benessere dei lavoratori in sanità e per la vitalità e produttività delle organizzazioni sanitarie. In ambito sanitario è stato dimostrato che la condizione di stress svolge un ruolo cruciale nel deteriorare la salute fisica e mentale degli operatori e nell'aumentare i costi economici dovuti ad assenze per malattia, a richieste di cambi di mansione e ad abbandoni volontari del lavoro (Cox T., 2000). Una ridotta efficienza psicofisica degli operatori, inoltre, può determinare pesanti ricadute sulla qualità delle prestazioni offerte agli assistiti. Obiettivo del nostro lavoro è stato proprio quello di indagare tale fenomeno mettendo a confronto le categorie professionali degli infermieri e dei professionisti della riabilitazione. I risultati del presente studio mostrano che bisognerebbe porre un'enfasi sulla categoria degli infermieri soprattutto ad inizio carriera, ma anche sui professionisti che lavorano in ambito pediatrico e nei servizi territoriali, delineando strategie di prevenzione, promuovendo e sviluppando linee di supporto per aiutare i professionisti ad aumentare la loro resilienza.

# ALLEGATI

## Allegato 1 check list STROBE statement

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of cross-sectional studies

	Item n°	Recommendation
<b>Title and abstract</b>	<b>1</b>	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
<b>Introduction</b>		
Background/rationale	<b>2</b>	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	<b>3</b>	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
<b>Methods</b>		
Study design	<b>4</b>	Present key elements of study design early in the paper
Setting	<b>5</b>	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	<b>6</b>	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of Participants
Variables	<b>7</b>	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	<b>8*</b>	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	<b>9</b>	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	<b>10</b>	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	<b>11</b>	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	<b>12</b>	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses
<b>Results</b>		

Participants	<b>13*</b>	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	<b>14*</b>	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest
Outcome data	<b>15*</b>	Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	<b>16</b>	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	<b>17</b>	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
<b>Discussion</b>		
Key results	<b>18</b>	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	<b>19</b>	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	<b>20</b>	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	<b>21</b>	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
<b>Other information</b>		
Funding	<b>22</b>	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

## **Allegato 2: QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE STRESS LAVORO CORRELATO RIVOLTO ALLE PROFESSIONI RIABILITATIVE**

Tempo di compilazione: 3 minuti

*"Gentili colleghi/e, il questionario è parte di uno studio svolto dagli studenti della Laurea Magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie - Università Politecnica delle*

*Marche allo scopo di conoscere le caratteristiche dei professionisti di area riabilitativa riguardo lo stress correlato al proprio lavoro. Ringraziamo chi volesse contribuire alla compilazione del test".*

Sezione 1)

---

**1. Indicare la professione riabilitativa di appartenenza**

- Fisioterapista
- Logopedista
- Podologo
- Ortottista-assistente di oftalmologia
- Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
- Terapista occupazionale
- Educatore professionale
- Tecnico della riabilitazione psichiatrica

**2. Genere**

- Maschio
- Femmina

**3. Età**

- fino a 30 anni
- da 31 a 50 anni
- 51 anni e oltre

**4. In quale settore lavora?**

- Pubblico
- Privato

**5. Tipologia contrattuale**

- Tempo indeterminato
- Tempo determinato
- Partita IVA

**6. Da quanto tempo lavora in questa organizzazione?**

- da 0 a 10 anni
- da 11 a 20 anni
- da 21 a 30 anni
- 31 anni e oltre

**7. Qual è il suo contesto lavorativo prevalente?**

- Reparto
- Ambulatorio
- Servizi territoriali

**8. Da quanto tempo lavora in questo reparto/ambulatorio/servizi territoriali?**

- da 0 a 10 anni
- da 11 a 20 anni
- da 21 a 30 anni
- 31 anni e oltre

**9. Quale tipologia di paziente tratta?**

- prevalentemente adulto
- prevalentemente età evolutiva
- entrambi

**10. La tipologia dell'intervento riabilitativo da lei svolto ha come finalità:**

- evocare una competenza che non è comparsa nel corso dello sviluppo
- recupero di una competenza funzionale che per ragioni patologiche è andata perduta
- il mantenimento delle competenze residue e/o di prevenzione della progressione della disabilità

**Allegato 3: QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE STRESS LAVORO  
CORRELATO RIVOLTO AGLI INFERMIERI**

Tempo di compilazione: 3 minuti

*"Gentile Professionista Sanitario,*

*sono Elisa Bacchini, fisioterapista laureanda al CdLM in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie dell'Università Politecnica delle Marche. Il questionario è parte di uno studio volto allo scopo di conoscere le caratteristiche dei professionisti infermieri della Regione Marche, riguardo lo stress correlato al proprio lavoro. Ringrazio chi*

*volesse contribuire alla compilazione del test e alla sua diffusione, sottolineando che la compilazione è anonima".*

Sezione 1)

---

**1. Genere**

- Maschio
- Femmina

**2. Età**

- fino a 30 anni
- da 31 a 50 anni
- 51 anni e oltre

**3. In quale settore lavora?**

- Pubblico
- Privato
- Privato convenzionato

**4. Tipologia contrattuale**

- Tempo indeterminato
- Tempo determinato
- Partita IVA

**5. Ha attualmente un ruolo di coordinatore/coordinatrice infermieristico/a?**

- sì
- no

**6. Pensando al Suo attuale impiego, da quanto tempo lavora per la stessa organizzazione?**

- da 0 a 10 anni
- da 11 a 20 anni
- da 21 a 30 anni
- 31 anni e oltre

**7. Qual è il suo contesto lavorativo prevalente?**

- Servizi ambulatoriali
- Servizi domiciliari
- Reparti ospedalieri di riabilitazione
- Altri reparti ospedalieri/lungodegenze/RSA
- Altro

**8. Pensando alla Sua attuale attività presso un servizio ambulatoriale/domiciliare/ospedaliero etc, da quanto tempo la svolge?**

- da 0 a 10 anni
- da 11 a 20 anni
- da 21 a 30 anni
- 31 anni e oltre

**9. Quale tipologia di paziente tratta?**

- prevalentemente adulto
- prevalentemente età evolutiva
- entrambi

**Allegato 4: QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE STRESS LAVORO  
CORRELATO: MBI**

Sezione 2)

---

**1. Mi sento emotivamente sfinito dal mio lavoro.**

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

**2. Mi sento sfinito alla fine della giornata.**

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno

- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

**3.** Mi sento stanco quando mi alzo alla mattina e devo affrontare un'altra giornata di lavoro.

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

**4.** Posso capire facilmente come la pensano i miei pazienti.

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

**5.** Mi pare di trattare alcuni pazienti come se fossero degli oggetti

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

**6.** Mi pare che lavorare tutto il giorno con la gente mi pesi.

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

**7. Affronto efficacemente i problemi dei pazienti.**

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

**8. Mi sento esaurito dal mio lavoro.**

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

**9. Credo di influenzare positivamente la vita di altre persone attraverso il mio lavoro**

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

**10.** Da quando ho cominciato a lavorare qui sono diventato più sensibile con la gente

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

**11.** Ho paura che questo lavoro mi possa indurire emotivamente

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

**12.** Mi sento pieno di energie

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

**13.** Sono frustrato dal mio lavoro

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana

- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

**14. Credo di lavorare troppo duramente**

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

**15. Non mi importa veramente di ciò che succede ad alcuni pazienti**

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

**16. Lavorare direttamente a contatto con la gente mi crea troppa tensione**

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

**17. Riesco facilmente a rendere i pazienti rilassati e a proprio agio.**

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana

- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

**18. Mi sento rallegrato dopo aver lavorato con i pazienti.**

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

**19. Ho realizzato molte cose di valore nel mio lavoro.**

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

**20. Sento di non farcela più.**

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

**21. Nel mio lavoro affronto i problemi emotivi con calma**

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana

- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

**22.** Ho l'impressione che i miei pazienti (o il loro familiari) diano la colpa a me per i loro problemi

- 0 – mai
- 1 - qualche volta all'anno
- 2 - una volta al mese o meno
- 3 - qualche volta al mese
- 4 - una volta alla settimana
- 5 - qualche volta alla settimana
- 6 - ogni giorno

### **Allegato 5: Versione Italiana Maslach Burnout Inventory**

**MASLACH BURNOUT INVENTORY** Sirigatti, S., & Stefanile, C. (1993). *Adattamento e taratura per l'Italia.*

In C. Maslach & S. Jackson, *MBI Maslach Burnout Inventory. Manuale.* (pp. 33-42). Firenze:

#### **Organizzazioni Speciali**

La presenza in Italia di Cristina Maslach nel 1983 diede l'avvio alla formulazione della versione italiana del questionario e alle successive indagini esplorative volte soprattutto a conoscere la validità di costruito. Il questionario fu somministrato inizialmente ad operatori socio-sanitari ed educatori scolastici per le indagini preliminari attraverso indagini fattoriali, e successivamente ad una serie di operatori impegnati in diverse professioni d'aiuto residenti in varie zone d'Italia. In totale furono coinvolti 1800 operatori, di cui 748 professionisti sanitari.

La versione italiana del MBI misura grazie a 3 sottoscale, tre dimensioni relative alla sindrome del Burnout: 9 items misurano l'esaurimento emotivo (EE), 5 items misurano la depersonalizzazione (DEP), e 8 items misurano la realizzazione lavorativa (RL).

Il soggetto risponde a ciascun item su una scala a 7 passi (da 0 a 6) esprimendo la frequenza con cui ogni stato emozionale e stato sperimentato durante l'ultima settimana (0 = mai, 6 = ogni giorno). Di conseguenza il test quantifica con uno score da 0 a 54 EE, da 0 a 30 DEP e da 0 a 48 RL.

L'esaurimento emotivo viene valutato dalle domande 1,2,3,6,8,13,14,16,20; la depersonalizzazione è valutata dalle domande 5,10,11,15,22; la realizzazione personale è valutata dagli items 4,7,9,12,17,18,19,21.

Mi sento emotivamente sfinito dal mio lavoro. [1]
Mi sento sfinito alla fine della giornata. [2]
Mi sento stanco quando mi alzo alla mattina e devo affrontare un'altra giornata di lavoro. [3]
Posso capire facilmente come la pensano i miei pazienti. [4]
Mi pare di trattare alcuni pazienti come se fossero degli oggetti [5]
Mi pare che lavorare tutto il giorno con la gente mi pesi. [6]
Affronto efficacemente i problemi dei pazienti. [7]
Mi sento esaurito dal mio lavoro. [8]
Credo di influenzare positivamente la vita di altre persone attraverso il mio lavoro [9]
Da quando ho cominciato a lavorare qui sono diventato più sensibile con la gente [10]
Ho paura che questo lavoro mi possa indurire emotivamente [11]
Mi sento pieno di energie [12]
Sono frustrato dal mio lavoro. [13]
Credo di lavorare troppo duramente [14]
Non mi importa veramente di ciò che succede ad alcuni pazienti. [15]
Lavorare direttamente a contatto con la gente mi crea troppa tensione. [16]
Riesco facilmente a rendere i pazienti rilassati e a proprio agio. [17]
Mi sento rallegrato dopo aver lavorato con i pazienti. [18]
Ho realizzato molte cose di valore nel mio lavoro. [19]
Sento di non farcela più. [20]
Nel mio lavoro affronto i problemi emotivi con calma. [21]
Ho l'impressione che i miei pazienti (o il loro familiari) diano la colpa a me per i loro problemi. [22]

Per ogni sottoscala viene attribuito un diverso livello di rischio di sviluppare il burnout in base al punteggio ottenuto (tab 2):

- esaurimento emotivo con basso rischio per punteggi  $\leq 14$ , medio rischio per punteggi tra 15-23 e alto rischio per punteggi  $\geq 24$ ;
- depersonalizzazione con basso rischio per punteggi  $\leq 3$ , rischio medio per risultati tra 4-9 e alto rischio per punteggio  $\geq 9$ ;
- realizzazione personale con basso rischio per punteggi  $\geq 37$ , medio rischio punteggi tra 30-36 e alto rischio per risultati  $\leq 29$ .

Per ciascuna sottoscala è stato calcolato il punteggio totale degli item e sono stati calcolati media e deviazione standard del campione totale e dei vari sottogruppi professionali. Si può notare che gli operatori sanitari manifestano punteggi più alti nelle sottoscale Esaurimento Emotivo e Depersonalizzazione, mentre gli operatori che lavorano in campo educativo e nei servizi sociali hanno

punteggi medi più bassi nella scale della Depersonalizzazione. Il grado più alto di Realizzazione Personale è presente tra gli Educatori Professionali. (tab 4)

La verifica dell'affidabilità (consistenza interna). L'affidabilità è la capacità dello strumento di rilevare il fenomeno. Valuta l'autocorrelazione degli ITEMS. E' stata effettuata calcolando il coefficiente alfa Cronbach. Per il campione totale si sono ottenuti valori di 0.85 per la sottoscala Esaurimento Emotivo, 0.67 per la sottoscala Depersonalizzazione e 0.74 per la sottoscala Realizzazione Personale, con ESM (errore standard della misura) rispettivamente di 4.08, 3.08 e 4.06. (tab 1)

Le analisi condotte fino ad oggi mostrano che il MBI, anche nel suo adattamento italiano, possiede caratteristiche psicometriche accettabili per soddisfare tale scopo. Tuttavia, un ulteriore sviluppo del MBI specialmente in direzione di un potenziamento della sottoscala della depersonalizzazione, potrebbe aumentare le sue possibilità di impiego Sirigatti, S, & Stefanile, C. (1992).

È probabile che aspetti della personalità siano collegati al burnout, sebbene siano necessarie ulteriori ricerche per chiarire quali variabili di personalità risultino le più significative

tab 1: coefficienti di attendibilità nella versione italiana

	CLASSIFICAZIONE alfa DI CRONBACH	
	alfa<0.4	Bassa Affidabilità
	0.4<alfa>0.6	Affidabilità incerta
Realizzazione personale Depersonalizzazione	0.6<alfa>0.8	Affidabilità accettabile
Esaurimento emotivo	alfa>0.8	Buona Affidabilità

tab 2:

<b>Categorizzazione dei punteggi alle sottoscale del MBI per la versione italiana</b>			
	<i>Livello di burnout</i>		
	basso	medio	elevato
<b>CAMPIONE TOTALE (N = 1779)</b>			
Esaurimento Emotivo	≤13	14-22	≥23
Depersonalizzazione	≤ 2	3-5	≥ 6
Realizzazione Personale	≥39	32-38	≤31
<b>CAMPIONE PER PROFESSIONE</b>			
<i>Insegnamento (N = 683)</i>			
Esaurimento Emotivo	≤13	14-23	≥24
Depersonalizzazione	≤ 1	2-3	≥ 4
Realizzazione Personale	≥40	34-39	≤33
<i>Sanità (N = 748)</i>			
Esaurimento Emotivo	≤14	15-23	≥24
Depersonalizzazione	≤ 3	4-8	≥ 9
Realizzazione Personale	≥37	30-36	≤29
<i>Salute mentale (N = 191)</i>			
Esaurimento Emotivo	<12	13-21	≥22
Depersonalizzazione	≤ 2	3-5	≥ 6
Realizzazione Personale	≥38	31-37	≤30
<i>Servizi sociali (N = 155)</i>			
Esaurimento Emotivo	≤10	11-18	≥19
Depersonalizzazione	≤ 1	2-3	≥ 5
Realizzazione Personale	≥39	31-38	≤30
Sirigatti, S., & Stefanile, C. (1993). Adattamento e taratura per l'Italia. In C. Mas Jackson, <i>MBI Maslach Burnout Inventory. Manuale.</i> (pp. 33-42). Firenze: Organizzazioni			

tab. 3: Coefficienti di intercorrelazione tra le sottoscale della versione italiana (\*\*p>0.001)

	esaurimento emotivo	depersonalizzazione
depersonalizzazione	0.50**	
realizzazione personale	-0.21**	-0.28**

tab. 4:Medie e deviazioni standard delle sottoscale per la versione italiana

	<b>E.E.</b>	<b>Dep.</b>	<b>R.P.</b>
<b>CAMPIONE TOTALE (N = 1779)</b>			
MA	19.47	5.34	33.99
DS	11.33	5.44	8.28
<b>CAMPIONE PER PROFESSIONE</b>			
<b>Insegnamento (N = 683)</b>			
MA	19.84	3.80	35.71
DS	11.58	4.71	7.87
<b>Sanità (N = 748)</b>			
MA	20.18	7.03	32.52
DS	11.29	5.90	8.66
<b>Salute Mentale ( N = 191)</b>			
MA	18.50	5.34	33.91
DS	10.77	5.03	7.43
<b>Servizi Sociali (N = 155)</b>			
MA	15.61	3.85	33.82
DS	10.11	4.01	7.82

## AII 6: SINOSSI DI UN PROTOCOLLO DI UNO STUDIO TRASVERSALE

Titolo	<b>Il burnout nelle professioni riabilitative delle Marche, confronto tra professionisti della riabilitazione e infermieri: uno studio analitico cross-sectional</b>
ACRONIMO	
Background dello studio	Il burnout viene definito come una condizione di stress lavorativo derivante da uno squilibrio tra le richieste professionali e la capacità individuale di affrontarle. Tale stato esprime frustrazione, demoralizzazione e comportamenti maladattivi. Dall'analisi della letteratura scientifica risulta che gli studi riguardanti il burnout e lo stress lavoro correlato presenti nell'area riabilitativa rappresentano una percentuale molto esigua rispetto a quelli condotti nell'area medica, infermieristica e psicologica
Disegno dello studio	<i>Studio analitico cross-sectional</i>
Obiettivi	L'obiettivo principale dello studio è rilevare il fenomeno del burnout tra i professionisti della riabilitazione e gli infermieri, e mettere a confronto tale fenomeno.  L'obiettivo secondario consiste nell'identificare quali siano le variabili che in questo tipo di popolazione espongono ad un maggior rischio di sviluppare il burnout e progettare in modo appropriato in una fase successiva azioni di miglioramento sulla base delle informazioni estrapolate.
Popolazione	Professionisti della riabilitazione e professionisti infermieri della Regione Marche.
Criteri di inclusione	1. Professionisti sanitari della riabilitazione, Classe di laurea LM/SNT2, 2. Professionisti sanitari infermieri, Classe di laurea L/SNT/1, iscritti agli albi dei rispettivi ordini professionali delle Marche
Criteri di esclusione	1. Professionisti che non hanno risposto al questionario o non lo hanno ricevuto
Centri sperimentatori	Centro ambulatoriale AST pesaro-urbino
Intervento	Somministrazione di un questionario anonimo su Google.form per indagare il burnout tra le professioni sanitarie. Il questionario comprende due sezioni: la prima sezione indaga le caratteristiche demografiche e professionali della popolazione, la seconda sezione indaga il fenomeno del burnout con l'utilizzo di uno strumento già validato, il Maslach Burnout Inventory . Il link del questionario è stato distribuito via mail ai rispettivi ordini (per la diffusione dello stesso agli iscritti) e tramite Social.
Endpoint primari	Questionario Maslach Burnout Inventory che indaga il fenomeno del burnout attraverso tre sottoscale:  esaurimento emotivo con 9 items, depersonalizzazione 5 items, realizzazione personale 8 items.

	<p>Nella tabella sottostante i valori cut-off per individuare un rischio alto, medio o basso per ciascuna scala</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Basso rischio</th> <th>Medio rischio</th> <th>Alto rischio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Esaurimento emotivo (EE)</td> <td>≤ 14</td> <td>tra 15-23</td> <td>≥24</td> </tr> <tr> <td>Depersonalizzazione (DEP)</td> <td>≤ 3</td> <td>tra 4-9</td> <td>≥ 9</td> </tr> <tr> <td>Realizzazione personale (RL)</td> <td>≥ 37</td> <td>30-36</td> <td>≤ 29</td> </tr> </tbody> </table>		Basso rischio	Medio rischio	Alto rischio	Esaurimento emotivo (EE)	≤ 14	tra 15-23	≥24	Depersonalizzazione (DEP)	≤ 3	tra 4-9	≥ 9	Realizzazione personale (RL)	≥ 37	30-36	≤ 29
	Basso rischio	Medio rischio	Alto rischio														
Esaurimento emotivo (EE)	≤ 14	tra 15-23	≥24														
Depersonalizzazione (DEP)	≤ 3	tra 4-9	≥ 9														
Realizzazione personale (RL)	≥ 37	30-36	≤ 29														
Endpoint secondari																	
Variabili esplicative	Professione Riabilitativa, Genere, Età, tipo di contratto, settore lavorativo, anzianità lavorativa, contesto lavorativo, tipologia di paziente trattato, tipologia di intervento riabilitativo, incarico di coordinamento																
Tempi di valutazione	Dicembre 2022-Gennaio 2023 per le professioni riabilitative; maggio2023-giugno2023 per i professionisti infermieri																
Misure di sicurezza	Trattandosi di uno studio non interventistico in cui i soggetti si sottopongono volontariamente ad un questionario anonimo non si prevede la comparsa di effetti avversi. Il questionario è stato strutturato in maniera tale da garantire l'anonimato e la cyber security dei dati dei partecipanti																
Aspetti etici	Trattandosi di uno studio non interventistico in cui i soggetti si sottopongono volontariamente ad un questionario anonimo non si prevede la comparsa la richiesta di autorizzazione al comitato etico, verrà garantito l'anonimato e la riservatezza dei dati.																
Possesso dei dati e pubblicazioni	Lo sperimentatore conserverà un elenco di codici identificativi di tutti i soggetti arruolati, separato dal sistema di raccolta dati che verrà archiviato in una piattaforma informatica in cui i soggetti saranno identificati solo da un codice alfanumerico. Lo sperimentatore sarà in prima persona responsabile della protezione dei dati che verranno conservati per 7 anni. I risultati dei dati saranno pubblicati sulle riviste internazionali e discussi in occasione di congressi scientifici e l'identità dei soggetti sarà sempre mantenuta anonima.																
Sample size	Il numero di professionisti che rispondevano ai criteri di inclusione e che hanno risposto al questionario durante il periodo di studio ha determinato la dimensione del campione. Su 3026 operatori della riabilitazione, in totale hanno compilato il questionario 337, mentre su 11.607 infermieri hanno risposto in 289.																

Analisi dei dati	<p>Verrà effettuata una analisi descrittiva dei parametri raccolti, utilizzando media e deviazione standard per le variabili continue di tipo parametrico, mediana e range interquartile e intervalli di confidenza per le variabili continue non parametriche e percentuali per le variabili categoriali.</p> <p>L'analisi delle variazioni dei parametri di interesse rispetto al valore basale, osservate dopo l'esposizione all' intervento verrà effettuata mediante l'applicazione di test per dati parametrici/ o non parametrici continui / o categoriali. Verrà fatta un'analisi multivariata con un modello di regressione logistica multipla per le variabili di maggior interesse.</p>
------------------	--

## **BIBLIOGRAFIA**

- Baiocco R., C. G. (2004). *Il rischio psicosociale nelle professioni di aiuto: la sindrome del burnout negli operatori, medici, infermieri, psicologi e religiosi.*
- Borgogni L., C. C. (2005). job burnout: evoluzione di un costrutto.
- Cox T., G. A. (2000). Research on Work Related Stress. *Office for official publications of the European Communities.*
- London M., M. E. (2006). Career motivation.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The Cost of Caring.*
- Meng Wei Ge, F.-H. H.-J.-q.-L. (2023). Global prevalence of nursing burnout syndrome and temporal trends for the last 10 years. *Journal clinical nurses.*
- Merlani P., V. M. (2011). STRESI + Group burnout in ICU caregivers: a multicenter study of factors associated to centers. *Am J Respir Crit Care Med.*
- Moss M., G. V. (2016). An official critical care societies collaborative statement: burnout syndrome in critical care health care professionals: a call for action. *Am j Crit Care.*
- Poncet MC., T. P.-B. (2007). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med.*
- Sabrina Burri, K. S. (2022). Risk factors associated with physical therapist burnout: a systematic review.
- Sirigatti, S. &. (1992). Aspetti e problemi dell'adattamento italiano del MBI. *Bollettino di Psicologia Applicata.*
- Stefanile, S. S. (1993). Adattamento e taratura per l'Italia. In C. Maslach & S. Jackson, *MBI Maslach Burnout Inventory.*
- Trigo TR., T. C. (2007). Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Rev Psiq Clin.*

Strobe statement: linee guida per descrivere gli studi osservazionali. Traduzione italiana  
erik von Elm, Douglas G. Altman, Matthias Egger, Stuart J. Pocock, Peter C. Gotzsche,  
Jan P. Vandenbroucke.