

La realtà ospedaliera: analisi dei fattori coinvolti nel benessere dei medici e degli infermieri

di *Chiara A. Ripamonti**, *Dario Monzani**,

*Emanuele Preti**, *Patrizia Steca**

La valutazione del benessere del personale sanitario che opera nelle strutture ospedaliere è di estrema rilevanza per individuare e controllare eventuali situazioni di disagio psicologico, le cui conseguenze si riflettono sulla qualità delle prestazioni professionali e delle relazioni sia con i colleghi che con l'utenza. Le variabili che influiscono sull'esaurimento fisico e psichico, prodromi della sindrome di *burn-out*, sono riconducibili a fattori sia individuali che ambientali. Il presente contributo ha analizzato un campione di 944 tra medici (N totale = 271, età media 45 anni, d.s. = 9,56 anni) e infermieri (N totale = 673, età media 36,58 anni, d.s. = 6,85 anni) ospedalieri allo scopo di valutare le correlazioni esistenti tra clima organizzativo, *burn-out*, stress e strategie di coping e le differenze in alcuni di questi costrutti ascrivibili alla professione, al genere e all'anzianità di servizio. Gli strumenti utilizzati sono stati: il *Maslach Burn-out Inventory* (Maslach, Jackson, 1981), un questionario sul clima lavorativo creato *ad hoc*, che valuta tre dimensioni: la *leadership*, la *qualità della relazione tra i colleghi* e *l'organizzazione della struttura*, e l'*Health Professions Stress and Coping Scale* (Ripamonti, Steca, Prunas, 2007), un nuovo questionario *self-report* che valuta il livello di stress soggettivamente percepito rispetto a una serie di situazioni stressanti relative all'ambito ospedaliero e le strategie di coping adottate per fronteggiarle. I risultati hanno evidenziato l'esistenza di interessanti differenze tra medici e infermieri nelle diverse variabili considerate e di significative relazioni tra *burn-out*, aspetti del clima organizzativo e strategie di coping.

Parole chiave: *medici, infermieri, burn-out, coping, stress, clima organizzativo*.

Negli ultimi anni ampio spazio è stato dedicato in letteratura alle ricerche relative al *burn-out* del personale sanitario che, a causa della tipologia di lavoro svolta, è particolarmente vulnerabile a sviluppare questa sindrome.

Fu H. J. Freudenberger a coniare nel 1974 il termine *burn-out* per descrivere una condizione acuta ed estrema di sofferenza fisica e psichica che colpiva in particolare gli operatori sanitari e sociali e che si manifestava con una sintomatologia variegata: ansia, depressione, patologie cardiovascolari e dell'apparato digerente,

* Università degli Studi di Milano-Bicocca.

disturbi del sonno, dell'alimentazione, dell'attività sessuale, fino ad arrivare a tossicomanie e suicidio. Tra i segnali precoci furono individuati il senso pervasivo di responsabilità totale verso il lavoro, il senso di colpa e impotenza nel rapporto col paziente, la demotivazione e l'assenza di speranza.

Negli anni Ottanta Maslach e Jackson (1981) hanno sviluppato uno strumento diagnostico (MBI, *Maslach Burn-out Inventory*) che ha permesso di definire il *burn-out* nelle sue componenti individuali e organizzative. Gli autori hanno utilizzato tre dimensioni per spiegare la genesi della sindrome: l'*esaurimento emotivo*, la *depersonalizzazione* e la *realizzazione personale*. Il nucleo della sindrome è comunque rappresentato per la Maslach (2003) da un sovraccarico emozionale che conduce inevitabilmente all'esaurimento emotivo. L'individuo si sente svuotato e privo di energia e per far fronte a questa condizione si sottrae al coinvolgimento e al contatto con gli altri, assumendo un atteggiamento di fredda indifferenza e di cinico disinteresse. L'operatore percepisce un senso di inadeguatezza rispetto alla propria capacità di stabilire una relazione d'aiuto, arrivando a vivere una condizione di "fallimento personale". Il *burn-out*, secondo questa autrice, non è esclusivamente riconducibile al malfunzionamento individuale bensì, soprattutto, al contesto sociale e lavorativo in cui l'individuo opera; sono infatti l'organizzazione e il funzionamento della struttura lavorativa, aspetti centrali del clima organizzativo, a influire primariamente sulla qualità delle relazioni tra gli operatori e tra gli operatori e l'utenza. Questa sindrome si manifesta in particolare quando entrano in gioco una serie di fattori situazionali, come il sovraccarico di lavoro, la mancanza di controllo, la remunerazione insufficiente, il crollo del senso di appartenenza comunitario, l'assenza di equità e la presenza di valori contrastanti (Maslach, Leiter, 1997).

Recentemente, l'attenzione dei ricercatori si è rivolta ad analizzare le correlazioni tra il *burn-out* e le strategie di coping che medici e infermieri utilizzano per fronteggiarlo. Il modello più spesso utilizzato per valutare le strategie di coping in ambito sanitario prende le mosse da quello di Lazarus e Folkman (1984), che per primi ne definirono il costrutto, inteso come l'insieme delle risposte comportamentali e cognitive mirate alla gestione delle situazioni stressanti che implicano la percezione di minaccia, perdita o sfida. Il coping, secondo i due autori, è riconducibile essenzialmente a due strategie: la prima focalizzata sulle emozioni, che può sfociare nel controllo o nell'abbandono delle emozioni provocate dalla situazione stressante, la seconda focalizzata sul problema, che affronta le difficoltà in maniera diretta, ricercando soluzioni efficaci. Le prime teorizzazioni di Lazarus e Folkman sono state arricchite da ulteriori contributi tra cui quello di Carver, Scheier e Weintraub (1989), che proposero di inserire la strategia focalizzata sul supporto sociale all'interno del coping focalizzato sul problema, e quello di Compas e colleghi (2001), che introdussero una terza dimensione, quella dell'evitamento del problema.

Nonostante l'attenzione dedicata al *burn-out* e al coping nelle professioni sanitarie, dall'analisi della letteratura è emerso che le ricerche che confrontano medici e infermieri sono piuttosto scarse, sebbene queste due popolazioni, pur condividendo la stessa realtà sanitaria/assistenziale, siano sottoposte a *stressors* per certi versi diversi.

L'*Health Professions Stress and Coping Scale* (HPSCS; Ripamonti, Steca, Prunias, 2007), principale strumento di indagine del presente lavoro, ha consentito di analizzare separatamente le strategie di coping utilizzate da medici e infermieri in situazioni stressanti che, pur riguardando nello specifico la realtà ospedaliera, sono diverse per le due categorie. Medici e infermieri, infatti, in virtù delle differenti mansioni lavorative e delle diverse aspettative di ruolo, attribuiscono significati diversi alle molteplici situazioni stressanti che incontrano nella quotidianità professionale e possono inoltre adottare in maniera diversa le medesime strategie di coping. La specificità delle situazioni analizzate è un'ulteriore caratteristica che differenzia questo strumento dagli altri presenti in letteratura, che valutano le strategie di coping messe in atto in contesti generali di vita.

Sulla base della letteratura sopra citata gli obiettivi del presente contributo sono stati quelli di:

- confrontare medici e infermieri rispetto alle dimensioni di *clima organizzativo* e *burn-out*. Abbiamo ipotizzato uno stretto legame tra clima organizzativo e *burn-out* dal momento che la qualità del clima organizzativo rappresenta una variabile significativa per lo sviluppo della sindrome, come ricordato dalla stessa Maslach (Maslach, Leiter, 1997);
- valutare eventuali differenze di genere e di anzianità di servizio sia nei medici che negli infermieri rispetto alle dimensioni di *clima organizzativo*, *burn-out*, *stress* e *coping*. Abbiamo ipotizzato che le donne siano più soggette a stress lavorativo e *burn-out*, in quanto devono rispondere non solo alle richieste che provengono dall'ambiente professionale, ma solitamente anche, e in misura assai maggiore degli uomini, a quelle che provengono dall'ambiente domestico/familiare. L'anzianità dovrebbe invece attenuare gli effetti delle difficili e stressanti condizioni lavorative; ricerche precedenti mostrano, ad esempio, come ad una maggiore anzianità professionale si associi positivamente una maggiore soddisfazione per varie aree del lavoro (Steca *et al.*, 2008);
- valutare, separatamente per medici e infermieri, il grado in cui le dimensioni del *clima organizzativo*, dello *stress* e del *coping* influenzano il *burn-out*.

In particolare, abbiamo ipotizzato che le strategie di *coping* influenzino il *burn-out*; infatti, strategie finalizzate alla risoluzione del problema permettono di affrontare gli *stressors* in modo più funzionale rispetto a quelle basate per esempio sull'evitamento (Lambert, Lambert, 2004).

I Metodo

1.1. Soggetti e procedura

Hanno partecipato alla ricerca 271 medici e 673 infermieri (N totale = 944) di aziende ospedaliere pubbliche e private italiane. Il 79,9% dei soggetti afferisce a una struttura sanitaria pubblica, il 20,1% a una struttura privata convenzionata. Le strutture sanitarie coinvolte sono tutte collocate nel Nord Italia, per il 31,3% in grandi centri, per il 68,7% in centri medio-piccoli. Il campione è composto da 270 uomini (29%) e 662 donne (71%), con un'età media di 38,98 anni (range 22-67, d.s. = 8,61). L'anzianità media di servizio è di 15 anni (range 0-44, d.s. = 8,66); il numero medio di ore settimanali di lavoro è di 37,19 (range 0-70, d.s. = 8,56); l'8,9% del campione (n = 81) dichiara di avere un contratto di lavoro part-time.

Tra i medici sono presenti 145 uomini (54,7%) e 126 donne (45,3%); l'età media è di 45 anni (range 25-67, d.s. = 9,56). L'anzianità media di servizio è di 16,67 anni (range 1-44, d.s. = 10,35); il numero medio di ore settimanali di lavoro è di 40,64 (range 3-70, d.s. = 9,89); il 3,5% dei medici (n = 9) dichiarano di avere un contratto di lavoro part-time.

Tra gli infermieri sono presenti 125 uomini (18,7%) e 548 donne (81,3%) (età media 36,58 anni, range 22-59, d.s. = 6,86). L'anzianità media di servizio è di 14,35 anni (range 0-42, d.s. = 7,82); il numero medio di ore settimanali di lavoro è di 35,77 (range 0-60, d.s. = 7,51); il 10,9% degli infermieri (n = 72) dichiarano di avere un contratto di lavoro part-time.

2 Strumenti

Tutti i partecipanti hanno compilato in forma anonima una batteria di questionari composta dai seguenti.

2.1. Questionario sul clima organizzativo

Il questionario sul clima organizzativo, di nuova costruzione, è costituito da 31 item che valutano la qualità percepita e il buon funzionamento di vari aspetti strutturali e relazionali dell'ambiente di lavoro; ogni item viene valutato su una scala Likert a 5 punti (1 = "sono fortemente in disaccordo", 5 = "sono fortemente d'accordo"). Analisi fattoriali preliminari al presente studio hanno evidenziato tre dimensioni di clima: *leadership* (18 item, qualità della leadership esercitata dal responsabile della struttura), *qualità delle relazioni con i colleghi* (8 item, grado di collaborazione, stima e fiducia tra i colleghi della

struttura), *organizzazione della struttura* (4 item, si riferisce in negativo alla definizione dei ruoli, delle mansioni e degli orari di lavoro, alla quantità e intensità del lavoro svolto).

2.2. *Maslach Burn-out Inventory* (MBI; Maslach, 1981, 1996)

Il livello di *burn-out* dei partecipanti è stato misurato tramite il MBI, uno strumento composto da 22 item che valutano differenti aspetti della sindrome da stress lavorativo cronico. I soggetti devono valutare ciascun item su una scala di frequenza Likert a 7 punti (0 = “mai”, 6 = “ogni giorno”). Il questionario è composto da tre sottoscale: *esaurimento emotivo* (9 item, sensazione di essere sovraccaricato ed esaurito dal proprio lavoro, senza energie ed entusiasmo per le attività lavorative che si svolgono), *mancanza di realizzazione personale* (8 item, sensazione di incompetenza, mancanza di autostima e di realizzazione professionale), *depersonalizzazione* (5 item, assunzione di atteggiamenti di eccessiva freddezza e distacco dai pazienti e tendenza all'eccessiva intellettualizzazione e razionalizzazione delle situazioni cliniche).

2.3. *Health Professions Stress and Coping Scale* (HPSCS; Ripamonti, Steca, Prunas, 2007)

L'HPSCS è uno strumento per la valutazione dello stress e delle strategie di coping adottate per fronteggiarlo, con due versioni diversificate, una per medici e una per infermieri.

Per ciascuna delle situazioni proposte viene chiesto di indicare il livello di stress ad essa associato, su una scala Likert a 4 punti (0 = “per nulla”, 3 = “molto”); in secondo luogo, è richiesto di indicare, utilizzando la medesima scala di risposta, la frequenza con cui si utilizza ciascuna di quattro strategie di coping proposte: *coping centrato sulla soluzione del problema*, *coping centrato sulla richiesta di supporto sociale*, *coping centrato sul disagio emotivo*, *coping centrato sull'evitamento del problema*.

L'HPSCS per infermieri comprende 19 item che fanno riferimento a cinque aree: *emergenza clinica* (elevata emergenza, repentino peggioramento della condizione clinica del paziente, rischio o effettiva morte del paziente), *relazioni problematiche con pazienti e familiari* (problemi nei rapporti con il paziente o con i suoi familiari), *attacco personale* (attacco, diretto o indiretto, o comportamento sleale rivolti all'infermiere da parte di colleghi, superiori o di familiari dei pazienti), *svalutazione personale* (situazioni in cui l'infermiere ha la sensazione che le proprie richieste, suggerimenti e le proprie necessità

di formazione non vengano ascoltati dal resto del personale o dai superiori), *imprevisti organizzativi* (improvvisi problemi sul versante organizzativo che compromettono il normale espletamento delle proprie mansioni o interferiscono con la propria vita privata).

L'HPSCS per medici è costituito da 23 item che fanno riferimento a cinque aree: *emergenza clinica* (elevata emergenza clinica o repentino peggioramento della condizione del paziente), *confronto con la morte* (malattia grave o cronica del paziente, comunicazione di diagnosi molto negative o effettiva morte del paziente), *relazioni problematiche con i pazienti* (problematiche nella relazione e nella prestazione delle attività di cura al paziente), *attacco personale e imprevisti organizzativi* (attacco o comportamento sleale da parte di colleghi, superiori o di familiari dei pazienti e situazioni caratterizzate da improvvise difficoltà organizzative che compromettono il normale svolgimento del proprio lavoro o interferiscono con la propria vita privata), *svalutazione personale* (situazioni in cui il medico ha la sensazione che le proprie richieste, necessità di formazione e avanzamento di carriera non trovino il sostegno o vengano ostacolati dal resto del personale o dai superiori).

3 Analisi dei dati

Sui dati raccolti sono state effettuate diverse analisi della varianza finalizzate ad esplorare la presenza di differenze significative nelle varie dimensioni di clima organizzativo, *burn-out*, stress e strategie di coping ascrivibili alla professione (medico *vs.* infermiere); per ciascuno dei due gruppi professionali sono state poi analizzate le differenze ascrivibili a genere e anzianità di servizio (≤ 14 anni *vs.* più di 14 anni).

Al fine di valutare il contributo predittivo del *clima organizzativo*, dello *stress* e del *coping* rispetto al *burn-out* sono state condotte delle analisi di regressione multipla con il metodo standard, separatamente per medici e infermieri.

4 Risultati

4.1. Differenze ascrivibili alla professione

Per valutare le differenze nei punteggi delle tre dimensioni di clima e delle tre scale del MBI ascrivibili alla professione è stata effettuata un'analisi multivariata della varianza. Gli effetti multivariati sono risultati significativi ($\lambda_{(6,809)} = 2,81$, $p = 0,001$). In TAB. I è possibile osservare gli effetti univariati.

TABELLA I

Risultati delle analisi della varianza nelle quali la professione (medico *vs.* infermiere) è stata considerata quale variabile indipendente e le dimensioni di *clima* e di *burn-out* quali variabili dipendenti

		Professione		
		Medico (N = 231)	Infermiere (N = 585)	F _{1,814}
Clima	Leadership	3,34 ± 0,87	3,30 ± 0,84	0,47
	Relazioni con i colleghi	3,66 ± 0,81	3,55 ± 0,79	3,24
	Organizzazione struttura ^a	3,43 ± 0,74	3,60 ± 0,75	8,38**
MBI	Esaurimento emotivo	19,49 ± 11,37	19,98 ± 11,25	0,31
	Mancanza realizz. personale	36,94 ± 6,66	35,89 ± 7,16	3,69*
	Depersonalizzazione	6,40 ± 5,95	6,42 ± 5,59	0,00

* p < 0,05; ** p < 0,01.

^a Ad elevati valori in questa dimensione corrisponde una bassa qualità percepita dell'organizzazione della struttura.

Per quanto riguarda il clima, i medici riportano punteggi relativi alla dimensione *organizzazione della struttura* significativamente minori rispetto agli infermieri. Rispetto alle dimensioni del MBI, i medici riportano punteggi significativamente più elevati rispetto agli infermieri nella dimensione *mancanza di soddisfazione personale*.

4.2. Differenze ascrivibili a genere e anzianità di servizio – medici

Rispetto al campione dei medici, è stata effettuata un'analisi della varianza multivariata per verificare la presenza di differenze significative nelle dimensioni di *clima*, *burn-out*, *stress* e *coping* ascrivibili a genere e anzianità di servizio. Gli effetti multivariati non sono risultati significativi né per il genere né per l'anzianità di servizio.

4.3. Differenze ascrivibili a genere e anzianità di servizio – infermieri

Nel campione di infermieri, invece, sono risultati significativi gli effetti multivariati relativi al genere ($\lambda_{(15,460)} = 2,91$, p < 0,001) ma non quelli relativi all'anzianità di servizio. In TAB. 2 è possibile osservare gli effetti univariati relativi alla variabile genere.

TABELLA 2

Risultati delle analisi della varianza relative al campione degli infermieri nelle quali genere e anzianità di servizio (≤ 14 anni *vs.* più di 14 anni) sono stati considerati quali variabili indipendenti e le dimensioni di *clima*, di *burn-out* e di *stress* e le *strategie di coping* adottate quali variabili dipendenti

		Genere		
		M (N = 87)	F (N = 391)	F _{1,474}
Clima	Leadership	3,28 ± 0,89	3,31 ± 0,81	0,00
	Relazioni con i colleghi	3,55 ± 0,71	3,53 ± 0,81	0,04
	Organizzazione struttura ^a	3,65 ± 0,72	3,60 ± 0,75	0,17
MBI	Esaurimento emotivo	19,51 ± 11,66	20,09 ± 11,23	0,33
	Mancanza realizz. personale	35,99 ± 7,21	35,41 ± 7,21	0,32
	Depersonalizzazione	8,01 ± 5,85	5,94 ± 5,37	9,74**
Stress	Emergenza clinica	2,08 ± 0,58	2,28 ± 0,48	10,34**
	Attacco personale	2,12 ± 0,55	2,37 ± 0,49	15,97**
	Imprevisti organizzativi	2,20 ± 0,53	2,32 ± 0,53	3,13
Coping	Svalutazione personale	1,92 ± 0,62	2,04 ± 0,60	2,92
	Relaz. problematiche con pz. e fam.	1,56 ± 0,57	1,62 ± 0,50	1,39
	Relazione	28,79 ± 8,97	30,92 ± 7,95	6,23**
	Emozione	18,80 ± 10,35	21,33 ± 9,47	5,10*
	Evitamento	17,13 ± 7,73	15,44 ± 7,05	2,74
	Focus sul problema	42,41 ± 7,49	43,52 ± 6,67	1,87

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

^a Ad elevati valori in questa dimensione corrisponde una bassa qualità percepita dell'organizzazione della struttura.

Rispetto alle dimensioni del *clima organizzativo* non sono emerse differenze significative. Per quanto riguarda il *burn-out*, i maschi riportano punteggi significativamente maggiori nella dimensione *depersonalizzazione*. Rispetto ai punteggi di *stress*, le donne riportano punteggi significativamente maggiori nelle aree *emer-*

genza clinica e attacco personale. Dal confronto relativo alle strategie di coping adottate, emerge che le donne riportano punteggi significativamente maggiori nel *coping centrato sulla richiesta di supporto sociale* e nel *coping centrato sul disagio emotivo*.

4.4. Contributo predittivo delle dimensioni di *clima organizzativo*, *stress* e *coping* rispetto al *burn-out*

La TAB. 3. presenta un quadro riassuntivo dei risultati ottenuti dalle analisi di regressione multipla standard condotte per esaminare, separatamente per medici e infermieri, il contributo predittivo del *clima organizzativo*, dello *stress* e del *coping* rispetto all'indice generale di *burn-out* calcolato come somma delle tre dimensioni di *esaurimento emotivo*, *depersonalizzazione* e *mancanza di realizzazione personale*.

Il coefficiente di correlazione multipla risulta significativo sia per il gruppo dei medici – $F_{(12,128)} = 7,25$; $p < 0,001$ – sia per il gruppo degli infermieri – $F_{(12,50)} = 11,74$; $p < 0,001$). Le percentuali di varianza spiegata sono rispettivamente $R^2 = 0,43$ e $R^2 = 0,22$. Nel caso dei medici, la strategia di coping *evitamento*, seguita dalla dimensione del clima *organizzazione struttura*, presentano un contributo moderato e significativo alla spiegazione della variabilità del *burn-out*. Relativamente agli infermieri, invece, le dimensioni del clima *leadership* e *organizzazione struttura* forniscono un contributo significativo e moderato; un contributo significativo, anche se di scarso rilievo, è ascrivibile alla dimensione dello stress *imprevisti organizzativi* e alle strategie di *coping centrato sul disagio emotivo*, *coping centrato sull'evitamento del problema* e *coping centrato sulla soluzione del problema*.

Inoltre, sono state effettuate delle analisi di regressione multipla standard per esaminare, separatamente per medici e infermieri, il contributo predittivo del *clima organizzativo*, dello *stress* e del *coping* rispetto a:

- *esaurimento emotivo*;
- *mancanza di realizzazione personale*;
- *depersonalizzazione*.

Per quanto riguarda la dimensione di *esaurimento emotivo*, il coefficiente di correlazione multipla risulta significativo sia per il gruppo dei medici – $F_{(12,134)} = 10,07$; $p < 0,001$ – sia per il gruppo degli infermieri – $F_{(12,535)} = 19,04$; $p < 0,001$). Le percentuali di varianza spiegata sono rispettivamente $R^2 = 0,50$ e $R^2 = 0,30$. Nel caso dei medici, le dimensioni del clima *leadership* ($Beta = -0,18^{**}$) e *organizzazione della struttura* ($Beta = 0,30^{***}$), lo stress inerente l'*attacco personale* ($Beta = 0,26^{**}$) e le strategie di *coping centrato sul disagio emotivo* ($Beta = 0,29^{**}$) e di *coping centrato sull'evitamento del problema* ($Beta = 0,21^{*}$) presentano un contributo significativo alla spiegazione della variabilità dell'*esaurimento emotivo*. Relativamente agli infermieri, le dimensioni

del clima *leadership* (Beta = $-0,28^{***}$) e *organizzazione della struttura* (Beta = $0,19^{***}$), lo stress inerente gli *imprevisti organizzativi* (Beta = $0,10^*$) e l'*attacco personale* (Beta = $0,11^*$), le strategie di *coping centrato sul disagio emotivo* (Beta = $0,18^{***}$) e di *coping centrato sull'evitamento del problema* (Beta = $0,10^*$) presentano un contributo significativo alla spiegazione della variabilità dell'*esaurimento emotivo*.

TABELLA 3

Contributo predittivo del *clima organizzativo*, dello *stress* e del *coping* rispetto all'indice generale di *burn-out*: risultati delle regressioni multiple standard, effettuate separatamente per medici (N = 129) e infermieri (N = 501)

		Medici		Infermieri	
		Beta	Sr ²	Beta	Sr ²
Clima	Leadership	-0,07	0,00	-0,30 ^{***}	0,05
	Relazioni con i colleghi	0,04	0,00	0,01	0,00
	Organizzazione struttura ^a	0,26 ^{***}	0,05	0,20 ^{***}	0,04
Stress	Emergenza clinica	0,06	0,00	0,00	0,00
	Attacco personale	0,18	0,01	0,07	0,00
	Imprevisti organizzativi	0,06	0,00	0,10*	0,01
	Svalutazione personale	0,06	0,00	-0,05	0,00
	Relaz. problematiche con pz. e fam.	-0,17	0,01	0,02	0,00
Coping	Relazione	-0,18	0,02	-0,08	0,00
	Emozione	0,13	0,01	0,14*	0,01
	Evitamento	0,42 ^{***}	0,10	0,15 ^{**}	0,01
	Focus sul problema	-0,05	0,00	0,15 ^{***}	0,02

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001.

Nota: Sr² = coefficienti semiparziali al quadrato (indicano il contributo singolo unico del predittore nello spiegare la varianza del criterio).

^a Ad elevati valori di questa dimensione corrisponde una bassa qualità percepita dell'organizzazione della struttura.

Per quanto riguarda la dimensione di *mancanza di realizzazione personale*, il coefficiente di correlazione multipla risulta significativo sia per il gruppo dei medici – $F_{(12,132)} = 3,23$; $p < 0,001$ – sia per il gruppo degli infermieri – $F_{(12,516)} = 15,52$; $p < 0,001$. Le percentuali di varianza spiegata sono rispettivamente $R^2 = 0,24$ e $R^2 = 0,27$. Nel caso dei medici, le dimensioni del clima *leadership* (Beta = 0,30***) e lo stress inerente l'*attacco personale* (Beta = -0,25*) presentano un contributo significativo alla spiegazione della variabilità della *mancanza di realizzazione personale*. Relativamente agli infermieri, invece, le dimensioni del clima *leadership* (Beta = 0,11*) e *relazioni con i colleghi* (Beta = 0,13*), le strategie di *coping centrato sul disagio emotivo* (Beta = -0,12*), di *coping centrato sull'evitamento del problema* (Beta = -0,09*) e di *coping centrato sulla soluzione del problema* (Beta = 0,30****) presentano un contributo significativo alla spiegazione della variabilità della *mancanza di realizzazione personale*.

Per quanto riguarda la dimensione di *depersonalizzazione*, il coefficiente di correlazione multipla risulta significativo sia per il gruppo dei medici – $F_{(12,135)} = 7,24$; $p < 0,001$ – sia per il gruppo degli infermieri – $F_{(12,534)} = 12,77$; $p < 0,001$. Le percentuali di varianza spiegata sono rispettivamente $R^2 = 0,41$ e $R^2 = 0,23$. Nel caso dei medici, le dimensioni del clima *organizzazione della struttura* (Beta = 0,17*) e la strategia di *coping centrato sull'evitamento del problema* (Beta = 0,50****) presentano un contributo significativo alla spiegazione della variabilità della *depersonalizzazione*. Relativamente agli infermieri, invece, le dimensioni del clima *leadership* (Beta = -0,25****), lo stress inerente gli *imprevisti organizzativi* (Beta = 0,11*), le strategie di *coping centrato sul disagio emotivo* (Beta = 0,16**) e di *coping centrato sull'evitamento del problema* (Beta = 0,21****) presentano un contributo significativo alla spiegazione della variabilità della *depersonalizzazione*.

5 Discussione

Diversi autori sono concordi nel ritenere che il sovraccarico lavorativo, i conflitti interpersonali, l'ambiguità dei compiti da svolgere rappresentino *stressors* significativi sia per i medici che per gli infermieri (McVicar, 2003; Ripamonti, Madeddu, 2006; Garrosa *et al.*, 2008; Wu *et al.*, 2007; Prins *et al.*, 2007). Secondo i risultati di una ricerca che ha confrontato infermieri appartenenti a paesi diversi (Ungheria, Israele, Inghilterra e Italia), quelli italiani riportavano tra le cause più frequenti di stress: la disorganizzazione, la disponibilità limitata di tempo e lo staff insufficiente (Glazer, Gyurak, 2008). In linea con i suddetti risultati presenti in letteratura, gli infermieri del nostro studio riportano valutazioni più negative dei medici rispetto all'*organizzazione della struttura*. Ricordiamo che in questa categoria rientrano la definizione dei ruoli, delle mansioni e degli orari di lavoro e la quantità e l'intensità del lavoro svolto. In linea con questi risultati, gli autori,

in una ricerca precedente (Steca *et al.*, 2008), hanno rilevato come, tra i suggerimenti da parte del personale infermieristico per un miglior funzionamento del reparto e per una maggiore soddisfazione di lavoro, venissero indicati proprio elementi relativi all'*organizzazione della struttura* (ad esempio, adeguamento numerico del personale, miglioramento delle strumentazioni, adeguamento dei turni di lavoro).

I medici, d'altro canto, hanno riportato punteggi significativamente maggiori rispetto agli infermieri nella dimensione *mancanza di realizzazione personale*. Possiamo ipotizzare che questo risultato sia soprattutto riconducibile alla crisi delle politiche di welfare che ha portato l'azienda sanitaria ad una rigida burocratizzazione con ricadute significative soprattutto per i medici. Un esempio di ciò è dato dai tempi di ricovero stabiliti a priori e diversificati per ogni singola patologia a cui il medico deve attenersi o il gran numero di documenti che il medico deve compilare per ciascun paziente. La durata dei turni di lavoro, il numero di pazienti da seguire e la limitata disponibilità di tempo aumentano il rischio di *burn-out* (Grassi, Magnani, 2000; McManus, Winder, Gordon, 2002). Questa situazione, insieme alla pressione che deriva dal notevole incremento di cause intentate per *malpractice* (Carroll, Buddenbaum, 2007; Entman *et al.*, 1994), può contribuire alla scarsa *realizzazione personale* dei medici, come emerso dal MBI, risultato questo in linea con quelli presenti in letteratura (Graham *et al.*, 2000; Clever, 2002).

In merito all'*influenza del genere e dell'anzianità di servizio* sulle dimensioni di *clima, burn-out, stress e coping*, è emerso che le infermiere presentano livelli di depersonalizzazione inferiori a quelli dei loro colleghi uomini, risultato almeno in parte ascrivibile alla predisposizione all'accudimento e all'empatia delle donne, che potrebbe rappresentare un fattore protettivo rispetto a comportamenti distaccati e cinici verso i pazienti. Riteniamo che anche il maggiore uso di strategie di coping rivolte all'espressione delle emozioni e alla richiesta di supporto sociale possa essere compreso alla luce di differenze intrinseche al genere e riconducibili non solo ad aspetti biologici ma anche culturali.

Chi non utilizza per lunghi periodi di tempo strategie focalizzate sul problema può manifestare livelli di stress superiori, con delle ricadute non solo sulla vita lavorativa ma anche sulla qualità della competenza professionale. È quindi possibile supporre che i punteggi elevati ottenuti dalle infermiere, relativamente allo *stress*, nelle aree dell'*attacco personale* e dell'*emergenza clinica* possano essere riconducibili al maggior uso del *coping focalizzato sull'emozione e sulla ricerca di supporto sociale*.

Le analisi finalizzate ad indagare l'influenza dei fattori di clima, dei livelli di stress e delle strategie di coping rispetto al *burn-out* hanno evidenziato l'importante ruolo dell'*organizzazione della struttura* di appartenenza. In linea con la letteratura (Rø *et al.*, 2008; Ripamonti, Clerici 2008; Sharma *et al.*, 2008), sia la cattiva qualità dell'*organizzazione della struttura*, in termini di cattiva defini-

zione dei ruoli, delle mansioni, degli orari di lavoro e della quantità e intensità del lavoro svolto, che lo stress connesso agli *imprevisti organizzativi* aumentano il *burn-out* dei professionisti sanitari, soprattutto degli infermieri. Solo per il gruppo degli infermieri è, inoltre, emerso il ruolo significativo della *leadership*, a conferma della sua centralità nel favorire elevati livelli di realizzazione, soddisfazione e benessere lavorativo (Adams, Bond, 2000; Demmy *et al.*, 2002; Morrison, Jones, Fuller, 1997; Piko, 2006; Sivanathan *et al.*, 2004; Steca *et al.*, 2008; Zingaro, Soeken, 2007). Una relazione con i vertici della struttura sanitaria improntata sulla chiarezza delle informazioni e degli obiettivi da perseguire e sul rispetto dei bisogni degli operatori sanitari, relativamente alle risorse offerte e alla possibilità di crescita professionale, si delinea pertanto come un importante fattore protettivo rispetto al rischio di *burn-out* negli infermieri. Rispetto alle strategie di coping, come ipotizzato, la tendenza ad evitare le situazioni problematiche e stressanti si traduce in un aumento del *burn-out*, soprattutto nei medici, che vivono in maniera negativa e destabilizzante il non poter affrontare adeguatamente le situazioni che sono origine di stress. Negli infermieri, anche le strategie focalizzate sulle emozioni e sulla diretta soluzione del problema sembrano aumentare, anche se in maniera modesta, il livello di *burn-out*. A spiegazione di tale risultato, è possibile ipotizzare che di fronte a situazioni problematiche l'attivazione parallela di più strategie di coping possa aumentare negli infermieri la sintomatologia da *burn-out*.

Riferimenti bibliografici

- Adams A., Bond S. (2000), Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of Advanced Nursing*, 32, pp. 536-43.
- Carroll A. E., Buddenbaum J. L. (2007), Malpractice claims involving pediatricians: Epidemiology and etiology. *Pediatrics*, 120, 1, pp. 10-7.
- Carver C. S., Scheier M. F., Weintraub J. K. (1989), Coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, pp. 267-83.
- Clever L. H. (2002), Who is sicker: Patients or residents? Resident's distress and the care of patients. *Annals of Internal Medicine*, 136, pp. 391-3.
- Compas B. E., Connor-Smith J. K., Saltzman H., Thomsen A. H., Wadsworth M. E. (2001), Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127, 1, pp. 87-127.
- Demmy T., Kivlahan C., Stone T., Teague L., Sapienza P. (2002), Physicians' perceptions of institutional and leadership factors influencing their job satisfaction at one academic medical center. *Academic Medicine*, 77, pp. 1235-40.
- Entman S. S., Glass C. A., Hickson G. B., Githens P. B., Whetten-Goldstein K., Sloan F. A. (1994), The relationship between malpractice claims history and subsequent obstetric care. *Jama*, 272, pp. 1588-91.
- Freudenberger H. J. (1974), Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 1, pp. 159-65.
- Garrosa E., Moreno-Jiménez B., Liang Y., González J. L. (2008), The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, pp. 418-27.

- Glazer S., Gyurak A. (2008), Source of occupational stress among nurses in five countries. *International Journal of Intercultural Relations*, 32, pp. 49-66.
- Graham J., Ramirez A. J., Field S., Richards M. A. (2000), Job stress and satisfaction among clinical radiologist. *Clinical Radiology*, 55, pp. 182-5.
- Grassi L., Magnani K. (2000), Psychiatric morbidity and burnout in the medical professions: An Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychoterapy and Psychosomatics*, 69, pp. 329-34.
- Lambert V., Lambert C. (2004), Cross-cultural comparison workplace stressors, coping strategies and demographic characteristics and predictors of physical and mental health among hospital nurses in Japan, South Korea and the USA (Hawaii). *International Journal of Nursing Studies*, 41, pp. 671-84.
- Lazarus R. S., Folkman S. (1984), *Stress, appraisal and coping*. Springer-Verlag, New York.
- Lindblom K. A., Linton S. J., Fedeli C., Bryngelsson I. L. (2006), Burn-out in the working population: Relations to psychosocial work factors. *International Journal Behaviour Medicine*, 13, pp. 51-9.
- Maslach C. (2003), Job burnout: New directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12, pp. 189-92.
- Maslach C., Jackson S. E. (1981), *Maslach Burn-out Inventory*. Consulting Psychologist Press, Palo Alto (CA).
- Maslach C., Jackson S. E., Leiter M. P. (1996), *Maslach Burn-out Inventory*. Consulting Psychologist Press, Palo Alto (CA) (III ed.).
- Maslach C., Leiter M. P. (1997), *The truth about burnout. How organizations cause personal stress and what to do about it*. Jossey-Bass, San Francisco (trad. it. *Burnout e organizzazione. Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro*). Erickson, Trento 2000).
- McManus I. C., Winder B. C., Gordon D. (2002), The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *Lancet*, 359, pp. 2089-90.
- McVicar A. (2003), Workplace stress in nursing: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44, pp. 633-42.
- Morrison R., Jones L., Fuller B. (1997), The relationship between leadership style and empowerment on job satisfaction of nurses. *Journal of Nursing Administration*, 27, pp. 27-34.
- Piko B. (2006), Burn-out, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian Health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, pp. 311-8.
- Prins J. T., Gazendam-Donofrio S. M., Tubben B. J., Van der Heijden F. M. M. A., Van de Wiel H. B. M., Hoekstra-Weebers J. E. H. M. (2007), Burn-out in medical residents: A review. *Medical education*, 41, pp. 788-800.
- Ripamonti C. A., Clerici C. A. (2008), *Psicologia e salute. Introduzione alla psicologia clinica in ambiente sanitario*. Il Mulino, Bologna.
- Ripamonti C. A., Madeddu F. (2006), L'impatto psicologico della malattia sugli operatori. In C. Cacciari, C. Papagno (a cura di), *Psicologia generale e neuroscienze cognitive. Manuale per le professioni medico-sanitarie*. Il Mulino, Bologna.
- Ripamonti C. A., Steca P., Prunas P. (2007), *Health professions stress and coping scale - HPSCS*. Giunti-Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Rø K. E. I., Gude T., Tyssen R., Aasland O. G. (2008), Counselling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study. *British Medical Journal*, 337, 7679, pp. 1146-9.

- Sharma A., Sharp D. M., Walker L. G., Monson J. R. T. (2008), Stress and burnout in colorectal and vascular surgical consultants working in the UK National Health Service. *Psycho-Oncology*, 17, pp. 570-6.
- Sivanathan N., Arnold K., Turner N., Barling J. (2004), Leading well: Transformational leadership and well being. In P. A. Linley, S. Joseph (eds.), *Positive psychology in practice*. Wiley, New York.
- Steca P., Ripamonti C., Preti E., Monzani D. (2008), La soddisfazione lavorativa dei professionisti della salute. *Psicologia della Salute*, 1, pp. 73-92.
- Wu S., Wei Z., Li H., Wang Z., Wang M. (2007), Relationship between job burn-out and occupational stress among doctors in China. *Stress and Health*, 24, pp. 143-9.
- Zingaro G. A., Soeken K. L. (2007), A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing & Health*, 30, pp. 445-58.

Abstract

The evaluation of the well-being of the medical and nursing staff working in hospitals is of paramount importance to pinpoint and control possible causes of psychological distress, the consequences of which can affect the quality of professional care and of relationships with both colleagues and patients. The factors influencing physical and psychical exhaustion, prodromic to the burnout syndrome, can be both individual and environmental. The present study has examined a sample ($N = 944$) of physicians ($N = 271$, Mean age 45 yrs, d.s. = 9,56 yrs) and nurses ($N = 673$, Mean age 36,58 yrs, d.s. = 6,85 yrs) working in hospitals, with the aim of evaluating the relationships among organizational climate, burnout, stress and coping strategies and the differences in these factors related to professional status, gender, and length of service. The instruments used were: The *Maslach Burnout Inventory* (Maslach, Jackson, 1981), a created ad hoc *Questionnaire* on the working climate, which assesses three dimensions: Leadership, Quality of the relationship between colleagues and the organization of the work structure and the *Health Professions Stress and Coping Scale* (Ripamonti, Steca, Prunas, 2007), a new self-report questionnaire that assesses the level of subjectively perceived stress in comparison with a series of stressful situations relating to the hospital, and the coping strategies used to deal with them.

The results showed the existence of interesting differences between doctors and nurses in the different variables considered and significant relationships among burnout, organizational climate, and coping strategies.

Key words: *physicians, nurses, burnout, coping, stress, organizational climate.*

Articolo ricevuto nell'ottobre 2009, revisione dell'aprile 2010.

Le richieste di estratti vanno indirizzate a Chiara A. Ripamonti, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Facoltà di Psicologia, piazza dell'Ateneo Nuovo 1, 20126 Milano.