

Burnout ieri e oggi: stato delle conoscenze

DONATELLA CAMERINO*, **, MARIA GRAZIA CASSITTO**, MARIA CHIARA GUGIARI*,
P.M. CONWAY*, **, ***

* Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano

** Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

*** Department of Psychology, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

KEY WORDS

Burnout syndrome; work-related stress; review

PAROLE CHIAVE

Sindrome del burnout; stress lavoro correlato; rassegna

SUMMARY

«Burnout: survey of the literature». **Background:** Past clinical research has provided varied and sometimes diverging descriptions of burnout. **Objectives:** As burnout is still prevalent in today's workplaces, actions are required mainly at the primary but also at the secondary and tertiary levels of prevention. **Methods:** In this literature review, the concept of burnout is reread through the lens of positive psychology and the most established theoretical models in the field. **Results:** A common view is seemingly emerging that characterizes burnout as a condition of alienation, loss of motivation and low autonomy resulting from an unbridgeable gap in the personal and/or organizational resources that one has to invest in building a stimulating and rewarding professional career, full of significant relationships that give meaningfulness to one's life project. **Conclusions:** Establishing clinical criteria for burnout, as it is the case in some European countries, could facilitate the identification of the syndrome and the estimation of its prevalence in Italian work organizations.

RIASSUNTO

Introduzione: La letteratura riporta diverse e, a volte discordanti, descrizioni teoriche e cliniche del fenomeno del burnout. **Obiettivi:** La prevenzione di questa sindrome rientra, oggi, a livello primario, in quella dello stress lavoro-correlato. Considerata la sua frequenza, va tuttavia affrontata anche a livello di prevenzione secondaria e terziaria. **Metodi:** Il concetto di burnout è stato riletto alla luce della psicologia positiva e dei modelli teorici oggi più accreditati. **Risultati:** Una visione aggiornata, caratterizza questa sindrome come uno stato di alienazione, una perdita di motivazione e di autonomia in conseguenza di un'irrimediabile mancanza di risorse personali e/o organizzative da investire in un percorso professionalmente interessante, gratificante e con relazioni significative tali da infondere valore e spessore al personale progetto di vita. **Conclusioni:** la scelta di criteri per la definizione clinica di burnout come già avviene in alcuni paesi europei potrebbe favorire un riconoscimento della patologia e studi di prevalenza nelle diverse realtà lavorative italiane.

Pervenuto il 3.4.2013 - Revisione pervenuta il 1.7.2013 - Accettato il 10.7.2013

Corrispondenza: Prof. Donatella Camerino, Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano, Clinica del Lavoro "Luigi Devoto", Via San Barnaba 8, 20122, Milano - Tel. 02 50320159 - E-mail: donatella.camerino@unimi.it

INTRODUZIONE

Scopo del presente articolo è rivedere e integrare le conoscenze sulla “sindrome del Burnout” in base agli sviluppi teorici oggi raggiunti in modo da favorire interventi informati a favore della salute dei lavoratori e dell’organizzazione.

La rilevanza della sindrome

Il tema del burnout, relativamente poco diffuso fino all’ultimo decennio del secolo scorso, ha ottenuto nuova attenzione per la posizione assunta dagli organismi internazionali sul problema dello stress “lavoro-correlato”.

Nei paesi europei ove esiste una legislazione per il riconoscimento dell’indennità di questo rischio, vengono seguiti i criteri diagnostici, inseriti dalla W.H.O. nella Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10), con il codice Z73 corrispondente alla voce “burnout – stato di totale esaurimento” (135), risulta così che nei Paesi Bassi il Burnout è presente almeno nel 10% dei casi su un campione rappresentativo della popolazione che lavora ed è la diagnosi prevalente tra i “problemi di salute psicologica”; in Danimarca i casi sono più del 10%; in Svezia si stima un 7,4% ed un dato molto simile è stato fornito anche dalla Finlandia (113). In Italia, gli studi svolti in ambito prevalentemente scolastico e sanitario (15, 75, 103, 121) si sono moltiplicati in risposta all’Accordo Europeo del 08.10.2004 e il D.Lgs. n. 81/2008, ma è poco agevole identificarli perché compaiono sotto titoli dedicati alla “valutazione dello stress lavoro correlato” (2, 22).

A oggi, non risultano studi epidemiologici italiani in grado di fornire una dimensione quantitativa della diffusione di questa sindrome. Gli articoli esplicitamente dedicati al “burnout” riguardano: aziende ospedaliere (19, 22, 60, 76, 95, 97, 101, 102, 107, 133, 134, 137), operatori di comunità (17, 65), medici di base (91, 92), volontari della Croce Rossa (4) e insegnanti (74, 100). I tassi di prevalenza, raramente riportati, riguardano piccole realtà locali e diverse professionalità, si basano generalmente sui risultati alle tre dimensioni dell’adattamento italiano del Maslach Burnout Inven-

tory di Maslach C. e Jackson S.E. del 1986 (121). In tabella 1 vengono riportati questi risultati: per l’esaurimento il range varia da 10% al 49%; per la depersonalizzazione da 13 % al 39%; per la scarsa realizzazione personale da 5% al 37% .

Ne consegue una mancanza di stime utili per la rilevazione dei costi a livello sanitario e sociale; anche se in letteratura compaiono molte segnalazioni sulla rilevanza del fenomeno e il suo probabile aggravarsi a causa della recessione economica e relativa riduzione delle risorse finanziarie e umane.

La concezione attuale del termine “Burnout”

In passato, il termine “burnout” definiva una sindrome associata esclusivamente alle professioni d’aiuto, cioè a occupazioni che, nella cura della persona, comportano un elevato coinvolgimento emotivo, ma anche responsabilità e il dovere di rispondere all’utenza in modo conforme al ruolo professionale. In queste situazioni è facile che si possa determinare un conflitto tra sentimenti personali e comportamenti attesi (dissonanza emotiva) (64, 85) e che si possa verificare uno stato di alessitimia (66). Dopo un’osservazione di Karger (58) sul fatto che il burnout assomiglia al concetto di alienazione industriale (21, 127), questa sindrome non è stata più associata a uno specifico contesto occupazionale e, anzi, è stata ridefinita da Schaufeli et al (115) in modo tale da poter essere riscontrata in qualsiasi altro ambito lavorativo, in base alle seguenti caratteristiche (59):

- esaurimento delle risorse mentali (come perdita di motivazione, scopi, ideali e speranze),
- indifferenza e presa di distanza dal lavoro,
- senso di scarsa efficacia professionale.

Questo cambiamento ha messo un po’ in ombra, nell’eziologia del burnout, il ruolo che svolgono “vocazione”, “dedizione” e “spirito di sacrificio” nella trascuratezza dei limiti personali e delle risorse organizzative con conseguenti frustrazioni ed esaurimento. Tuttavia, lo studio di Lasalvia e dei suoi colleghi (65) su 2000 lavoratori nel campo della salute mentale dimostra che, a tutt’oggi, la sindrome è predominante soprattutto tra gli operatori sociali (50%) e tra gli psichiatri (37,6%) ovvero tra il personale più coinvolto nelle relazioni d’aiuto.

Tabella 1 – Studi di prevalenza della sindrome secondo i criteri del Maslach Burnout Inventory o sue versioni successive
Table 1 – Italian studies on prevalence of Burnout syndrome according to Maslach Burnout Inventory or later version

Autori	Popolazione indagata	Strumento	Esaurimento	Depersonalizzazione (Cinismo)	Realizzazione professionale (Efficacia)	Tot. Burnout
Bressi C. et al (2009)	81 psichiatri del Sistema Sanitario di Milano	MBI	Elevato 49%	Elevato 39%	Elevato 22%	
La Salvia A et al (2009)	2000 operatori di salute mentale del Veneto	OCSI	Elevato 33,6%	Elevato 25,7%	Elevato 23,7	Elevato 19,6
Lombardo L et al (2008)	79 operatori sanitari (infermieri e personale ausiliario) di un servizio di cure palliative	MBI	Medio 18% Elevato 10%	Medio 20% Elevato 13%	Medio 15% Elevato 5%	
Zenobi C et al (2007)	92 infermieri di un ospedale romano impiegati metà in terapia intensiva e metà in degenze ordinarie	MBI	Medio 22% Elevato 43%	Medio 25% Elevato 30%	Medio 20% Elevato 37%	
Burla P et al (2012)	96 operatori sanitari	MBI	Medio 15% Elevato 4%			Medio 11,40 Elevato 4,39%
Klersy C et al (2007)	344 lavoratori di centri di dialisi del Nord Italia	MBI	Medio 23,4 Elevato 27,2	Medio 33,1 Elevato 17,3	Medio 27,8 Elevato 17,3	
Padula MS et al (2007)	80 medici di medicina generale di Modena e provincia selezionati in modo casuale su un totale di 535	MBI	Medio 33,9 Elevato 37,5%	Medio 28,6 Elevato 26,8%	Medio 35,7 Elevato 8,9%	
Violante S et al (2009)	137 infermieri impiegati in differenti realtà sanitarie di Cuneo	MBI	Medio 21,2 Elevato 27,8	Medio 27,0 Elevato 19,7	Medio 32,84 Elevato 43,1	

Un altro cambiamento nella rappresentazione del concetto di “burnout” è legato all’evoluzione della normativa in materia di prevenzione primaria: a poco a poco, gli studi internazionali hanno abbandonato la valutazione di esiti avversi e/o di malattia conclamata per affrontare in modo più appropriato quelli di salute e di benessere. Oggi, vengono valorizzate quelle indagini che, orientandosi al positivo (42), si avvalgono di costrutti psicologici quali l’“engagement” (79) e il “mastery approach goals” (94), ovvero “l’impegno gratificante” e “la ricerca di maestria” sul lavoro. In particolare, il “work engagement” viene definito come uno stato mentale positivo, soddisfacente e durevole, caratterizzato da vigore, dedizione e assorbimento sul lavoro (7, 8). I lavoratori “engaged” mostrano energia e abilità nel gestire la domanda e un valido rapporto con gli impegni di lavoro. Si adattano facilmente ai cambiamenti ambientali e riescono a passare con più agilità da un’attività all’altra. Alcuni autori vedono il Burnout e l’Engagement ai poli opposti di uno stesso continuum (78), Boersma e collaboratori (16) hanno invece dimostrato che tra questi due poli esistono differenti sfumature, quadri più o meno completi di entrambi i modi d’essere. Le tre dimensioni del burnout e le tre dell’engagement si possono, infatti, manifestare ciascuna in modo indipendente, sia perché sostenute da condizioni lavorative differenti, sia perché associate alle caratteristiche di ciascun soggetto. Ne deriva che, ancora oggi, sarebbe meglio continuare a valutare la presenza di burnout, ma integrata da una misura dell’engagement (112).

L’identificazione del burnout non è sempre facile soprattutto a causa delle numerose osservazioni discordanti, accumulate nel tempo, che hanno lasciato questo costrutto in uno stato di elevata indeterminazione (tabella 2); queste osservazioni riguardano il numero di dimensioni che dovrebbero caratterizzare la sindrome (20, 39, 96, 98, 114), le sue fasi evolutive, la sequenzialità temporale con cui si dovrebbero manifestare (69, 80, 78, 128, 125, 132) e le presunte varianti tipologiche del burnout (32-37, 75, 88, 129).

Come il burnout, anche il costrutto dell’Engagement presenta molte debolezze, sia sulle dimensioni scelte per caratterizzarlo, che sulle possibilità di confusione con altri concetti quali: “soddisfazione

lavorativa”, “coinvolgimento”, “senso di appartenenza all’organizzazione” (50) e “resilience” (119). Per questo motivo sono apparse in letteratura altre definizioni come quella multi-dimensionale di Shirom e Melamed (118) che misura le sensazioni di forza fisica, psichica e di vivacità intellettuale o come quella unidimensionale di Britt (18) più legata all’aspetto motivazionale e alle sue ricadute positive su vigore, attenzione e concentrazione.

DEFINIZIONE E INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

Le diverse definizioni di burnout, che si trovano in letteratura, sono scaturite dall’osservazione clinica, praticata in differenti contesti di cura alla persona e quindi caratterizzati da diversi fattori di rischio; secondo Mark et al (77) questi possono essere riassunti in:

- a) fattori intra-personali: l’attenzione è stata posta sullo squilibrio tra aspettative e realtà (31);
- b) fattori interpersonali: l’attenzione è stata rivolta allo squilibrio tra le capacità dell’operatore e le richieste dell’utenza (97);
- c) fattori transazionali-organizzativi: l’attenzione è stata focalizzata sulla sostanziale mancanza di reciprocità tra lavoratore e l’organizzazione (24, 78).

Maslach e Schaufeli (81) hanno cercato di evidenziare gli elementi comuni tra queste diverse definizioni, trovando:

- a) una predominanza di sintomi di affaticamento, quali l’esaurimento mentale ed emotivo, stanchezza e scoraggiamento;
- b) una presenza di sintomi fisici aspecifici da stress (astenia e facile esauribilità, apatia, insonnia, nervosismo e irascibilità) e somatici (cefalea, dispepsia, aritmia cardiaca, disturbo sessuale e della condotta alimentare);
- c) un’associazione certa tra sintomi di burnout e condizioni di lavoro;
- d) una manifestazione dei sintomi anche in persone sane, non affette da psicopatologia;
- e) una mancanza d’efficacia sul lavoro e ridotte capacità lavorative riconducibili ad atteggiamenti e comportamenti negativi sul lavoro (come distacco emotivo, etc.).

Tabella 2 - Concettualizzazioni del burnout in base alla scelta delle determinanti, del loro numero, sequenza e tipologie
Table 2 - Conceptualizations of Burnout: determinants, their number, sequence and typologies

Dimensioni che caratterizzano il costrutto “burnout”	<ul style="list-style-type: none"> • Esaurimento, Depersonalizzazione, Scarsa realizzazione personale (Maslach, 1976) • Solo apatia (Edelwich e Brodsky, 1980) • Solo Esaurimento (Ayala Pines e Elliot Aronson, 1988) • Esaurimento emotivo (mancanza di energia per manifestare empatia), Affaticamento fisico e cognitivo (scarsa vivacità intellettuale) (Melamed S, 1989) • Esaurimento, Cinismo, Scarsa efficacia professionale (Maslach e Leiter, 2000) • Esaurimento, Depersonalizzazione (Schaufeli et al, 2001) • Esaurimento, Depersonalizzazione, Scarsa realizzazione personale e Compromessa capacità di gestire la propria attività professionale, Perdita progressiva di senso critico e di giudizio sul valore e sulla Rilevanza delle attività da perseguire (Folgheraiter, 1994)
Sequenza temporale	<ul style="list-style-type: none"> • Esaurimento, Depersonalizzazione, Scarsa realizzazione personale (Maslach, 1976) • Stadio dell’Entusiasmo, Stagnazione, Frustrazione, Apatia (Edelwich e Brodsky 1980) • Otto combinazioni di Depersonalizzazione, Scarsa realizzazione personale ed Esaurimento divisi in base ai rispettivi livelli di gravità che si associano a condizioni vissute come più o meno gravose ed esiti lavorativi più o meno buoni. (Golembvieski 1986) • Esaurimento, suo effetto diretto e indipendente su Depersonalizzazione e Scarsa realizzazione personale (Lee e Ashforth 1993) • Scarsa Realizzazione Personale, Depersonalizzazione, Esaurimento (Dirk van Dierendonck 2001) • Esaurimento, Depersonalizzazione. La Scarsa realizzazione personale è indipendente dalle prime due e può essere co- presente (Schaufeli, Bakker, Hoogduin, Schaap e Kladler, 2001). • Nessuna sequenza, ogni dimensione dipende da condizioni differenti sul lavoro (Boersma K., 2009).
Varianti tipologiche	<ul style="list-style-type: none"> • Frenetico (workaholic): individui con ambizione e motivazione al successo elevate, centrati sulla desiderabilità sociale al punto tale da trascurare i propri stessi bisogni. • Sotto-stimolato (underchallenged) persone che vivono il lavoro come una noiosa e ripetitiva routine, il loro impegno si presenta come superficiale a causa della mancanza di motivazione, aspettative e coinvolgimento, sono centrati sul basso significato, varietà e feed-back del proprio lavoro • Sfinito (worn out) soggetti che hanno l’impressione che il loro lavoro non sia stato riconosciuto e si disperano per la mancanza di efficacia del proprio impegno, sono centrati sulla loro scarsa capacità di gestione e mancanza di competenze adeguate per essere efficaci

A livello clinico si è naturalmente posta l’esigenza di una distinzione tra una condizione relativamente benigna della sindrome e una sua evoluzione francamente patologica. La distinzione tra “sindrome” e “disturbo” da burnout risale a Paine (93) che definì la sindrome come una reazione psicologica di carattere difensivo a stress e frustrazione, accompagnata da processi di demotivazione ed erosione della voglia di partecipare, da problemi di

autostima, disturbi del sonno, da mal di testa, dolori muscolari e nausea. Il “disturbo” invece l’identificò con uno stato talmente invalidante, a esito della sindrome, da dover essere inquadrato nell’ambito dei più classici disturbi mentali. I primi criteri messi a punto per diagnosticare la sindrome del burnout (tabella 3) li troviamo in un elenco pubblicato, nel 2003, dallo Swedish National Board of Health and Welfare (122).

Tabella 3 - Criteri per la diagnosi clinica di sindrome del burnout adottati dallo Swedish National Board of Health and Welfare

Table 3 - Diagnostic criteria for burnout syndrome from the Swedish National Board of Health and Welfare

-
- A Sintomi fisici e psicologici di esaurimento per più di due settimane, causati da stressors identificabili e presenti da più di sei mesi.
- B Significativa mancanza di energia, diminuzione d'iniziativa, prolungato bisogno di riposo
- C Almeno quattro dei seguenti sintomi:
- Difficoltà di concentrazione e alterazioni della memoria
 - Significativo deterioramento delle capacità di affrontare gli impegni di lavoro
 - Instabilità emotiva e irritabilità
 - Disturbi del sonno
 - Astenia significativa
 - Sintomatologia fisica come dolori, oppressione toracica, palpitazioni, capogiri, ipersensibilità uditiva, disordini digestivi e intestinali.
- D La sintomatologia è causa di una sofferenza elevata e ridotta abilità funzionale sul lavoro, nella vita sociale e in altri contesti.
- E La condizione non è causata da abuso di sostanze o da patologie organiche
- F La sindrome è da indicare a complemento di una diagnosi di depressione o di ansia generalizzata.
-

La sindrome è comunque una condizione severa dato che rappresenta un fattore di rischio "indipendente" per infarto del miocardio, infezioni e diabete di tipo 2 (3, 84, 87).

Shaufeli e Greenglass (113), al posto di una distinzione qualitativa tra "sindrome" e "disturbo" da burnout, hanno preferito una distinzione di tipo quantitativo tra "burnout moderato" e "burnout clinico" basando il criterio diagnostico sui livelli di "neuro-astenia", così come definiti dall'ICD-10 (tabella 4) e sulla presenza di una sintomatologia riconducibile alle condizioni lavorative.

Generalmente la diagnosi di burnout si avvale anche dei risultati ottenuti al questionario di Maslach, universalmente diffuso e di cui esistono tabelle nazionali e valori di "cut-off", ma altri questionari stanno entrando nell'uso clinico, di sorveglianza e di ricerca, tra i quali vale la pena ricordare:

- L'Organizational Checkup System (OCS) come ultimo adattamento del MBI composto da 16 items per valutare l'esaurimento, il cinismo, l'efficacia professionale e da 52 voci del Areas of Worklife Survey (AWS) che indagano sui vincoli, sulle opportunità organizzative e quanto queste possano soddisfare le esigenze dei lavoratori (70).
- Il Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ) è una versione a 18 items che sembra soddisfare i migliori standard di misura, valuta: esaurimento emotivo, fatica fisica e perdita di vivacità intellettuale, ed è impiegato sia in popolazioni lavorative che nella pratica clinica (118). Sempre dello stesso autore esiste il Shirom-Melamed Vigor Measure (SMVM) che concettualizza l'engagement come "vigore", nelle sue forme di forza fisica, stabilità emotiva

Tabella 4 - ICD-10 (W.H.O., 1992): definizione di neuro-astenia

Table 4 - Current ICD-10 criteria for neurasthenia (World Health Organization, 1992)

-
- Persistente e crescente fatica dopo impegno mentale o sensazione persistente di debolezza fisica e di essere esausti dopo sforzi fisici minimi
 - Almeno due dei seguenti sintomi: senso di fastidio e dolore muscolare, vertigini, mal di testa di tipo muscolo-tensivo, disturbi del sonno, incapacità a rilassarsi, irritabilità e dispepsia;
 - Ogni sintomo del sistema nervoso autonomo o di tipo depressivo che non soddisfa i criteri di altri disordini considerati dal ICD-10.
-

e vivacità intellettuale, queste dimensioni sono state confermate da una struttura fattoriale tri-dimensionale. Complessivamente è ritenuta la misura migliore d'engagement poiché poco sovrapposta a "soddisfazione lavorativa", al "senso di appartenenza" e ad altri concetti simili (117).

Solo recentemente, anche in Italia, sono stati definiti dei criteri d'inquadramento psichiatrico e di apprezzamento medico-legale che prendono in considerazione le fattispecie cliniche più rilevanti nell'ambito del risarcimento del danno alla persona (20). In questo caso, oltre alla comprovata presenza di "costrittività organizzative", ovvero di condizioni di lavoro non rispettose della salvaguardia dell'omeostasi psico-fisica e della dignità del lavoratore, si deve accertare la presenza di un Disturbo dell'Adattamento con le sue eventuali complicanze ansiose e depressive o di Disturbo Depressivo ad andamento episodico (DSM-IV, ICD-10). Questo particolare modo di inquadrare il burnout si sovrappone tuttavia ad altre sindromi stress lavoro-correlato e ne trascurava le caratteristiche peculiari.

Fin dal 2008, l'INAIL ha riconosciuto la sindrome del Burnout, come rischio emergente, tra le malattie professionali non tabellate (43); nello stesso anno è stato presentato il disegno di Legge n. 443, su iniziativa del senatore Costa (25), relativo a *Norme a tutela dei mestieri e delle professioni di aiuto alla persona dalla sindrome di burnout*, ma a oggi non è ancora stato esaminato e discusso.

MODELLI TEORICI D'INQUADRAMENTO

In una visione prospettica, considerando l'intero ciclo di vita, Van Dierendonck et al (131) ricordano che il burnout esprime un fallimento della crescita personale, della ricerca di senso e di salute, ma soprattutto una disillusione per non aver trovato e rappresentato un valore nell'esercizio della propria professionalità. Hakanen e colleghi (45) sottolineano che l'involuzione verso uno stato di burnout coinvolge:

- aspetti genetici e di personalità;
- fattori socio/economici (data l'influenza che questi esercitano sulla formazione e sulle opportunità occupazionali);

- fattori legati alle caratteristiche e durata del lavoro con le loro opportunità, varietà e carichi: tra questi ultimi merita particolare attenzione la difficoltà a conciliare il lavoro con la vita extra lavorativa, in quanto comporta tempi insufficienti per il recupero di energie, per una buona qualità e quantità di sonno e per l'esercizio dei ruoli familiari e/o sociali (13).

All'inizio è lo stress

Le diverse condizioni di vita e di lavoro vengono interpretate come occasioni per cui vale la pena di lottare o come situazioni spiacevoli da evitare. In base alla teoria di "Broaden and Build", in entrambi i casi, i soggetti sono costretti ad ampliare le proprie competenze e capacità d'azione, a mantenere impegnate nel tempo risorse fisiche, intellettuali, sociali e psicologiche per cercare di affrontare le situazioni con successo ed evitare conseguenze negative (40, 41). Il rischio di perdere o di rimanere senza risorse sufficienti per un buon adattamento nella vita o sul lavoro ha un notevole impatto emotivo (arousal affettivo) ed è questo ad attivare quei processi psico-fisiologici necessari a regolarne l'omeostasi (124) con i relativi comportamenti di "lotta", "fuga" o "fare il morto". L'investimento che ne consegue può portare ad esiti positivi, ma anche neutri o negativi.

Le ISO 10075 (55, 56) elencano tra gli effetti negativi dello stress sul lavoro, quelli a breve termine e reversibili come la fatica mentale, la sensazione di monotonia, quella di saturazione psichica e lo "strain". Quest'ultimo è descritto come una reazione psico-fisiologica a condizioni vissute come inaccettabili, conflittuali, minacciose, in quanto possono frustrare/inibire interessi e lasciare strascichi negativi (93).

Dallo stress al burnout: i modelli teorici generali

Demerouti e colleghi (29) hanno osservato che, sul lungo termine, proprio un ripetuto "affaticamento mentale si può trasformare in "esaurimento" - dimensione principale del burnout, la "sensazione di monotonia" o quella di "saturazione psichica" in una "presa di distanza dal proprio lavoro" ovvero in

“depersonalizzazione”, mentre lo “strain” condivide con il burnout una valutazione complessivamente negativa delle condizioni di lavoro.

Lo “stress”, diventa un fattore di rischio per la sindrome del burnout nella misura in cui, ripetuti riscontri ed esiti negativi si traducono in pessimismo, vissuti d’impotenza, blocchi operativi e/o distacco motivazionale (136), ovvero in un capitale psicologico negativo (45); al contrario, l’impressione di poter raggiungere, con il proprio impegno, risultati desiderabili sembra favorire entusiasmo, fiducia e ricerca per l’acquisizione di quelle competenze necessarie allo svolgimento efficace del proprio lavoro (94), ovvero sentimenti che si declinano in un capitale psicologico positivo. Emergono dunque due dimensioni sostanziali: la carica energetico-motivazionale e la desiderabilità e piacevolezza delle condizioni di lavoro rispetto all’atteso. Osservando i quadranti del “Circumplex Model” di Russel (figura 1), costruiti su gli assi ortogonali “alta-bassa attivazione”/“piacevole-spiacevole”, uno stato di *attivazione elevata in situazioni favorevoli di lavoro* contraddistingue il “work engagement” con i suoi sentimenti di entusiasmo, energia, felicità e soddisfazione; mentre uno stato di *attivazione elevato in situazioni spiacevoli* configura una condizio-

ne di di-stress con conseguenti sentimenti di ostilità, agitazione, irritazione e rabbia.

All’opposto, *una bassa attivazione in situazioni favorevoli* caratterizza uno stato di soddisfazione, calma, rilassatezza, tranquillità; mentre *una bassa attivazione in situazioni spiacevoli* definisce uno stato di burnout con i suoi sentimenti di demoralizzazione, apatia, stanchezza, sfiducia e tristezza (10, 104, 105). A questo ultimo quadrante appartengono anche stati di depressione, sfinimento (worn out) o sotto-stimolazione (underchallenged) (88) condizioni che alcuni autori hanno considerato essere varianti tipologiche del burnout (vedi tabella 2); probabilmente queste sono situazioni indipendenti dalla sindrome ma, in determinate condizioni, ne possono motivare e sostenere il quadro sindromico. L’ansia invece non appartiene a questo quadrante, la sua co-presenza in casi di burnout va attribuita alla preoccupazione per la situazione e alla necessità di attivarsi per uscire da questo stato.

I modelli teorici specifici dell’ambito occupazionale

Il “Job Demands-Resources model (JD-R)” (11, 90) e la “Conservation of Resources Theory (COR)” sono due teorie a cui la letteratura di medicina del lavoro ricorre frequentemente per spiegare i meccanismi di conservazione, orientamento e ricreazione di risorse psicologiche positive (52, 53). Entrambe tengono conto dell’eziologia essenzialmente organizzativa della sindrome del “Burnout” e della sua natura interattiva-transazionale.

Il modello JD-R (23) è un quadro concettuale applicabile a tutti gli ambiti lavorativi. Prende in considerazione le caratteristiche potenzialmente dannose del lavoro (job demands), ma anche le sue risorse come fattore protettivo e di sostegno al benessere dei lavoratori (job resources). Sono considerati “job demands” tutti quegli aspetti fisici, psicologici, sociali e organizzativi che implicano un impegno fisico o mentale, ovvero un consumo di energie (ad es. lavoro sotto pressione, carichi pesanti, carichi emotivi). Sono considerati “job resources” invece tutti quegli aspetti fisici, psicologici, sociali e organizzativi che possono soddisfare i bisogni di base, attenuare il carico di lavoro, stimo-

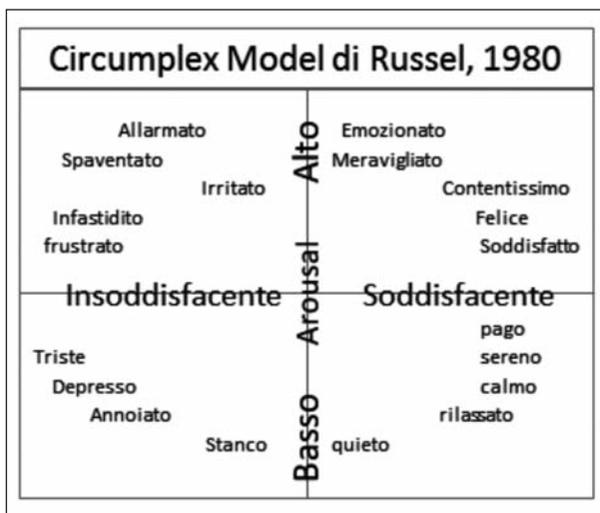


Figura 1 - Rappresentazione grafica del modello. Sull’asse orizzontale è stata posta la dimensione “valenza dell’esperienza” su quella verticale lo stato di attivazione

Figure 1 - Graphical model distributed in a two dimensional space containing arousal and valence dimensions

lare la crescita personale e lo sviluppo delle potenzialità personali (ad es. discrezionalità/autonomia sul lavoro, sostegno sociale, giustizia organizzativa, opportunità di carriera). Secondo questo modello (6), il carico di lavoro (job demand) può portare a un deterioramento della salute con esiti di burnout a causa dello "stress-lavoro correlato", mentre le risorse (job resources) possono portare a un'incentivazione dell'impegno del lavoratore (work engagement), grazie a un processo di tipo motivazionale (7, 8, 9, 109, 110). In particolare le "job resources" aiutano il lavoratore sia a gestire la domanda e perseguire i propri obiettivi (motivazioni estrinseche), sia a rispondere ai suoi bisogni di autonomia, appartenenza e competenza sul lavoro (motivazioni intrinseche) (129). L'evidenza scientifica di questi risultati è robusta (45, 47, 48, 73, 112) ed è stata confermata anche da studi di tipo longitudinale (46, 108) e da quelli che hanno impiegato osservazioni indipendenti per la valutazione delle caratteristiche di lavoro, oltre alle classiche valutazioni basate sulla soggettività dei lavoratori (28).

La COR Theory (48, 54), rispetto alla precedente teoria, prende in considerazione anche le potenzialità del lavoratore, intese come capacità di ricercare e rafforzare le proprie risorse in modo da poter influire e gestire l'ambiente in cui opera (proactive coping process). Questa teoria si basa sulla convinzione che l'individuo si adoperi attivamente per ottenere e mantenere ciò che per lui è più rilevante (ad es.: più tempo per il lavoro, stabilità dell'impiego, supporto dei colleghi). Se queste risorse vengono minacciate, perse o se l'investimento in tempo, energie e opportunità affrontate non raggiungono i risultati sperati, i soggetti possono andare incontro a stress/strain e alla necessità di assumere posizioni di carattere difensivo per conservare le proprie energie (resource conservation strategies) e cercare di spenderle, in modo più efficace, in altri contesti (23).

Dai cenni teorici, sopra riportati, risulta una chiara differenza tra stress e burnout: lo stress implica uno stato di attivazione elevato, orientato e motivato da specifici interessi sul lavoro, mentre, in caso di burnout l'attivazione è bassa e i sentimenti rivelano una perdita di oggetti d'interesse e/o di piacere (cinismo). Manca la motivazione intrinseca,

così come intesa dalla Self Determination Theory di Deci e Ryan (26) e manca anche la volontà di stabilire relazioni di scambio sociale con l'utenza, i colleghi/superiori e l'organizzazione nel suo insieme (empatia). Vengono quindi a mancare proprio quelle risorse che potrebbero aiutare il lavoratore a gestire meglio la domanda di lavoro e soprattutto a passare da una condizione di passività "lavoro proprio perché non posso farne a meno" (motivazione estrinseca) a un impegno lavorativo più autonomo, costruito sull'interiorizzazione, identificazione e integrazione di regole, valori e realtà condivise sul lavoro (motivazione intrinseca).

Rispetto al quadro un po' troppo variegato offerto dalle osservazioni empiriche e dalla ricerca clinica, l'apporto teorico sembra presentare una maggior coerenza interna nel definire il "costrutto" burnout nelle tre dimensioni proposte da Schaufeli et al (111): "esaurimento", "cinismo" e "ridotta efficienza". Questo tipo d'inquadramento libera il lettore da un'improduttiva disanima su le fasi e l'ordine con cui la sindrome si dovrebbe manifestare, e suggerisce piuttosto la possibilità che le tre dimensioni possano anche insorgere contemporaneamente e non necessariamente l'una come causa dell'altra (69, 128, 132). Infine la ricerca sembra escludere l'esistenza di diverse tipologie del burnout, e riconosce invece le medesime come possibili cause dell'esaurimento e del calo motivazionale, compatibili con la sindrome.

Le evidenze fisiopatologiche

Sul versante fisiopatologico, gli studi su l'esistenza di un rapporto tra carico allostatico (63), sintomi di stress cronico, ridotta risposta dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e burnout hanno dato risultati contraddittori e inconcludenti (99). Viene oggi ipotizzata (116) una ridotta plasticità cerebrale per inibizione della neurogenesi a livello ippocampale (BDNF, Brain-derived neurotrophic factor), mediata da disfunzioni dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene. La maggior parte degli studi depone inoltre per alterazioni significative dei neurotrasmettitori (dopamina, serotonina e noradrenalina) e la presenza di una maggior attivazione frontale dell'emisfero destro nei soggetti con burnout" (14, 57).

Oggi si stanno anche svolgendo ricerche sul ruolo del circuito cerebrale formato da corteccia prefrontale anteriore e aree della corteccia laterale posteriore che si pensa possano essere coinvolte nei processi di progettazione e promozione dei piani per il futuro.

Tutte queste osservazioni sostengono sostanzialmente l'idea che lo stress rappresenti un generico "processo di adattamento temporaneo" al lavoro accompagnato da sintomi psicologici e fisici, mentre il burnout rappresenti l'esito negativo nei confronti di quei processi d'adattamento a condizioni lavorative insoddisfacenti e protratte nel tempo, e che si caratterizzi quindi per il suo carattere difensivo e improduttivo.

Interventi di prevenzione

Genericamente, gli interventi per ridurre i rischi psicosociali sono piuttosto complessi. Nel caso del burnout, dovendo recuperare le motivazioni individuali, il compito sembra ancora più difficile. Tuttavia, Maslach (82), ancor prima del contributo della "Self Determination Theory" (26), ha dimostrato che il supporto del gruppo di lavoro, la possibilità di esprimere, analizzare e condividere i problemi cercando nuove soluzioni e prospettive, sono specifici e riducono significativamente il burnout. In effetti, il gruppo aiuta ad acquisire un senso di padronanza e di appartenenza e incide positivamente sul benessere e sulla salute del personale e dell'organizzazione (86, 89, 94). Grazie al lavoro di gruppo, ciascun lavoratore può comprendere meglio la realtà e maturare una propria volitività nei confronti del lavoro passando da un agire per necessità a un desiderio autonomo d'esercitare e coltivare le proprie abilità e interessi (130). Inoltre, gli obiettivi comuni nell'organizzazione, mettono in ombra le difese individuali (106), facilitano l'adattamento del lavoratore al suo contesto professionale, migliorano la percezione che ha dell'ambiente, sostengono le sue motivazioni dandogli la possibilità d'incidere sulle cause ovvero sugli specifici antecedenti della sindrome come, per esempio, la distribuzione del carico e la carenza di risorse lavorative.

Tipologie d'interventi

Gli interventi preventivi sono stati proposti sia come programmi di formazione per insegnare strategie cognitive e comportamentali mirate ad aumentare l'autostima e il senso personale di efficacia (49, 132), sia come strategie organizzative situazionali volte a eliminare o modificare gli stressors lavorativi (126), sensibilizzare e preparare la dirigenza e i colleghi a fornire un ascolto empatico (non giudicante) e fornire un supporto attivo al personale (38, 62).

Nel caso della formazione (11), i contenuti sono generalmente rivolti a:

- sensibilizzare e far prendere consapevolezza sui temi dello stress,
- migliorare le competenze lavorative per affrontare in modo più adeguato il carico,
- acquisire abilità nel gestire il tempo, con particolare attenzione a quello da dedicare al recupero delle energie e alla gestione equilibrata del rapporto lavoro-famiglia,
- esercitare una comunicazione assertiva,
- usare efficacemente la supervisione,
- applicare tecniche di rilassamento e di superamento di incidenti critici (123).

Una certa importanza è stata data soprattutto alla formazione degli operatori delle professioni d'aiuto, prevedendo un loro inserimento graduale, in ambito lavorativo, commisurato alla preparazione, alla capacità di gestire adeguatamente le emozioni nel rapporto con il paziente, alla definizione realistica degli obiettivi professionali e al lavoro in team multidisciplinari.

Le strategie organizzative (67) hanno invece rivolto la loro attenzione a fattori quali: il clima, il tipo di cultura aziendale, l'identità professionale, la composizione dei gruppi, la possibilità dei lavoratori a partecipare e influire sulle decisioni riguardanti il proprio lavoro, la fattibilità delle procedure, la fiducia, la definizione dei ruoli e delle responsabilità. Le strategie organizzative tendono perciò a coinvolgere la partecipazione dei lavoratori in un processo circolare utile a:

- definire i problemi e le situazioni esistenti, in particolare individuare emergenze e quei comportamenti collettivi che riescono a mantenere bassi i rischi potenziali e lo stress;

- sviluppare metodi e raccogliere dati per informare adeguatamente sulla natura e l'evoluzione dei problemi;
- interpretare i dati raccolti;
- scegliere le tipologie d'intervento;
- aiutare a realizzare gli interventi stabiliti;
- valutare gli effetti dell'intervento;
- ridefinire i problemi prioritari.

Le strategie di prevenzione vanno adeguate alle reali necessità di un contesto lavorativo, devono variare in base ai livelli di professionalità dello staff, le caratteristiche della struttura organizzativa, le dinamiche e gli obiettivi gestionali (24). A seconda dei casi, può essere infatti più importante:

- incidere sull'impiego dello staff, indirizzandolo su obiettivi raggiungibili e fonti alternative di gratificazione, aumentandone le capacità di coping;
- agire sulle modifiche strutturali o procedurali, p.e.: limitando il carico o le ore di lavoro, costruendo fasi di carriera;
- intervenire sulla creazione di sistemi gestionali, istituendo sistemi di supervisione e/o di "mentoring", creando meccanismi formali di gruppo per la soluzione dei problemi e la risoluzione dei conflitti.

Anche se la prevenzione primaria rimane il miglior strumento a disposizione per evitare l'insorgere di nuovi casi di sindrome del burnout, questa non deve sottrarre attenzione e risorse alla prevenzione secondaria e terziaria per le quali è indicazione migliore un approccio integrato di interventi sulla persona e l'organizzazione. Esaminando studi scelti in letteratura sull'efficacia di queste tipologie d'intervento, Awa (5) ha potuto verificare il loro effettivo contributo alla risoluzione del burnout con risultati a breve termine e durevoli. Gli interventi individuali impiegati erano indirizzati a un miglioramento delle capacità professionali e psico-relazionali (formazione, "counseling", psicoterapia), rilassamento psicofisico (training autogeno, musica ricreativa) o a un recupero delle motivazioni e della propria storia (psicosintesi, e terapia psico-analitica). In particolare l'approccio integrato ha dimostrato livelli superiori d'efficacia in almeno il 50% degli studi considerati e una permanenza degli effetti a oltre un anno dall'intervento nell'80% di

questi studi. Bisogna, infatti, considerare che il cinismo di alcuni soggetti affetti da burnout riesce a squalificare i tentativi di coinvolgimento a favore di un cambiamento organizzativo e viceversa la mancanza di un effettivo cambiamento organizzativo vanifica gli sforzi spesi a ristabilire sentimenti di fiducia e voglia di partecipare del lavoratore.

A livello di prevenzione terziaria, lo scopo è dunque quello di aiutare il soggetto ad affrontare il disturbo, il percorso riabilitativo e le eventuali ricadute. Gli interventi sulla persona ritenuti più efficaci sono quelli di tipo cognitivo - comportamentale. Questo modello d'intervento è indicato in quelle situazioni in cui il disagio è sostenuto, in modo prevalente, dal contesto attuale di vita e di lavoro della persona. Pur facendo attenzione al passato, alle vicende personali, così come alle motivazioni che hanno portato alla scelta professionale, l'obiettivo principale rimane quello di contenerne la deriva psicofisica ed emotiva spesso associata a una visione non condivisa e quindi unilaterale degli eventi. Questo tipo di psicoterapia, mirata, centrata sul presente, molto flessibile in termini di modi e tempi, richiede una partecipazione attiva del soggetto, dominato abitualmente da vissuti d'impotenza e di non controllo delle situazioni e punta a reinserirlo in un percorso di rinnovamento presente e di riprogettazione del futuro. Il piano di trattamento individuale può includere tecniche anti-stress, meditative come la "mindfulness", assertive, di miglioramento dell'auto-stima e interventi sulla personale organizzazione e gestione del tempo (12).

Resta comunque difficile valutare scientificamente l'efficacia di questi interventi, i contributi presenti in letteratura hanno evidenti limiti metodologici: soprattutto la bassa numerosità dei campioni esaminati e la difficoltà a tenere sotto controllo la complessità dei cambiamenti oltre a quelli voluti dai ricercatori (30).

CONCLUSIONI

L'ampia variabilità d'incidenza del burnout nelle diverse realtà occupazionali è confermata da indagini a livello internazionale. Per esempio, Aiken et al (1) hanno riscontrato su 617 infermieri america-

ni e 488 europei una percentuale di casi affetti da “esaurimento”, al Maslach Burnout Inventory, variabile dal 10% dei Paesi Bassi al 78% in Grecia. Queste differenze sono risultate associate alle condizioni ambientali e al carico di lavoro; d'altronde l'eziologia organizzativa della sindrome è stata più volte confermata e viene ben spiegata dalle teorie interattivo-transazionali su accennate.

In un'epoca in cui il mercato del lavoro sta subendo notevoli trasformazioni e le situazioni economiche si aggravano, aumentano i rischi di alienazione mentre si riducono le opportunità di fornire un sostegno all'integrazione e alla crescita dei lavoratori. I costi economici, sociali e personali conseguenti al burnout potrebbero quindi peggiorare; soprattutto tenendo conto del fatto che il burnout tende ad auto-rinforzarsi (27), a cronicizzare (62, 119), a degenerare in patologia (93), a trasmettersi tra colleghi e quindi a diffondersi negli ambienti di lavoro (10). La sua presenza pregiudica inevitabilmente la qualità delle prestazioni e ha effetti negativi sulla qualità del lavoro (61) e sulla sicurezza nei luoghi di lavoro (90). È anche causa di assenteismo, presentismo, turnover e intenzione di abbandonare definitivamente la professione (69, 71, 72, 138).

A livello europeo sono stati redatti molti documenti e sono state prese molte iniziative a favore della salute mentale sul lavoro (51):

- Lisbon Strategy: EU goal for economic growth and competitiveness. Targets towards full employment and greater social inclusion, (2000)
- Framework Agreement of Work-related Stress (2004)
- Framework Agreement on Harassment and Violence at Work (2006)
- Community Strategy on Health and Safety at Work (2007-2012)
- Commission White Paper “Together for Health” (2008-2013)
- The Mental Health Path (2009).

Si stima, infatti, che un terzo della forza lavoro in Europa sia affetta da stress lavoro-correlato e che un quarto (centotrentadue milioni) dei cittadini europei sia affetto da problemi mentali. I costi più rilevanti riguardano proprio la perdita di produttività sul lavoro; solo per i disturbi ansiosi depressivi sono stati stimati 118 bilioni di euro l'anno

di cui il 64% attribuiti alla perdita di produttività conseguente a presentismo, assenteismo e abbandono prematuro della professione (83). In Italia nel 2011, l'Inail ha registrato circa 500 denunce legate a questo tipo di disturbi. Tra questi solo il 10-15% è stato riconosciuto di origine professionale. Con molta probabilità il fenomeno è largamente sotto-stimato sia per il timore di compromettere la propria situazione lavorativa con una denuncia, sia perché l'onere della prova rimane a carico del paziente.

Data la gravità della sindrome sul piano fisico e mentale è, dunque, assai importante mantenere una vigilanza anche su questo tipo di esito dello stress e in particolare in quei contesti dove la responsabilità verso l'utenza rimane una questione vitale. È doveroso garantire procedure preventive nei confronti dello stress lavoro correlato, con particolare attenzione, ove necessario, agli antecedenti del burnout, cercando di ricreare una vera fiducia tra lavoratori e istituzioni e di tutelare un percorso di vita e di lavoro umanamente sensato e proficuo, per tutti. Non meno importante è assicurare un'attenta sorveglianza sanitaria al fine di un'individuazione precoce dell'insorgenza del fenomeno e per recuperare il personale affetto dalla sindrome mediante programmi individualizzati di riabilitazione e “rientro al lavoro” in condizioni onestamente mutate (68).

È prioritario infine trovare un consenso su definizione e criteri diagnostici per identificare il rischio e fornire tassi di prevalenza della sindrome nei diversi gruppi occupazionali e in particolare in quelli contesti specifici. L'attuale mancanza di chiarezza non può, infatti, diventare una scusa per evitare d'intervenire appropriatamente a garanzia di un'organizzazione sana e di un'educazione preventiva a sostegno della salute.

NO POTENTIAL CONFLICT OF INTEREST RELEVANT TO THIS ARTICLE WAS REPORTED

BIBLIOGRAFIA

1. Aiken IH, Sermeus W, Van den Heede K, et al: Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 2012; *344*: 1-14

2. Albin E, Zoni S, Parrinello G, et al: An integrated model for the assessment of stress related risk factors in health care professionals. *Ind Health* 2011; *49*: 15-23
3. Appels A, Schouten EGW: Burnout as a risk factor for coronary heart disease. *Behav Med* 1991; *17*: 53-59
4. Argentero P, Bonfiglio NS, Pasero R: Il burnout negli operatori sanitari volontari. *G Ital Med Lav Erg* 2006; *28*: 77-82
5. Awa WL, Plaumann M, Walter U: Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Education and Counseling* 2010; *78*: 184-190
6. Bakker AB, Demerouti E: The job demands-resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology* 2007; *22*: 309-328
7. Bakker AB, Demerouti E: Towards a model of work engagement. *Career Development International* 2008; *13*: 209-223
8. Bakker AB, Schaufeli WB, Leiter MP, et al: Work engagement: An emerging concept in occupational health psychology. *Work & Stress* 2008; *22*: 187-200
9. Bakker AB, Schaufeli WB: Positive organizational behavior: Engaged employees in flourishing organizations. *JOB* 2008; *29*: 147-154
10. Bakker AB, Westman M, Schaufeli WB: Crossover of burnout: An experimental design. *EJWOP* 2007; *16*: 220-239
11. Balducci C, Schaufeli W, Fraccaroli F: The job demands-resources model and counterproductive work behaviour: the role of job-related affect. *EJWOP* 2011; *20*: 467-496
12. Beck JS: *Cognitive behavior therapy: basics and beyond*. New York (NY): Guilford Press, 2011
13. Bekker MHJ, Croon MA, Bressers B: Child care involvement, job characteristics, gender and work attitudes as predictors of emotional exhaustion and sickness absences. *Work & Stress* 2005; *19*: 221-237
14. Bellingrath S, Weigl T, Kudielka BM: Chronic work stress and exhaustion is associated with higher allostatic load in female school teachers. *Stress* 2009; *12*: 37-48.
15. Boccalon P, Boccalon R, Bianco IG: Curare brucia: quattro esperienze a confronto. *G Ital Med Lav Erg* 2010; *32*: 372-383
16. Boersma K, Lindblom K: Stability and change in burnout profiles over time: A prospective study in the working population. *Work & Stress* 2009; *23*: 264-283
17. Bressi C, Porcellana M, Gambini O, et al: Burnout among psychiatrists in Milan: a multicenter survey. *Psychiatr Serv* 2009; *60*: 985-988
18. Britt TW, Dickinson JM, Moore D, et al: Correlates and consequences of morale versus depression under stressful conditions. *Journal of Occupational Health Psychology* 2007; *12*, 34-47
19. Burla P, Cinti ME, Sygiel A, Gatti R, et al: Profili professionali in ambito sanitario e fattori associabili allo sviluppo di burnout. *Prevention and Research* 2012; *2*: 106-121
20. Buzzi F, Vanini M: *Guida alla valutazione psichiatrica e medico legale del danno biologico di natura psichica*. Milano: Giuffrè Editore, 2006
21. Camerino D, Conway PM, Van Der Heijden B, et al: Job alienation due to poor working conditions and its role in WAI deterioration and unhealthy ageing. In Costa G, Goedhard WJA, Ilmarinen J (eds): *Assessment and promotion of work ability, health and well being of ageing workers*. Verona: Elsevier, International Congress Series 1280, 2005: 61-66
22. Camerino D, Fichera GP, Punzi S, et al: Work-related stress in nursery school educators in the Venice and Marghera districts. *Med Lav* 2011; *102*: 262-274
23. Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, et al: How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *J Personal Soc Psychol* 1993; *65*: 375-390
24. Cherniss, C: Role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout. In Schaufeli WB, Maslach C, Marek T (eds): *Professional burnout: recent developments in theory and research*. Washington DC: Taylor & Francis, 1993: 135-149
25. Costa RG: Norme a tutela dei mestieri e delle professioni di aiuto alla persona dalla sindrome di burnout. In *Atti Parlamentari della 16ª Legislatura: Disegno di legge N. 443*, Senato della Repubblica 8 Maggio 2008
26. Deci E, Ryan R: *Handbook of self-determination research*. Rochester (NY): University of Rochester Press, 2002
27. Del Rio G: *Stress e lavoro nei servizi: sintomi, cause e rimedi del burnout*. Roma: La Nuova Italia Scientifica, 1990
28. Demerouti E, Bakker A, de Jonge J, et al: Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scand J Work Environ Health* 2001; *27*: 279-286
29. Demerouti E, Peeters MCW, Van der Heijden BIJM: Work-family interface from a life and career stage perspective: The role of demands and resources. *Int J Psychol* 2012; *47*: 241-258
30. Di Mattei V, Prunas A, Sarno L: Il burnout negli operatori della salute mentale: quali interventi? *Psicologia della Salute* 2004; *2*: 1-10
31. Edelwich J, Brodsky A: *Burn-out: Stage of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Science Press, 1980
32. Farber BA: Subtypes of burnout: theory, research, and practice. *Annual Conference, APA, SF*, Columbia University, 2001
33. Farber BA (1991) Symptoms and types: worn-out, fre-

- netic, and under challenged teachers. In *Crisis in education. stress and burnout in the american teacher*. San Francisco: Jossey-Bass, 2001: 98-125
34. Farber BA: Treatment strategies for different types of teacher burnout. *Psychotherapy in Practice* 2000; 56: 675-689
 35. Farber BA: Introduction: understanding and treating burnout in a changing culture. *Psychother Priv Pract* 2000; 56: 589-594
 36. Farber BA: Inconsequentiality. The key to understanding teacher burnout. In Vandenberghe R, Huberman M (eds): *Understanding and preventing teacher burnout*. Cambridge, University Press, 1999: 159-165
 37. Farber BA: Burnout in psychotherapists: incidence, types and trends. *Psychotherapy in Private Practice* 1990; 8: 35-44
 38. Flint Sparks T: Coping with the psychosocial stresses of oncology care. *J Psychosoc Oncol* 1989; 6: 165-179
 39. Folgheraiter F: Introduzione all'edizione italiana. In Bernstein G, Halaszyn J: *Io operatore sociale*. Trento: Centro studi Erickson, 1994
 40. Fredrickson BL: The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotions. *Am Psychol* 2001; 56: 218-226
 41. Fredrickson BL: What good are positive emotions? *Rev Gen Psychol* 1998; 2: 300-319
 42. Fullagar C, Kelloway EK: New direction in positive psychology: implications for a healthy workplace. In *Contemporary occupational health psychology*. Hardcover: Wiley- Blackwell, 2012: 146-161
 43. Gazzetta Ufficiale n. 70 del 22/03/2008, suppl 68.
 44. Golembiewski RT, Munzenrider R: Profiling acute vs. chronic burnout. III: Phases and life events impacting on patterns of covariation. *J Health Hum Resour Adm* 1986; 9: 173-184
 45. Hakanen JJ, Bakker AB, Jokisaari M: A 35-year follow-up study on burnout among Finnish employees. *J Occup Health Psychol* 2011; 16: 345-360
 46. Hakanen JJ, Schaufeli WB, Ahola K: The Job Demands-Resources model: A three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement. *Work & Stress* 2008; 22: 224-241
 47. Hakanen JJ, Bakker AB, Schaufeli WB: Burnout and work engagement among teachers. *J Sch Psychol* 2006; 43: 495-513
 48. Hakanen JJ, Bakker AB, Demerouti E: How dentists cope with their job demands and stay engaged: The moderating role of job resources. *Eur J Oral Sci* 2005; 113: 479-487
 49. Halbesleben JRB, Buckley MR: Burnout in organizational life. *JOM* 2004; 30: 859-879
 50. Hallberg, U, Schaufeli WB: "Same same" but different: Can work engagement be discriminated from job involvement and organizational commitment? *Eur J Psychol* 2006, 11, 119-127
 51. Hassard J, Cox T, Murawski S: Mental Health promotion in the workplace. A good practice report. European Agency for Safety and Health at Work, Luxembourg: Publication Office of the European Union, 2011
 52. Hobfoll SE: The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources. *Appl Psychol* 2001; 50: 337-421
 53. Hobfoll SE. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *Am Psychol* 1989; 44: 513-524
 54. Innstrand ST, Espnes GA, Mykletun R: Burnout among people working with intellectually disabled persons: a theory update and an example. *Scand J Caring Sci* 2002; 16: 272-279
 55. ISO 10075-2: *Ergonomic principles related to mental workload - Part 2: Design principles*. Geneva: Switzerland, 1996
 56. ISO 10075: *Ergonomic principles related to mental workload - General terms and definitions*. Geneva: Switzerland, 1991
 57. Juster RP, Sindi S, Marin MF, et al: A clinical allostatic load index is associated with burnout symptoms and hypocortisolemic profiles in healthy workers. *Psychoneuroendocrinology* 2011; 36: 797-805
 58. Karger HJ: Burnout as alienation. *Soc Serv Rev* 1981; 55: 270-283
 59. Kitaoka-Higashiguchi K, Nakagawa H, Morikawa Y, et al: Construct validity of the Maslach Burnout Inventory. *General Survey Stress and Health* 2004; 20: 255-260
 60. Klersy C, Callegari A, Martinelli V, et al: Burnout and occupational stress in nurses. *Med Lav* 2007; 98: 55-63
 61. Koivula M, Paunonen M: Burnout in two Finnish hospitals. *J Nurs Manag* 2000; 8: 66-72
 62. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB: The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress* 2005; 19: 192-207
 63. Langelaan S, Bakker AB, Schaufeli WB, et al: Is burnout related to allostatic load? *Int J Behav Med* 2007; 14: 213-221
 64. Lasalvia A, Tansella M: Occupational stress and job burnout in mental health. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2011; 20: 279-285
 65. Lasalvia A, Bonetto C, Bertani M, et al: Influence of perceived organisational factors on job burnout: survey of community mental health staff. *Br J Psychiatry* 2009; 195: 537-544

66. Lazzari D, Pisanti R, Avallone F: Percezione di clima organizzativo e burnout in ambito sanitario: il ruolo moderatore dell'alessitimia. *G Ital Med Lav Erg* 2006; 28 (Suppl 1): 43-48
67. Le Blanc PM, Hox JJ, Schaufeli WB, et al: Take care! The evaluation of a team-based burnout intervention program for oncology care providers. *J Appl Psychol* 2007; 92: 213-227
68. Lederberg MS: Group support for medical staff in high-stress settings. In Alonzo A, Swiller HI (eds): *Group psychotherapy in clinical practice*. Washington: Am Psychiatr Press, 1993: 171-183
69. Lee R, Ashforth BE: A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *J Appl Psychol* 1996; 81: 123-133
70. Leiter P, Maslach C: *Organizational Checkup System, Come prevenire il burnout e costruire l'engagement*. Milano: Giunti, 2006
71. Leiter MP. Burnout as a developmental process: consideration of models. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T (eds): *Professional burnout: recent developments in theory and research*. London: Taylor & Francis, 1993: 237-250
72. Leiter MP: Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patterns. *JOB* 1991; 12: 123-144
73. Llorens S, Bakker AB, Schaufeli WB, Salanova M: Testing the robustness of the Job Demands-Resources model. *Int J Stress Manag* 2006; 13: 378-391
74. Lodolo D'Oria V, et al: Professione docente: un mestiere a rischio di disagio psichico? Indagine su stereotipi, vissuti, biologia e prospettive di un lavoro al femminile. *Med Lav* 2009; 3: 211-227
75. Lodolo D'Oria V, Pecori GF, Della Torre M, et al: Quale rischio di patologia psichiatrica per la categoria professionale degli insegnanti. *Med Lav* 2004; 95: 339-353
76. Lombardo L, Lai C, Barba I, Luciani M: Sindrome del Burn-out valutazione del rischio e prevenzione in un equipè di infermieri e personale ausiliario operanti in Cure Paliative. *Difesa Sociale* 2008, 4: 59-69
77. Mark C, Pierce B, Molloy GN: Psychological and biographical differences between secondary school teachers experiencing high and low levels of burnout. *Br J Educ Psychol* 1990; 60: 37-51
78. Maslach C, Leiter MP: Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol* 2008; 93: 498-512
79. Maslach C, Schaufeli W, Leiter M: Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001; 52: 397-422
80. Maslach C, Leiter MP: *The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1997
81. Maslach C, Schaufeli WB: Historical and conceptual development of burnout. In Schaufeli WB, Maslach C, & Marek C (eds): *Professional burnout: recent developments in theory and research*. Washington (DC): Taylor & Francis, 1993: 1-16
82. Maslach C: Job burnout: How people cope. *Public Welfare* 1978; 36: 56-58
83. McDaid D, Knapp M, Medeiros H, MHEEN Group: Employment and Mental Health: Assessing the economic impact and the case for intervention. London: Personal Social Service Research Unit, London School of Economics and Political Science, 2007: 1-29
84. Melamed S, Ugarten U, Shirom A, et al: Chronic burnout, somatic arousal and elevated salivary levels. *J Psychosom Res* 1999; 46: 591-598
85. Mesmer-Magnus J, Glew D, Viswesvaran C: A meta-analysis of positive humor in the workplace. *J Manag Psychol* 2012; 27: 155-190
86. Mikkelsen A, Gundersen M: The effect of a participatory organizational intervention on work environment, job stress, and subjective health complaints. *Int J Stress Manag* 2003; 10: 91-110
87. Mohren DCL, Swaen GMH, Kant IJ, et al: Common infections and the role of burnout in a Dutch working population. *J Psychosom Res* 2003; 55: 201-208
88. Montero-Marín J, García-Campayo J, Fajó-Pascual M, et al: Sociodemographic and occupational risk factors associated with the development of different burnout types: the cross-sectional University of Zaragoza study. *BMC Psychiatry* 2011; 11: 49
89. Murphy LR, Hurrell JJ: Stress management in the process of organizational stress reduction. *J Manag Psychol* 1987; 2: 18-23
90. Nahrgang JD, Morgeson FP, Hofmann DA: Safety at work: a meta-analytic investigation of the link between job demands, job resources, burnout, engagement, and safety outcomes. *J of Appl Psychol* 2011; 96: 71-94
91. Padula MS, Ferretti E, Svampa E, et al: P Il burn-out nei Medici di Medicina Generale di Modena. Prevalenza e variabili correlate. *Rivista SIMG* 2007; 1: 3-9
92. Padula MS, Ilari G, Baraldi S, et al: Il burnout nella Medicina Generale: personalità del medico e personalità del paziente. *SIMG* 2008; 4: 42-47
93. Paine WS: The burnout syndrome in context. In Jones JW (Ed): *The burnout syndrome: current research, theory and intervention*. Park Ridge: London House, 1981
94. Perdeck J: *Testing exchange relations and efficacy as explanations for the relationship between mastery approach goals and burnout*. Working paper, Nolostr Capital / Tilburg University 2012
95. Perillo D: *Analisi del benessere organizzativo come prospettiva di cambiamento. Il clima percepito degli infermieri*

- dell'azienda ospedaliera di Treviso. Working Paper, Associazione per gli Studi Internazionali e Comparati sul Diritto del Lavoro e sulle Relazioni Industriali (ADAPT), 18 luglio 2011; 21: 1-22
96. Pines A, Aronson E: Career burnout: causes and cures. New York: The Free Press, 1988
 97. Pisanti R, van der Doef M, Maes S, et al: Job characteristics, organizational conditions and distress / well being among Italian and Dutch nurses: A cross-national comparison. *Int J Nurs Stud* 2011; 48: 829-837
 98. Plath HE, Richter P. *Fatigue-monotony-satiation-stress. BMS. Instrument for the measurement of experienced strain reactions*. Berlin, Germany: Psychodiagnostisches Zentrum, 1984
 99. Powell, N.D., et al: Psychosocial stress and inflammation in cancer. *Brain Behav Immun* 201; 30: 41-47
 100. Quattrin R, Ciano R, Saveri E, et al: Burnout in teachers: an Italian survey. *Ann Ig* 2010; 22: 311-318
 101. Quattrin R, Zanini A, Nascig E, et al: Level of burnout among nurses working in oncology in an Italian region. *Oncol Nurs Forum* 2006; 33: 815-820
 102. Rampino T, David S, Barbieri C, et al: For the working group on burnout and dialysis: burnout in health care providers of dialysis service in Northern Italy - a multicentre study. *Nephrol Dial Transplant* 2007; 22: 2283-2290
 103. Rossati A, Magro G: *Stress e burnout*. Roma: Carocci, 1999.
 104. Russel JA: A Circumplex model of affect. *J Pers Soc Psychol* 1980; 39: 1161-1178
 105. Russel JA: Core affect and the psychological construction of emotion. *Psychol Rev* 2003; 110: 145-172
 106. Salmela-Aro K, Kiuru N, Erik Nurmi J, Eerola M: Mapping pathways to adulthood among Finnish university students: Sequences, patterns, variations in family- and work-related roles. *Adv Life Course Research* 2011; 16: 25-41
 107. Scarnera P, Bosco A, Soleti E, Lancioni GE: Preventing Burnout in Mental Health Workers at Interpersonal Level: An Italian Pilot Study. *Community Ment Health J* 2009; 45: 222-227
 108. Schaufeli, WB, Bakker AB, van Rhenen W: How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism. *JOB* 2009; 30: 893-917
 109. Schaufeli WB, Salanova M: Enhancing work engagement through the management of human resources. In Naswall K, Sverke M, Hellgren J (eds): *The individual in the changing working life*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008: 380-404
 110. Schaufeli WB, Salanova M: Work engagement: an emerging psychological concept and its implications for organizations. In Gilliland SW, Steiner DD, Skarlicki DP (eds): *Research in social issues in management: Vol. 5. Managing social and ethical issues in organizations*. Greenwich (CT): Information Age Publishers, 2007
 111. Schaufeli WB, Taris, TW: The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. *Work & Stress* 2005; 19: 256-262
 112. Schaufeli WB, Bakker AB: Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *JOB* 2004; 25: 293-315
 113. Schaufeli WB, Greenglass ER: Introduction to special issue on burnout and health. *Psychol Health* 2001; 16: 501-510
 114. Schaufeli WB, Bakker AB, Hoogduin K, et al: On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the burnout measure. *Psychol Health* 2001; 16: 565-582
 115. Schaufeli WB: The evaluation of a burnout workshop for community nurses. *JHSA* 1995; 18: 11-40
 116. Sertoz OO, Binbay IT, Koylu E, et al: The role of BDNF and HPA axis in the neurobiology of burnout syndrome. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008; 32: 1459-1465
 117. Shirom A: Vigor as a positive affect at work: Conceptualizing vigor, its relations with related constructs and its antecedents and consequences. *Review of General Psychology* 2011; 15: 50-64
 118. Shirom A, Melamed S: A comparison of construct validity of two measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management* 2006; 13: 176-200
 119. Shirom A: Reflections on the study of burnout. *Work & Stress* 2005; 19: 263-270
 120. Shirom A: Job-related burnout. In Quick JC, Tetrick LE (eds): *Handbook of occupational health psychology*. Washington, DC: American Psychological, 2003: 245-265
 121. Sirigatti S, Stefanile C: Correlati individuali e ambientali del burnout in infermieri professionali. *Bollettino di Psicologia Applicata* 1993; 207: 15-24
 122. Socialstyrelsen: *Utmattningsyndrom (Exhaustion disorder)*. Stockholm: Bjourner & Bruno, 2003
 123. Spitzer WJ, Burke L: A critical-incident stress debriefing program for hospital-based health care personnel. *Health & Social Work* 1993; 18: 149-156
 124. Suh E, Diener E, Fujita F: Events and subjective well-being: Only recent events matter. *J Pers Soc Psychol* 1996; 70: 1091-1102
 125. Taris, TW, Le Blanc PM, Schaufeli WB, Schreurs PJG: Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A re-

- view and two longitudinal tests. *Work & Stress* 2005; *19*: 238-255
126. Taris TW, Kompier MAJ, Houtman ILD, Bongers PM: Work characteristics and psychological well-being. Testing normal reversed and reciprocal relationships within the 4-wave smash study. *Work and Stress* 2004; *18*: 149-166
127. Tomei G, Casale T, Tomei F, et al: Dall'Alienazione al burn-out. La psiche e l'universo della tecnica. *G Ital Med Lav Erg* 2012; *34*: 400-409
128. Toppinen-Tanner S, Kalimo R, Mutanen P: The process of burnout in white-collar and blue-collar jobs: Eight-year prospective study of exhaustion. *JOB* 2002; *23*: 555-570
129. Van Beek IHuQ, Schaufeli WB, Taris TW, Schreurs BHJ: For fun, love, or money: what drives workaholic, engaged, and burned-out employees at work? *Applied Psychology: An International Review* 2012; *61*: 30-55
130. Van den Broeck A, Vansteenkiste M, De Witte H, Lens W: Explaining the relationships between job characteristics, burnout, and engagement: The role of basic psychological need satisfaction. *Work & Stress* 2008; *22*: 277-294
131. Van Dierendonck D, Garssen B, Visser A: Burnout prevention through personal growth. *Int J Stress Manag* 2005; *12*: 62-77
132. Van Dierendonck D, Schaufeli WB, Buunk BP: Toward a process model of burnout: Results from a secondary analysis. *EJWOP* 2001; *10*: 41-52
133. Varani S, Fierro C, Brighetti G, et al: Valutazione del benessere psico-sociale di un'équipe di assistenza domiciliare oncologica: uno studio longitudinale. Bologna: Fond. ANT Italia, 2005 Disponibile on line all'indirizzo: http://www.ant.it/pubbl/brochure/articolo_SICP%20modificato.pdf
134. Violante S, Benso PG, Gerbaudo L, Violante B: Correlazione tra soddisfazione lavorativa e fattori di stress, burnout e benessere psicosociale tra infermieri che lavorano in differenti ambiti sanitari. *G Ital Med Lav Erg* 2009; *31*, Supplemento: 36-44
135. Weber A, Jaekel-Reinhard A: Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occup Med* 2000; *7*: 512-517
136. Wu C-H, Griffin MA: Longitudinal Relationship between Core-Self Evaluation and Job Satisfaction. *J Appl Psychol* 2012; *97*: 331-342
137. Zenobi C, Sansoni J: Burnout e cure intensive. *Professioni Infermieristiche* 2007; *60*: 148-154
138. Zhang Y, Feng X: The relationship between job satisfaction, burnout, and turnover intention among physicians from urban state-owned medical institutions in Hubei, China: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research* 2011; *11*: 235-248