

Ivana Cacciatori, Chiara Grossi, Ciro D'Auria, Asia Bruneri, Camilla Casella

La capacità di resilienza come un fattore di protezione per il burnout tra gli operatori sanitari: uno studio cross-sectional condotto sui neo-assunti dell'ASST di Lodi

USSD Psicologia, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, ASST Lodi, via Fissiraga 15, Lodi (LO), 26900

RIASSUNTO. I sintomi di burnout sono comuni fra i professionisti della salute. Gli operatori sanitari del settore pubblico sono sottoposti ad uno stress consistente a causa del tipo di lavoro e del confronto continuo con i pazienti e la loro salute. Per questa ragione, devono disporre di una riserva di abilità che li proteggano dall'esaurimento emotivo, dalla depersonalizzazione e dalla scarsa realizzazione personale. Abbiamo voluto verificare quindi la relazione sussistente tra la resilienza ed il burnout in un campione di 85 operatori sanitari proveniente dall'ASST di Lodi. I partecipanti sono stati medici, infermieri, operatori sociosanitari, ecc. I risultati hanno indicato correlazioni significative ($p < 0.01$) tra la resilienza e due delle tre dimensioni del burnout (esaurimento emotivo e realizzazione personale) ed un valore predittivo della resilienza per le stesse dimensioni sopra citate ($p < 0.01$). Queste considerazioni riconfermano la necessità di avere capacità di resilienza per far fronte allo stress e non incorrere nel burnout.

Parole chiave: burnout, resilienza, professioni sanitarie, stress, esaurimento emotivo, realizzazione personale.

ABSTRACT. RESILIENCE SKILLS AS A PROTECTIVE FACTOR AGAINST BURNOUT FOR HEALTH PROFESSIONALS: A CROSS-SECTIONAL STUDY ON NEW HIRES FROM THE HOSPITAL OF LODI. Burnout symptoms are very common in health professionals. Public health workers are exposed to high levels of distress due to the need to face their patients' health problems. For this reason, they need to preserve some resources that can protect them from emotional exhaustion, depersonalization and low personal realization. Therefore, we analyzed the relationship between resilience and burnout in a sample of 85 health workers from the hospital of Lodi. Subjects who took part of the study are physicians, nurses, health and social workers, etc. Results show a significant correlation ($p < 0.01$) between resilience and two of the three burnout dimensions (emotional exhaustion and personal realization) and a predictive value of resilience for the same dimensions mentioned above ($p < 0.01$). These considerations confirm the importance of resilience to face distress and to avoid burnout.

Key words: burnout, resilience, health workers, emotional exhaustion, personal realization.

Introduzione

La sindrome da burnout è uno stato di esaurimento fisico, emotivo e mentale che scaturisce dall'esposizione a fattori di stress lavorativi o a situazioni di lavoro che hanno richieste emotivamente rilevanti (1, 2, 3). Le prime teorie a concettualizzare il burnout come una forma di disturbo sono state estrapolate dalla differenza tra le risorse e le richieste (4). Maslach (5) ha spiegato il burnout come la reazione alla tensione emotiva determinata da un contatto diretto e continuo con altri esseri umani, specialmente se questi stanno soffrendo. Il burnout può avere numerosi effetti dannosi sulle organizzazioni e sugli individui, a partire dal ricambio dei dipendenti, all'assenteismo, alla malattia, alle lesioni e agli incidenti, alla bassa produttività e ai conflitti interpersonali ed organizzativi (6). Gli operatori sanitari si ritrovano ad alto rischio nello sviluppare un burnout per via delle richieste implicite e dello stress legato alla cura del paziente, ai lunghi e solitari turni, e ad un ambiente generalmente stressogeno (1, 6). Il burnout tra gli operatori sanitari è una delle sfide emergenti che colpiscono il sistema sanitario nel mondo, comprese la cura del paziente e la salvaguardia del paziente. I professionisti della sanità possono sviluppare sintomi come ansia, irritabilità, sbalzi di umore, insonnia, depressione, disturbo post-traumatico da stress, ideazioni suicide e un senso di fallimento come conseguenza del burnout (7, 8, 3, 9, 10). Le conseguenze possono anche essere psicosomatiche, includendo impairment come mal di testa, ipertensioni, malattie cardiopolmonari, disturbi muscolo scheletrici, gastrici, ulcere allo stomaco, insonnia e stanchezza (11). I sintomi possono infine portare ad una performance sul lavoro inferiore e ad una scarsa cura del paziente (1, 3). Diverse review hanno rilevato la prevalenza e le determinanti del burnout negli operatori sanitari nei paesi sviluppati e/o occidentalizzati, dal Nord America, all'Europa, all'Australia (12, 13, 14, 15, 16, 17), ma anche nei paesi arabi (18).

Gli studi hanno ripetutamente mostrato alti tassi di burnout negli infermieri (14, 15) e nei medici (16, 17) con una proporzione più alta di persone a rischio di burnout tra i medici rispetto al resto dello staff ospedaliero, proprio per via delle condizioni lavorative, per le richieste e le responsabilità affidate alla figura professionale del medico

(8). Stando a diversi studi (19, 20, 21), le unità di terapia intensiva possono essere considerati luoghi di lavoro stressanti in cui è facile sviluppare la sindrome da burnout, insieme ai reparti emergenziali delle aziende ospedaliere.

Nel modello di Maslach (5), vengono identificati tre componenti come fattori di rischio per la sindrome da burnout: l'esaurimento emotivo, la depersonalizzazione e la ridotta realizzazione personale. L'esaurimento emotivo rappresenta un iniziale segnale di allarme, seguito da una risposta di distacco difensivo, per poi arrivare a quella che Maslach definì "ridotta realizzazione personale". Questa situazione porta l'operatore sanitario a sentire un senso di smarrimento, di perdita di possibilità di aiuto, fino ad un esaurimento di energie, che può essere espresso in termini di problemi fisici, psicologici e sociali (22, 23, 24).

Un fattore di protezione per il burnout potrebbe essere la resilienza. Nonostante le numerose definizioni proposte della resilienza nella letteratura scientifica psicologica, la maggior parte di esse è basata su due concetti centrali: l'avversità e l'adattamento positivo (25). La resilienza viene richiesta in risposta a diverse avversità, che vanno da relativi fastidi quotidiani (come le difficoltà di diversa natura sul posto di lavoro) ad eventi di vita più importanti (come la morte del consorte), che un individuo deve affrontare. Un individuo resiliente ha più probabilità di avere successo nel far fronte all'avversità e ad adattarsi positivamente (26, 27, 28). Come risultato, la resilienza può essere brevemente definita come la capacità di raggiungere un adeguato e positivo adattamento all'avversità (25). Il concetto di resilienza viene oggi usato per esplorare e comprendere gli operatori sanitari che sopravvivono e crescono nel loro posto di lavoro (29). Le review in letteratura spiegano che la resilienza è una qualità necessaria per avere successo nell'assistenza sanitaria perché le condizioni lavorative possono essere piuttosto avverse (30, 31). Nello specifico, il concetto di resilienza può essere anche usato per capire come i professionisti della salute a rischio siano capaci di riprendersi dopo aver fornito cura ai pazienti in condizioni critiche e dopo aver provato un'alta esposizione ad esperienze potenzialmente traumatiche. In questo senso, la letteratura puntualizza che la resilienza è un'abilità che può essere insegnata (32).

La resilienza, la sindrome da burnout e la salute sono concetti collegati tra loro. La letteratura empirica ha dimostrato che la resilienza minimizza e tampona gli esiti negativi, legati allo stress, come la sindrome da burnout (33). In più, diverse evidenze dimostrano che la resilienza è associata ad una salute mentale e fisica migliore e ad un recupero più veloce dalla malattia (34). Benché questo, ci sono poche evidenze che dimostrino il ruolo di mediazione della resilienza nella relazione tra le dimensioni del burnout e la salute negli operatori sanitari (35).

Lo studio presente si incentra sul trovare un modello lineare che ci dica che la resilienza possa servire come fattore di protezione per la sindrome da burnout in operatori sanitari neo-assunti nell'azienda ospedaliera della città di Lodi. Possiamo quindi comprendere la relazione tra il burnout e la resilienza e dire se dal cambiamento della resilienza dipenda un cambiamento nella condizione di burnout negli operatori sanitari dell'ASST e in quale misura.

Se un fattore predicesse l'altro, lo studio ci suggerirebbe come la capacità di far fronte ai problemi possa cambiare la performance sul lavoro e la salute mentale, così da indicare per i prossimi studi un ruolo di centrale importanza per lo sviluppo di abilità di resilienza al fine di prevenire il burnout. Potrebbe altresì essere interessante verificare se ci siano diversi livelli tra i gruppi considerati, per assistere eventualmente ad un significativo effetto di associazione tra il reparto di lavoro, la mansione e le capacità di resilienza degli operatori sanitari ed il loro stato di burnout. La novelty nel nostro lavoro sta non solo nell'uso di strumenti che nella loro specificità non sono stati usati prima in questo modo, ma anche la stratificazione del campione in reparti ospedalieri e mansioni ed anche nella condizione di neo-assunzione.

Metodi

Partecipanti

85 operatori sanitari hanno partecipato allo studio da gennaio 2019 a dicembre 2019. Il criterio di reclutamento è stata la condizione da neo-assunto nell'ASST di Lodi di ogni dipendente, che, come da protocollo, viene inviato dal medico competente per la visita preventiva psicologica di routine. Degli 89 neo-assunti, 4 hanno fatto dropout dal nostro studio, poiché non hanno più lavorato nella struttura ospedaliera e non hanno mai completato i test. I test sono stati somministrati in presenza del clinico tramite dei moduli, a 30-40 giorni dal giorno dell'assunzione.

La percentuale di partecipanti di sesso maschile è del 29.4% (n = 25), mentre la percentuale di partecipanti di sesso femminile è del 70.6% (n = 60).

L'età media è di 35 anni, con una DS di 8.9 anni e con un range che va da un minimo di 24 ad un massimo di 61 anni.

Strumenti

Caratteristiche sociodemografiche. È stato somministrato un questionario self-report per raccogliere i dati demografici: sesso, età, mansione nella struttura ospedaliera e reparto di lavoro.

Maslach Burnout Inventory. La versione italiana 22 item del Maslach Burnout Inventory (MBI; 5, 36) è stata utilizzata come strumento di assessment per il livello di burnout tra gli operatori sanitari, in tre sottoscale: l'Esaurimento Emotivo (EE), la Depersonalizzazione (DP) e la Realizzazione Personale (RP). Lo strumento è stato somministrato tramite una scala a 7 punti di Likert, dove 0 punti denotano la risposta "mai", e 4 punti denotano la risposta "tutti i giorni". La sottoscala EE rivela le sensazioni dell'operatore nel suo dispendio di energie, nell'affaticamento e nel suo essere stufo in otto item; la sottoscala DP sottolinea l'attitudine distaccata coi pazienti in sei item; la sottoscala PA misura le sensazioni di competenza ed il successo percepito raggiunto sul lavoro in otto item. L'alfa di Cronbach delle sottoscale alla baseline è stata per l'EE $\alpha = 0.90$, per la DP $\alpha = 0.79$ e $\alpha = 0.71$ per la RP, indicando una coerenza interna da accettabile a buona.

Resilience Scale. La versione italiana del Resilience Scale (37, 38) è stata utilizzata per misurare il livello di resilienza dei partecipanti allo studio. Abbiamo utilizzato la versione a 10 item dello strumento, su cui abbiamo eseguito uno scoring su una scala a 7 punti Likert, dove il valore di 1 equivaleva alla risposta fortemente in disaccordo” ed il valore di 7 “fortemente d’accordo”. L’alfa di Cronbach della scala alla baseline è risultata di $\alpha = 0.94$, dimostrando una buona affidabilità del test.

Analisi dei dati

Tutti i dati sono stati analizzati usando la versione 26 di SPSS (39). Sono state effettuate le statistiche descrittive sulle variabili demografiche e sulle variabili Resilience, EE, DP, RP e MBI Totale.

È stato utilizzato il test χ^2 per confrontare i diversi livelli di burnout per il sesso, la mansione e per il reparto di lavoro, in modo da rilevare l’indipendenza tra le variabili. Se le variabili dei livelli di burnout non si associano al gruppo (sesso, mansione e reparto di lavoro), possiamo supporre che i risultati non vengano influenzati rispetto alla popolazione considerata.

L’ANOVA a una via è stata utilizzata al fine di individuare differenze fra le popolazioni rappresentanti il sesso, la mansione e il reparto di lavoro rispetto ai livelli di burnout, in modo da valutare un possibile effetto gruppo. I punteggi su EE, su DP e su RP si potrebbero pertanto dimostrare diversi rispetto al tipo di variabile presa in esame.

Si sono misurate le correlazioni di Pearson tra le dimensioni del burnout, della resilienza e delle variabili demografiche.

Infine, è stata effettuata un’analisi di regressione lineare con metodo stepwise tra le dimensioni del burnout e la resilienza e le variabili demografiche, in modo da verificare un legame indipendente.

L’alfa di Cronbach è stata misurata per la resilienza e per il burnout per capire la coerenza interna degli strumenti utilizzati.

Risultati

Le statistiche descrittive riportate mostrano le frequenze delle mansioni (Tabella I) ed i dipartimenti da cui

Tabella I. Frequenze e percentuali delle mansioni

	Frequenza	Percentuale
Dirigente medico	28	32.9
Psicologo	5	5.9
Fisioterapista	3	3.5
Podologo	1	1.2
Logopedista	1	1.2
OSS	5	5.9
Infermiere	40	47.1
Ostetrica	2	2.4
Totale	85	100

provengono gli operatori sanitari (Tabella II). La mansione maggiormente presentatasi è quella di infermiere (40 soggetti, il 37.1%), mentre il dipartimento da cui sono provenuti più soggetti è il dipartimento medico (20 soggetti, il 23.5%). Le medie e le deviazioni standard della resilienza e delle dimensioni del burnout sono riportate nella Tabella III.

Tabella II. Frequenze e percentuali dei reparti di lavoro

	Frequenza	Percentuale
Dipartimento chirurgico	11	12.9
Dipartimento Bassa Intensità R.I.C.C.A.	12	14.1
Dipartimento servizi diagnostici	1	1.2
Dipartimento emergenza-urgenza	17	20
Dipartimento rete integrata materno infantile	10	11.8
Dipartimento medico	20	23.5
Dipartimento salute mentale e dipendenze	6	7.1
Dipartimento oncologico e cure palliative	4	4.7
Direzione sanitaria	1	1.2
Sale operatorie	3	3.5
Totale	85	100

Tabella III. Statistiche descrittive delle variabili con medie e deviazioni standard

	Media	DS
Resilienza	59.58	5.42
EE	12.36	6.77
DP	7.39	4.21
RP	33.69	5.5
MBI totale	53.44	10.26

Gli 85 soggetti hanno avuto in media un punteggio di 59.58 ± 5.42 al Resilience Scale; un punteggio in media di 12.36 ± 6.77 all’EE; un punteggio in media di 7.39 ± 4.21 alla DP; un punteggio in media di 33.69 ± 5.5 alla RP; un punteggio in media di 53.44 ± 10.26 all’MBI totale.

Dal test χ^2 non è emersa un’associazione tra i livelli di burnout ed il gruppo considerato, né per il sesso (EE: $\chi^2 = 23.960$ con $p < 0.001$; DP: $\chi^2 = 15.547$ con $p < 0.001$; RP: $\chi^2 = 34.368$ con $p < 0.001$), né per la mansione (EE: $\chi^2 = 155.385$ con $p < 0.001$; DP: $\chi^2 = 116.829$ con $p < 0.001$; RP: $\chi^2 = 198.906$ con $p < 0.001$) e né per il reparto di lavoro (EE: $\chi^2 = 198.869$ con $p < 0.001$; DP: $\chi^2 = 144.338$ con $p < 0.001$; RP: $\chi^2 = 198.906$ con $p < 0.001$). Quindi, all’interno del nostro campione, non è auspicabile che i punteggi siano dipesi dal genere di appartenenza, dal tipo di impiego particolare o dal dipartimento nel quale si svolgeva il lavoro.

L’analisi della varianza ANOVA a una via ha fatto emergere che le medie delle popolazioni sono uguali per l’EE (sesso: $F = 0.926$ con $p < 0.001$; mansione: $F = 0.763$ con $p < 0.001$; reparto di lavoro: $F = 0.609$ con $p < 0.001$), per la DP (sesso: $F = 0.821$ con $p < 0.001$; mansione:

$F = 1.678$ con $p < 0.001$; reparto di lavoro: $F = 0.761$ con $p < 0.001$ e per la RP (sesso: $F = 1.913$ con $p < 0.001$; mansione: $F = 0.567$ con $p < 0.001$; reparto di lavoro: $F = 1.647$ con $p < 0.001$).

L'analisi di correlazione tra le variabili demografiche, la resilienza e il burnout, hanno dimostrato tre associazioni significative ($p < 0.01$) (Tabella IV): l'EE è correlato positivamente con la DP ma non con la RP, mentre la resilienza è correlata negativamente con la l'EE e positivamente con la RP, ma non è correlata alla DP.

Tabella IV. Valori di correlazioni tra le variabili

	Resilienza	DP	RP
EE	-0.355*	0.507*	-
Resilienza	-	-	0.394*

* $p < 0.01$

Il dato interessante è che quindi la resilienza potrebbe associarsi solo a due delle tre dimensioni del burnout, e che quindi una di queste potrebbe non variare con l'apprendimento di abilità per far fronte ai problemi.

Abbiamo quindi voluto verificare più da vicino il legame tra la resilienza e le dimensioni del burnout con una regressione lineare, così da creare il modello più ottimale per spiegare la variabilità del burnout ed escludere le variabili da cui il burnout non dipende. Abbiamo inizialmente aggiunto al modello le variabili demografiche e la resilienza come variabili indipendenti e le dimensioni del burnout come variabili dipendenti. Tramite il metodo stepwise, abbiamo escluso le variabili che non hanno influenzato il burnout. Nella Tabella V sono indicati i valori significativi che ci suggeriscono una dipendenza tra la resilienza e l'EE e tra la resilienza e l'RP.

Discussioni

Il nostro studio ha mostrato risultati che suggeriscono il dato per il quale avere una buona resilienza risulta essere protettivo nei confronti della sindrome da burnout (40, 41, 42).

Gli operatori sanitari dell'ASST di Lodi sono risultati essere mediamente con un basso livello di burnout, presumibilmente grazie ad una buona resilienza protettiva per l'esaurimento emotivo e per la realizzazione personale. La depersonalizzazione, d'altronde, non è risultata essere dipendente dalla resilienza: al cambiamento della seconda non è corrisposto significativamente il cambiamento della prima. Si tratta di un dato interessante, dal momento che la stragrande maggioranza degli studi rileva che sono tutte quante le dimensioni del burnout ad essere influenzate

dalla resilienza, compresa quella della depersonalizzazione (43, 44, 45). La depersonalizzazione, nella fattispecie, è un tipo di dimensione molto influenzata dallo stress nella vita privata e dalle caratteristiche personali (46): l'essere distaccati dal proprio agire sul lavoro e dai pazienti sarebbe quindi qualcosa di maggiormente condizionabile da altri fattori. L'esaurimento emotivo è verosimilmente la dimensione che pesa di più sul burnout in generale e che potrebbe essere condizionata da altre variabili, ma l'atteggiamento sul posto di lavoro sembra non essere un'inclinazione naturale come la depersonalizzazione (47, 48).

Per individuare altri fattori che potrebbero influenzare la depersonalizzazione come anche le altre dimensioni del burnout, si potrebbe pensare di chiedere ai partecipanti il tempo di lavoro, precedenti condizioni di burnout o di altre sintomatologie di disturbi mentali, se vorrebbero cambiare reparto ed orario di operatività, da quanto lavorano nel campo, quanta attività fisica fanno o altre variabili sociodemografiche come la scolarizzazione o il numero di figli (49, 50, 51). Un altro limite è sicuramente la numerosità del nostro campione, per il quale è difficile fare grandi previsioni e le misurazioni potrebbero essere state sensibili ai pochi dati. Le nostre analisi hanno mostrato che non c'è stato un effetto campione rispetto al sesso, al tipo di lavoro ed al reparto di appartenenza, indicando che lo stress si presenti all'incirca allo stesso modo per un infermiere come per un medico, per il dipartimento medico come per la direzione sanitaria, per un uomo come per una donna. I punteggi di tutte e tre le sottoscale del burnout non si differenziano da popolazione a popolazione, ed anche questo è un dato molto notevole. La condizione dei partecipanti per la quale sono dei neo-assunti ha fornito innovazione e spunto di interesse alla ricerca: gli strumenti sono stati somministrati a 30-40 giorni dall'assunzione, ma sarebbe interessante un follow-up per un confronto con gli stessi dati a distanza di un tempo rilevante. I risultati potrebbero iniziare a divergere per mansioni o per reparti di lavoro, per esempio facendo emergere che gli infermieri esperiscano un maggiore esaurimento emotivo rispetto ai medici (52). Il dato particolarmente rilevante fornito dal presente studio sta dunque nel fatto che, nella condizione di neo-assunzione, i livelli di burnout si equiparano tra mansioni e reparti di lavoro, come reso evidente dall'ANOVA.

In futuro, sarebbe utile inserire altre variabili indipendenti per indagare il burnout tra gli operatori sanitari, come il supporto sociale (53), la qualità della vita (54, 55) o le strategie di coping (56), in modo da poter creare, eventualmente, un modello di mediazione che possa spiegare quanto la resilienza pesi sul burnout passando per altre caratteristiche. Altri studi recenti (57, 58, 59) hanno

Tabella V. Analisi di regressione tra le variabili di resilienza e del burnout

Variabile indipendente	Variabile dipendente	Beta	Errore standard	R ²	Beta standardizzata	t	p
Resilienza	EE	-0.444	0.128	0.116	-0.355	-3.462	0.001*
Resilienza	RP	0.400	0.102	0.145	0.394	3.905	0.000*

* $p < 0.001$

rilevato come la self-compassion e la mindfulness siano state utili a regolare il livello di burnout: si può quindi pensare ad uno studio in follow up, in modo da dare più solidità alle ipotesi su ciò che influenza il burnout.

In conclusione, il nostro studio cross-sectional ha confermato la relazione esistente tra la resilienza ed il burnout, dimostrando che chi ha maggiori strategie per affrontare i problemi subisce anche di meno gli effetti dello stress sul lavoro sanitario in ospedale. Un dato importante emerso è che i neo-assunti presentano, per sesso, mansioni e reparti di lavoro, gli stessi livelli di burnout, che invece potrebbero divergere con l'andare del tempo e con l'esperienza. Gli utenti che usufruiscono dei servizi offerti degli operatori sanitari sono pazienti che potrebbero, a loro volta, trarre giovamento dalla condizione più sana dei lavoratori. Si può quindi pensare che per aumentare le capacità di resilienza degli operatori sanitari si potrebbero implementare sessioni psicoeducazionali o terapeutiche così da migliorare la qualità della performance lavorativa (60).

Bibliografia

- Kristensen T.S., Hannerz H., Høgh A., et al. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire: a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 31, 438-449. doi: <http://dx.doi.org/10.5271/sjweh.948>
- Maslach C., Leiter M.P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*. 93, 498-512. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.0309-2402.2003.02853.x>
- McVicar A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 44(6), 633-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.0309-2402.2003.02853.x>
- Cherniss C. (1980). *Staff burnout. Job stress in the human services*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Maslach C. (1982). Understanding burnout: definitional issues in analyzing a complex phenomenon. In *Job Stress and Burnout: Research, Theory and Intervention Perspectives*. Paine W.S., ed. Sage Focus Editions, Beverly Hills.
- Marine A., Ruotsalainen J., Serra C., et al. (2006). Preventing occupational stress in healthcare workers (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. PMID: CD002892
- Kozak A., Kersten M., Schillmöller Z., et al. (2013). Psychosocial work-related predictors and consequences of personal burnout among staff working with people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*. 34(1), 102-15. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2012.07.021>
- Hämmig O., Brauchli R., Bauer G.F. (2012). Effort-reward and work-life imbalance, general stress and burnout among employees of a large public hospital in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*. PMID: 142:w13577
- Reinhard S.C., Feinberg L.F., Choula R., et al. (2015). Valuing the Invaluable: 2015 Update: Undeniable Progress, but Big Gaps Remain [Internet]. AARP Public Policy Institute. Washington DC. Available from: <http://www.aarp.org/content/dam/aarp/ppi/2015/valuing-the-invaluable-2015-update-new.pdf>
- Shanafelt T.D., Hasan O., Dyrbye L.N., et al. (2011). Changes in Burnout and Satisfaction with Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings*. 90(12), 1600-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023>
- Maslach C. (2001). What have we learned about burnout and health? *Psychology & Health*. 16(5), 607-611. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08870440108405530>
- Bennett S., Plint A., Clifford T.J. (2005). Burnout, psychological morbidity, job satisfaction, and stress: a survey of Canadian hospital-based child protection professionals. *Archives of Disease in Childhood*. 90(11), 1112-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/adc.2003.048462>
- Ramirez A.J., Graham J., Richards M.A., et al. (1996). Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*. 347(9003), 724-8. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)90077-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(96)90077-X)
- Aiken L.H., Sermeus W., Van den Heede K., et al. (2012). 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*. 344(2), e1717. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Bakker A.B., Killmer C.H., Siegrist J., et al. (2000). Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 31(4), 884-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01361.x>
- Arigoni F., Bovier P.A., Mermillod B., et al. (2009). Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians, paediatricians and general practitioners: who are most at risk? *Support Care Cancer*. 17(1), 75-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-008-0465-6>
- Goehring C., Bouvier Gallacchi M., Künzi B., et al. (2005). Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Medical Weekly*. 135(7-8), 101-8. PMID: 15832226
- Elbarazi I., Loney T., Yousef S., et al. (2017). Prevalence of and factors associated with burnout among healthcare professionals in Arab countries: A systematic review. *BMC Health Services Research*. 17, 1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-017-2319-8>
- Epp K. (2012). Burnout in critical care nurses: A literature review. *Dynamics*. 23(4), 25-31. PMID: 23342935
- Moss M., Good V.S., Gozal D., et al. (2016). A critical care societies collaborative statement: Burnout syndrome in critical care healthcare professionals. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 194(1), 106-113. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0000000000001885>
- Zhang X., Klassen R. M., Wang Y. (2013). Academic burnout and motivation of Chinese secondary students. *International Journal of Social Science and Humanity*. 3, 134-138. doi: <http://dx.doi.org/10.7763/IJSSH.2013.V3.212>
- Gandi J.C., Wai P.S., Karick H., et al. (2011). The role of stress and level of burnout in job performance among nurses. *Mental Health in Family Medicine*. 8, 181-194. PMID: PMC3314275
- Shimazu A., Schaufeli W.B., Miyanaka D., et al. (2010). Why Japanese workers show low work engagement: An item response theory analysis of the Utrecht Work Engagement scale. *BioPsychoSocial Medicine*. 4, 17. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1751-0759-4-17>
- Borritz M., Rugulies R., Bjorner J.B., et al. (2006). Burnout among employees in human service work: design and baseline findings of the PUMA study. *Scandinavian Journal of Public Health*. 34(1), 49-58. doi: <https://dx.doi.org/10.1080/1403490510032275>
- Fletcher D., Sarkar M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*. 18(1), 12-23. doi: <https://dx.doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>
- Bonanno G.A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*. 59(1), 20-28. doi: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Luthar S.S., Cicchetti D. (2000). The Construct of Resilience: Implications for Interventions and Social Policies. *Development and Psychopathology*. 12, 857-885. doi: <https://doi.org/10.1017/S0954579400004156>
- Masten A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*. 56(3), 227-238. doi: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>
- McCann C., Tomaskovic-Devey D., Lee B.M.V. (2018). Employers' Responses to Sexual Harassment. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3407960>. doi: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3407960>
- Arrogante O. (2015). Resiliencia en Enfermería: definición, evidencia empírica e intervenciones. *Index de Enfermería*. 24(4), 232-235. doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000300009>

- 31) Jackson D., Firtko A., Edenborough M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *Journal of advanced nursing*. 60, 1-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04412.x>
- 32) McAllister M., Lowe J.B. (2011). Preparing for practice: Becoming resilient. In McAllister, & J. B. Lowe (Eds.), *The resilient nurse: Empowering your practice*. New York, NY: Springer)
- 33) Dunn L.B., Iglewicz A., Moutier C. (2008). A Conceptual Model of Medical Student Well-Being: Promoting Resilience and Preventing Burnout. *Academic Psychiatry*. 32, 44-53. doi: <https://dx.doi.org/10.1176/appi.ap.32.1.44>
- 34) Connor K.M., Davidson J.R.T. (2003). Development of a New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 18, 76-82. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/da.10113>
- 35) Arrogante O., Aparicio-Zaldivar E. (2017). Burnout and health among critical care professionals: The mediational role of resilience. *Intensive and Critical Care Nursing*. 42, 110-115. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.04.010>
- 36) Sirigatti S., Stefanile C., Menoni E., et al. (1988). Caratteristiche Metodologiche Di Una Scala Di Misurazione Del Burnout. *Bollettino Di Psicologia Applicata*. 187-188, 71-81. Disponibile a: <http://hdl.handle.net/2158/335285>
- 37) Wagnild G.M., Young H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*. 1(2), 165-178. PMID: 7850498
- 38) Girtler N., Casari E.F., Brugnolo A., et al. (2010). Italian validation of the Wagnild and Young Resilience Scale: A perspective to rheumatic diseases. *Clinical and experimental rheumatology*. 28, 669-78. PMID: 20822709
- 39) IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp)
- 40) Kutluturkan S., Sozeri E., Uysal N., et al. (2016). Resilience and burnout status among nurses working in oncology. *Annals of General Psychiatry*. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12991-016-0121-3>
- 41) Santosh K.R., James J. (2013). The effect of resilience on burnout among the bluecollared employees in metal factories. *International Journal of Multidisciplinary Management Studies*. 3, 48-55. Corpus ID: 86415442
- 42) Yang G., Liu J., Liu L., et al. (2018). Burnout and Resilience Among Transplant Nurses in 22 Hospitals in China. *Transplantation Proceedings*. 50(10), 2905-2910. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.transproceed.2018.04.033>
- 43) Özçakari N., Kartali M., Tek N., et al. (2012). Burnout and relevant factors in nursing staff: what affects the staff working in an elderly nursing home? *Turkish Journal of Geriatrics*. 15(3), 266-272. Corpus ID: 79486296
- 44) Wei J., Pimple P., Shah A., et al. (2014). Depressive Symptoms Are Associated with Mental Stress-Induced Myocardial Ischemia after Acute Myocardial Infarction. *PloS one*. 9. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0102986>
- 45) Zou G., Shen X., Tian X., et al. (2016). Correlates of psychological distress, burnout, and resilience among Chinese female nurses. *Industrial Health*. 54, 389-395. doi: <https://dx.doi.org/10.2486/indhealth.2015-0103>
- 46) Li L., Lin C., Wu Z. (2007). Stigmatization and shame: consequences of caring for HIV/AIDS patients in China. *AIDS Care*. 10, 463-471. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/09540120600828473>
- 47) Rushton C., Batcheller J., Schroeder K., et al. (2015). Burnout and Resilience Among Nurses Practicing in High-Intensity Settings. *American journal of critical care: an official publication. American Association of Critical-Care Nurses*. 24, 412-20. doi: <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2015291>
- 48) Götze H., Brähler E., Gansera L., et al. (2015). Exhaustion and overload of family caregivers of palliative cancer patients. *Psychother. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. 65, 66-72. doi: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1385933>
- 49) Demir A., Ulusoy M., Ulusoy M.F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*. 40(8), 807-27. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/s0020-7489\(03\)00077-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0020-7489(03)00077-4)
- 50) Ersoy F., Yıldırım R.C., Edime T. (2001). Burnout syndrome. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 10, 15-20. Disponibile a: <https://www.tb.org.tr/STED/sted0201/1.html>
- 51) Yao Y., Yao W., Li H., et al. (2013). Investigation of risk factors of psychological acceptance and burnout syndrome among nurses in China. *International journal of nursing practice*. 19, 530-538. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12103>
- 52) Myhren H., Ekeberg O., Stokland O. (2013). Job satisfaction and burnout among intensive care unit nurses and physicians. *Critical Care Research and Practice*. 2013:786176. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/786176>
- 53) Lu J.H. (2016). Interaction of athletes' resilience and coaches' social support on the stress-burnout relationship: A conjunctive moderation perspective. *Psychology of Sport and Exercise*. 22, 202-209. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychsport.2015.08.005>
- 54) Dyrbye L.N., Thomas M.R., Power D.V., et al. (2010). Burnout and serious thoughts of dropping out of medical school: a multi-institutional study. *Academic Medicine*. 85(1), 94-102. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181c46aad>
- 55) Kelly E., Fenwick K., Brekke J., et al. (2016). Well-Being and Safety Among Inpatient Psychiatric Staff: The Impact of Conflict, Assault, and Stress Reactivity. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10488-015-0683-4>
- 56) Dyrbye L.N., Thomas M.R., Massie F.S., et al. (2008). Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Annals of Internal Medicine*. 149(5), 334-41. doi: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-149-5-200809020-00008>
- 57) Cake M., McArthur M., Matthew S., et al. (2017). Finding the Balance: Uncovering Resilience in the Veterinary Literature. *Journal of Veterinary Medical Education*. 44. doi: <https://dx.doi.org/95-105.10.3138/jvme.0116-025R>
- 58) Kemper K.J., McClafferty H., Wilson P.M., et al. (2019). Pediatric Resident Burnout-Resilience Study Consortium. Do Mindfulness and Self-Compassion Predict Burnout in Pediatric Residents? *Academic Medicine*. 94(6):876-884. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0000000000002546>
- 59) McCann C., Beddoe L., McCormick K., et al. (2013). Resilience in the Health Professions: A Review of Recent Literature. *International Journal of Wellbeing*. 3, 60-81. doi: <http://dx.doi.org/10.5502/ijw.v3i1.4>
- 60) Salmela-aro K., Näätänen P., Nurmi J.E. (2004). The role of work-related personal projects during two burnout interventions: a longitudinal study. *Work & Stress*. 18(3), 208-230. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02678370412331317480>

Corrispondenza: *Ciro D'Auria, Via Fissiraga 15, 26900 Lodi, Italy, Tel. 0371372735, psicologia.lavoro@asst-lodi.it*