

P. Argentero, N.S. Bonfiglio, R. Pasero

Il burnout negli operatori sanitari volontari

Dipartimento di Psicologia, Università di Pavia

RIASSUNTO. Diverse ricerche condotte su personale infermieristico e medico hanno messo in luce come gli operatori sanitari possano essere soggetti a burnout, mentre ancora minimo è l'interesse per lo studio del burnout in soggetti che operano in ambito ospedaliero su base volontaria. Scopo del presente lavoro è di verificare se si possa riscontrare il burnout presso il personale ausiliario volontario e quali possano essere le condizioni organizzative che lo favoriscono. Sono stati presi in considerazione 80 operatori volontari del soccorso della Croce Rossa di Mortara (PV), suddivisi in due categorie: coloro che compiono interventi di urgenza e coloro che effettuano servizi *routinari*. Per la valutazione del burnout, è stato utilizzato l'adattamento italiano del *Maslach Burnout Inventory*, affiancato da una metodologia di tipo qualitativo. L'analisi della varianza multivariata a 5 vie, *sexo x turno x squadra x anzianità x ruolo*, avente come variabili dipendenti le tre scale del MBI, ha evidenziato come i valori più alti di depersonalizzazione e realizzazione si riscontrino presso la squadra delle urgenze, e come i soggetti con minore anzianità siano quelli meno soddisfatti e realizzati. La categoria dei caposquadra è quella con valori di esaurimento emotivo più alto e, infine, si sono riscontrate differenze di sesso e turno limitatamente ai soggetti della squadra dei compiti di routine. Nonostante queste differenze, i dati raccolti indicano come i soggetti soffrano in misura minima di problemi legati al burnout, mentre sono emerse alcune difficoltà relazionali e organizzative col personale medico che sono all'origine di un certo grado di insoddisfazione professionale.

Parole chiave: burn-out, volontari, operatori sanitari.

ABSTRACT. *BURNOUT IN VOLUNTEER HEALTH WORKERS. While diverse studies carried out in nursing and medical personnel have demonstrated that health workers can be subject to burnout, little effort has been focused on investigating burnout in volunteer hospital workers. The aim of the present study was to verify if burnout exists with volunteer auxiliary personnel and investigate what organizational conditions may favour it. The study was carried out on 80 volunteer workers of the Red Cross of Mortara (PV), subdivided into two categories: those performing emergency interventions and those performing routine services. For the evaluation of burnout, the Italian version of the Maslach Burnout Inventory was used, together with a qualitative type of methodology. A 5-factor multivariate analysis (sex x shift x team x seniority x role), having as dependent variables the three scales of the MBI, showed that the highest values of depersonalization and fulfillment are found in the emergency team, and that subjects with least seniority are those who are least satisfied or fulfilled. The category of team-leader resulted as that with the highest values of emotional burnout, while sex- and shift-based differences were restricted to routine service workers. Despite these differences, findings showed that subjects are minimally affected by problems linked to burnout, although some relational and organizational difficulties emerged with the medical staff, that underlie a certain degree of professional dissatisfaction.*

Key words: burn-out, volunteers, health workers.

Introduzione

Il tema dello stress e del burnout nelle professioni sanitarie è stato largamente approfondito in molte ricerche condotte sia in Europa sia in nord America (Payne, 1999). Anche in Italia sono diversi gli studi condotti in tale direzione, tra cui occorre ricordare quelli di Sirigatti e Stefani (1992, 1993), di Valerio, Mecacci, Solimeno, Lucariello e Villani (1998) di Zani e Pietrantonio (2000). Queste ricerche, compiute su personale infermieristico e medico, hanno messo in luce come tali popolazioni possano essere soggette a burnout, ed hanno contribuito ad evidenziare quali siano le principali caratteristiche demografiche ed organizzative connesse a tale fenomeno.

Tuttavia il personale direttamente "dipendente" dalle organizzazioni sanitarie è sempre più frequentemente affiancato, nello svolgimento delle sue funzioni, da altri lavoratori non dipendenti e non retribuiti, cioè da volontari, che svolgono la loro opera mossi da ragioni non economiche e che costituiscono a volte una percentuale non trascurabile del personale presente in certe realtà. Anche in ambito sanitario, come accade in altri settori lavorativi e sociali, il volontariato sta diventando una realtà di lavoro sempre più diffusa che richiede una riflessione non solo su temi organizzativi "classici" (motivazione al lavoro, gestione degli operatori, coordinamento delle attività), ma anche di quelli relativi al "benessere" ed alla salute mentale dei volontari stessi.

In Italia il volontariato è un fenomeno piuttosto radicato, con una lunga tradizione storica e culturale, contrassegnato principalmente dalla pregnanza della sua motivazione "prosociale", dal forte significato attribuito al valore della solidarietà e dalla centralità dell'orientamento all'altruismo, alla reciprocità ed alla gratuità (Marta e Scabini, 2003). Il numero dei volontari è in aumento e recentemente sono stati avanzati diversi contributi volti ad approfondire, sia in termini teorici sia di ricerca empirica, i temi dell'altruismo, del comportamento prosociale, delle motivazioni che spingono le persone ad impegnarsi nelle svariate forme dell'impegno nella comunità (cfr. Pearce, 1994; Marta e Scabini, 2003). In effetti il volontariato è connotato proprio dalla spontaneità, dalla gratuità, dal contesto organizzativo formale entro il quale si colloca e dal suo orientamento solidaristico verso un beneficiario estra-

neo. È stato anche messo in luce come i giovani volontari possano essere mossi da motivazioni legate all'accrescimento di sé e delle proprie competenze, indicando nell'apprendimento e nello sviluppo professionale una delle ragioni del volontariato.

Accanto a questi positivi aspetti personali di impegno e di coinvolgimento, le ricerche condotte sul volontariato hanno anche evidenziato alcune condizioni "organizzative" che possono essere causa di insoddisfazione e talvolta di interruzione dell'impegno volontario; tra queste vi sono il mancato riconoscimento degli sforzi compiuti, la percezione di inefficacia del lavoro svolto, la scarsa integrazione con la struttura, l'assegnazione a compiti non adatti alle proprie capacità o la mancanza di autonomia nelle modalità di intervento con l'utente. Sulla base di queste considerazioni sembra che l'insoddisfazione possa essere "un indicatore attendibile del malessere o del burnout esperito dal volontario" (Marta e Scabini, 2003, p. 120).

Alcuni lavori hanno bene approfondito le implicazioni psicologiche del lavoro dei volontari (cfr., ad esempio, Lois, 2003; Ferente, 2001; Van Der Zee et al., 2001; Yiu et al., 2001; Fuertes e Jimenez, 2000). Per quanto riguarda nello specifico lo studio dei volontari in ambito sanitario, sono stati esaminati i temi dei rapporti tra burnout e tratti di personalità (Bakker et al., 2006), delle differenze di burnout fra operatori volontari e operatori professionisti (Gabassi et al., 2002), del ruolo della formazione nella prevenzione dello stress e del burnout (Pardess, 2005) e gli effetti del livello di motivazione (Clary et al., 1998).

Tuttavia, è stato dimostrato come il burnout sia anche collegato allo specifico ambito sanitario di intervento: ad esempio Ross et al. (1999) hanno evidenziato le particolarità dei fattori di stress e burnout implicati nell'operare con soggetti con AIDS, mentre Field (2005) quelli con pazienti con cancro allo stadio terminale.

Appare quindi interessante, ed è lo scopo della ricerca qui presentata, verificare se anche presso i volontari del soccorso siano riscontrabili elementi di burnout, quali siano le specifiche cause e le possibili azioni preventive che si possono intraprendere.

Il burnout, riscontrato con una certa frequenza nel personale medico direttamente dipendente da organizzazioni sanitarie, si può osservare anche in questo personale ausiliario volontario? In quali situazioni? Quali condizioni organizzative possono favorirlo? A quali mansioni è più direttamente riconducibile? La presente indagine rappresenta un primo tentativo di risposta a tali quesiti, basato sull'esame di un gruppo di volontari appartenenti alla Croce Rossa.

Soggetti

Sono stati presi in considerazione 80 operatori volontari del soccorso della Croce Rossa di Mortara (PV), la quale conta un centinaio di volontari, una decina di dipendenti e alcuni obiettori di coscienza. Il territorio d'intervento comporta un bacino di utenza di circa quarantamila persone. Per mantenere lo status di volontario del soccorso, ogni

operatore deve effettuare un minimo di 200 ore annue. Tuttavia sono molti coloro che superano queste condizioni arrivando anche a 2000 ore all'anno.

I soggetti, per diventare volontari effettivi, devono sostenere un periodo di istruzione teorica, un primo esame, un periodo di pratica a bordo delle ambulanze in qualità di tirocinanti, e un esame finale. Inoltre, vengono sottoposti ad eventuali sedute di addestramento pratico al fine di migliorare la manualità nell'uso degli strumenti a bordo dell'ambulanza, e partecipano a simulazioni di interventi riferite alle diverse situazioni di emergenza su cui operare.

Il 37,5% dei soggetti era di sesso maschile e il 62,5% femminile. Il 61,3% effettuava un turno di giorno e il 38,8% un turno di notte. Ogni operatore svolgeva in media un turno a settimana, con un monte ore variabile. I turni di giorno erano di 6 ore e potevano essere svolti al mattino o al pomeriggio. Il turno serale era di 4 ore, e quello notturno di 6½ durante la settimana e 8 ore il fine settimana.

Inoltre i soggetti si distinguevano in base all'anzianità di servizio e al ruolo di appartenenza, come mostrano i grafici 1 e 2.

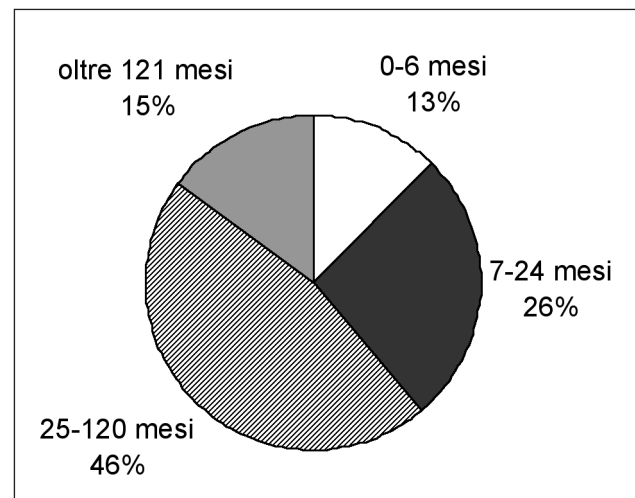


Grafico 1. Anzianità di servizio

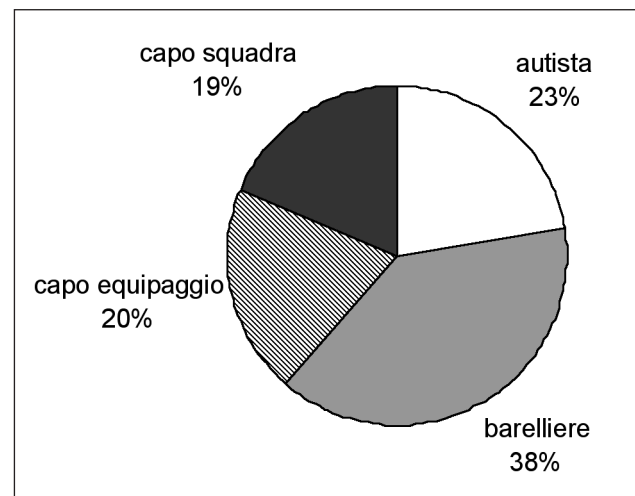


Grafico 2. Ruolo svolto

Infine, una differenza sostanziale era determinata dal tipo di squadra di appartenenza. Le squadre erano due, denominate squadra A e squadra B. Il 56,3% dei soggetti apparteneva alla squadra A e il 43,8% alla squadra B. La squadra A, che effettua solo *urgenze*, era disponibile 24 ore su 24 per i servizi di emergenza e pronto soccorso, cioè nel caso di malori, incidenti, o altri eventi analoghi. Era composta di norma da tre persone (anche se alcuni equipaggi, in caso di interventi particolari, potevano aggiungere un altro membro alla squadra), cioè autista, caposquadra (che dava le direttive su come svolgere l'intervento), capoequipaggio (che aveva il compito di tenere le comunicazioni tramite radio o cellulare con la sede centrale) e un ulteriore barelliere.

La squadra B effettuava servizi più *routinari* quali: trasferimenti, dimissioni, dialisi, trasporto sangue, servizi sportivi. Questo tipo di prestazione consisteva in prevalenza nel caricare il paziente sull'ambulanza e trasportarlo a destinazione dopo la somministrazione delle prime cure da parte del personale medico.

Strumenti

Sono stati utilizzati, come strumenti per la valutazione del burnout, l'adattamento italiano del *Maslach Burnout Inventory* (Maslach, 1993), curato da Sirigatti e Stefanile (1993a), e una serie di colloqui effettuati con i singoli volontari e relativi ad alcune tematiche inerenti ai rapporti degli operatori con: i pazienti, i parenti dei pazienti, i medici, i colleghi e la struttura organizzativa.

Il *Maslach Burnout Inventory* si compone di 22 affermazioni, alle quali il soggetto deve assegnare una valutazione, su una scala temporale (a sei passi, che va da *ogni giorno a mai*), relativa a quante volte l'operatore provi determinati sentimenti o stati d'animo. Il test è stato sviluppato dall'autrice considerando il burnout come una sindrome da esaurimento emozionale costituita da tre aspetti principali: esaurimento emotivo (EE), depersonalizzazione (DP), realizzazione personale (RP).

La scala di esaurimento emozionale valuta il progressivo depauperamento delle risorse interne, che si verifica in condizioni di eccessivo coinvolgimento nel rispondere alle esigenze altrui. Chi ne è afflitto lamenta mancanza di energia e incapacità di provare emozioni o entusiasmo sul lavoro.

La scala di depersonalizzazione valuta l'atteggiamento distaccato, freddo e cinico che l'operatore assume nei confronti dei pazienti. L'utente diventa la personificazione del malessere dell'operatore e perciò viene trattato da questi con ostilità.

La scala di realizzazione personale valuta la riduzione o mancanza di soddisfazione lavorativa, correlata a inadeguatezza, senso di fallimento e crollo dell'autostima, aumento delle reazioni di ostilità verso i pazienti, con tentativo di coinvolgimento dei colleghi e dei superiori nella propria condizione (Maslach, 1992).

Qui di seguito viene riportata una tabella (tabella I) utile per interpretare i livelli di burnout relativamente alle tre scale del MBI (Sirigatti e Stefanile, 1992, 1993a, 1993b).

Tabella I. Punteggi del MBI in funzione dei livelli di burnout

Burnout	Scala EE	Scala DP	Scala RP
Alto	24 o più	9 o più	0-29
Medio	15-23	4-8	30-36
Basso	0-14	0-3	37 o più

Da notare che ad alti punteggi nelle scale EE e DP, si accompagna una condizione rispettivamente di esaurimento emotivo e di depersonalizzazione, mentre ad alti punteggi nella scala RP corrisponde una positiva considerazione della propria realizzazione personale. Quest'ultima scala va quindi interpretata in maniera inversa rispetto alle altre due.

Analisi dei dati e Risultati

È stata effettuata un'analisi della varianza multivariata a 5 vie, avente come variabili indipendenti il *sex*o (maschi; femmine), il *turno* di lavoro (giorno; notte), la *squadra* di appartenenza (squadra A; squadra B), l'*anzianità* di servizio (0-6 mesi; 7-24 mesi; 25-120 mesi; oltre 121 mesi) e il *ruolo* (autista; barelliere; capoequipaggio; caposquadra); come variabili dipendenti si sono considerate le tre scale del MBI.

Differenze significative si sono riscontrate per l'effetto principale *squadra* in relazione ai punteggi della scala EE ($F_{1,79}=6.29$; $p<.05$), della scala DP ($F_{1,79}=8.38$; $p<.01$), e della scala RP ($F_{1,79}=8.26$; $p<.01$), così come mostrato nel grafico 3.

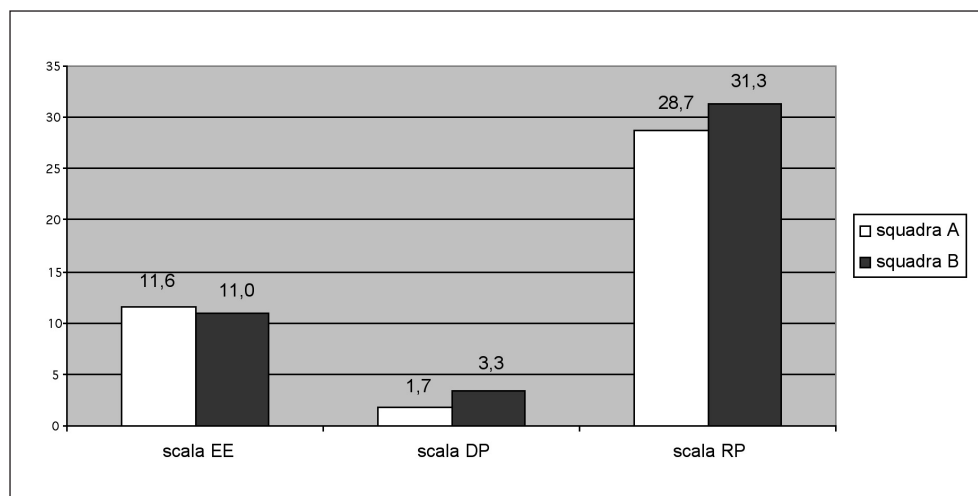


Grafico 3. Medie dei punteggi delle scale del MBI in funzione della squadra

Si può vedere come per la scala EE i valori della squadra A sono leggermente più alti di quelli della squadra B, mentre per le altre due scale questo andamento è invertito. È comunque da notare che nelle prime due scale i livelli di burnout risultano, per entrambi i gruppi, bassi, mentre per la scala RP sono alti per la squadra A e medi per la squadra B (cfr. tabella I).

Ulteriori differenze significative si sono avute per l'effetto principale *anzianità* in relazione ai punteggi della scala DP ($F_{3,79}=6.39; p<.01$) e della scala RP ($F_{3,79}=9.90; p<.001$), così come evidenziato dal grafico 4.

Tramite il test Tukey, comunque, è stato possibile evidenziare come, per la scala EE la categoria "25-120 mesi" si differenzia significativamente dalla categoria "oltre 21 mesi" ($p<.001$); per la scala DP la categoria "25-120" si differenzia significativamente dalle categorie "0-6 mesi" ($p<.05$) e "7-24 mesi" ($p<.05$); per la scala RP la categoria "25-120 mesi" si differenzia significativamente dalle categorie "0-6 mesi" ($p<.001$), "7-24 mesi" ($p<.001$) e "oltre 121 mesi" ($p<.01$).

Inoltre, differenze significative si sono avute per l'effetto principale *ruolo* in relazione ai punteggi della scala EE ($F_{3,79}=48.14; p<.001$), come mostrato dal grafico 5.

Tramite il test di Tukey è stato possibile constatare che le differenze significative per la scala EE sono riscontrabili per ognuna delle categorie rispetto a tutte le altre ($p<.01$ per il confronto "autista" vs "capoequipaggio"; $p<.001$ per tutti gli altri confronti). Tali differenze risultano essere comunque nella norma (cfr. tabella I).

Il test di Tukey ha inoltre evidenziato differenze significative nella scala DP per la categoria "caposquadra" vs "barelliere" ($p<.001$) e nella scala RP per la categoria "caposquadra" rispetto alle categorie "autista" ($p<.001$), "barelliere" ($p<.05$) e "capoequipaggio" ($p<.01$).

Per quanto riguarda le interazioni a 2 vie si sono riscontrate differenze per quanto riguarda l'incrocio *sex* vs *squadra* relativamente ai punteggi della scala RP ($F_{1,79}=5.6; p<.05$), come mostra il grafico 6.

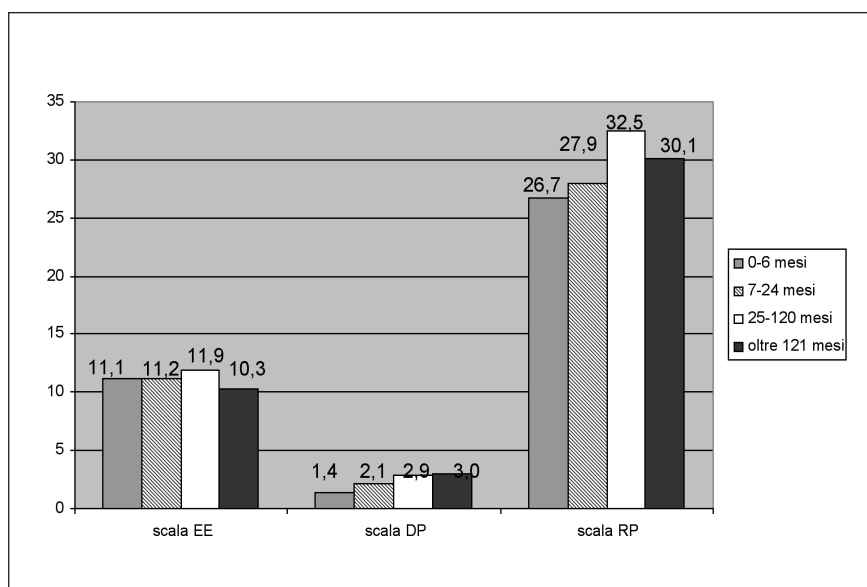


Grafico 4. Medie dei punteggi delle scale del MBI in funzione dell'anzianità

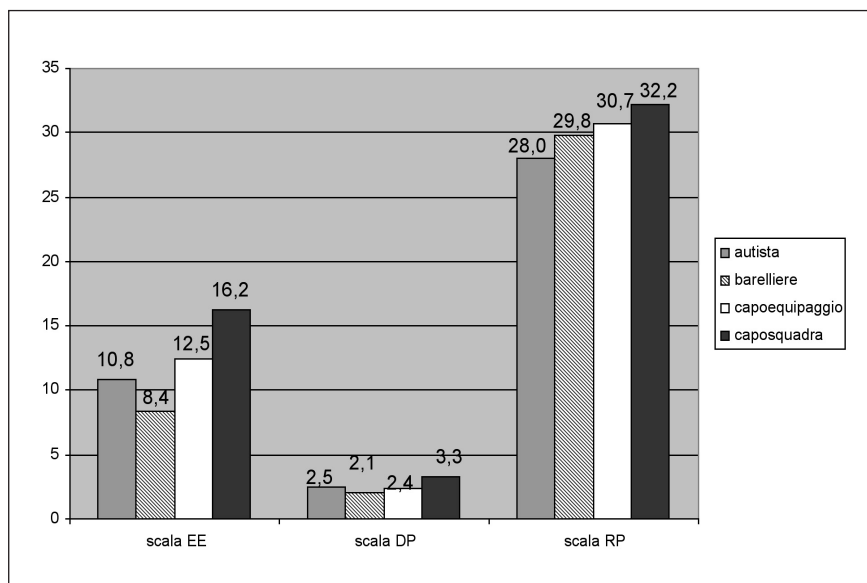


Grafico 5. Medie dei punteggi delle scale del MBI in funzione del ruolo

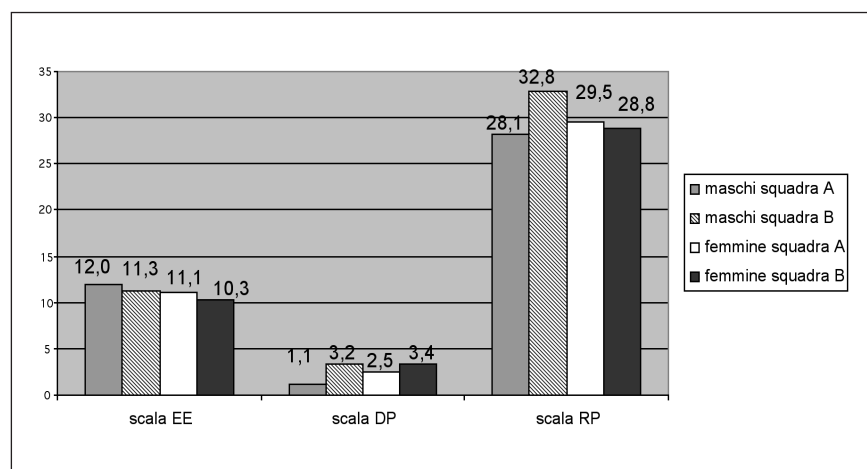


Grafico 6. Medie dei punteggi delle scale del MBI in funzione del sesso e della squadra

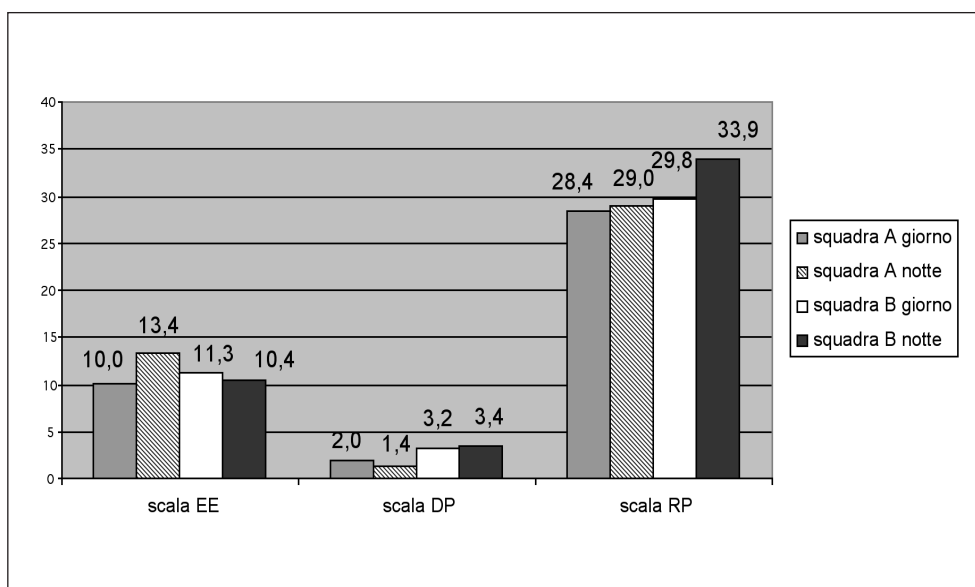


Grafico 7. Medie dei punteggi delle scale del MBI in funzione della squadra e del turno

Dall'osservazione del grafico 6 risulta evidente come i minori problemi di realizzazione personale (cfr. tabella I) siano presenti nei maschi della squadra B.

Infine, in relazione all'incrocio *squadra vs turno* si sono ottenute differenze significative per la scala RP ($F_{1,79}=4.92$; $p<.05$), come riportato nel grafico 7.

Il dato interessante illustrato dal grafico, è che la squadra che sembra provare maggiore realizzazione nel proprio lavoro (cfr. tabella I) è quella con turnazione notturna e con compiti routinari (squadra B).

Analisi qualitativa

Dall'analisi qualitativa dei colloqui effettuati emerge come gli operatori volontari svolgano con particolare piacere il proprio lavoro, e instaurino positivi rapporti con i pazienti e con i colleghi anche se, qualche volta, emergono piccole difficoltà di comunicazione, non essendoci un rapporto molto "confidenziale" fra colleghi.

Anche le relazioni brevi instaurate con i parenti dei pazienti vengono giudicate positivamente e senza difficoltà.

Tuttavia, la maggior parte dei volontari (il 60% circa) lamenta significative difficoltà nel rapportarsi con il personale medico. Le problematiche concernono soprattutto la mancanza di collaborazione, di stima e di fiducia nei confronti dei volontari, che impediscono ad entrambe le figure di lavorare come una squadra.

L'80% degli operatori volontari, inoltre, lamenta la presenza di cattive relazioni tra medico e paziente. I soggetti intervistati riferiscono che i pazienti vengono "trattati come oggetti e non come persone", vengono trascurati e non si tiene conto dei loro sentimenti. Questo comportamento del personale medico viene presentato in opposizione all'atteggiamento tipico degli operatori volontari, costantemente teso a mettere i pazienti a loro agio e a tranquillizzarli sulle loro condizioni di salute.

Discussione

In linea generale, dal presente studio è emerso come i punteggi di esaurimento emotivo e depersonalizzazione si collocano, per tutte le variabili indipendenti prese in considerazione, a livelli bassi, indicando, cioè, assenza di burnout relativamente a questi aspetti. La scala di realizzazione personale, al contrario, si è presentata con valori medio-alti in alcuni sotto gruppi di soggetti.

Innanzitutto è da notare come la squadra B, a differenza della A, presenta dei valori di depersonalizzazione più alti ma comunque nella media. Anche i valori di realizzazione personale risultano essere più alti per la squadra B, dimostrando la presenza di una condizione di soddisfazione per il lavoro svolto. Molto probabilmente la squadra A, che effettua un servizio più vicino a quello della figura di medico, rispetto alla squadra B, non si sente pienamente realizzata in quanto il rapporto col personale medico risulta essere, come si è visto dall'analisi qualitativa effettuata, abbastanza difficile. Inoltre, va notato che i maschi della squadra B sono gli unici che non presentano alcun problema di realizzazione personale e, sempre relativamente alla stessa squadra, sembra che l'effettuazione del turno di notte sia favorevole per la realizzazione personale. Molto probabilmente gli operatori del turno di notte lamentano minori problemi legati al disservizio o alle relazioni con il personale medico.

Per quanto riguarda l'anzianità di servizio, i risultati più interessanti da analizzare, anche in questo caso, sono quelli relativi alla scala di realizzazione personale. Sembra, infatti, che i soggetti con pochi mesi di anzianità siano quelli meno soddisfatti e realizzati; molto probabilmente perché questa categoria, trovandosi agli inizi del proprio servizio, non riesce a superare adeguatamente le difficoltà precedentemente denunciate e relative al rapporto con il personale medico, mentre i colleghi più anziani hanno, in qualche modo, risolto queste problematiche.

Per quanto riguarda il ruolo, si è visto come la categoria dei capisquadra presenta livelli più alti di esaurimento emotivo, ma si sente comunque maggiormente realizzata nel lavoro rispetto alle altre categorie. È da notare, naturalmente, che il ruolo di caposquadra è quello che comporta le maggiori responsabilità e che quindi richiede maggiori energie mentali ed emotive. D'altra parte proprio queste caratteristiche, unitamente al dover prendere decisioni in alcuni casi vitali per i pazienti, sono alla base della soddisfazione finale per il lavoro svolto e portato a buon fine.

Conclusione

In sintesi, i volontari che hanno partecipato a questa ricerca non sembrano soffrire di particolari problemi legati all'esaurimento emotivo o alla depersonalizzazione (se non in misura minima). Le loro relazioni con i pazienti sono giudicate positive, come quelle con i colleghi, e questo anche dopo molti anni di servizio.

I problemi emersi da questo studio e relativi alla difficoltà di realizzazione professionale, sono principalmente ascrivibili alle difficoltà di relazione fra operatori volontari e personale medico.

La passione e l'impegno emotivo posto dai volontari nello svolgere il proprio lavoro sembrano opporsi alla mancanza di coinvolgimento emotivo e umano (percepito) dei medici a cui vengono "rilasciati" i pazienti una volta soccorsi.

Da quanto emerge da questa ricerca, come da altre svolte però con personale ospedaliero (Zani e Pietrantonio, 2000), il lavoro del volontario è fortemente legato agli aspetti "umani" del proprio operato, e alla valutazione positiva che di esso dovrebbero avere colleghi e utenti. Ulteriori ricerche future dovrebbero quindi tener conto, oltre che degli aspetti relazionali ed emotivi dell'attività degli operatori sanitari volontari, anche dei fattori connessi alla loro particolare identità professionale - caratterizzata da forti elementi di impegno e coinvolgimento.

Bibliografia

1) Bakker AB, Van Der Zee KI, Lewig KA, Dollard MF. The relationship between the big five personality factors and burnout: A study among volunteer counselors. *J Soc Psychol* 2006; 1: 31-50.

2) Clary EG, Snyder M, Ridge RD, Copeland J, Stukas AA, Haugen J. Understanding and assessing the motivations of volunteers: A functional approach. *J Per Soc Psychol* 1998; 74: 1516-1530.

3) Elshaug C, Metzger J. Personality variables of volunteers and paid workers engaged in similar occupational tasks. *J Soc Psych* 2001; 141: 752-763.

4) Ference TM. Assessing job satisfaction and burnout in crisisline volunteers: Comparing vocational and avocational affiliations. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2001; 61 (7-B): 3841.

5) Field D, Johnson I. Satisfaction and change: A survey of volunteers in a hospice organisation. *Soc Sci Med* 2005; 12: 1625-1633.

6) Frisch MB, Gerrard M. Natural helping systems: Red Cross volunteers. *Am J Community Psychol* 1981; 9: 567-579.

7) Fuertes FC, Jimenez M. Motivation and burnout in volunteerism. *Psychology in Spain* 2000; 1: 75-81.

8) Gabassi PG, Cervai S, Rozbowsky P, Semeraro A, Gregori D. Burnout syndrome in the helping professions. *Psychol Rep* 2002; 1: 309-314.

9) Kinzel ANJ. Education and debriefing: Strategies for preventing crises in crisis-line volunteers. *Crisis* 2000; 3: 126-134.

10) Lois J. Heroic efforts: The emotional culture of search and rescue volunteers. New York: New York University Press, 2003.

11) Marta E, Scabini E. *Giovani volontari*. Firenze: Giunti, 2003.

12) Maslach C. *La Sindrome del Burnout*. Il prezzo dell'aiuto agli altri. Assisi: Cittadella Editrice, 1993.

13) Maslach C. *Maslach Burnout Inventory*. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1993.

14) Pardess E. Training and mobilizing volunteers for emergency response and long-term support. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 2005; 1-2: 609-620.

15) Payne R. *Stress in health professionals*. Chichester: John Wiley, 1999.

16) Pearce JL. *Volontariato*. Milano: Cortina, 1994.

17) Ross MW, Greenfield SA, Bennett L. Predictors of dropout and burnout in AIDS volunteers: A longitudinal study. *AIDS Care* 1999; 11: 723-732.

18) Sirigatti S, Stefanile C. Aspetti e problemi dell'adattamento italiano del MBI. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 1992; 202-203: 3-12.

19) Sirigatti S, Stefanile C. *The Maslach Burnout Inventory: Adattamento e taratura per l'Italia*. Firenze: Os, Organizzazioni Speciali, 1993a.

20) Sirigatti S, Stefanile C. Correlati individuali e ambientali del burnout in infermieri professionali. *Bollettino di Psicologia Applicata* 1993b; 207: 15-24.

21) Valerio P, Mecacci L, Solimeno Cipriano VR, Lucariello A, Villani A. Sindrome di burnout in operatori sanitari di un policlinico napoletano. *Bollettino di Psicologia Applicata* 1998; 225: 47-51.

22) Van Der Zee KI, Bakker AB, Buunk BP. Burnout and reactions to social comparison information among volunteer caregivers. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal* 2001; 4: 391-430.

23) Yiu C, Au WT, Tang CS. Burnout and duration of service among Chinese voluntary workers. *Asian Journal of Social Psychology* 2001; 2: 103-111.

24) Zani B, Pietrantonio L. Antecedenti e conseguenti del burnout nel personale ospedaliero. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 2000; 231: 35-43.

Richiesta estratti: Piergiorgio Argentero - Università degli Studi di Pavia, Dipartimento di Psicologia, piazza Botta, 6 - 27100 Pavia, Italy - E-mail: piergiorgio.argentero@unipv.it