



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

Dipartimento di Medicina
Traslazionale

CORSO DI LAUREA
MAGISTRALE
IN SCIENZE INFERMIERISTICHE E
OSTETRICHE

Presidente: Prof. Luigi
Castello

**DURATA DEL TURNO LAVORATIVO E BENESSERE
PSICOFISICO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO:
CONFRONTO TRA TURNI DI 8 E 12 ORE IN UNO
STUDIO OSSERVAZIONALE**

Relatore:

Dott. Auletta Gaetano

Correlatore:

Dott. De Masi Mattia

Candidato:

Dott. Corato Anthony

Matricola 20058820

Anno Accademico 2025 – 2026

Sommario

LISTA DELLE ABBREVIAZIONI	IV
ABSTRACT	V
1. INTRODUZIONE	1
1.1 Soddisfazione del lavoro	2
1.2 Burnout	3
1.3 Fatica	4
1.4 Qualità di vita	5
2. OBIETTIVI	7
2.1 Obiettivo generale	7
2.2 Obiettivi specifici	7
3. MATERIALI E METODI	8
3.1 Disegno	8
3.2 Partecipanti	8
3.3 Misure e variabili	10
3.3.1 Soddisfazione lavorativa	10
3.3.2 Burnout	12
3.3.3 Fatica	13
3.3.4 Qualità di vita	14
3.4 Procedura	15
3.4.1 Procedura di somministrazione dei questionari	15
3.4.2 Fasi dello studio	16
3.5 Analisi dei dati	16
3.6 Aspetti etici	18
4. RISULTATI	19
4.1 Analisi dei dati	19
4.2 Analisi dei risultati per ospedale	19
4.2.1 DEA Martini – turni di 12 ore	19
4.2.2 DEA Chivasso – turni di 8 ore	21
4.3 Confronto tra DEA Martini e DEA Chivasso	23
4.3.1 Confronto della soddisfazione lavorativa (IWS)	24
4.3.2 Confronto del burnout (MBI)	25
4.3.3 Confronto della fatica lavoro-correlata (OFER)	26
4.3.4 Confronto della qualità di vita (NQoLS)	27

5. DISCUSSIONE DEI RISULTATI	28
6. CONCLUSIONI.....	31
BIBLIOGRAFIA.....	32
ALLEGATI.....	34

LISTA DELLE ABBREVIAZIONI

ASL – Azienda Sanitaria Locale

ASL TO4 – Azienda Sanitaria Locale Torino 4

CCNL – Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro

DEA – Dipartimento di Emergenza e Accettazione

DP – Depersonalizzazione

EE – Esaurimento Emotivo

GDPR – General Data Protection Regulation (Regolamento UE 2016/679)

IWS – *Index of Work Satisfaction*

MBI – *Maslach Burnout Inventory*

NQoLS – *Nurse Quality of Life Scale*

OFER – *Occupational Fatigue Exhaustion/Recovery Scale*

OFER-AF – *Fatica Acuta (Acute Fatigue)*

OFER-CF – *Fatica Cronica (Chronic Fatigue)*

OFER-IR – *Recupero Inter-turno (Inter-shift Recovery)*

OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità

RP – Realizzazione Personale

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

ABSTRACT

BACKGROUND: La turnazione infermieristica costituisce un elemento centrale nell'organizzazione dei servizi sanitari e può influenzare il benessere psicofisico dei professionisti. La letteratura suggerisce che i modelli di turnazione a 8 e 12 ore possano influenzare in modo diverso soddisfazione lavorativa, burnout, fatica lavoro-correlata e qualità di vita degli infermieri.

OBIETTIVO: Analizzare l'associazione tra due differenti modelli di turnazione infermieristica, a 8 ore e a 12 ore, e alcune dimensioni del benessere lavorativo negli infermieri, con particolare riferimento a soddisfazione lavorativa, burnout, fatica lavoro-correlata e qualità di vita percepita.

MATERIALI E METODI: Disegno: ricerca quantitativa-osservazionale, trasversale e descrittiva.

Partecipanti: la popolazione eleggibile era costituita da 111 infermieri, di cui 55 appartenenti al DEA del Presidio Ospedaliero di Chivasso dell'ASL TO4, organizzato su turni di 8 ore, e 56 appartenenti al DEA del Presidio Ospedaliero Martini dell'ASL Città di Torino, organizzato su turni di 12 ore. Ai fini dell'analisi sono stati considerati 73 questionari completi, di cui 39 relativi al DEA Chivasso e 34 al DEA Martini.

Misure: per la valutazione delle variabili oggetto di studio sono stati utilizzati quattro questionari validati: "Index of Work Satisfaction" per la soddisfazione lavorativa, "Maslach Burnout Inventory" per il burnout, "Occupational Fatigue Exhaustion/Recovery Scale" per la fatica lavoro-correlata e il recupero tra i turni, e "Nurse Quality of Life Scale" per la qualità di vita percepita. I dati sono stati analizzati mediante statistiche descrittive e inferenziali, utilizzando test parametrici o non parametrici in base alla distribuzione delle variabili, assumendo come livello di significatività $p < 0,05$.

RISULTATI: Su 73 questionari completi analizzati, sono emerse differenze statisticamente significative tra i due gruppi in specifiche dimensioni del benessere psicofisico. Gli infermieri del gruppo con turni di 8 ore hanno riportato livelli significativamente più elevati di soddisfazione lavorativa complessiva, in particolare nelle dimensioni dell'autonomia, delle politiche organizzative e dell'interazione con i

medici, mentre il gruppo con turni di 12 ore ha mostrato punteggi più elevati nell'interazione con i colleghi infermieri e nella depersonalizzazione. Inoltre, il gruppo con turni di 8 ore ha evidenziato maggiori livelli di fatica acuta e maggiori difficoltà di recupero tra i turni. Non sono emerse differenze statisticamente significative nella fatica cronica né nella qualità di vita percepita.

CONCLUSIONI: I risultati evidenziano che i modelli di turnazione a 8 e 12 ore si associano a differenti profili di benessere lavorativo infermieristico, senza individuare un modello nettamente più favorevole dell'altro. La durata del turno, da sola, non appare quindi sufficiente a spiegare il benessere degli operatori in relazione a tutti e quattro gli aspetti analizzati: soddisfazione lavorativa, burnout, fatica lavoro-correlata e qualità di vita percepita.

1. INTRODUZIONE

L'orario di lavoro del personale infermieristico è disciplinato dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del comparto sanità relativo al triennio 2022–2024, che stabilisce un orario ordinario di lavoro pari a 36 ore settimanali [1].

Il contratto prevede che l'orario di lavoro sia articolato in relazione alle esigenze organizzative e funzionali delle aziende sanitarie [1].

Nel contesto dei servizi sanitari, l'organizzazione del lavoro infermieristico prevede l'impiego di modelli orari differenziati [1].

L'ambiente ospedaliero è un settore di servizi attivo 24 ore su 24, 7 giorni su 7, il che, per necessità, si traduce nel lavoro a turni per i dipendenti ospedalieri. [2]

Tra i modelli organizzativi maggiormente diffusi si collocano i turni di 8 ore e i turni di 12 ore, che rappresentano differenti modalità di distribuzione temporale dell'orario di lavoro settimanale [2].

La letteratura evidenzia come i turni di 12 ore consentano una compressione della settimana lavorativa, concentrando l'attività professionale in un numero inferiore di giorni, aspetto che viene percepito da molti infermieri come potenzialmente vantaggioso [2].

Parallelamente, tali modelli organizzativi hanno sollevato interrogativi in merito al loro impatto sul benessere del personale infermieristico [2].

Numerosi studi hanno quindi analizzato la relazione tra organizzazione della turnazione e condizioni di lavoro degli infermieri, focalizzandosi su specifiche dimensioni del benessere lavorativo.

In particolare, l'attenzione della ricerca si è concentrata sulla soddisfazione lavorativa, intesa come percezione soggettiva dell'esperienza professionale, sul burnout, descritto come risposta allo stress lavorativo cronico, sulla fatica lavoro-correlata e sulla qualità di vita [2;3-5].

Il lavoro a turni, soprattutto quando caratterizzato da turni prolungati e lavoro notturno, è stato infatti associato a modificazioni dell'esperienza lavorativa degli infermieri, influenzando la percezione del lavoro, il livello di affaticamento e l'equilibrio tra vita professionale e vita privata [3–8].

Allo stesso tempo, la qualità di vita degli infermieri è risultata strettamente legata all'organizzazione dell'orario di lavoro e alla struttura della turnazione adottata [4,9,10].

Alla luce di tali evidenze, l'analisi dei modelli di turnazione infermieristica richiede una valutazione articolata che consideri congiuntamente la soddisfazione lavorativa, il burnout, la fatica e la qualità di vita, al fine di comprendere l'impatto dell'organizzazione del lavoro sul benessere complessivo del personale infermieristico.

1.1 Soddisfazione del lavoro

Secondo Locke [11] si definisce “soddisfazione lavorativa” lo stato emotivo piacevole o positivo derivante dalla valutazione del proprio lavoro, che è in grado di soddisfare valori personali importanti.

Alcuni autori [12] spiegano la soddisfazione lavorativa semplicemente come la percezione più o meno positiva della propria esperienza di lavoro, mentre altri autori [13] la definiscono come il grado in cui le persone apprezzano la loro professione.

In psicologia del lavoro lo studio della “soddisfazione lavorativa” è legato ai processi di motivazione e miglioramento della performance: infatti il termine “motivazione” trae origine dal latino motus (ossia “moto”), termine che riconduce a processi psicologici volontari che determinano ed influenzano la genesi, la direzione e la persistenza di azioni volontarie dirette verso un obiettivo [14].

La motivazione al lavoro è il complesso processo delle forze che attivano, dirigono e sostengono il comportamento del lavoratore nel corso del tempo [15].

La soddisfazione è quindi il modo in cui le persone sentono il proprio lavoro ed i differenti aspetti che lo qualificano: “quanto il lavoro piace o non piace”; mentre la motivazione risiede nell'investimento della realizzazione di prestazioni e nel legame di appartenenza, nonché “il grado in cui l'individuo sceglie di impegnarsi in determinati comportamenti”. Tuttavia, nonostante si renda palese a questo punto l'esistenza di una relazione tra i due termini, gli studi empirici non chiariscono le implicazioni di questo legame.

È interessante notare come l'insoddisfazione del personale infermieristico generi un vero e proprio circolo vizioso: l'incremento di uscite volontarie che ne deriva genera

problemi di organizzazione (aumento dell'orario di lavoro, dei ritmi e dei carichi di attività, diminuzione dei riposi, turni più sfavorevoli, difficoltà a ottenere giorni di permesso o di ferie, ecc.), i quali a loro volta incidono negativamente sulla soddisfazione lavorativa e vanno a favorire un ulteriore turnover. Oltre a ciò, tale soddisfazione è attualmente riconosciuta come un fattore capace di influenzare molte altre variabili, tra cui troviamo assenteismo, irreperibilità, bassa motivazione, prestazioni carenti, conflitti, qualità del servizio e della cura (che inevitabilmente influiscono sulla soddisfazione/insoddisfazione dei pazienti e sull'efficacia terapeutica): tutti elementi che, sommandosi, possono compromettere i risultati generali dell'organizzazione. In questo senso l'eventuale presenza di un'insufficiente soddisfazione lavorativa del personale infermieristico può aumentare i costi, sia in modo diretto (ad esempio per le azioni di reclutamento, selezione e formazione che si renderanno per forza necessarie), sia in modo indiretto (come il mancato contenimento delle spese e l'incremento delle contestazioni da parte dei pazienti) [16].

I risultati relativi alla soddisfazione lavorativa mostrano come i turni di 12 ore siano frequentemente associati a una percezione più positiva dell'organizzazione dell'orario di lavoro, soprattutto in relazione alla possibilità di concentrare l'attività lavorativa in un numero ridotto di giorni settimanali [2]. Questo aspetto emerge come uno dei principali fattori di attrattività della turnazione prolungata, in quanto consente una maggiore flessibilità nella gestione del tempo extra-lavorativo e può incidere sulla percezione complessiva del lavoro infermieristico [2].

1.2 Burnout

La sindrome del Burnout comincia ad essere considerata una malattia professionale ad alta rilevanza tra le professioni di aiuto. Intorno agli anni '70, dopo aver osservato attentamente dei volontari che lavoravano con lui in un istituto di assistenza sanitaria, Freudemberger propose per la prima volta il termine Burnout come “ una condizione di esaurimento fisico ed emotivo associati ad atteggiamenti negativi derivanti da un'intensa interazione con le persone durante il lavoro”. [17] Il Burnout è una risposta psicologica allo stress cronico lavorativo di natura interpersonale ed emozionale che appare nei professionisti che lavorano direttamente con i clienti, pazienti o altri destinatari. Cristina Maslach definisce il Burnout nel 1970 come “ una sindrome di Esaurimento Emotivo (EE), Depersonalizzazione (DP) e Realizzazione Personale (RP)

che può insorgere in coloro che svolgono una qualche attività lavorativa di aiuto” (helping professional).[6] Questo modello trifasico elaborato da Maslach (1976) definisce l’ EE come la sensazione di non essere più in grado di offrire nulla a livello emotivo, ossia è considerato come uno svuotamento delle risorse emotive e personali. La DP è caratterizzata da un atteggiamento distaccato verso il lavoro, le persone e i colleghi, cioè l’operatore adotta una strategia per evitare i coinvolgimenti emotivi imposti dalla situazione professionale e questo porta a sentimenti negativi e cinici nei confronti degli utenti e colleghi. La RP è la sensazione di non svolgere adeguatamente i compiti e di essere incompetente sul luogo di lavoro cioè la tendenza a valutarsi e giudicarsi in modo negativo.

Negli studi che hanno analizzato il lavoro a turni negli infermieri, alcune caratteristiche specifiche dell’organizzazione dell’orario, come la durata del turno e la possibilità di scelta rispetto ai modelli di turnazione, sono risultate associate a livelli più elevati di esaurimento emotivo e burnout [7].

In particolare, è stato osservato che una maggiore durata del turno lavorativo è associata a livelli più elevati di esaurimento emotivo, mentre una minore possibilità di scelta sull’orario di lavoro è correlata a livelli più elevati di burnout nel personale infermieristico [7].

Questi risultati evidenziano come specifiche modalità di organizzazione del lavoro a turni possano essere associate a esiti negativi sul benessere psicologico degli infermieri [7].

La revisione narrativa sugli effetti dei turni di 12 ore riporta che tali modelli di turnazione sono associati a un aumento dell’affaticamento e dello stress lavoro-correlato nel personale infermieristico [8].

Lo stress lavoro-correlato e l’affaticamento sono descritti come elementi rilevanti nell’analisi del burnout negli infermieri che lavorano su turni prolungati [8].

1.3 Fatica

La fatica lavoro-correlata è descritta come un costrutto complesso e multidimensionale che comprende diverse componenti, tra cui la fatica acuta, la fatica cronica e la capacità di recupero tra un turno lavorativo e il successivo [4]. La fatica acuta si manifesta come una sensazione di stanchezza immediata al termine del turno, mentre la fatica cronica

è legata all'accumulo progressivo di stanchezza nel tempo, in particolare quando il recupero risulta insufficiente [4].

Nel contesto dell'assistenza infermieristica, la fatica rappresenta una dimensione centrale del benessere lavorativo ed è strettamente connessa all'organizzazione dei turni di lavoro, soprattutto in relazione alla durata del turno e allo svolgimento di attività lavorativa nelle ore notturne [3]. In particolare, gli infermieri impegnati in turni notturni di 12 ore riportano livelli elevati di fatica occupazionale e una ridotta capacità di recupero tra un turno e l'altro, evidenziando come la combinazione tra lavoro notturno e turni prolungati possa incidere negativamente sul recupero psicofisico [3]. La letteratura ha inoltre evidenziato che non solo la durata del turno, ma anche la struttura complessiva della turnazione, influisce sui livelli di fatica percepita dal personale infermieristico. Studi che hanno confrontato diversi modelli organizzativi hanno mostrato differenze significative nei livelli di fatica tra sistemi a due turni (12 ore) e sistemi a tre turni (8 ore) [4]. In particolare, il sistema a tre turni risulta associato a livelli più elevati di fatica cronica rispetto al sistema a due turni, suggerendo che la distribuzione temporale dell'orario di lavoro rappresenti un fattore determinante nel carico di affaticamento [4].

L'Occupational Fatigue Exhaustion/Recovery Scale è stata sviluppata proprio per valutare in modo specifico queste diverse dimensioni della fatica lavoro-correlata, consentendo di distinguere tra affaticamento immediato, accumulo di stanchezza nel tempo e capacità di recupero [5]. L'utilizzo di strumenti validati permette quindi di analizzare in maniera più accurata l'impatto dell'organizzazione dei turni sulla fatica nel personale infermieristico [5].

Nel complesso, la fatica emerge come una variabile rilevante nello studio delle condizioni lavorative degli infermieri e appare fortemente influenzata sia dalla durata del turno sia dal modello di turnazione adottato [3–5]. L'analisi della fatica, nelle sue diverse componenti, risulta pertanto essenziale per comprendere gli effetti dell'organizzazione del lavoro sul benessere psicofisico del personale infermieristico [5].

1.4 Qualità di vita

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 1995, ha fornito una definizione secondo cui la qualità di vita è “la percezione che ciascun individuo ha della propria

posizione nella vita, nel contesto culturale e nel sistema di valori nel quale è inserito in relazione ai propri obiettivi, aspettative, standard e interessi” [9]. La qualità di vita è un concetto pensato per comprendere diversi aspetti dell’esistenza tra cui la sfera emotiva, la funzionalità fisica, cognitiva e sociale e il benessere spirituale [10].

Negli infermieri che lavorano su turni, la qualità di vita risulta fortemente influenzata dall’organizzazione dell’orario di lavoro e dalla struttura della turnazione [18]. Il lavoro a turni, infatti, comporta una distribuzione dell’orario che può interferire con l’equilibrio tra vita professionale e vita privata, incidendo sulla percezione del benessere sia fisico sia psicologico [18]. In particolare, la rotazione dei turni e la presenza di lavoro notturno costituiscono elementi caratterizzanti l’esperienza lavorativa degli infermieri turnisti e possono riflettersi sulla qualità di vita percepita [18].

La letteratura ha inoltre messo in evidenza come differenti modelli di turnazione siano associati a livelli diversi di qualità di vita nel personale infermieristico. Studi che hanno confrontato sistemi organizzativi a due turni (12 ore) e a tre turni (8 ore) hanno rilevato differenze significative, con livelli di qualità di vita più elevati nel sistema a due turni rispetto a quello a tre turni [4]. Tali risultati suggeriscono che la modalità di distribuzione temporale dell’orario di lavoro rappresenti un elemento rilevante nella percezione della qualità di vita, indipendentemente dal numero complessivo di ore lavorate [4].

La qualità di vita degli infermieri può quindi essere considerata il risultato dell’interazione tra fattori organizzativi e condizioni individuali, ed è influenzata dalla capacità di conciliare le richieste professionali con le esigenze della vita personale [18]. In questo contesto, risulta fondamentale disporre di strumenti di valutazione in grado di cogliere le specificità della professione infermieristica e dell’organizzazione del lavoro a turni [19].

La Nurses’ Quality of Life Scale è stata sviluppata e validata proprio con l’obiettivo di misurare la qualità di vita degli infermieri attraverso una valutazione articolata che include dimensioni fisiche, psicologiche, lavorative e sociali [19].

Nel complesso, la qualità di vita emerge come una dimensione centrale nello studio del benessere del personale infermieristico, risultando influenzata dall’organizzazione

della turnazione, dalla struttura dell'orario di lavoro e dalle condizioni in cui l'attività assistenziale viene svolta [4,18,19].

Nel confronto tra turni di 8 e di 12 ore, la letteratura mette in evidenza come nessuno dei due modelli risulti privo di criticità. I risultati suggeriscono che la durata del turno influisca in modo differente sulle diverse dimensioni del benessere lavorativo, rendendo necessario un approccio integrato che consideri simultaneamente qualità di vita, fatica, burnout e soddisfazione lavorativa. Questa complessità evidenzia l'importanza di approfondire ulteriormente l'impatto dei modelli di turnazione sul personale infermieristico, al fine di supportare decisioni organizzative basate su evidenze e orientate alla tutela del benessere degli operatori sanitari.

2. OBIETTIVI

Questo studio ha l'obiettivo di esplorare proprio l'impatto dei turni da 8 e da 12 ore su alcuni aspetti chiave legati al benessere lavorativo degli infermieri. In particolare, ci si concentra su quattro dimensioni fondamentali: qualità della vita, livello di fatica, burnout e soddisfazione lavorativa.

2.1 Obiettivo generale

Analizzare le differenze tra i turni da 8 e da 12 ore in relazione alla qualità di vita, alla fatica, al burnout e alla soddisfazione lavorativa nel personale infermieristico.

2.2 Obiettivi specifici

- Valutare la qualità della vita degli infermieri in base al tipo di turnazione, cercando eventuali differenze legate alla durata del turno;
- Misurare i livelli di fatica percepiti nei due modelli di turnazione e capire quanto influisca la lunghezza del turno sul senso di stanchezza;
- Analizzare la presenza di burnout tra gli infermieri e confrontarne i livelli in base al tipo di orario lavorativo;
- Esplorare il grado di soddisfazione lavorativa in relazione all'organizzazione dei turni.

3. MATERIALI E METODI

3.1 Disegno

Lo studio è stato condotto presso due DEA Piemontesi, quello del Presidio Ospedaliero Martini dell'ASL Città di Torino e quello del Presidio Ospedaliero di Chivasso dell'ASL TO4, adottando un disegno osservazionale quantitativo di tipo trasversale e descrittivo.

Sono stati individuati due campioni: infermieri del DEA del Presidio Ospedaliero Martini dove è in vigore il modello di turnazione su 12 ore, e infermieri del DEA del Presidio Ospedaliero di Chivasso dove è adottato il modello di turnazione su 8 ore. Sulla base dell'unità operativa di appartenenza, sono stati pertanto individuati due gruppi di infermieri, corrispondenti ai due differenti modelli organizzativi di turnazione.

Il campione è stato selezionato mediante campionamento di convenienza.

È stato condotto uno studio osservazionale, in quanto non è stato previsto alcun intervento di manipolazione delle variabili; i fenomeni sono stati osservati nel loro contesto naturale di svolgimento. Il disegno di studio adottato consente di descrivere e confrontare le variabili oggetto di indagine nei due gruppi, senza intervenire direttamente su di esse.

La misurazione delle variabili è stata di tipo quantitativo somministrando ai due gruppi di infermieri i questionari validati: "Index of work satisfaction" (IWS) [16], "Nurse Quality of Life Scale" (NQoLS) [18], la "Maslach Burnout Inventory" (MBI) [20] e la "Occupational Fatigue Exhaustion Recovery Scale" (OFER) [21].

3.2 Partecipanti

La popolazione in studio è costituita dal personale infermieristico operante in due differenti presidi ospedalieri, caratterizzati da modelli di turnazione lavorativa differenti.

In particolare, il Gruppo 1 è composto da 55 infermieri in servizio presso il Presidio Ospedaliero di Chivasso, dove è in vigore una turnazione articolata su turni di 8 ore. Il Gruppo 2 è costituito da 56 infermieri operanti presso il Presidio Ospedaliero Martini

dell'ASL Città di Torino, nel quale è adottata una turnazione su turni di 12 ore. La popolazione eleggibile complessiva risulta pertanto costituita da 111 infermieri.

Ai fini dell'analisi sono stati considerati 73 questionari completi, di cui 39 relativi al Gruppo 1 e 34 relativi al Gruppo 2.

Sono stati inclusi nello studio gli infermieri in servizio attivo presso i due DEA al momento della raccolta dati e disponibili a partecipare allo studio. Non sono stati inclusi nell'analisi i questionari non restituiti o compilati in modo incompleto. Sono stati definiti i seguenti criteri di eleggibilità.

Criteri di inclusione:

-Tutto il personale infermieristico appartenente all'organico del reparto

Criteri di esclusione:

- Personale che non esprime consenso alla compilazione del questionario;

- Questionari compilati in modo incompleto.

Tabella 1 – Partecipanti

	Gruppo 1 (turni 8 ore – P.O. Chivasso)	Gruppo 2 (turni 12 ore – P.O. Martini)	Totale
Popolazione eleggibile	55	56	111
Questionari completi analizzati	39	34	73
Non rispondenti / questionari non analizzati	16	22	38
Tasso di risposta	70,9%	60,7%	65,8%

Tabella 2- CARATTERISTICHE DEI PARTECIPANTI

Caratteristiche	Gruppo 1 (turni 8 ore – P.O. Chivasso) n = 39	Gruppo 2 (turni 12 ore – P.O. Martini) n = 34	Totale n = 73
Sesso			
Maschi	4 (10,3%)	6 (17,6%)	10 (13,7%)
Femmine	35 (89,7%)	28 (82,4%)	63 (86,3%)

Età			
20–30 anni	15 (38,5%)	20 (58,8%)	35 (47,9%)
31–40 anni	14 (35,9%)	14 (41,2%)	28 (38,4%)
41–50 anni	6 (15,4%)	0 (0,0%)	6 (8,2%)
51–60 anni	4 (10,3%)	0 (0,0%)	4 (5,5%)

3.3 Misure e variabili

Le variabili oggetto di studio sono state indagate mediante strumenti standardizzati e validati, selezionati in base alla loro affidabilità e alla diffusione in ambito infermieristico. In particolare, sono state considerate le seguenti variabili: soddisfazione lavorativa, qualità di vita, burnout e fatica lavoro-correlata.

Di seguito la tabella riassuntiva delle variabili, degli strumenti utilizzati e della tempistica.

Tabella 3 – Variabili e misure

Variabile	Strumento	Tempistica
Soddisfazione lavorativa	Index of Work Satisfaction – IWS (Stamps, 1997; Cortese, 2007)	15/01/2026-28/02/2026
Qualità di vita	Nurse Quality of Life Scale – NQoLS	15/01/2026-28/02/2026
Burnout	Maslach Burnout Inventory – MBI (Sirigatti e Stefanile)	15/01/2026-28/02/2026
Fatica lavoro-correlata	Occupational Fatigue Exhaustion/Recovery Scale – OFER	15/01/2026-28/02/2026

3.3.1 Soddisfazione lavorativa

Per rilevare la “*soddisfazione lavorativa*” degli infermieri è stato utilizzato l’Index of Work Satisfaction di Stamps del 1997 [13], nella validazione italiana di Cortese, 2007 [16].

La scelta di questo strumento è dovuta alla sua ampia diffusione internazionale ed alla disponibilità di una versione adattata alla popolazione italiana.

L’IWS nella versione italiana [16] è composto da 44 items distribuiti in 7 fattori:

1-Fattore I interpretabile come “Autonomia” è formato da nove domande (D7-D17-D20-D26-D27-D30-D31-D41-D43) relative alla possibilità di prendere decisioni, ad assumere responsabilità nella propria attività;

2- Fattore II interpretabile come “Status professionale” composto da sette domande (D2-D9-D11-D13-D22-D34-D38) riferibili all’importanza che l’infermiere attribuisce alla propria attività ed al riconoscimento sociale che vede riconosciuto alla propria professione;

3- Fattore III “Retribuzione” composto da sei domande (D1-D8-D14-D21-D32-D44) relative alla soddisfazione per la retribuzione;

4- Fattore IV interpretabile come “Mansioni richieste dal ruolo” composto da sei domande (D4-D15-D24-D29-D33-D36) sui ritmi di lavoro al fine di consentire un’adeguata assistenza ai pazienti, possibilità di confronto con i colleghi e interferenze dettate dall’aumentato svolgimento di attività burocratica;

5- Fattore V “Politiche organizzative” composto da sei domande (D5-D12-D18-D25-D40-D42) che servono ad indagare la comunicazione interna, libertà di espressione, dialogo con i responsabili, partecipazione e opportunità di carriera;

6- Fattore VI interpretabile come “Interazione con i medici” composto da cinque domande (D6-D19-D35-D37-D39) che rispecchiano la qualità di relazioni tra infermieri e medici all’interno del reparto di appartenenza;

7-Fattore VII riconducibile a “Interazione con i colleghi infermieri” saturato da cinque domande (D3-D10-D16-D23-D28) riferibili alla qualità delle relazioni tra infermieri all’interno del reparto di appartenenza in termini di aiuto reciproco, collaborazione, socialità, accoglienza dei nuovi arrivati e disponibilità al lavoro di gruppo.

Gli items che verificano il livello di soddisfazione di ciascun fattore si esprimono con un punteggio su scala Likert da 1 (fortemente in disaccordo) a 7 (fortemente d’accordo). Per stabilire il livello di soddisfazione sono stati delineati i seguenti valori: valori medi di risposta da 1 a 3 disaccordo, da 5 a 7 d’accordo, 4 neutro.

Quindi l’IWS può essere utilizzato nei luoghi di lavoro per indagare la salute e benessere organizzativo degli infermieri, per diagnosticare e adottare azioni di prevenzione degli infortuni, delle malattie professionali, del disagio psicofisico ma anche per progettare interventi diretti ai singoli o all’organizzazione nel suo

complesso; così si potranno determinare i soggetti che percepiscono una minore soddisfazione per programmare azioni di miglioramento dell'ambiente lavorativo [16].

3.3.2 Burnout

La misurazione del burnout lavorativo è stata effettuata mediante il Maslach Burnout Inventory (MBI), nella versione italiana adattata e tarata da Sirigatti e Stefanile [20]. Il MBI valuta il burnout come costrutto multidimensionale articolato in tre componenti: Esaurimento Emotivo (EE), Depersonalizzazione (DP) e Realizzazione Personale (RP) [20].

Lo strumento è composto da 22 item valutati su una scala di frequenza a sette punti, da 0 (Mai) a 6 (Ogni giorno). Il punteggio di ciascuna dimensione si ottiene sommando le risposte agli item che la compongono, senza calcolare un punteggio totale complessivo. In particolare, la struttura riportata nella taratura italiana prevede 3 dimensioni:

1- L'Esaurimento Emotivo (item 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), indica una condizione di stanchezza emotiva e fisica legata a un coinvolgimento lavorativo prolungato e intenso.

2- La Depersonalizzazione (item 5, 10, 11, 15, 22) si manifesta attraverso atteggiamenti di distacco, cinismo o freddezza nei confronti delle persone assistite o con cui si lavora.

3- La Ridotta Realizzazione Personale (item 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) riguarda la perdita di soddisfazione, efficacia e senso di competenza professionale nel proprio lavoro [20].

L'interpretazione dei risultati viene effettuata considerando separatamente le tre dimensioni. Valori più elevati in EE e DP indicano livelli più elevati di burnout, mentre per la RP l'interpretazione è inversa (punteggi più bassi indicano maggiore burnout) [20].

Per la categorizzazione dei punteggi, sono stati inoltre considerati i range empirici utilizzati da Grassi e Magnani in un campione italiano in ambito oncologico, che classificano i punteggi come segue: EE basso ≤ 14 , medio 15–23, alto ≥ 24 ; DP basso ≤ 3 , medio 4–8, alto ≥ 9 ; RP interpretata in senso inverso, con RP bassa ≤ 29 (maggiore burnout), media 30–36 e alta ≥ 37 (minore burnout) [22].

Coerentemente con il modello, la presenza di burnout risulta maggiore quando si osservano livelli elevati di EE e DP associati a bassi livelli di RP [20].

3.3.3 Fatica

La fatica lavorativa e il recupero tra i turni sono stati valutati mediante la Occupational Fatigue Exhaustion/Recovery Scale (OFER), strumento sviluppato da Winwood nel 2005 e validato in italiano da Di Fabio nel 2018 [21], per misurare in modo specifico la fatica correlata al lavoro e i processi di recupero energetico tra un turno e l'altro [5]. La OFER è una scala di autovalutazione composta da 15 item, valutati tramite una scala Likert a sette punti che va da 0 (per nulla d'accordo) a 6 (completamente d'accordo) [5]. Gli item sono formulati come affermazioni riferite all'esperienza lavorativa abituale del rispondente. La struttura fattoriale della OFER comprende tre sottoscale distinte, che consentono di discriminare tra diverse componenti della fatica lavorativa: la Fatica cronica (OFER-CF), la Fatica acuta di fine turno (OFER-AF) e il Recupero tra i turni (OFER-IR). La sottoscala della Fatica cronica (OFER-CF) è composta da 8 item e misura una condizione di affaticamento persistente ed esaurimento correlata al lavoro, considerata come un tratto relativamente stabile nel tempo. Punteggi elevati in questa dimensione indicano alti livelli di fatica cronica lavoro-correlata. La sottoscala della Fatica acuta (OFER-AF), composta da 4 item, valuta il livello di energia residua disponibile dopo la conclusione del turno lavorativo. Gli item di questa sottoscala sono positivamente formulati rispetto alla disponibilità di energia e pertanto devono essere ricodificati prima dell'analisi, in modo che punteggi più elevati corrispondano a livelli più elevati di fatica acuta. La sottoscala del Recupero tra i turni (OFER-IR) comprende 3 item e misura il grado di recupero energetico ottenuto nel periodo non lavorativo tra un turno e il successivo. In questa sottoscala un item è formulato in senso positivo rispetto al recupero e viene pertanto ricodificato prima dell'analisi, così che valori più elevati del punteggio finale riflettano una maggiore difficoltà di recupero tra i turni. La ricodifica degli item viene effettuata utilizzando la formula indicata dagli autori: $\text{valore ricodificato} = 6 - \text{valore originale}$ [5]. Dopo la ricodifica, per ciascuna sottoscala viene calcolato un punteggio normalizzato su una scala 0–100 applicando la formula: $(\text{somma degli item} / (\text{numero di item} \times 6))$

In particolare, il punteggio della Fatica cronica è calcolato come (somma degli item CF / 48) × 100, il punteggio della Fatica acuta come (somma degli item AF / 24) × 100 e il punteggio del Recupero tra i turni come (somma degli item IR / 18) × 100. Per l'interpretazione dei risultati, gli autori propongono una classificazione descrittiva basata sui quartili della distribuzione dei punteggi, distinguendo quattro livelli: 0–25 basso, 26–50 basso-moderato, 51–75 moderato-alto e 76–100 alto. Tali valori non rappresentano cut-off clinici, ma sono utili per finalità comparative e descrittive. L'interpretazione congiunta delle tre sottoscale consente di identificare profili di rischio per lo sviluppo di fatica cronica lavoro-correlata. In particolare, livelli elevati di fatica acuta associati a elevati livelli di difficoltà di recupero tra i turni risultano associati a punteggi più elevati di fatica cronica [5].

3.3.4 Qualità di vita

La qualità di vita degli infermieri è stata valutata mediante la Nurse Quality of Life Scale (NQoLS), strumento sviluppato e validato per misurare in modo specifico la qualità di vita percepita nei professionisti infermieristici.

La NQoLS, nella versione italiana utilizzata nello studio, è composta da 28 item, valutati su una scala Likert a quattro punti (1–4), dove punteggi più elevati indicano maggiore soddisfazione e quindi migliore qualità di vita percepita [18].

Lo strumento esplora la qualità di vita infermieristica come costruito multidimensionale articolato in quattro domini: Benessere fisico, Benessere psicologico, Area lavorativa/organizzativa e Relazioni sociali ed economiche. La suddivisione degli item per dominio, riportata nel materiale di somministrazione e analisi, è la seguente:

1- Benessere fisico (item 1–10), riguarda la percezione del benessere e dell'efficienza fisica, includendo livelli di energia, qualità del riposo, stato di salute e capacità di sostenere le richieste fisiche dell'attività lavorativa.

2- Benessere psicologico (item 11–18), si riferisce allo stato emotivo e psicologico generale, comprendendo stabilità dell'umore, autocontrollo, resilienza emotiva e capacità di far fronte allo stress lavorativo.

3-Area lavorativa/organizzativa (item 19–22), Concerne il grado di soddisfazione per il lavoro e per il contesto organizzativo, includendo il ruolo professionale, l'organizzazione delle attività, le relazioni lavorative e gli aspetti economici.

4- Relazioni sociali ed economiche (item 23–28), riguarda la qualità delle relazioni sociali e familiari, includendo il supporto percepito e l'equilibrio tra vita lavorativa e vita privata.

Per quanto riguarda la produzione dei punteggi, la scala non prevede item a punteggio inverso. Il punteggio di ciascun dominio è calcolato come media delle risposte agli item appartenenti al dominio, mentre il punteggio totale della NQoLS è calcolato come media delle risposte a tutti i 28 item. Punteggi più elevati indicano una migliore qualità di vita percepita.

La NQoLS non prevede cut-off clinici o soglie normative rigide. L'interpretazione dei risultati è pertanto di tipo descrittivo e comparativo [18].

3.4 Procedura

Preliminarmente allo studio, per l'Ospedale di Chivasso, è stata inviata in data 10/12/2025 la lettera recante la richiesta di autorizzazione alla rilevazione dei dati per la Tesi di Laurea Magistrale alla dott.ssa Fontana Mirella, responsabile della Macroarea Ospedale-Territorio di Chivasso; per l'Ospedale Martini, è stata inviata in data 08/01/2026 la lettera recante la richiesta di autorizzazione alla rilevazione dei dati per la Tesi di Laurea alla Responsabile della Programmazione della formazione delle Professioni sanitarie, dott.ssa De Falco Anna Francesca.

Successivamente con i coordinatori sono stati fissati diversi appuntamenti in cui spiegare l'oggetto di tesi, lo scopo e quindi i questionari da somministrare al personale infermieristico e valutarne l'andamento.

Il periodo di tempo concesso per la partecipazione allo studio di ricerca per la compilazione dei questionari somministrati agli infermieri è stato dal 15/1/2026 al 28/02/2026 per un totale di 44 giorni.

3.4.1 Procedura di somministrazione dei questionari

La somministrazione dei questionari ai due gruppi di infermieri è avvenuta via web tramite la creazione di "Google Forms" (attraverso il motore di ricerca Google), compilabili tramite computer, smartphone e tablet; questo ha permesso una raccolta

dei dati rapida ed efficiente, riducendo significativamente i tempi necessari per la distribuzione e la restituzione dei questionari rispetto alla modalità cartacea. Ciò ha permesso di raggiungere un numero maggiore di partecipanti in un arco temporale definito.

Per la misurazione di tali variabili e per il raggiungimento di un numero significativo di partecipanti la durata è stata di 44 giorni.

Tutti e quattro i questionari scelti sono validati e tradotti in italiano.

3.4.2 Fasi dello studio

TABELLA 4 – FASI DELLO STUDIO

Attività	Data inizio	Data fine
1. Avvio studio	01/06/2025	31/10/2025
1.1 Ricerca bibliografica	01/06/2025	30/09/2025
1.2 Definizione disegno dello studio	01/10/2025	10/10/2025
1.3 Identificazione variabili e strumenti	10/10/2025	31/10/2025
2. Autorizzazioni	01/11/2025	15/01/2026
2.1 Progetto tesi UNIUPO	01/11/2025	10/11/2025
2.2 Invio lettera per acquisizione raccolta dati alla S.C. Formazione ASL Città di Torino E ASL TO4	08/01/2026 10/12/2025	
2.3 Colloquio con coordinatori infermieristici delle unità operative oggetto di tesi	15/01/2026 23/12/2025	15/01/2026
2.4 Presentazione progetto di tesi al personale delle unità operative	15/01/2026	15/01/2026
3. Lavoro sul campo	15/01/2026	28/02/2026
3.1 Raccolta dati	15/01/2026	28/02/2026
3.2 Analisi dei dati	28/02/2026	07/03/2026
3.3 Redazione rapporto/tesi	01/06/2025	20/03/2026

3.5 Analisi dei dati

I dati raccolti sono stati inseriti ed elaborati mediante il software IBM SPSS Statistics, al fine di effettuare un'analisi quantitativa coerente con il disegno osservazionale e trasversale dello studio.

In una prima fase è stata condotta un'analisi descrittiva del campione, calcolando frequenze e percentuali per le variabili categoriali. Per le variabili quantitative con distribuzione normale sono state riportate media e deviazione standard, mentre per quelle con distribuzione non normale sono state riportate mediana e range interquartile (IQR). Tale analisi ha permesso di descrivere le caratteristiche generali del campione e di sintetizzare i punteggi ottenuti alle scale somministrate.

Successivamente, per ciascuno degli strumenti utilizzati (Index of Work Satisfaction – IWS, Nurse Quality of Life Scale – NQoLS, Maslach Burnout Inventory – MBI e Occupational Fatigue Exhaustion/Recovery Scale – OFER), sono stati calcolati i punteggi complessivi e quelli relativi alle singole dimensioni, secondo le indicazioni metodologiche fornite dagli autori degli strumenti.

In particolare, sono stati calcolati i punteggi delle sottoscale previste da ciascun strumento e successivamente analizzati separatamente nei due gruppi di infermieri appartenenti ai due DEA; i risultati sono stati riportati come media \pm deviazione standard per le variabili con distribuzione normale e come mediana (IQR) per quelle con distribuzione non normale.

Prima di procedere alle analisi comparative, è stata verificata la distribuzione delle variabili quantitative mediante il test di Shapiro–Wilk, al fine di valutare l'aderenza alla normalità dei dati.

Il confronto tra i due gruppi di infermieri, suddivisi in base al modello di turnazione lavorativa (turni di 8 ore e turni di 12 ore), è stato effettuato utilizzando:

- il t-test per campioni indipendenti nel caso di distribuzione normale delle variabili;
- il test di Mann–Whitney U nel caso di distribuzione non normale.

Le analisi comparative sono state condotte sui punteggi totali e sulle sottoscale degli strumenti utilizzati, al fine di evidenziare eventuali differenze tra i due modelli di turnazione in relazione a soddisfazione lavorativa, qualità di vita, burnout e fatica lavoro-correlata.

Per tutti i confronti tra gruppi è stata riportata la dimensione dell'effetto, al fine di stimare l'ampiezza delle differenze osservate. Nei confronti parametrici è stato utilizzato l'indice Cohen's d, mentre nei confronti non parametrici è stato riportato l'indice r associato al test di Mann-Whitney. Per l'interpretazione di Cohen's d sono

stati considerati i criteri convenzionali: 0,20 effetto piccolo, 0,50 medio, 0,80 grande. Per l'interpretazione dell'indice r sono stati considerati i seguenti criteri: 0,10 effetto piccolo, 0,30 effetto medio, 0,50 effetto grande.

I risultati sono stati interpretati in modo descrittivo e comparativo, in relazione agli obiettivi dello studio.

3.6 Aspetti etici

Lo studio è stato condotto nel rispetto dei principi etici della ricerca scientifica e in conformità alla normativa vigente in materia di tutela dei dati personali e di protezione dei soggetti coinvolti nella ricerca.

Il campione è stato selezionato mediante campionamento di convenienza, includendo il personale infermieristico in servizio presso i presidi ospedalieri coinvolti nel periodo di raccolta dati e disponibile a partecipare allo studio. Tale modalità di campionamento è risultata appropriata in relazione al disegno osservazionale e trasversale della ricerca e non ha comportato alcuna discriminazione o esclusione ingiustificata dei potenziali partecipanti.

Preliminarmente all'avvio della raccolta dati, è stata richiesta e ottenuta l'autorizzazione alla conduzione dello studio da parte delle strutture competenti. I coordinatori infermieristici delle unità operative coinvolte sono stati informati sugli obiettivi, sulle modalità di svolgimento dello studio e sulle procedure di raccolta dei dati.

La partecipazione allo studio è avvenuta su base volontaria, senza alcuna forma di coercizione o incentivo. A tutti i partecipanti è stata fornita un'adeguata informativa contenente le finalità della ricerca, le modalità di somministrazione dei questionari e le garanzie di anonimato e riservatezza dei dati. La compilazione dei questionari ha costituito espressione di consenso informato implicito alla partecipazione allo studio. I questionari sono stati somministrati in modalità anonima, senza la raccolta di dati identificativi personali. I dati raccolti sono stati utilizzati esclusivamente per finalità di ricerca scientifica e trattati in forma aggregata, nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente in materia di protezione dei dati personali.

Lo studio, di tipo osservazionale e trasversale, non ha previsto alcun intervento sperimentale né alcuna modifica dell'organizzazione del lavoro o delle condizioni assistenziali, non comportando pertanto rischi aggiuntivi per i partecipanti.

È stata inoltre garantita ai partecipanti la possibilità di interrompere la partecipazione allo studio in qualsiasi momento, senza alcuna conseguenza sul piano professionale o organizzativo.

4. RISULTATI

4.1 Analisi dei dati

L'analisi è stata condotta secondo quanto descritto nel paragrafo 3.5.

Il campione è composto da:

- DEA Martini (turni 12 ore): n = 34
- DEA Chivasso (turni 8 ore): n = 39

4.2 Analisi dei risultati per ospedale

4.2.1 DEA Martini – turni di 12 ore

- Soddisfazione lavorativa (IWS)

Tabella 5- (IWS Martini)

Dimensione	Media	DS	Interpretazione
Autonomia	4,67	0,69	neutro
Status professionale	4,45	0,59	neutro
Retribuzione	2,00	0,56	Disaccordo (insoddisfazione)
Mansioni richieste dal ruolo	2,68	0,53	Disaccordo (insoddisfazione)
Politiche organizzative	2,49	0,49	Disaccordo (insoddisfazione)
Interazione con i medici	3,88	0,80	neutro

Interazione con i colleghi infermieri	5,78	0,65	Accordo (soddisfazione)
IWS totale	3,74	0,39	neutro

Nel DEA Martini emerge un profilo di soddisfazione lavorativa complessivamente medio-basso. In particolare, le dimensioni più critiche risultano essere retribuzione, mansioni richieste dal ruolo e politiche organizzative, tutte collocate nell'area di insoddisfazione. Al contrario, l'interazione con i colleghi infermieri rappresenta un elemento di soddisfazione.

- Burnout (MBI)

Tabella 6- (MBI Martini)

Dimensione	Media	DS	Interpretazione
Esaurimento Emotivo	24,76	8,84	alto
Depersonalizzazione	13,97	4,37	alto
Realizzazione Personale	33,53	6,26	media

Gli infermieri del DEA Martini presentano un profilo di burnout caratterizzato da elevato esaurimento emotivo e alta depersonalizzazione, associati a una realizzazione personale di livello medio. Questo pattern indica una condizione di sofferenza lavorativa rilevante, soprattutto sul piano relazionale e dell'esaurimento emotivo.

- Fatica lavoro-correlata (OFER)

Tabella 7- (OFER Martini)

Dimensione	Media (0-100)	DS	Livello
Fatica cronica	46,45	15,71	basso-moderato

Fatica acuta	37,25	8,82	basso-moderato
Recupero tra i turni	47,55	14,36	basso-moderato

Nel DEA Martini la fatica risulta complessivamente contenuta, collocandosi nella fascia basso-moderata.

- Qualità di vita (NQoLS)

Tabella 8-(NQoLS Martini)

Dominio	Media	DS
Benessere fisico	2,53	0,52
Benessere psicologico	2,97	0,53
Area lavorativa/organizzativa	2,63	0,38
Relazioni sociali ed economiche	3,10	0,41
NQoLS totale	2,79	0,37

La qualità di vita percepita dagli infermieri del DEA Martini si colloca su livelli complessivamente moderati, con valori più elevati nell'area delle relazioni sociali ed economiche.

4.2.2 DEA Chivasso – turni di 8 ore

- Soddisfazione lavorativa (IWS)

Tabella 9- (IWS Chivasso)

Dimensione	Media	DS	Interpretazione
Autonomia	5,19	0,54	Accordo (soddisfazione)
Status professionale	4,62	0,94	neutro
Retribuzione	2,29	0,79	Disaccordo (insoddisfazione)

Mansioni richieste dal ruolo	2,84	0,83	Disaccordo (insoddisfazione)
Politiche organizzative	3,30	0,68	neutro
Interazione con i medici	4,78	1,22	neutro
Interazione con i colleghi infermieri	5,24	1,01	Accordo (soddisfazione)
IWS totale	4,08	0,48	neutro

Nel DEA Chivasso la soddisfazione lavorativa risulta neutra, con livelli più elevati rispetto al DEA Martini. Le dimensioni autonomia e interazione con i colleghi fanno emergere soddisfazione tra gli infermieri, mentre retribuzione e mansioni richieste dal ruolo rappresentano anche in questo contesto elementi critici.

- Burnout (MBI)

Tabella 10- (MBI Chivasso)

Dimensione	Media	DS	Interpretazione
Esaurimento Emotivo	26,69	11,63	alto
Depersonalizzazione	10,72	5,74	alto
Realizzazione Personale	34,79	6,12	media

Il profilo di burnout del DEA Chivasso mostra elevati livelli di esaurimento emotivo e depersonalizzazione, associati a livelli medi di realizzazione personale.

- Fatica lavoro-correlata (OFER)

Tabella 11- (OFER Chivasso)

Dimensione	Media (0-100)	DS	Livello
Fatica cronica	53,10	23,87	moderato-alto

Fatica acuta	48,50	14,70	basso-moderato
Recupero tra i turni	69,80	20,66	moderato-alto

Nel DEA Chivasso emerge una maggiore fatica cronica, collocata nella fascia moderato-alta, mentre la fatica acuta risulta basso-moderata. Il recupero tra i turni presenta valori elevati, collocandosi nella fascia moderato-alta.

- Qualità di vita (NQoLS)

Tabella 12- (NQoLS Chivasso)

Dominio	Media	DS
Benessere fisico	2,46	0,68
Benessere psicologico	2,88	0,67
Area lavorativa/organizzativa	2,73	0,59
Relazioni sociali ed economiche	2,91	0,72
NQoLS totale	2,72	0,60

Anche nel DEA Chivasso la qualità di vita percepita risulta moderata, senza particolari criticità o eccellenze marcate.

4.3 Confronto tra DEA Martini e DEA Chivasso

Il confronto tra i due gruppi di infermieri (turni di 12 ore vs turni di 8 ore) è stato effettuato secondo le procedure descritte nel paragrafo 3.5. Dopo la verifica della normalità mediante test di Shapiro–Wilk, è stato utilizzato il t-test per campioni indipendenti (Welch) per le variabili a distribuzione normale e il test di Mann–Whitney U per le distribuzioni non normali. Il livello di significatività è stato fissato a $p < 0,05$. Nelle tabelle comparative, le variabili analizzate con test parametrico sono riportate

come media \pm deviazione standard, mentre quelle analizzate con test non parametrico sono riportate come mediana e range interquartile (IQR).

4.3.1 Confronto della soddisfazione lavorativa (IWS)

Tabella 13 – Confronto IWS tra DEA Martini e DEA Chivasso

Dimensione	Martini	Chivasso	Test	p	Effetto
Autonomia	4,67 \pm 0,69	5,19 \pm 0,54	t-test	< 0,001	d = 0,83
Status professionale	4,57 (4,18-4,82)	4,86 (4,36-5,21)	Mann-Whitney	0,094	r = 0,20
Retribuzione	2,00 \pm 0,56	2,29 \pm 0,79	t-test	0,070	d = 0,42
Mansioni richieste dal ruolo	2,68 \pm 0,53	2,84 \pm 0,83	t-test	0,309	d = 0,23
Politiche organizzative	2,49 \pm 0,49	3,30 \pm 0,68	t-test	< 0,001	d = 1,35
Interazione con i medici	3,80 (3,45-4,40)	4,80 (4,30-5,60)	Mann-Whitney	< 0,001	r = 0,45
Interazione con i colleghi infermieri	5,80 (5,40-6,35)	5,40 (4,90-5,90)	Mann-Whitney	0,011	r = 0,30
IWS totale	3,74 \pm 0,39	4,08 \pm 0,48	t-test	0,001	d = 0,79

Il confronto tra i due ospedali relativamente alla soddisfazione lavorativa ha evidenziato differenze statisticamente significative in diverse dimensioni dell'Index of Work Satisfaction.

In particolare, gli infermieri del DEA Chivasso (8 ore) presentano valori significativamente più elevati rispetto al DEA Martini (12 ore) nelle seguenti dimensioni: “autonomia”, indicativa di una maggiore percezione di indipendenza decisionale e responsabilità professionale; “politiche organizzative”, con una percezione più favorevole della comunicazione interna, della partecipazione e delle opportunità organizzative; “interazione con i medici”, suggerendo una migliore qualità delle relazioni interprofessionali. Per questa ultima dimensione, analizzata con test di

Mann-Whitney, la dimensione dell'effetto è risultata media ($r = 0,45$). Anche il punteggio IWS totale è risultato significativamente più elevato nel gruppo Chivasso. Al contrario, il DEA Martini presenta valori significativamente più elevati nella dimensione "interazione con i colleghi infermieri", suggerendo una percezione più favorevole delle relazioni tra pari all'interno del reparto; in questo caso, la dimensione dell'effetto è risultata media ($r = 0,30$). Non sono emerse differenze statisticamente significative tra i due gruppi per quanto riguarda status professionale, retribuzione e mansioni richieste dal ruolo; per lo status professionale, analizzato con test di Mann-Whitney, l'effetto osservato è risultato piccolo ($r = 0,20$). Nel complesso, il modello di turnazione a 8 ore appare associato a una percezione più favorevole della soddisfazione lavorativa, soprattutto in relazione agli aspetti organizzativi e relazionali, pur in presenza di una migliore valutazione dell'interazione con i colleghi infermieri nel gruppo Martini.

4.3.2 Confronto del burnout (MBI)

Tabella 14 – Confronto MBI tra DEA Martini e DEA Chivasso

Dimensione	Martini (Media ± DS)	Chivasso (Media ± DS)	Test	p	Effetto
Esaurimento	24,76 ±	26,69 ±	t-test	0,425	d = 0,18
Emotivo	8,84	11,63			
Depersonalizzazione	13,97 ± 4,37	10,72 ± 5,74	t-test	0,008	d = 0,63
Realizzazione	33,53 ±	34,79 ± 6,12	t-test	0,387	d = 0,20
Personale	6,26				

Per quanto concerne il burnout lavorativo, il confronto tra i due ospedali mostra un quadro in parte sovrapponibile e in parte differenziato.

Non emergono differenze statisticamente significative tra i due gruppi per la dimensione dell'Esaurimento Emotivo, che risulta mediamente elevata in entrambi i

contesti, indicando una condizione diffusa di stanchezza emotiva e fisica legata al lavoro.

Al contrario, la dimensione della Depersonalizzazione risulta significativamente più elevata nel gruppo del DEA Martini (12 ore) rispetto al gruppo del DEA Chivasso (8 ore). Questo dato suggerisce una maggiore tendenza, nel contesto dei turni prolungati, allo sviluppo di atteggiamenti di distacco emotivo e cinismo nei confronti delle persone assistite o dei colleghi. La dimensione dell'effetto risulta di entità media ($d = 0,63$).

Per quanto riguarda la Realizzazione Personale, non si osservano differenze significative tra i due gruppi: entrambi presentano valori medi collocati nella fascia intermedia, indicativi di una percezione di competenza ed efficacia professionale moderata.

4.3.3 Confronto della fatica lavoro-correlata (OFER)

Tabella 15 – Confronto OFER tra DEA Martini e DEA Chivasso

Dimensione	Martini	Chivasso	Test	p	Effetto
Fatica cronica	46,45 ± 15,71	53,10 ± 23,87	t-test	0,160	$d = 0,32$
Fatica acuta	37,50 (33,33-44,79)	45,83 (37,50-58,33)	Mann-Whitney	< 0,001	$r = 0,39$
Recupero tra i turni	47,22 (38,89-50,00)	66,67 (55,56-86,11)	Mann-Whitney	< 0,001	$r = 0,52$

L'analisi comparativa della fatica lavoro-correlata e del recupero tra i turni ha evidenziato differenze significative tra i due modelli di turnazione. In particolare, gli infermieri del DEA Chivasso (8 ore) presentano livelli significativamente più elevati di fatica acuta di fine turno, suggerendo una maggiore percezione di affaticamento immediato al termine della giornata lavorativa; per questa dimensione, analizzata con test di Mann-Whitney, la dimensione dell'effetto è risultata media ($r = 0,39$). Inoltre, gli infermieri del DEA Chivasso mostrano punteggi significativamente più elevati anche nella dimensione del recupero tra i turni. Poiché nella scala OFER punteggi più

elevati nella sottoscala OFER-IR indicano una maggiore difficoltà di recupero psicofisico tra un turno e il successivo, questo risultato suggerisce che il gruppo Chivasso presenti un recupero inter-turno peggiore rispetto al gruppo Martini; in questo caso, la dimensione dell'effetto è risultata grande ($r = 0,52$). Non emergono invece differenze statisticamente significative tra i due gruppi per quanto riguarda la fatica cronica, che risulta mediamente simile nei due contesti. Questi risultati suggeriscono che, nel campione analizzato, il modello a 8 ore si associa a una maggiore fatica acuta e a maggiori difficoltà di recupero tra i turni.

4.3.4 Confronto della qualità di vita (NQoLS)

Tabella 16 – Confronto NQoLS tra DEA Martini e DEA Chivasso

Dominio	Martini	Chivasso	Test	p	Effetto
Benessere fisico	2,50 (2,12- 2,77)	2,50 (2,10- 2,90)	Mann- Whitney	0,881	$r = 0,02$
Benessere psicologico	2,97 0,53	$\pm 2,88 \pm 0,67$	t-test	0,518	$d = 0,15$
Area lavorativa/organizzativa	2,63 0,38	$\pm 2,73 \pm 0,59$	t-test	0,392	$d = 0,20$
Relazioni sociali ed economiche	3,10 0,41	$\pm 2,91 \pm 0,72$	t-test	0,168	$d = 0,32$
NQoLS totale	2,79 0,37	$\pm 2,72 \pm 0,60$	t-test	0,510	$d = 0,15$

Il confronto tra i due ospedali relativamente alla qualità di vita percepita non ha evidenziato differenze statisticamente significative in nessuno dei domini esplorati dalla Nurse Quality of Life Scale, né nel punteggio totale.

Sia gli infermieri del DEA Martini sia quelli del DEA Chivasso presentano livelli complessivamente simili di benessere fisico, psicologico, lavorativo-organizzativo e sociale, suggerendo che, nel campione analizzato, il modello di turnazione non influisce in modo significativo sulla qualità di vita globale percepita. Per il dominio

“benessere fisico”, analizzato con test di Mann-Whitney, la dimensione dell’effetto è risultata trascurabile ($r = 0,02$).

5. DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Il presente studio ha analizzato l’associazione tra due differenti modelli di turnazione infermieristica, a 8 ore e a 12 ore, in due contesti di DEA, considerando aspetti quali: soddisfazione lavorativa, burnout, fatica lavoro-correlata e qualità di vita percepita.

I risultati mostrano un quadro articolato, che non consente di identificare un modello globalmente migliore dell’altro, ma evidenzia piuttosto la presenza di criticità differenti nei due contesti. In letteratura, infatti, gli effetti dei turni lunghi non risultano univoci e dipendono anche dal contesto organizzativo e dalle variabili considerate.

Nel DEA Chivasso, organizzato su turni di 8 ore, è emersa una maggiore soddisfazione lavorativa, soprattutto nelle dimensioni dell’autonomia, delle politiche organizzative e delle relazioni con i medici, oltre a un punteggio IWS totale più elevato. Questo dato suggerisce una percezione più favorevole del contesto lavorativo sul piano organizzativo e relazionale. Tuttavia, il confronto con la letteratura mostra che il rapporto tra durata del turno e soddisfazione lavorativa non è lineare. Nello studio di Stone et al., gli infermieri che lavoravano su turni di 12 ore risultavano mediamente più soddisfatti del proprio lavoro rispetto a quelli su turni di 8 ore. Questo suggerisce che la soddisfazione lavorativa non dipenda esclusivamente dalla durata del turno, ma possa essere influenzata anche da fattori organizzativi e contestuali. [2]

Accanto a questo aspetto positivo, nel gruppo Chivasso sono emersi livelli più elevati di fatica in tutte e tre le dimensioni analizzate, soprattutto riguardo la fatica acuta e una maggiore difficoltà di recupero tra i turni, meno sulla fatica cronica, che mostrava comunque risultati più elevati rispetto al gruppo Martini. Su questo punto, il confronto con la letteratura deve essere condotto con cautela. Lo studio di Hong et al. ha confrontato infermieri inseriti in un sistema a 2 turni (12 ore) e in un sistema a 3 turni (8 ore), mostrando differenze significative nella fatica cronica e nel recupero tra i turni, con risultati più favorevoli nel gruppo a 2 turni (12 ore), ma non nella fatica acuta, dalla quale non emergevano differenze significative.[4]

Nel presente studio il burnout è stato analizzato nelle sue tre dimensioni classiche: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione personale, secondo il modello del Maslach Burnout Inventory.

Tra le tre dimensioni del burnout, quella che ha mostrato una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi è risultata la depersonalizzazione, più elevata nel gruppo Martini. Questo dato suggerisce una maggiore tendenza al distacco emotivo e relazionale nei confronti del lavoro assistenziale e della relazione di cura. Al contrario, esaurimento emotivo e realizzazione personale non hanno evidenziato differenze significative tra i due gruppi.

Il confronto con la letteratura risulta particolarmente rilevante alla luce dello studio di Dall’Ora et al. del 2015, che ha analizzato l’associazione tra turni di 12 ore o più e benessere infermieristico in un ampio campione di infermieri ospedalieri di 12 Paesi europei. In quello studio, gli infermieri che lavoravano su turni di 12 ore presentavano una probabilità significativamente più alta di burnout in tutte e tre le dimensioni considerate rispetto a coloro che lavoravano su turni di 8 ore. Questo dato fornisce un supporto importante all’interpretazione dei risultati del presente studio, in particolare rispetto alla maggiore depersonalizzazione osservata nel gruppo Martini. Tuttavia, nel nostro campione tale differenza ha riguardato solo una delle tre dimensioni del burnout, mentre esaurimento emotivo e realizzazione personale non hanno mostrato differenze significative. Ciò suggerisce che l’impatto della turnazione prolungata possa manifestarsi in modo selettivo e risentire anche di fattori organizzativi e contestuali specifici. [23] Tuttavia, questo aspetto non sembra sufficiente a compensare la maggiore criticità osservata sul piano della depersonalizzazione. Anche questo dato suggerisce che il benessere lavorativo infermieristico sia un fenomeno complesso, nel quale dimensioni organizzative, relazionali ed emotive possono coesistere in modo non sempre lineare.

Per quanto riguarda la qualità di vita percepita, nel presente studio, proprio come in quello di Hong et al. non sono emerse differenze statisticamente significative tra i due gruppi. [4]

Nel complesso, i risultati indicano che i due modelli di turnazione non producono effetti uguali su tutte e quattro le dimensioni analizzate. Nel campione analizzato, il

modello a 8 ore appare associato a una maggiore soddisfazione lavorativa, ma anche a maggiore fatica acuta e peggior recupero; il modello a 12 ore sembra invece meno critico sul piano dell'affaticamento immediato, ma più vulnerabile rispetto alla dimensione del burnout relazionale. Alla luce degli studi considerati, è possibile affermare con prudenza che la durata del turno, da sola, non basta a spiegare il benessere o il malessere lavorativo degli infermieri, poiché intervengono anche altre variabili organizzative e contestuali. [2,4,23]

Tali considerazioni devono tuttavia essere lette tenendo conto dei limiti dello studio; il campionamento di convenienza e la numerosità campionaria ridotta limitano la rappresentatività del campione e la possibilità di generalizzare i risultati. Un ulteriore limite è legato al fatto che i due gruppi appartengono a contesti ospedalieri differenti, nei quali variabili organizzative e gestionali potrebbero aver influenzato gli esiti osservati. Sebbene i risultati debbano essere interpretati alla luce di tali limiti, essi offrono comunque spunti rilevanti per la riflessione organizzativa e confermano la necessità di ulteriori approfondimenti sul tema della turnazione infermieristica nei contesti assistenziali.

Tabella 17

Dimensioni con differenze statisticamente significative tra gli infermieri del DEA Martini (turni di 12 ore) e del DEA Chivasso (turni di 8 ore)

Area	Dimensione	DEA con punteggio più elevato	Martini (12h)	Chivasso (8h)	Test	p	Effetto
Soddisfazione lavorativa (IWS)	Autonomia	Chivasso	4,67 ± 0,69	5,19 ± 0,54	t-test	< 0,001	d = 0,83
Soddisfazione lavorativa (IWS)	Politiche organizzative	Chivasso	2,49 ± 0,49	3,30 ± 0,68	t-test	< 0,001	d = 1,35
Soddisfazione lavorativa (IWS)	Interazione con i medici	Chivasso	3,80 (3,45-4,40)	4,80 (4,30-5,60)	Mann-Whitney	< 0,001	r = 0,45
Soddisfazione lavorativa (IWS)	Interazione con i colleghi infermieri	Martini	5,80 (5,40-6,35)	5,40 (4,90-5,90)	Mann-Whitney	0,011	r = 0,30

Soddisfazione lavorativa (IWS)	IWS totale	Chivasso	3,74 ± 0,39	4,08 ± 0,48	t-test	0,001	d = 0,79
Burnout (MBI)	Depersonalizzazione	Martini	13,97 ± 4,37	10,72 ± 5,74	t-test	0,008	d = 0,63
Fatica lavoro-correlata (OFER)	Fatica acuta	Chivasso	37,50 (33,33-44,79)	45,83 (37,50-58,33)	Mann-Whitney	< 0,001	r = 0,39
Fatica lavoro-correlata (OFER)	Recupero tra i turni	Chivasso	47,22 (38,89-50,00)	66,67 (55,56-86,11)	Mann-Whitney	< 0,001	r = 0,52

Nota. I dati sono riportati come media ± deviazione standard per le variabili analizzate con t-test per campioni indipendenti e come mediana (IQR) per le variabili analizzate con test di Mann-Whitney. Abbreviazioni: IQR = range interquartile; d = d di Cohen; r = effect size del test di Mann-Whitney

6. CONCLUSIONI

Il presente studio ha analizzato l'associazione tra due differenti modelli di turnazione infermieristica, a 8 ore e a 12 ore, in due contesti di DEA, considerando soddisfazione lavorativa, burnout, fatica lavoro-correlata e qualità di vita percepita.

I risultati ottenuti mostrano che i due modelli non producono effetti sovrapponibili sul benessere lavorativo infermieristico: il modello a 8 ore si associa a una maggiore soddisfazione lavorativa, ma anche a maggiore fatica acuta e a un recupero meno efficace tra i turni; il modello a 12 ore appare invece più vulnerabile nella dimensione della depersonalizzazione.

Non sono emerse differenze significative nella fatica cronica e nella qualità di vita percepita.

Il principale elemento emerso è che la durata del turno, considerata isolatamente, non è sufficiente a spiegare il benessere lavorativo infermieristico. Il presente lavoro offre quindi elementi utili di riflessione per i servizi infermieristici e per i coordinatori, sottolineando l'importanza di valutare i modelli di turnazione anche in relazione agli effetti che essi producono sul benessere degli operatori.

Saranno necessari ulteriori studi, condotti su campioni più ampi e in contesti differenti, per approfondire ulteriormente il rapporto tra turnazione, benessere professionale e qualità dell'assistenza.

BIBLIOGRAFIA

1. Contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del comparto sanità. Triennio 2022-2024.
2. Stone PW, Du Y, Cowell R, et al. Comparison of nurse, system and quality patient care outcomes in 8-hour and 12-hour shifts. *Med Care*. 2006;44(12):1099-1106.
3. Alanmi B, Alharazi R, Almutary H. Night shift and occupational fatigue among nurses who work 12 hours in Jeddah. *J Educ Health Promot*. 2025;14:308. doi:10.4103/jehp.jehp_75_25.
4. Hong J, Kim M, Suh EE, Cho S, Jang S. Comparison of fatigue, quality of life, turnover intention, and safety incident frequency between 2-shift and 3-shift Korean nurses. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(15):7953. doi:10.3390/ijerph18157953.
5. Winwood PC, Winefield AH, Dawson D, Lushington K. Development and validation of a scale to measure work-related fatigue and recovery: the Occupational Fatigue Exhaustion/Recovery Scale (OFER). *J Occup Environ Med*. 2005;47(6):594-606. doi:10.1097/01.jom.0000161740.71049.c4.
6. Loera B, Converso D, Viotti S. Evaluating the psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) among Italian nurses: how many factors must a researcher consider? *PLoS One*. 2014;9(12):e114987.
7. Dall'Ora C, Ejebu OZ, Ball J, Griffiths P. Shift work characteristics and burnout among nurses: cross-sectional survey. *Occup Med (Lond)*. 2023;73:199-204.
8. Diamante I. Gli effetti dei turni di 12 ore sul personale infermieristico: una revisione narrativa. *L'Infermiere*. 2016;53(3):e39-e47.
9. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-1409.
10. Carr AJ, Thompson PW, Kirwan JR. Quality of life measures. *Br J Rheumatol*. 1996;35(3):275-281.
11. Locke EA. The nature and causes of job satisfaction. In: Dunnette MD, editor. *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Chicago: Rand McNally; 1976. p. 1293-1349.

12. Spector PE. Job satisfaction: application, assessment, causes and consequences. Thousand Oaks (CA): Sage; 1997.
13. Stamps PL. Nurses and Work Satisfaction: An Index for Measurement. Chicago (IL): Health Administration Press; 1997.
14. Kreitner R, Kinicki A. Comportamento organizzativo. 6th ed. Milano: Feltrinelli; 2004.
15. Avallone F. Psicologia del lavoro. Roma: Carocci; 1994.
16. Cortese CG. La soddisfazione lavorativa del personale infermieristico. Adattamento italiano della scala Index of Work Satisfaction di Stamps. *Med Lav.* 2007;98(3):175-191.
17. Tricas Moreno JM, Salavera Bordas C, Lucha Lopez MO, Vidal Peracho C, Lucha Lopez AC, Estebanez de Miguel E, et al. Descriptive study of stress and satisfaction at work in the Saragossa university services and administration staff. *Int J Ment Health Syst.* 2010;4:7. doi:10.1186/1752-4458-4-7.
18. Sili A, Maria M, Fiorini J, Zaghini F, Barbarnelli C. Nurses' Quality of Life Scale: validation and psychometric properties. *Eval Health Prof.* 2022;45(3):249-259. doi:10.1177/01632787221075660.
19. Berşe S, Çapuk H, Ađar A. Development of the Quality of Life Scale for shift-working nurses. *Saf Health Work.* 2025;16(1):46-52. doi:10.1016/j.shaw.2024.11.004.
20. Sirigatti S, Stefanile C. Adattamento e taratura per l'Italia del Maslach Burnout Inventory. Firenze: Organizzazioni Speciali; 1993.
21. Di Fabio A. Occupational Fatigue Exhaustion Recovery (OFER) Scale: primo contributo alla validazione della versione italiana. *Counseling.* 2018;11(1). doi:10.14605/CS1111807.
22. Grassi L, Magnani K. Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study in oncology. *Br J Cancer.* 2008;98(6):1046-1052. doi:10.1038/sj.bjc.6604270.
23. Dall'Ora C, Griffiths P, Ball J, Simon M, Aiken LH. Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ Open.* 2015;5(9):e008331.

ALLEGATI

ALLEGATO 1

INDEX OF WORK SATISFACTION (Cortese) del PERSONALE INFERMIERISTICO

1 = Fortemente disaccordo; 7 = Fortemente d'accordo. Segnare con una x il valore che attribuite ad ogni domanda

Domande	1	2	3	4	5	6	7
1 Sono soddisfatto/a del mio attuale stipendio							
2 L'attività infermieristica non è generalmente considerata una professione importante (-)							
3 Il personale infermieristico del mio reparto si aiuta a vicenda quando il lavoro diventa maggiormente frenetico							
4 Si richiede troppo lavoro burocratico al personale infermieristico di questo ospedale (-)							
5 Nel mio ospedale il personale infermieristico ha la possibilità di partecipare alla programmazione dei turni							
6 In genere nel mio reparto i medici cooperano con gli infermieri							
7 Mi sembra di essere controllato/a più del necessario (-)							
8 Penso che molti infermieri/e di questo ospedale non siano soddisfatti del proprio stipendio (-)							
9 La maggior parte delle persone riconosce l'importanza delle cure offerte dagli infermieri ai pazienti							

10 Per i nuovi infermieri è difficile sentirsi “a casa” nel mio reparto							
11 Sono convinto che la mia attività lavorativa sia realmente importante							
12 Esiste una grande distanza tra l’amministrazione di questo ospedale e i quotidiani problemi del servizio infermieristico							
13 Mi sento sufficientemente stimolato/a nel prestare cure a ciascuno dei miei pazienti							
14 Considerando che cosa viene richiesto al personale infermieristico, il nostro stipendio è adeguato							
15 Penso che riuscirei a svolgere un servizio migliore se non avessi continuamente così tanto da fare							
16 C’è un buon lavoro di gruppo e una buona cooperazione tra i vari livelli del personale infermieristico del mio reparto							
17 Ho troppa responsabilità e poca autorità							
18 Il personale infermieristico di questo ospedale non ha sufficienti opportunità di fare carriera (-)							
19 Infermieri e medici del mio reparto lavorano molto in gruppo							
20 Durante il lavoro, i miei supervisori prendono tutte le decisioni e io ho poco controllo diretto sulla mia attività							

21 In questo ospedale gli aumenti di stipendio del personale infermieristico non sono soddisfacenti							
22 Sono soddisfatto/a delle varie attività che svolgo nel mio lavoro							
23 Il personale infermieristico del mio reparto non è socievole e amichevole come vorrei							
24 Ho molto tempo e occasioni per discutere con gli altri infermieri sui problemi relativi alla cura dei pazienti							
25 Ci sono ampie opportunità per gli infermieri di partecipare al processo decisionale di tipo amministrativo							
26 Ci è permessa una buona autonomia, anche se non espressamente richiesta							
27 Non faccio nulla di realmente significativo nella mia attività lavorativa							
28 Nel mio reparto c'è un'elevata considerazione di sé: gli infermieri raramente collaborano con quelli con minor esperienza o con differente preparazione							
29 Ho sufficiente tempo per dedicarmi alla cura dei pazienti							
30 Alcune volte mi sento frustrato/a perché mi sembra che tutte le mie attività siano già state programmate							
31 Talvolta sul lavoro mi viene chiesto di fare cose che sono contrarie alla mia ética professionale							

32 Rispetto a ciò che si sente dire sullo stipendio degli infermieri/e degli altri ospedali, noi qui siamo abbastanza ben retribuiti							
33 In questo ospedale le decisioni amministrative interferiscono troppo con la cura dei pazienti							
34 Mi rende fiero/a parlare con altre persone di ciò che faccio nel mio lavoro							
35 Mi piacerebbe che i medici di questo ospedale mostrassero maggior rispetto per le conoscenze e le capacità del personale infermieristico							
36 Potrei offrire un'assistenza migliore a ciascun paziente se avessi più tempo da dedicargli							
37 I medici di questo ospedale generalmente comprendono e apprezzano il lavoro che gli infermieri svolgono							
38 Se avessi la possibilità di ricominciare da capo, intraprenderei nuovamente la professione di infermiere							
39 In questo ospedale i medici “guardano dall’alto in basso” il personale infermieristico							
40 Posso esprimermi liberamente riguardo al funzionamento del mio reparto							
41 La mia attività lavorativa non richiede troppe conoscenze o capacità							
42 I responsabili del personale infermieristico generalmente consultano gli							

infermieri riguardo alle procedure e ai problemi quotidiani							
43 Nel mio lavoro ho la possibilità di prendere autonomamente decisioni importanti e posso contare sul sostegno dei miei responsabili							
44 È necessario un aumento di stipendio per gli infermieri/e di questo ospedale							

ALLEGATO 2

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI) - (Sirigatti e Stefanile)

Scala per la valutazione del burnout del personale infermieristico

Segnare con una X la frequenza con cui ciascuna affermazione viene sperimentata.

Legenda risposta: 0 = Mai; 1 = Qualche volta all'anno o meno; 2 = Una volta al mese o meno; 3 = Alcune volte al mese; 4 = Una volta alla settimana; 5 = Alcune volte alla settimana; 6 = Ogni giorno.

N.	Item	0	1	2	3	4	5	6
1	Mi sento emotivamente sfinito dal mio lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Mi sento sfinito alla fine di una giornata di lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Mi sento stanco quando mi alzo la mattina e devo affrontare un'altra giornata di lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Posso capire facilmente come la pensano i miei utenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Mi pare di trattare alcuni utenti come se fossero degli oggetti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N.	Item	0	1	2	3	4	5	6
6	Mi pare che lavorare tutto il giorno con la gente mi pesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Affronto efficacemente i problemi dei miei utenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Mi sento esaurito dal mio lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Credo di influenzare positivamente la vita di altre persone attraverso il mio lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Da quando ho cominciato a lavorare qui sono diventato più insensibile con la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ho paura che questo lavoro mi possa indurire emotivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Mi sento pieno di energie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Sono frustrato dal mio lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Credo di lavorare troppo duramente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Non mi importa veramente di ciò che succede ad alcuni utenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Lavorare direttamente a contatto con la gente mi crea troppa tensione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Riesco facilmente a rendere i miei utenti rilassati e a proprio agio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Mi sento rallegrato dopo aver lavorato con i miei utenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N.	Item	0	1	2	3	4	5	6
19	Ho realizzato molte cose di valore nel mio lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Sento di non farcela più	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Nel mio lavoro affronto i problemi emotivi con calma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Ho l'impressione che i miei utenti diano la colpa a me per i loro problemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLEGATO 3

OCCUPATIONAL FATIGUE EXHAUSTION/RECOVERY SCALE (OFER)

Scala per la valutazione della fatica lavorativa e del recupero tra i turni del personale infermieristico

0 = Per nulla d'accordo; 6 = Completamente d'accordo. Segnare con una X il valore che attribuite ad ogni affermazione.

Domande	0	1	2	3	4	5	6
1 Utilizzo gran parte del mio tempo libero per recuperare dalle fatiche del lavoro							
2 Spesso mi sento al limite delle mie forze nel mio lavoro							
3 Spesso temo di svegliarmi per affrontare un'altra giornata di lavoro							
4 Mi chiedo spesso per quanto tempo riuscirò ad andare avanti con il mio lavoro							

Domande	0	1	2	3	4	5	6
5 La maggior parte del tempo ho la sensazione di vivere per lavorare							
6 Spesso sento la testa pesante o annebbiata							
7 Spesso mi sento esausto/a al lavoro							
8 Mi sento esausto/a quasi continuamente							
9 Vorrei avere in generale più energia e iniziativa							
10 Di solito ho molta energia da dedicare alla mia famiglia o ai miei amici							
11 Ho energia per i miei hobby o per attività rilassanti nel tempo libero							
12 Ho molte energie di riserva quando ne ho bisogno							
13 Non riesco a recuperare completamente le energie tra un turno e l'altro							
14 Mi sento completamente riposato/a all'inizio di ogni giornata o turno di lavoro							
15 Non ho abbastanza tempo tra un turno di lavoro e l'altro per recuperare completamente le energie							

ALLEGATO 4

NURSES' QUALITY OF LIFE SCALE (NQoLS)

Esprimi, indicando il tuo livello di soddisfazione, quanto le affermazioni seguenti influenzano la tua qualità di vita. Per rispondere, utilizza la seguente scala di misurazione.

1 = Per nulla soddisfatto

2 = Poco soddisfatto

3 = Abbastanza soddisfatto

4 = Molto soddisfatto

N.	Item	1	2	3	4
1	Sono soddisfatto della quantità di sonno				
2	Sono soddisfatto della qualità di sonno				
3	Sono soddisfatto della qualità della mia alimentazione				
4	Sono soddisfatto del comportamento alimentare				
5	Sono soddisfatto del mio benessere fisico				
6	Sono soddisfatto della mia immagine ed aspetto fisico				
7	Sono soddisfatto della mia capacità di mobilità fisica				
8	Sono soddisfatto dell'attività fisica che riesco a svolgere				
9	Sono soddisfatto della frequenza dei miei rapporti sessuali				
10	Sono soddisfatto della qualità dei miei rapporti sessuali				
11	Sono soddisfatto della resistenza che ho in situazioni stressanti				
12	Sono soddisfatto del tono del mio umore				
13	Sono soddisfatto della mia efficienza mentale				
14	Sono soddisfatto della mia stabilità emotiva				
15	Sono soddisfatto della fiducia che ho in me stesso				

N.	Item	1	2	3	4
16	Sono soddisfatto della capacità che ho di risolvere problemi				
17	Sono soddisfatto della mia autonomia psicologica				
18	Sono soddisfatto della capacità di autocontrollo che ho				
19	Sono soddisfatto del mio tipo di lavoro				
20	Sono soddisfatto dell'organizzazione del mio lavoro				
21	Sono soddisfatto del mio ruolo professionale				
22	Sono soddisfatto di quanto rendo sul lavoro				
23	Sono soddisfatto delle mie relazioni				
24	Sono soddisfatto del mio ruolo familiare				
25	Sono soddisfatto dei rapporti che ho con i miei parenti				
26	Sono soddisfatto dei rapporti che ho con i miei amici				
27	Sono soddisfatto dei rapporti che ho con i colleghi di lavoro				
28	Sono soddisfatto della mia situazione economica				