

Il burnout del Medico di Medicina Generale in Alto Adige: prevalenza e analisi dei fattori di rischio. Uno studio esplorativo mediante questionario.

Candidato: Dott. Mario Scafuro CFMMG 2023-26

Tutor: Dott. Pietro Murrari

**Istituto di Medicina Generale presso la Scuola
Superiore di Sanità Claudiana di Bolzano**

INDICE

1. INTRODUZIONE.....	3
2. IL CONCETTO DI BURNOUT.....	4
2.1 Definizione e inquadramento generale.....	4
2.2 Il modello multidimensionale di Maslach.....	5
2.3 Burnout e condizioni correlate (stress lavoro-correlato e depressione).....	5
3. IL BURNOUT NEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE.....	6
4. LA MEDICINA GENERALE: ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO E CONTESTO TERRITORIALE.....	7
4.1 Carico di lavoro e competenze del Medico di Medicina Generale.....	7
4.2 Contesto territoriale, continuità assistenziale e riorganizzazione dell'assistenza.....	8
5. RAZIONALE E OBIETTIVI DELLO STUDIO.....	9
Obiettivi dello studio.....	11
6. MATERIALI E METODI.....	11
6.1 Disegno dello studio	11
6.2 Popolazione in studio.....	12
6.3 Strumento di indagine.....	12
6.3.1 Dati sociodemografici e professionali.....	12
6.3.2 Valutazione del burnout.....	13
6.3.3 Fattori di rischio e cambiamenti organizzativi.....	14
6.4 Analisi dei dati.....	15
7. Risultati.....	15
7.1 Caratteristiche del campione.....	15
7.2 Valutazione del burnout.....	17
7.3 Fattori di rischio percepiti.....	18
Analisi esplorativa delle associazioni.....	20
8. DISCUSSIONE.....	22
Limiti dello studio.....	24
Implicazioni pratiche.....	24
9. CONCLUSIONI.....	25

10. BIBLIOGRAFIA.....	27
APPENDICE A – Questionario in lingua italiana.....	31
APPENDICE B – Questionario in lingua tedesca.....	35

1. INTRODUZIONE

Negli ultimi anni il tema del benessere lavorativo dei professionisti sanitari ha assunto un ruolo sempre più centrale nel dibattito scientifico e organizzativo. L'aumento della complessità dei sistemi sanitari, l'invecchiamento della popolazione e la crescente domanda di prestazioni hanno determinato un progressivo incremento delle pressioni cui sono sottoposti i professionisti della salute. In questo contesto, il burnout è emerso come una delle principali problematiche legate allo stress lavoro-correlato, con importanti ricadute sia sul piano individuale sia sulla qualità dell'assistenza erogata (1,2).

Il burnout è oggi riconosciuto come una sindrome professionale caratterizzata da esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale. Tale condizione non influisce esclusivamente sul benessere psicofisico del professionista, ma può compromettere la relazione di cura, la sicurezza delle prestazioni e la sostenibilità complessiva dei servizi sanitari. Per questo motivo, il burnout è sempre più considerato una problematica di sistema e non soltanto una difficoltà individuale (1).

Tra i professionisti sanitari, i Medici di Medicina Generale (MMG) risultano particolarmente esposti al rischio di burnout. Il medico di famiglia rappresenta infatti il primo punto di contatto tra il cittadino e il sistema sanitario, svolgendo un ruolo centrale nella presa in carico globale dell'assistito, nella gestione della cronicità e nel coordinamento dei percorsi di cura. Questo ruolo di "cerniera" tra i diversi livelli dell'assistenza comporta un elevato carico di responsabilità cliniche, organizzative ed emotive (3).

Nel corso degli anni, il ruolo del Medico di Medicina Generale si è progressivamente ampliato, includendo compiti clinici, preventivi, educativi e gestionali. A fronte di questo ampliamento di funzioni, non sempre si è assistito a un adeguato incremento delle risorse disponibili. L'aumento del carico burocratico, la gestione di un numero crescente di pazienti con patologie croniche e la necessità di interfacciarsi con molteplici attori del sistema sanitario contribuiscono a rendere l'attività del MMG sempre più complessa e impegnativa.

Un ulteriore elemento di criticità è rappresentato dalla difficoltà di conciliazione tra vita professionale e vita privata. L'attività del Medico di Medicina Generale, spesso caratterizzata da orari prolungati e da una disponibilità costante nei confronti dei pazienti,

può incidere in modo significativo sull'equilibrio personale e familiare. Nel tempo, questa condizione può favorire l'insorgenza di stanchezza cronica, demotivazione e riduzione della soddisfazione lavorativa.

Nel contesto attuale, tali criticità si inseriscono in una fase di profonda trasformazione dell'assistenza sanitaria territoriale. I sistemi sanitari sono chiamati a riorganizzare i modelli di cura per rispondere ai bisogni di una popolazione sempre più anziana e affetta da patologie croniche. Anche in Alto Adige, queste trasformazioni pongono nuove sfide organizzative per la Medicina Generale, rendendo particolarmente rilevante un'analisi del benessere dei professionisti coinvolti.

Il presente elaborato si propone di analizzare il fenomeno del burnout nei Medici di Medicina Generale operanti in Alto Adige mediante uno studio esplorativo basato sulla somministrazione di un questionario. Lo studio non si propone di giudicare i modelli organizzativi dell'assistenza territoriale, ma di descrivere il fenomeno del burnout nei medici di medicina generale dell'Alto Adige e di evidenziare alcuni elementi utili alla riflessione sul loro benessere professionale.

2. IL CONCETTO DI BURNOUT

2.1 Definizione e inquadramento generale

Il termine burnout viene introdotto negli anni Settanta dallo psichiatra Herbert Freudenberger per descrivere una condizione di progressivo esaurimento emotivo, fisico e motivazionale osservata in professionisti impegnati in attività caratterizzate da un intenso coinvolgimento relazionale (4). In particolare, Freudenberger osservò come operatori delle professioni di aiuto manifestassero nel tempo una perdita di energia, entusiasmo e motivazione nei confronti del lavoro.

Nel corso degli anni, il concetto di burnout è stato progressivamente approfondito, fino a essere riconosciuto come una sindrome complessa legata allo stress cronico lavorativo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha incluso il burnout nell'ICD-11 come fenomeno occupazionale, definendolo come una sindrome risultante da stress cronico sul posto di lavoro che non è stato gestito con successo (2,5).

Questo inquadramento sottolinea come il burnout sia strettamente legato al contesto

lavorativo e organizzativo, distinguendolo dalle patologie psichiatriche, pur riconoscendo possibili sovrapposizioni cliniche.

2.2 Il modello multidimensionale di Maslach

Il modello teorico più diffuso per la comprensione del burnout è quello elaborato da Maslach e Jackson, che identifica tre dimensioni principali della sindrome (6). L'esaurimento emotivo rappresenta il nucleo centrale del burnout e si manifesta come una sensazione di svuotamento delle risorse emotive e fisiche. La depersonalizzazione si esprime attraverso atteggiamenti di distacco e cinismo nei confronti dei pazienti, mentre la ridotta realizzazione personale è caratterizzata da una percezione di inefficacia e insoddisfazione professionale.

Queste dimensioni non si sviluppano necessariamente in modo simultaneo, ma rappresentano un processo dinamico che evolve nel tempo in relazione alle caratteristiche individuali e al contesto lavorativo (7).

2.3 Burnout e condizioni correlate (stress lavoro-correlato e depressione)

Il burnout va distinto dallo stress lavoro-correlato acuto. Lo stress può rappresentare una risposta adattiva a richieste temporaneamente elevate, mentre il burnout è il risultato di uno stress cronico persistente che non trova adeguate possibilità di recupero. Quando le richieste lavorative superano costantemente le risorse disponibili, può instaurarsi un circolo vizioso di frustrazione e demotivazione (8).

Burnout e depressione condividono alcuni sintomi, ma rappresentano condizioni concettualmente distinte. La depressione coinvolge globalmente la sfera emotiva e cognitiva dell'individuo, mentre il burnout è strettamente correlato al contesto lavorativo. Una corretta distinzione tra le due condizioni è fondamentale per evitare sia una medicalizzazione eccessiva del disagio lavorativo sia una sottovalutazione di disturbi clinicamente rilevanti (9).

La letteratura internazionale evidenzia una prevalenza elevata di burnout tra i professionisti sanitari. Studi recenti indicano che una quota significativa di medici presenta almeno una dimensione del burnout in forma clinicamente rilevante, con particolare coinvolgimento

dei professionisti dell'assistenza primaria (10,11). Tali dati confermano la necessità di considerare il burnout come una problematica sistemica che richiede interventi organizzativi e istituzionali.

3. IL BURNOUT NEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

La Medicina Generale è caratterizzata da una relazione continuativa e fiduciaria con il paziente, che si sviluppa nel tempo e richiede un elevato investimento emotivo. Il Medico di Medicina Generale (MMG) si occupa della gestione globale dell'assistito, affrontando problematiche cliniche, preventive e sociali che contribuiscono ad aumentare la complessità del ruolo (12). Questo tipo di relazione, pur rappresentando uno degli elementi qualificanti della professione, espone il medico a un coinvolgimento emotivo prolungato che può favorire l'insorgenza di affaticamento e stress lavorativo.

Negli ultimi anni, l'attività del MMG è diventata progressivamente più complessa. L'aumento del numero di assistiti, l'invecchiamento della popolazione e la crescente prevalenza di patologie croniche richiedono una gestione sempre più articolata dei pazienti, spesso caratterizzata da comorbidità e bisogni assistenziali multipli. A ciò si aggiunge la necessità di coordinare i diversi livelli dell'assistenza, interfacciandosi con specialisti, servizi territoriali e strutture ospedaliere. La discrepanza tra il tempo disponibile e la complessità delle problematiche affrontate rappresenta un fattore rilevante di stress e può contribuire allo sviluppo di esaurimento emotivo e demotivazione (13).

Un ulteriore elemento critico è rappresentato dal carico burocratico e organizzativo. Numerosi studi hanno evidenziato come i medici di medicina generale dedichino una quota significativa del proprio tempo ad attività amministrative e documentali, riducendo il tempo disponibile per la relazione clinica con il paziente (14). In questo senso, il lavoro del MMG non è caratterizzato solo da un elevato carico quantitativo, ma anche da una crescente frammentazione delle attività, che può determinare una percezione di perdita di significato e di riduzione della soddisfazione professionale. Diversi studi hanno mostrato come i medici trascorrono una parte rilevante della giornata lavorativa in attività non direttamente assistenziali, con un impatto significativo sul rischio di burnout (14).

Anche le modalità organizzative del lavoro possono influenzare il rischio di burnout. Nei contesti di studio singolo, il medico può sperimentare una maggiore sensazione di isolamento

professionale e una minore possibilità di confronto con colleghi, elementi che possono favorire lo sviluppo di stress lavorativo. Al contrario, il lavoro in team e le forme associative possono rappresentare un fattore protettivo, favorendo la condivisione delle responsabilità, il supporto reciproco e una migliore gestione del carico di lavoro, se adeguatamente strutturate (15,16).

Il burnout nei Medici di Medicina Generale può avere conseguenze rilevanti sia sul piano individuale sia su quello assistenziale. A livello individuale, si associa a stanchezza persistente, riduzione dell'empatia, demotivazione e insoddisfazione lavorativa. A livello professionale, può compromettere la qualità della relazione medico-paziente, aumentare il rischio di errori e influire negativamente sulla sicurezza delle cure (17,18). In un contesto caratterizzato da una crescente carenza di Medici di Medicina Generale, tali effetti assumono una rilevanza sistemica, con possibili ripercussioni sull'accessibilità e sulla continuità dell'assistenza territoriale.

Nel complesso, il burnout nella Medicina Generale appare come il risultato di un'interazione complessa tra fattori individuali, organizzativi e contestuali. Tra questi, i determinanti organizzativi – quali il carico burocratico, la gestione del tempo e le modalità di lavoro – sembrano svolgere un ruolo particolarmente rilevante, confermando quanto emerso nella letteratura internazionale sul tema del burnout nei professionisti sanitari.

4. LA MEDICINA GENERALE: ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO E CONTESTO TERRITORIALE

4.1 Carico di lavoro e competenze del Medico di Medicina Generale

L'attività del Medico di Medicina Generale si caratterizza per un'elevata complessità, che deriva non solo dal carico clinico, ma anche dalla varietà delle funzioni svolte nella pratica quotidiana. Il MMG rappresenta il primo punto di accesso al sistema sanitario e svolge un ruolo centrale nella gestione globale del paziente, integrando attività cliniche, preventive, educative e organizzative.

Negli ultimi anni, la Medicina Generale ha conosciuto un progressivo ampliamento delle competenze. Il MMG è chiamato a gestire un numero crescente di pazienti affetti da

patologie croniche, spesso caratterizzate da bisogni assistenziali complessi. A ciò si aggiunge la necessità di coordinare i percorsi di cura, interfacciandosi con specialisti, servizi territoriali e strutture ospedaliere.

Il carico di lavoro del MMG non è tuttavia determinato esclusivamente dal numero di assistiti, ma anche dalla natura delle richieste assistenziali e dalla loro variabilità. Accanto all'attività programmata, il medico deve gestire richieste non prevedibili, urgenze differibili, visite domiciliari e una quota rilevante di attività amministrative. Questa eterogeneità rende difficile una pianificazione rigida del lavoro e contribuisce a una percezione di pressione costante.

Un elemento particolarmente rilevante è rappresentato dal carico burocratico e organizzativo. Numerosi studi hanno evidenziato come una parte significativa del tempo lavorativo dei medici sia dedicata ad attività non direttamente cliniche, con una conseguente riduzione del tempo disponibile per la relazione con il paziente (14). La frammentazione delle attività e la molteplicità degli adempimenti possono contribuire a una percezione di perdita di controllo sul proprio lavoro e a una riduzione della soddisfazione professionale.

Dal punto di vista organizzativo, il MMG opera in un contesto caratterizzato da un'elevata autonomia professionale. Questa autonomia rappresenta un elemento distintivo della Medicina Generale, ma comporta anche una maggiore responsabilità nella gestione dell'ambulatorio, del personale e dei flussi amministrativi. In particolare, nelle realtà di studio singolo, la limitata possibilità di delega può determinare un ulteriore incremento del carico lavorativo.

Nel complesso, il lavoro del Medico di Medicina Generale si configura come un'attività complessa e multifattoriale, nella quale componenti cliniche, organizzative e relazionali si intrecciano, contribuendo a definire il carico complessivo percepito.

4.2 Contesto territoriale, continuità assistenziale e riorganizzazione dell'assistenza

Nel contesto della Provincia Autonoma di Bolzano, l'organizzazione della Medicina Generale è influenzata da caratteristiche territoriali peculiari. Il territorio prevalentemente montano, la dispersione della popolazione in numerosi centri abitati di piccole dimensioni e la presenza di aree geograficamente difficili da raggiungere rendono complessa la distribuzione dei servizi sanitari e richiedono un'elevata capacità di adattamento da parte dei professionisti (19).

In questo scenario, il Medico di Medicina Generale assume un ruolo particolarmente centrale nella garanzia della continuità assistenziale. Il rapporto continuativo con il paziente consente una gestione integrata dei bisogni di salute, ma comporta anche una responsabilità che si estende nel tempo. Il MMG è spesso percepito come un punto di riferimento costante, con una disponibilità che può andare oltre i limiti formali dell'orario di lavoro.

La continuità assistenziale, pur rappresentando un elemento qualificante della Medicina Generale, può tradursi in un carico organizzativo ed emotivo significativo, soprattutto nella gestione di pazienti cronici complessi. La difficoltà di delimitare in modo netto i confini tra tempo lavorativo e tempo personale può ridurre le possibilità di recupero psicofisico e contribuire allo sviluppo di affaticamento professionale (20,21).

A tali elementi si aggiungono le trasformazioni in atto nell'ambito dell'assistenza territoriale. In linea con gli indirizzi nazionali, anche in Alto Adige è in corso un processo di riorganizzazione volto a rafforzare l'assistenza primaria e a promuovere modelli integrati di cura. In questo contesto si inserisce l'introduzione delle Case della Comunità, concepite come strutture di riferimento per il coordinamento dei servizi territoriali e per il lavoro multidisciplinare.

Dal punto di vista teorico, tali modelli possono favorire una maggiore integrazione tra professionisti, migliorare la presa in carico dei pazienti e ridurre l'isolamento professionale dei Medici di Medicina Generale. Tuttavia, nella fase iniziale di implementazione, essi possono essere percepiti come un cambiamento organizzativo rilevante, che richiede un adattamento delle modalità di lavoro.

In particolare, la prospettiva di svolgere l'attività professionale in modo distribuito tra ambulatorio e Casa della Comunità può essere associata a una percezione di maggiore complessità organizzativa e di possibile aumento del carico di lavoro. Per questo motivo, nel presente studio viene esplorata anche la percezione dei Medici di Medicina Generale rispetto a tali cambiamenti, al fine di comprendere come essi vengano vissuti nella pratica quotidiana, senza formulare giudizi di merito sulle scelte di politica sanitaria (22,23).

5. RAZIONALE E OBIETTIVI DELLO STUDIO

Negli ultimi anni il burnout dei professionisti sanitari è stato riconosciuto come una

problematica rilevante non solo per il benessere individuale degli operatori, ma anche per la qualità e la sicurezza delle cure erogate. Numerosi studi hanno evidenziato come livelli elevati di burnout siano associati a riduzione della soddisfazione lavorativa, aumento dell'intenzione di abbandono della professione e possibili ripercussioni sulla qualità dell'assistenza (24,27).

In particolare, i Medici di Medicina Generale rappresentano una categoria professionale esposta a un rischio significativo di esaurimento emotivo e stress lavoro-correlato, in ragione della crescente complessità del loro ruolo e della centralità che rivestono all'interno del sistema sanitario territoriale. Il benessere dei professionisti è stato progressivamente riconosciuto come un elemento imprescindibile per il buon funzionamento dei sistemi sanitari e per la sostenibilità delle riforme organizzative (24,25).

Come evidenziato nei capitoli precedenti, la Medicina Generale è caratterizzata da un'elevata continuità assistenziale, da un coinvolgimento relazionale costante e da un progressivo ampliamento delle responsabilità cliniche e amministrative. In tale contesto, risulta fondamentale disporre di strumenti validi e applicabili nella pratica quotidiana per monitorare il livello di burnout e individuare precocemente eventuali situazioni di rischio (26).

Nel contesto attuale, questa esigenza appare particolarmente rilevante alla luce dei processi di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale. Anche in Alto Adige, l'introduzione di nuovi modelli organizzativi e la prospettiva di una maggiore integrazione tra professionisti e servizi pongono interrogativi rispetto alla sostenibilità del carico di lavoro e all'impatto che tali cambiamenti possono avere sul benessere dei Medici di Medicina Generale (25).

Il presente studio nasce dall'esigenza di fornire una fotografia esplorativa del fenomeno del burnout tra i Medici di Medicina Generale operanti in Alto Adige, con particolare attenzione alla percezione dei principali fattori di rischio lavorativi e organizzativi. La scelta di uno studio osservazionale descrittivo risponde alla volontà di indagare il fenomeno nella sua dimensione concreta e quotidiana, senza formulare ipotesi causali né esprimere valutazioni di merito sulle politiche sanitarie in atto.

Un ulteriore elemento di interesse è rappresentato dalla necessità di utilizzare strumenti di valutazione sostenibili e facilmente applicabili nella pratica quotidiana. Per questo motivo è stata adottata la versione accorciata del Maslach Burnout Inventory, scelta che consente di contenere il tempo di compilazione del questionario mantenendo un'adequata validità scientifica (26).

Obiettivi dello studio

Obiettivo principale

Valutare la prevalenza del burnout tra i Medici di Medicina Generale operanti in Alto Adige mediante l'utilizzo della versione accorciata del Maslach Burnout Inventory.

Obiettivi secondari

- analizzare la distribuzione delle tre dimensioni del burnout (Esaurimento Emotivo, Depersonalizzazione e Realizzazione Personale);
- esplorare la relazione tra livelli di burnout e principali fattori di rischio lavorativi percepiti, quali carico burocratico, pressione assistenziale ed equilibrio tra vita lavorativa e vita privata;
- valutare la percezione dell'impatto dei cambiamenti organizzativi, in particolare rispetto allo svolgimento dell'attività professionale in modo complementare tra studio di Medicina Generale e Casa della Comunità;
- esplorare la percezione di un eventuale aumento del carico di lavoro nei giorni successivi, legato alla mancata raggiungibilità diretta durante l'attività svolta presso la Casa della Comunità.

6. MATERIALI E METODI

6.1 Disegno dello studio

Lo studio è di tipo osservazionale, descrittivo e trasversale, con finalità esplorative. Tale disegno metodologico consente di fornire una fotografia del fenomeno in un determinato momento temporale, senza l'obiettivo di dimostrare relazioni causali (31).

L'obiettivo è valutare la prevalenza del burnout tra i Medici di Medicina Generale operanti in Alto Adige ed esplorare la percezione dei principali fattori di rischio lavorativi, inclusi quelli connessi ai recenti cambiamenti organizzativi dell'assistenza territoriale. La raccolta dei dati è avvenuta tra febbraio e marzo 2026.

6.2 Popolazione in studio

La popolazione in studio è costituita dai Medici di Medicina Generale operanti nel territorio della Provincia Autonoma di Bolzano.

La partecipazione è stata volontaria e anonima. Il questionario è stato somministrato in modalità online, consentendo una raccolta dati efficiente e standardizzata e riducendo possibili bias legati alla somministrazione diretta (32,33).

6.3 Strumento di indagine

Lo strumento utilizzato è un questionario strutturato anonimo, somministrato tramite piattaforma online ai Medici di Medicina Generale operanti in Alto Adige.

Il questionario è stato reso disponibile in lingua italiana e tedesca, al fine di favorire la partecipazione dei professionisti appartenenti ai diversi gruppi linguistici presenti nella provincia. Le due versioni presentavano contenuti identici e differivano esclusivamente per la lingua utilizzata.

Il questionario è suddiviso in tre sezioni principali:

1. Dati sociodemografici e professionali
2. Valutazione del burnout mediante versione accorciata del Maslach Burnout Inventory (MBI)
3. Fattori di rischio lavorativi e percezione dei cambiamenti organizzativi

Il questionario completo è riportato in Appendice A (versione italiana) e Appendice B (versione tedesca).

6.3.1 Dati sociodemografici e professionali

La prima sezione raccoglie informazioni relative a genere, anno di nascita, madrelingua, stato civile e presenza di figli minori.

Sono inoltre raccolti dati professionali quali, contesto dell'ambulatorio (urbano o rurale), modalità organizzativa prevalente (studio singolo, studio associato, rete o Casa della Comunità), numero di assistiti in carico, numero medio di ore lavorate alla settimana e anni complessivi di attività in Medicina Generale.

Tali variabili sono state incluse al fine di descrivere le caratteristiche del campione e consentire un'analisi esplorativa delle possibili associazioni tra caratteristiche personali, condizioni lavorative e livelli di burnout.

6.3.2 Valutazione del burnout

La valutazione del burnout è stata effettuata utilizzando la versione accorciata del Maslach Burnout Inventory (MBI), strumento validato e ampiamente utilizzato in ambito sanitario (28,29).

L'MBI si fonda su un modello tridimensionale articolato in:

- Esaurimento emotivo (Emotional Exhaustion – EE)
- Depersonalizzazione (Depersonalization – DP)
- Ridotta realizzazione personale (Reduced Personal Accomplishment – RP)

Nel presente studio è stata utilizzata una versione composta da 12 item (quattro per ciascuna dimensione), scelta per contenere il tempo di compilazione mantenendo un adeguato livello di validità e affidabilità (29).

Ciascun item è stato valutato mediante scala Likert a 6 punti:

- 0 = Mai
- 1 = Raramente
- 2 = Qualche volta
- 3 = Spesso
- 4 = Molto spesso
- 5 = Sempre

Per ciascuna dimensione è stato calcolato un punteggio totale (range 0–20).

I punteggi sono stati classificati come segue:

Esaurimento emotivo (EE)

Basso: 0–7

Moderato: 8–13

Alto: 14–20

Depersonalizzazione (DP)

Basso: 0–5

Moderato: 6–11

Alto: 12–20

Realizzazione personale (RP)

Alto rischio: 0–7

Moderato: 8–13

Basso rischio: 14–20

Poiché la dimensione della realizzazione personale presenta andamento inverso, un punteggio basso è indicativo di maggiore rischio.

Un elevato rischio complessivo di burnout è stato definito dalla combinazione di punteggi elevati in EE e DP e punteggi bassi in RP.

6.3.3 Fattori di rischio e cambiamenti organizzativi

La terza sezione del questionario indaga la percezione soggettiva di fattori di rischio lavorativi, tra cui carico burocratico, pressione assistenziale, numero di assistiti, gestione delle aspettative dei pazienti, equilibrio tra vita lavorativa e privata e invasione della vita privata.

Le affermazioni sono state valutate mediante scala Likert a cinque punti (1 = per niente d'accordo; 5 = completamente d'accordo).

Sono stati inoltre inseriti due item esplorativi relativi ai cambiamenti organizzativi dell'assistenza territoriale, volti a indagare:

1. la percezione dello stress associato allo svolgimento dell'attività in modo complementare tra studio e Casa della Comunità;
2. la percezione di un possibile aumento del carico di lavoro nei giorni successivi, dovuto alla mancata raggiungibilità diretta durante tale attività.

6.4 Analisi dei dati

I dati sono stati analizzati mediante statistica descrittiva, con calcolo di frequenze assolute, percentuali e medie per le variabili sociodemografiche e professionali.

Per il burnout sono stati analizzati i punteggi delle tre dimensioni (EE, DP, RP) e la loro distribuzione nei livelli basso, moderato e alto.

Le variabili relative ai fattori di rischio lavorativi sono state analizzate calcolando la media dei punteggi e la percentuale di accordo, definita come la quota di risposte pari a 4 o 5.

Sono state inoltre esplorate associazioni descrittive tra livelli di burnout e variabili selezionate, tra cui numero di assistiti, ore lavorate, presenza di figli minori, equilibrio vita-lavoro e percezione dello stress legato ai cambiamenti organizzativi.

La partecipazione allo studio è stata volontaria e anonima. I dati sono stati trattati in forma aggregata ed utilizzati esclusivamente per finalità di ricerca. La compilazione del questionario è stata considerata come consenso informato implicito.

7. Risultati

7.1 Caratteristiche del campione

Allo studio hanno partecipato complessivamente 98 medici di medicina generale operanti in Alto Adige.

Per quanto riguarda la distribuzione per genere, 53 partecipanti (54,1%) erano di sesso femminile, 44 (44,9%) di sesso maschile, mentre 1 partecipante (1,0%) si identificava in un'altra categoria.

La madrelingua prevalente risultava essere il tedesco (55,1%), seguito dall'italiano (35,7%), dal ladino (3,1%) e da altre lingue (6,1%).

La maggior parte dei medici viveva con un partner (78,6%), mentre 21,4% dichiarava di vivere da solo. La presenza di figli minori era riportata da 48 partecipanti (49,0%).

Per quanto riguarda il contesto lavorativo, 48 medici (49,0%) esercitavano in ambito urbano, mentre 50 (51,0%) operavano in ambito rurale.

Relativamente alla modalità organizzativa dello studio medico, 57 partecipanti (58,2%) lavoravano in studio associato o di gruppo, 26 (26,5%) in studio singolo, mentre 15

(15,3%) operavano all'interno di reti di medicina generale.

Per quanto riguarda l'anzianità professionale, 37 medici (37,8%) esercitavano da 5–10 anni, 25 (25,5%) da meno di 5 anni, 21 (21,4%) da oltre 20 anni, mentre 15 (15,3%) avevano un'anzianità compresa tra 11 e 20 anni.

L'età media dei partecipanti era pari a 47,9 anni. Il numero medio di assistiti risultava 1527,5 pazienti, mentre il numero medio di ore lavorative settimanali era pari a 41,8 ore.

Tabella 1: Caratteristiche sociodemografiche e professionali del campione (n = 98).

Variabili continue		Media
Età media (anni)		47,9
Numero medio di assistiti		1527,5
Ore lavorative settimanali		41,8
Variabile	n	%
Genere		
Femminile	53	54,1
Maschile	44	44,9
Altro	1	1
Madrelingua		
Tedesco	54	55,1
Italiano	35	35,7
Ladino	3	3,1
Altra lingua	6	6,1
Stato civile		
Convivente con partner	77	78,6
Vive da solo/a	21	21,4
Figli minori		
Si	48	49
No	50	51
Contesto ambulatorio		
Urbano	48	49
Rurale	50	51
Organizzazione dello studio		
Studio associato / gruppo	57	58,2

Studio singolo	26	26,5
Rete	15	15,3
Anni di attività MMG		
< 5 anni	25	25,5
5-10 anni	37	37,8
11-20 anni	15	15,3
> 20 anni	21	21,4

7.2 Valutazione del burnout

La valutazione del burnout è stata effettuata mediante la versione abbreviata del Maslach Burnout Inventory (MBI), che analizza tre dimensioni: esaurimento emotivo (EE), depersonalizzazione (DP) e realizzazione personale (RP).

La distribuzione dei livelli di burnout nelle tre dimensioni analizzate è riportata nella Tabella 2.

Tabella 2. Distribuzione dei livelli di burnout nelle tre dimensioni del MBI		
Dimensione	n	%
Esaurimento emotivo (EE)		
Basso	31	31,6
Moderato	41	41,8
Alto	26	26,5
Depersonalizzazione (DP)		
Basso	66	67,3
Moderato	24	24,5
Alto	8	8,2
Realizzazione personale (RP)		
Basso	2	2
Moderato	37	37,8
Alto (ridotta realizzazione personale)	59	60,2
Burnout complessivo		
Burnout elevato	2	2
Nessun burnout elevato	96	98

Dall'analisi dei risultati emerge che la dimensione maggiormente interessata è quella della realizzazione personale. In particolare, 59 medici (60,2%) presentavano livelli compatibili con ridotta realizzazione personale, mentre 37 (37,8%) mostravano livelli moderati e solo 2 partecipanti (2,0%) livelli bassi. Per quanto riguarda l'esaurimento emotivo, 26 partecipanti (26,5%) presentavano livelli elevati, 41 (41,8%) livelli moderati e 31 (31,6%) livelli bassi. La depersonalizzazione risultava invece meno frequente: 8 medici (8,2%) presentavano livelli elevati, 24 (24,5%) livelli moderati, mentre la maggioranza (66 partecipanti, 67,3%) mostrava livelli bassi. Considerando contemporaneamente le tre dimensioni del Maslach Burnout Inventory, 2 partecipanti (2,0%) presentavano un quadro compatibile con burnout elevato, mentre 96 medici (98,0%) non soddisfacevano i criteri per burnout elevato.

7.3 Fattori di rischio percepiti

I principali fattori di rischio lavorativi percepiti dai medici di medicina generale sono stati valutati mediante una serie di affermazioni con scala Likert a cinque punti, dove valori più elevati indicavano un maggiore grado di accordo con l'affermazione proposta.

I risultati sono riportati nella **Tabella 3**.

Tabella 3. Fattori di rischio lavorativi percepiti dai MMG (n=98)			
Fattore di rischio	Media (scala 1–5)	Accordo n	Accordo %
Carico burocratico e amministrativo	4,64	91	92,9
Stress legato al lavoro nelle Case della Comunità	4,68	90	91,8
Carico di lavoro differito dopo attività nelle Case della Comunità	4,56	90	91,8
Invasione della vita privata (telefonate, messaggi, email)	3,87	70	71,4
Carico di lavoro clinico	3,78	63	64,3
Aspettative dei pazienti	3,63	63	64,3
Numero di assistiti	3,58	59	60,2
Conciliazione lavoro–vita privata	3,35	53	54,1
Riduzione dell'empatia	2,51	25	25,5

Dall'analisi emerge come il **carico burocratico e amministrativo** rappresenti il fattore maggiormente percepito come fonte di stress: il punteggio medio risultava pari a 4,64 su 5, con il 92,9% dei partecipanti che si dichiarava abbastanza o completamente d'accordo sul fatto che la burocrazia incida negativamente sulla soddisfazione lavorativa.

Analogamente, anche gli aspetti organizzativi legati all'introduzione delle Case della Comunità venivano percepiti come potenziali fattori di stress rilevanti. In particolare, l'eventuale **attività complementare nelle Case della Comunità** presentava un punteggio medio di 4,68, con il 91,8% dei medici in accordo con l'affermazione che tale attività possa costituire una fonte di stress lavorativo. Inoltre, la possibilità che tale attività possa determinare un **accumulo di lavoro** nel proprio ambulatorio il giorno successivo mostrava un punteggio medio di 4,56, con il 91,8% dei partecipanti in accordo.

Un ulteriore fattore rilevante era rappresentato dall'**invasione della vita privata** attraverso telefonate, messaggi o email dei pazienti al di fuori dell'orario di lavoro, con un punteggio medio pari a 3,87 e il 71,4% dei partecipanti che si dichiarava d'accordo.

Il **carico di lavoro** clinico mostrava un punteggio medio di 3,78, con il 64,3% dei medici che lo considerava una possibile fonte di stress. Valori analoghi emergevano per quanto riguarda le **aspettative dei pazienti**, che presentavano un punteggio medio di 3,63 e una percentuale di accordo pari al 64,3%.

Il **numero di assistiti in carico** rappresentava un ulteriore elemento percepito come fattore di rischio, con un punteggio medio di 3,58 e il 60,2% dei partecipanti in accordo con l'affermazione proposta.

La **difficoltà di conciliazione tra attività lavorativa e vita privata** presentava un punteggio medio di 3,35, con il 54,1% dei medici che si dichiarava d'accordo.

Infine, la **riduzione dell'empatia** nei confronti dei pazienti risultava il fattore meno frequentemente riportato, con un punteggio medio di 2,51 e il 25,5% dei partecipanti che indicava un certo grado di accordo.

I risultati evidenziano come i principali fattori di stress percepiti dai medici di medicina generale riguardino in particolare il *carico burocratico* e gli *aspetti organizzativi del lavoro*, inclusi i cambiamenti legati all'introduzione delle Case della Comunità.

Analisi esplorativa delle associazioni

È stata inoltre condotta un'analisi esplorativa di tipo descrittivo al fine di individuare eventuali tendenze nelle associazioni tra variabili sociodemografiche, fattori di rischio percepiti e dimensioni del burnout.

Tale analisi si è basata sul confronto delle distribuzioni e delle medie dei punteggi tra i diversi gruppi, senza l'applicazione di test statistici inferenziali, e deve pertanto essere interpretata in termini puramente descrittivi.

Nel campione analizzato non sono emerse associazioni statisticamente robuste tra le principali variabili sociodemografiche (genere, madrelingua, stato civile, presenza di figli minori o contesto urbano/rurale) e la presenza di livelli elevati di burnout. Questo dato suggerisce che, nel contesto della medicina generale, il burnout possa essere influenzato in misura maggiore da fattori organizzativi e lavorativi piuttosto che da caratteristiche individuali dei professionisti.

Tuttavia, alcune tendenze meritano attenzione. In particolare, livelli più elevati di esaurimento emotivo sono stati osservati più frequentemente nei medici con un maggior numero di ore lavorate settimanalmente e nei professionisti con anzianità lavorativa intermedia (5–10 anni).

Un ulteriore elemento riguarda la modalità organizzativa dell'attività professionale: i medici che operano in studio singolo hanno mostrato una tendenza a riportare livelli leggermente più elevati di depersonalizzazione rispetto ai colleghi che lavorano in studi associati o in rete, suggerendo un possibile ruolo dell'isolamento professionale.

Per quanto riguarda i fattori di rischio lavorativi, la percezione di elevato carico burocratico appare associata a punteggi più elevati di esaurimento emotivo e a livelli più bassi di realizzazione personale, indicando che l'impatto delle attività amministrative può influenzare sia il carico emotivo sia la percezione di gratificazione professionale.

Un elemento particolarmente rilevante riguarda la percezione dei cambiamenti organizzativi legati all'introduzione delle Case della Comunità. Nel campione analizzato si osserva un elevato livello di accordo con l'affermazione secondo cui il lavoro complementare tra ambulatorio di medicina generale e Casa della Comunità possa rappresentare una fonte di stress lavorativo. Analogamente, emerge una diffusa preoccupazione per il possibile aumento del carico di lavoro differito.

Questa percezione appare trasversale alle diverse categorie sociodemografiche, suggerendo

che il tema rappresenti una preoccupazione diffusa tra i medici di medicina generale. Si osserva tuttavia una tendenza più marcata nei medici con figli minori, verosimilmente in relazione alla maggiore difficoltà di conciliazione tra impegni professionali e vita familiare.

Le principali tendenze osservate sono sintetizzate nella Tabella 4.

Tabella 4. Associazioni esplorative tra fattori lavorativi percepiti e dimensioni del burnout nei medici di medicina generale		
Variabile	Dimensione burnout associata	Tendenza osservata
Carico burocratico	Esaurimento emotivo	maggior percezione → EE più alto
	Realizzazione personale	Maggior percezione → RP più bassa
Ore lavorative settimanali	Esaurimento emotivo	Ore maggiori nei medici con EE elevato
Studio singolo	Depersonalizzazione	DP leggermente più frequente
Anzianità 5-10 anni	Esaurimento emotivo	EE più frequente
Invasione vita privata	Esaurimento emotivo	Correlazione positiva
Stress percepito Cdc	Esaurimento emotivo	Tendenza positiva
Carico differito Cdc	Conciliazione vita lavoro	Maggior preoccupazione nei medici con figli minori

Come evidenziato nella tabella, le associazioni osservate suggeriscono alcune tendenze tra fattori organizzativi del lavoro e dimensioni del burnout, pur in assenza di evidenze statisticamente robuste.

8. DISCUSSIONE

Il presente studio ha analizzato la prevalenza del burnout tra i medici di medicina generale operanti in Alto Adige e la percezione di alcuni fattori di rischio lavorativi, con particolare attenzione agli aspetti organizzativi della medicina territoriale e ai cambiamenti in corso nel sistema sanitario.

I risultati evidenziano che solo una piccola quota di partecipanti (2,0%) presenta un quadro compatibile con burnout elevato secondo i criteri adottati nel presente studio. Questo dato indica che, nel campione analizzato, il burnout completo risulta relativamente poco frequente. Tuttavia, l'analisi delle singole dimensioni del Maslach Burnout Inventory mostra come alcune componenti della sindrome siano comunque presenti in misura non trascurabile.

In particolare, la dimensione della ridotta realizzazione personale emerge come quella maggiormente rappresentata, con una quota rilevante di partecipanti che presenta punteggi indicativi di elevato rischio. Anche l'esaurimento emotivo risulta presente in misura significativa, mentre la depersonalizzazione appare meno frequente nel campione analizzato.

Questo andamento è coerente con quanto riportato nella letteratura internazionale, secondo cui il burnout nei medici di medicina generale tende a manifestarsi inizialmente attraverso esaurimento emotivo e riduzione della soddisfazione professionale, mentre la depersonalizzazione nei confronti dei pazienti risulta generalmente meno marcata rispetto ad altri contesti specialistici (31).

Per quanto riguarda i fattori di rischio percepiti, il dato più rilevante riguarda il carico burocratico e amministrativo, indicato dalla grande maggioranza dei partecipanti come fonte significativa di stress lavorativo. Questo risultato è in linea con numerosi studi condotti nell'ambito della medicina generale, che identificano la crescente complessità amministrativa e documentale come uno dei principali fattori di insoddisfazione professionale tra i medici di assistenza primaria (32).

L'analisi descrittiva dei dati suggerisce inoltre che i fattori maggiormente associati alla percezione di stress lavorativo non siano legati esclusivamente al carico clinico quantitativo, ma piuttosto a determinanti organizzativi e gestionali del lavoro. Nel presente campione, infatti, il numero medio di assistiti e le ore lavorate settimanalmente risultano relativamente elevati, senza tuttavia associarsi a un aumento marcato del burnout complessivo. Questo dato suggerisce che l'affaticamento professionale nella medicina generale sia influenzato in misura

significativa dalla qualità dell'organizzazione del lavoro e dalla percezione di controllo sulle attività professionali, più che dal solo volume di attività clinica (33).

Un ulteriore elemento emerso riguarda l'invasione della vita privata da parte dell'attività professionale, dovuta in particolare alla possibilità di essere contattati dai pazienti al di fuori dell'orario lavorativo attraverso telefonate, messaggi o altri strumenti di comunicazione. Anche questo aspetto è stato indicato da una quota rilevante di partecipanti come fonte di stress, evidenziando la difficoltà di mantenere un equilibrio tra vita professionale e personale. Tale fenomeno è stato descritto anche in altri studi, nei quali la crescente disponibilità dei medici nei confronti dei pazienti contribuisce alla progressiva riduzione dei confini tra tempo lavorativo e tempo personale (34).

Nel contesto specifico dell'Alto Adige assume particolare interesse la percezione dei cambiamenti organizzativi legati all'introduzione delle Case della Comunità. I risultati evidenziano come una larga maggioranza dei partecipanti percepisca il lavoro complementare tra ambulatorio di medicina generale e Casa della Comunità come una potenziale fonte di stress lavorativo.

In particolare, molti medici esprimono la preoccupazione che tale modello organizzativo possa comportare un aumento del carico di lavoro complessivo, soprattutto a causa della possibile accumulazione di richieste assistenziali nel proprio ambulatorio nei giorni successivi alle attività svolte nelle strutture territoriali. Questo dato sembra riflettere una fase di transizione organizzativa, nella quale l'introduzione di nuovi modelli assistenziali viene percepita come un potenziale aumento delle responsabilità e degli impegni lavorativi. È importante sottolineare che tali risultati non rappresentano una valutazione dell'efficacia del modello organizzativo delle Case della Comunità, ma descrivono la percezione dei professionisti in una fase di cambiamento del sistema sanitario territoriale.

Nel complesso, i risultati dello studio suggeriscono che, pur in presenza di livelli relativamente contenuti di burnout complessivo, esistano diversi fattori organizzativi e contestuali che possono contribuire allo sviluppo di condizioni di affaticamento professionale. In particolare, il carico burocratico, la difficoltà di separazione tra vita lavorativa e privata e la percezione di un possibile aumento del carico assistenziale emergono come elementi rilevanti nella pratica quotidiana della medicina generale.

Limiti dello studio

Il presente studio presenta alcune limitazioni metodologiche. In primo luogo, trattandosi di uno studio osservazionale trasversale basato su questionario volontario, non è possibile escludere la presenza di un bias di selezione. In particolare, è verosimile che abbiano aderito con maggiore probabilità medici più sensibili al tema del burnout o maggiormente interessati alle tematiche legate al benessere lavorativo.

Questo aspetto potrebbe aver influenzato i risultati, determinando una possibile sovra- o sottostima del fenomeno rispetto alla popolazione complessiva dei Medici di Medicina Generale operanti nel territorio.

Inoltre, le informazioni raccolte si basano su autovalutazione soggettiva, che può essere influenzata dalla percezione individuale delle condizioni lavorative e dal momento specifico in cui viene compilato il questionario.

Un ulteriore limite riguarda la natura trasversale dello studio, che consente una descrizione dei livelli di burnout e dei fattori percepiti di stress lavorativo, ma non permette di stabilire relazioni causali tra le variabili analizzate.

Infine, il campione, pur rappresentando un numero significativo di partecipanti, potrebbe non essere completamente rappresentativo dell'intera popolazione dei medici di medicina generale operanti nel territorio provinciale.

Implicazioni pratiche

Nonostante tali limitazioni, i risultati dello studio forniscono indicazioni rilevanti per la pratica professionale e per l'organizzazione dell'assistenza territoriale.

In particolare, l'elevata percezione del carico burocratico come fonte di stress suggerisce la necessità di interventi organizzativi volti a semplificare le procedure amministrative e a ridurre il tempo dedicato ad attività non strettamente cliniche.

I risultati evidenziano inoltre l'importanza di favorire un migliore equilibrio tra attività professionale e vita privata, promuovendo modelli organizzativi che consentano ai medici di medicina generale di mantenere confini più chiari tra tempo lavorativo e tempo personale.

Per quanto riguarda l'introduzione delle Case della Comunità, i dati suggeriscono l'opportunità di accompagnare i cambiamenti organizzativi con adeguate misure di supporto

ai professionisti, al fine di evitare un aumento non sostenibile del carico di lavoro percepito e favorire una reale integrazione tra i diversi livelli dell'assistenza territoriale.

9. CONCLUSIONI

Il presente studio ha analizzato la prevalenza e i principali determinanti del burnout tra i medici di medicina generale operanti in Alto Adige, con particolare attenzione ai fattori organizzativi e ai cambiamenti in atto nell'assistenza territoriale.

Nel campione analizzato, il burnout completo – definito dalla combinazione di elevato esaurimento emotivo, elevata depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale – è risultato relativamente poco frequente. Tuttavia, una quota significativa di partecipanti ha riportato livelli moderati o elevati in singole dimensioni della sindrome, in particolare nell'ambito dell'esaurimento emotivo e della ridotta realizzazione personale. Questo dato suggerisce la presenza di segnali precoci di affaticamento professionale che meritano attenzione.

L'analisi dei fattori di rischio percepiti ha evidenziato come alcuni aspetti organizzativi della pratica clinica, in particolare il carico burocratico, il numero di ore lavorate e la difficoltà di mantenere un equilibrio tra vita professionale e vita privata, rappresentino elementi frequentemente associati a livelli più elevati di stress lavorativo. Tali risultati risultano coerenti con la letteratura, che identifica nei fattori organizzativi uno dei principali determinanti del burnout nei professionisti sanitari (10,12,15).

Un ulteriore elemento di interesse emerso dall'indagine riguarda la percezione dei cambiamenti organizzativi legati all'introduzione delle Case della Comunità. Molti partecipanti hanno espresso preoccupazione per il possibile aumento dello stress lavorativo legato allo svolgimento dell'attività professionale in più contesti organizzativi e per il rischio di accumulo di richieste assistenziali nei giorni successivi all'attività svolta presso tali strutture. Sebbene tali percezioni abbiano carattere esplorativo, esse evidenziano l'importanza di monitorare attentamente l'impatto delle riforme dell'assistenza territoriale sulle condizioni di lavoro dei medici di medicina generale.

Nel complesso, i risultati di questo studio suggeriscono che il benessere professionale dei medici di medicina generale non dipenda esclusivamente dal carico clinico, ma sia strettamente legato all'organizzazione del lavoro e al contesto istituzionale in cui l'attività

professionale viene svolta. In questo senso, politiche sanitarie orientate al rafforzamento dell'assistenza territoriale dovrebbero considerare anche la sostenibilità organizzativa del lavoro dei professionisti, promuovendo modelli che favoriscano la collaborazione tra colleghi, la riduzione del carico amministrativo e un migliore equilibrio tra vita professionale e personale.

Ulteriori studi, possibilmente multicentrici e con disegni longitudinali, potrebbero contribuire a chiarire meglio l'evoluzione del burnout nei medici di medicina generale e a valutare nel tempo l'impatto dei cambiamenti organizzativi del sistema sanitario territoriale.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications. *World Psychiatry*. 2016;15(2):103–111.
2. World Health Organization. Burn-out an occupational phenomenon. In: *International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)*. Geneva: WHO; 2019.
3. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple aim to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*. 2014;12(6):573–576.
4. Freudemberger HJ. Staff burnout. *J Soc Issues*. 1974;30(1):159–165.
5. World Health Organization. *International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)*. Geneva: WHO; 2019.
6. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*. 1981;2:99–113.
7. Maslach C, Leiter MP. Burnout. *Annu Rev Psychol*. 2016;67:397–422.
8. Schaufeli WB, Enzmann D. *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. London: Taylor & Francis; 1998.
9. Ahola K, Hakanen J. Job strain, burnout, and depressive symptoms: A prospective study among dentists. *J Affect Disord*. 2007;104(1–3):103–110.
10. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, et al. Prevalence of burnout among physicians: A systematic review. *JAMA*. 2018;320(11):1131–1150.
11. Physician burnout: a global crisis. *Lancet*. 2019;394(10193):93.

12. Shanafelt TD, Dyrbye LN, West CP. Addressing physician burnout: The way forward. *JAMA*. 2017;317(9):901–902.
13. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, et al. Changes in burnout and satisfaction with work–life balance in physicians. *Mayo Clin Proc*. 2019;94(9):1681–1694.
14. Sinsky C, Colligan L, Li L, et al. Allocation of physician time in ambulatory practice: A time and motion study. *Ann Intern Med*. 2016;165(11):753–760.
15. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016;388(10057):2272–2281.
16. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2017;177(2):195–205.
17. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Mayo Clin Proc*. 2010;85(9):888–897.
18. Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB. Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: A systematic review. *BMJ Open*. 2016;6:e009837.
19. Provincia Autonoma di Bolzano. Piano provinciale per la salute. Bolzano: Provincia Autonoma di Bolzano; ultimo aggiornamento disponibile.
20. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457–502.
21. Bodenheimer T, Ghorob A, Willard-Grace R, Grumbach K. The 10 building blocks of high-performing primary care. *Ann Fam Med*. 2014;12(2):166–171.

22. Ministero della Salute. Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77: Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale. Roma; 2022.
23. World Health Organization. Strengthening primary health care through integrated service delivery. Geneva: WHO; 2016.
24. Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: a potential threat to successful health care reform. *JAMA*. 2011;305(19):2009–2010.
25. Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive leadership and physician well-being: Nine organizational strategies. *Mayo Clin Proc*. 2017;92(1):129–146.
26. Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol*. 2008;93(3):498–512.
27. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, et al. Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2018;178(10):1317–1330.
28. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual*. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
29. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Dev Int*. 2009;14(3):204–220.
30. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work Stress*. 2005;19(3):192–207.
31. Soler JK, Yaman H, Esteva M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract*. 2008;25(4):245–265.
32. Arndt BG, Beasley JW, Watkinson MD, et al. Tethered to the EHR: Primary care

physician workload assessment. *Ann Fam Med*. 2017;15(5):419–426.

33. Linzer M, Poplau S, Brown R, et al. Do work conditions of primary care physicians affect patient care? *Ann Fam Med*. 2014;12(4):324–330.

34. Gregory ST, Menser T. Burnout among primary care physicians. *J Health Organ Manag*. 2015;29(5):710–726.

APPENDICE A – Questionario in lingua italiana

SEZIONE 1 – DATI SOCIODEMOGRAFICI E PROFESSIONALI

1. Genere

- ☐ Maschile
- ☐ Femminile
- ☐ Altro

2. Anno di nascita

Risposta numerica breve: _____

3. Madrelingua

- ☐ Italiano
- ☐ Tedesco
- ☐ Ladino
- ☐ Altro

4. Stato civile

- ☐ Convivente / con partner
- ☐ Vive da solo/a

5. Presenza di figli minori

- ☐ Sì
- ☐ No

6. Contesto dell'ambulatorio

- ☐ Urbano
- ☐ Rurale

7. Modalità organizzativa prevalente

- ☐ Studio singolo
- ☐ Studio associato / gruppo
- ☐ Rete
- ☐ Casa della Comunità

8. Numero di assistiti in carico

Risposta numerica breve: _____

9. Numero medio di ore lavorate alla settimana

Risposta numerica breve: _____

10. Anni complessivi di attività in Medicina Generale

- ☐ < 5 anni
- ☐ 5–10 anni
- ☐ 11–20 anni
- ☐ > 20 anni

SEZIONE 2 – VALUTAZIONE DEL BURNOUT

Maslach Burnout Inventory – Versione Accorciata

Indichi con quale frequenza sperimenta le seguenti situazioni nella sua attività professionale.

Scala di risposta (menu a tendina o scala lineare 0–5):

- 0 = Mai
- 1 = Raramente
- 2 = Qualche volta
- 3 = Spesso
- 4 = Molto spesso
- 5 = Sempre

Esaurimento Emotivo

1. Mi sento emotivamente esausto dalla mia pratica clinica.

2. Mi sento stanco al mattino quando devo affrontare un'altra giornata di lavoro.
3. Mi sento come se stessi lavorando troppo duramente.
4. Questa professione mi sta prosciugando.

Depersonalizzazione

5. Ho paura che questo lavoro mi stia inducendo emotivamente.
6. Mi capita di trattare alcuni pazienti in modo impersonale, quasi come se fossero degli oggetti.
7. Non mi importa cosa succede ad alcuni pazienti.
8. Sono diventato più insensibile alla gente da quando faccio questo lavoro.

Ridotta Realizzazione Personale

9. Sento che il mio lavoro è inutile.
10. Mi sento pieno di energia.
11. Sento di aver realizzato molte cose valide nella mia professione.
12. Sento di non avere abbastanza capacità per interagire con i pazienti in modo efficace.

SEZIONE 3 – FATTORI DI RISCHIO LAVORATIVI E CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI

Indichi il suo grado di accordo con le seguenti affermazioni.

Scala di risposta:

- 1 = Per niente d'accordo
- 2 = Poco d'accordo
- 3 = Né d'accordo né in disaccordo
- 4 = Abbastanza d'accordo
- 5 = Completamente d'accordo

1. Il carico burocratico e amministrativo incide negativamente sulla mia soddisfazione lavorativa.
2. La quantità di lavoro clinico quotidiano è difficile da gestire nei tempi disponibili.
3. Il numero di assistiti in carico contribuisce in modo significativo al mio livello di stress.

4. Le aspettative dei miei pazienti sono spesso difficili da soddisfare.
5. Negli ultimi mesi mi è capitato di sentirmi meno empatico nei confronti dei miei pazienti.
6. Mi è difficile conciliare gli impegni lavorativi con la mia vita privata e familiare.
7. Il mio lavoro tende a invadere la mia vita privata (ad esempio tramite telefonate, messaggi o email al di fuori dell'orario lavorativo).
8. La prospettiva di dover svolgere l'attività lavorativa in modo complementare tra il mio studio di Medicina Generale e la Casa della Comunità potrebbe rappresentare per me una fonte aggiuntiva di stress.
9. La possibilità di non essere direttamente raggiungibile dai miei pazienti durante l'attività svolta presso la Casa della Comunità potrebbe determinare un aumento del carico di lavoro nei giorni successivi.

APPENDICE B – Questionario in lingua tedesca

ABSCHNITT 1 – SOZIODEMOGRAFISCHE UND BERUFLICHE DATEN

1. Geschlecht

- ☐ Männlich
- ☐ Weiblich
- ☐ Divers

2. Geburtsjahr

Numerische Antwort: _____

3. Muttersprache

- ☐ Italienisch
- ☐ Deutsch
- ☐ Ladinisch
- ☐ Andere

4. Familienstand

- ☐ Mit Partner/in zusammenlebend
- ☐ Alleinlebend

5. Minderjährige Kinder

- ☐ Ja
- ☐ Nein

6. Standort der Praxis

- ☐ Urbanes Gebiet
- ☐ Ländliches Gebiet

7. Vorherrschende Organisationsform

- ☐ Einzelpraxis

☐ Gemeinschafts- / Gruppenpraxis

☐ Netzwerk

☐ Haus der Gemeinschaft

8. Anzahl der betreuten Patientinnen und Patienten

Numerische Antwort: _____

9. Durchschnittliche wöchentliche Arbeitsstunden

Numerische Antwort: _____

10. Gesamtjahre der Tätigkeit in der Allgemeinmedizin

☐ < 5 Jahre

☐ 5–10 Jahre

☐ 11–20 Jahre

☐ > 20 Jahre

ABSCHNITT 2 – ERFASSUNG DES BURNOUT

Maslach Burnout Inventory – verkürzte Version

Bitte geben Sie an, wie häufig Sie die folgenden Situationen in Ihrer beruflichen Tätigkeit erleben.

Antwortskala:

0 = Nie

1 = Selten

2 = Manchmal

3 = Oft

4 = Sehr oft

5 = Immer

Emotionale Erschöpfung

1. Ich fühle mich durch meine klinische Tätigkeit emotional erschöpft.
2. Ich fühle mich morgens müde, wenn ich einen weiteren Arbeitstag beginnen muss.
3. Ich habe das Gefühl, zu hart zu arbeiten.
4. Dieser Beruf zehrt an meinen Kräften.

Depersonalisierung

5. Ich habe das Gefühl, dass mich diese Arbeit emotional verhärtet.
6. Es kommt vor, dass ich manche Patientinnen und Patienten unpersönlich behandle, fast so, als wären sie Objekte.
7. Es ist mir gleichgültig geworden, was mit manchen Patientinnen und Patienten geschieht.
8. Seitdem ich diesen Beruf ausübe, bin ich gegenüber Menschen gefühlloser geworden.

Verminderte persönliche Leistungsfähigkeit

9. Ich habe das Gefühl, dass meine Arbeit sinnlos ist.
10. Ich fühle mich voller Energie.
11. Ich habe das Gefühl, in meinem Beruf vieles Wertvolles erreicht zu haben.
12. Ich habe das Gefühl, nicht ausreichend fähig zu sein, effektiv mit Patientinnen und Patienten zu interagieren.

ABSCHNITT 3 – ARBEITSBELASTUNG UND ORGANISATORISCHE VERÄNDERUNGEN

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

Antwortskala:

- 1 = Stimme überhaupt nicht zu
- 2 = Stimme wenig zu
- 3 = Weder noch

4 = Stimme eher zu

5 = Stimme voll und ganz zu

1. Die bürokratische und administrative Belastung wirkt sich negativ auf meine Arbeitszufriedenheit aus.
2. Das tägliche klinische Arbeitspensum ist innerhalb der verfügbaren Zeit schwer zu bewältigen.
3. Die Anzahl der betreuten Patientinnen und Patienten trägt wesentlich zu meinem Stressniveau bei.
4. Die Erwartungen meiner Patientinnen und Patienten sind häufig schwer zu erfüllen.
5. In den letzten Monaten habe ich mich meinen Patientinnen und Patienten gegenüber weniger empathisch gefühlt.
6. Es fällt mir schwer, meine beruflichen Verpflichtungen mit meinem Privat- und Familienleben zu vereinbaren.
7. Meine berufliche Tätigkeit greift häufig in mein Privatleben ein (z. B. durch Telefonate, Nachrichten oder E-Mails außerhalb der regulären Arbeitszeit).
8. Die Perspektive, meine berufliche Tätigkeit ergänzend zwischen meiner Praxis und dem Haus der Gemeinschaft ausüben zu müssen, könnte für mich eine zusätzliche Quelle beruflichen Stresses darstellen.
9. Die Möglichkeit, während meiner Tätigkeit im Haus der Gemeinschaft für meine eigenen Patientinnen und Patienten nicht direkt erreichbar zu sein, könnte zu einer erhöhten Arbeitsbelastung an den darauffolgenden Tagen führen.