

IL BURN-OUT NEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE DI MODENA

Prevalenza e variabili correlate

MARIA STELLA PADULA, ENRICA FERRETTI*, ELENA SVAMPA**,
ROBERTO D'AMICO***, MARCO VENUTA****, GIAN PAOLO GUARALDI*****

MMG, Presidente SIMG Modena, Professore a contratto di Medicina Generale, Università di Modena e Reggio Emilia;

* Specializzanda in Psichiatria; ** Dottoranda in Psicobiologia dell'Uomo; *** Ricercatore in Statistica Medica;

**** Psichiatra, Clinica psichiatrica; ***** Direttore della Scuola di Specializzazione in Psichiatria,
Università di Modena e Reggio Emilia

Ricerca

Il termine anglosassone *burn-out*, traducibile in italiano con “bruciato, esaurito, scoppiato”, esprime con un'efficace metafora il bruciarsi dell'operatore e il suo cedimento psico-fisico rispetto alle difficoltà della sua attività professionale (Pellegrino, 2000).

Secondo la Maslach (1982), il *burn-out* è una sindrome caratterizzata da esaurimento emozionale, depersonalizzazione e riduzione delle capacità personali, che può presentarsi nei soggetti che per professione si occupano delle persone (*helping professions*).

La pratica clinica, sebbene procuri molte gratificazioni e soddisfazioni, presenta notevoli aspetti stressanti con conseguenze potenzialmente negative per la salute e il benessere dei medici (McCranie e Brandsma, 1988).

Il medico affetto da disturbi psichici rimane spesso un paziente solitario, con scarsi riferimenti privati e nessuno nel settore istituzionale, bloccato nelle sue richieste di aiuto dalla paura del giudizio altrui (Di Sciascio e Calò, 2000). Questa solitudine professionale è ancora più marcata per il Medico di Medicina Generale (MMG).

Negli ultimi anni i livelli di *burn-out* tra i medici delle cure primarie in Europa stanno aumentando in modo rilevante, e questo può essere dovuto all'incremento del carico lavorativo e ai conflitti di ruolo. Ciò deve indurre a studiare il fenomeno in modo più sistematico per sviluppare strategie preventive efficaci (Kushnir et al., 2004).

Tuttavia, non esistono soluzioni rapide e facili al problema (Maslach, 1982). L'unico reale rimedio al *burn-out* è infatti la prevenzione: è infatti molto difficile recuperare una situazione degenerata sia per il singolo sia per l'ambiente lavorativo nel suo complesso. Per dirlo con le parole di Christina Maslach, “un grammo di prevenzione vale quanto mezzo chilo di cura” (Rossati e Magro, 1999).

OBIETTIVI

Tra i MMG, il *burn-out* è una realtà verso la quale è necessario prendere provvedimenti mirati, in considerazione delle conseguenze che ha sul medico stesso, sul paziente e sul sistema sanitario.

L'obiettivo primario che ci siamo posti è stato quello di valutare la prevalenza della sindrome del *burn-out* tra i MMG di Modena e provincia, per accertare l'estensione effettiva del fenomeno.

Secondariamente, abbiamo voluto verificare l'esistenza di un'eventuale associazione tra la presenza di alti livelli

di *burn-out* e certe variabili che consideravamo implicate in tale fenomeno (obiettivo secondario), per identificare i possibili fattori responsabili della sindrome, nella prospettiva di attuare percorsi di prevenzione mirati.

Le motivazioni che ci hanno condotto a interessarci dell'argomento sorgono da una precedente esperienza di terapia di gruppo, intrapresa da medici sensibilizzati che hanno manifestato l'esigenza di studiare il fenomeno del *burn-out* nell'ipotesi di programmare interventi di prevenzione e cura.

MATERIALI

Sono stati utilizzati due strumenti di valutazione sotto forma di questionari autosomministrati: una scheda dati di carattere demografico-organizzativo e il *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

Per quanto riguarda la valutazione della prevalenza del *burn-out* tra i MMG modenesi, abbiamo utilizzato il *Maslach Burnout Inventory*, che prende il nome da colei che lo ha pensato, Christina Maslach, ed è sicuramente il questionario più utilizzato e attendibile per valutare il fenomeno (Maslach e Jackson, 1982).

In particolare, rispetto alla categoria professionale scelta per la nostra ricerca, secondo uno studio pilota condotto su MMG di 16 diversi paesi europei, il MBI è uno strumento valido e attendibile: il suo utilizzo permette di identificare i medici che hanno già sperimentato il *burn-out* o che sono a rischio (Yaman e Soler, 2002).

Il MBI è finalizzato alla valutazione del *burn-out* nel personale che opera nei servizi sociosanitari e nelle istituzioni educative (medici, infermieri, educatori, assistenti sociali, insegnanti). Nel nostro studio abbiamo utilizzato il MBI nel suo adattamento italiano per i servizi sociosanitari.

Il MBI serve per valutare tre dimensioni indipendenti della sindrome, ognuna misurata con un'apposita sottoscala:

1. *esaurimento emotivo* (EE): esamina la sensazione di essere inaridito emotivamente ed esaurito dal proprio lavoro;
2. *depersonalizzazione* (DP): misura una risposta fredda e impersonale nei confronti degli utenti del proprio servizio;
3. *realizzazione personale* (RP): valuta la sensazione relativa alla propria competenza e al proprio desiderio di successo nel lavorare con gli altri.

TABELLA I
Giudizio di frequenza nel questionario.

QUANTO SPESSO	0	1	2	3	4	5	6
	Mai	Qualche volta all'anno	Una volta al mese o meno	Qualche volta al mese	Una volta alla settimana	Qualche volta alla settimana	Ogni giorno

Si tratta di un questionario autosomministrato composto da 22 affermazioni, che esplorano in ordine sparso le tre dimensioni indipendenti del *burn-out*: EE, DP, RP.

Per ognuna delle 22 affermazioni bisogna apporre un giudizio di frequenza che va da 0 a 6 in base a quanto spesso si prova il sentimento descritto (Tab. I).

Occorre sottolineare che il *burn-out* non è una variabile dicotomica (presente o assente), ma si tratta di una variabile continua da basso, a moderato, ad alto grado di sentimenti provati (Maslach e Jackson, 1993):

- *alto grado di burn-out*: si avrà con elevati punteggi nelle sottoscale EE e DP e bassi punteggi nella sottoscala RP;
- *medio grado di burn-out*: si avrà con punteggi medi in tutte e tre le sottoscale;
- *basso grado di burn-out*: si avrà con bassi punteggi nelle sottoscale EE e DP e alti punteggi nella sottoscala RP.

Allegata al MBI abbiamo inserito la scheda dati contenente le variabili, scelte in base a un'attenta analisi dei dati presenti in letteratura e all'esperienza professionale diretta di alcuni MMG:

- *variabili di tipo demografico*: età, sesso, stato civile, numero ed età figli;
- *variabili di tipo organizzativo*: attività esclusiva o non di MMG, numero anni di convenzione, ore lavorate per settimana, numero totale di assistiti, numero assistiti sopra i 65 anni, numero di rikusazioni, contesto geografico di lavoro, collaborazione con gruppo di MMG, presenza di infermiera e/o segretaria, partecipazione ad attività di formazione e aggiornamento (da discente e/o docente e/o tutor).

METODO

Un campione di 80 MMG è stato selezionato in modo casuale tra tutti i 535 MMG di Modena e provincia. Tale campione corrisponde al 15% del totale della popolazione dei MMG modenesi e la scelta è superiore al 10% perché consente di avere un margine nei confronti dei MMG che non avrebbero risposto. Per ottenere dei risultati statisticamente significativi, infatti, sono necessarie almeno 54 risposte (10% del totale dei MMG modenesi).

Nella scelta del metodo con cui procedere si è tenuto conto principalmente della *compliance* al questionario stesso, ovvero della probabilità di risposta: è parso ottimale scegliere l'anonimato, dato che l'ambito di indagine comprende condizioni molto personali. Inoltre, tenendo presente l'elevato impegno lavorativo di tale categoria professionale, è sembrato più favorevole utilizzare il mezzo postale per dare modo ai MMG di rispondere nel momento a loro più conveniente.

L'analisi statistica dei dati raccolti è stata eseguita tramite l'utilizzo del software Stata versione 8.

Per effettuare lo studio delle eventuali associazioni tra le variabili e alti livelli di *burn-out*, espresso dalle tre sottoscale dell'esaurimento emotivo (EE), della depersonalizzazione (DP) e della realizzazione personale (RP), si è utilizzato il modello di regressione logistica. La misura di associazione utilizzata è stata l'*odds ratio* (OR = $p/1-p$):

- OR < 1: significa che il "rischio" di *burn-out* diminuisce all'aumentare unitario della variabile;
- OR > 1: significa che il "rischio" di *burn-out* aumenta all'aumentare unitario della variabile.

RISULTATI

Sono pervenuti in totale 56 questionari (tasso di risposta del 70%), pari al 10,5% della popolazione totale dei MMG considerati.

Dall'analisi statistica effettuata sui dati raccolti, il campione risulta costituito come illustrato nella Tabella II. Per quanto riguarda la prevalenza del *burn-out*, rispetto alle 3 sottoscale del MBI, è stato rilevato che:

- il 37,5% degli intervistati presenta alti livelli di esaurimento emotivo, il 33,9% livelli moderati, il 28,6% bassi;
- il 26,8% presenta alti livelli di depersonalizzazione, il 28,6% moderati, il 44,6% bassi;
- l'8,9% presenta alti livelli di scarsa realizzazione personale, il 35,7% moderati, il 55,4% bassi (Fig. 1).

Successivamente ci siamo occupati di identificare eventuali variabili associate alla presenza di alti livelli di *burn-out*, ottenendo i risultati mostrati in Tabella III.

Come si evidenzia, i risultati non sono statisticamente significativi ($p > 0,05$), quindi non sono generalizzabili.

Verosimilmente, la mancanza di significatività statistica dipende dalla ridotta numerosità campionaria: la scelta del campione è stata infatti finalizzata primariamente allo studio della prevalenza. Tuttavia possiamo evidenziare alcune variabili che risultano protettive rispetto ad alti livelli di *burn-out*; per agevolarne la lettura gli OR sono espressi uniformemente con valori inferiori a 1 (Figg. 2-4).

Le variabili che sembrano essere protettive per la dimensione dell'esaurimento emotivo sono in ordine di importanza: svolgere attività di docente/tutor, sesso maschile, contesto lavorativo cittadino, assistiti totali > 1000, avere 1-2 figli, svolgere attività esclusiva di MG, avere collaborazione (segretaria, infermiera, gruppo di medici in associazione), età > 50 anni (Fig. 2).

Le variabili che sembrano essere protettive per la dimensione della depersonalizzazione sono in ordine di importanza: avere 1-2 figli, contesto lavorativo cittadi-

TABELLA II
Caratteristiche del campione.

VARIABILI DEMOGRAFICHE	
Sesso	Maschi 71,4%; Femmine 28,6%
Età media	50,2 anni; range 40-68
Stato civile	Coniugato 85,7%
Numero di figli	Almeno 2 figli 60,7%
VARIABILI ORGANIZZATIVE	
Contesto geografico	44,6% città; 46,4% paese; 8,9% rurale
Attività esclusiva di MMG	75%
Anni di convenzione	In media 17,4 anni; range 1-36
Ore di lavoro settimanali*	In media 40,2; range 15-70
Assistiti totali	In media 1184; > 1000 assistiti 71,4%
Assistiti di età > 65 anni†	> 30% assistiti ultra65 nel 24% MMG
Assistiti ricusanti nell'anno passato‡	In media 34; range 0-100
Attività di formazione	Docente 25%, tutor 23,2%
Medici con collaborazione (segretaria, infermiera, gruppo)	30,4%

* Bisogna tuttavia sottolineare che alcuni MMG hanno riportato nel questionario solo le ore di ambulatorio, mentre altri non hanno specificato se le ore riportate siano totali o no. Pertanto questo dato risulta poco attendibile, ovvero probabilmente la media delle ore lavorate per settimana è più alta di quella riscontrata.

† Questo dato è stato fornito solo dal 61% (n = 49) dei medici intervistati.

‡ Dato fornito solo dal 46% (n = 37) dei medici intervistati e non sempre in modo preciso.

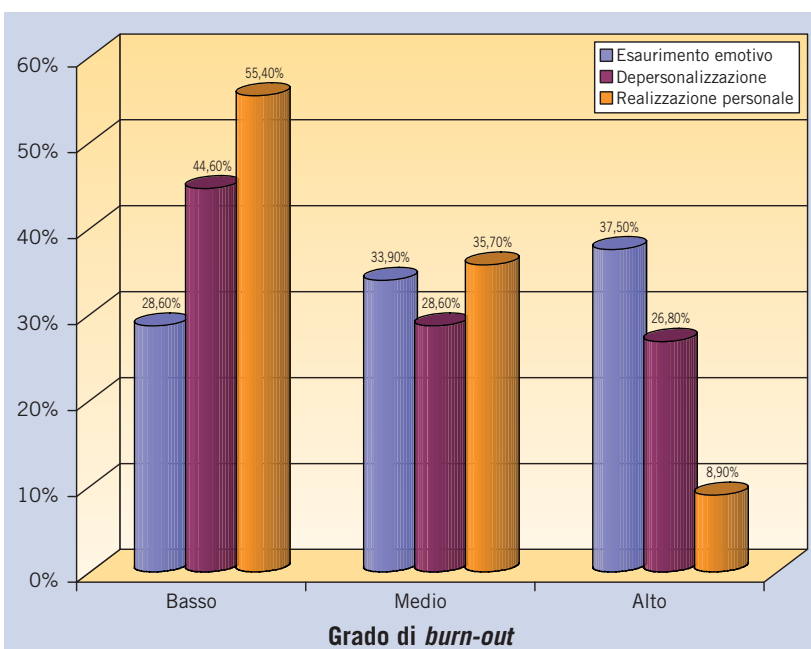


Figura 1
Prevalenza di burn-out tra i MMG modenesi.

no, svolgere attività esclusiva di MG, svolgere attività di docente/tutor, età > 50 anni, ore lavorative settimanali < 40, avere collaborazione (segretaria, infermiera, gruppo di medici in associazione), assistiti totali < 1000, sesso femminile, stato civile non-coniugato (Fig. 3).

Le variabili che sembrano essere protettive per la dimensione della realizzazione personale sono in ordine di importanza: avere collaborazione (segretaria, infermiera,

gruppo di medici in associazione), contesto lavorativo cittadino, ore lavorative settimanali > 40, svolgere attività di docente/tutor, sesso maschile, assistiti totali < 1000, minor numero di figli, non svolgere attività esclusiva di MG, età > 50 anni (Fig. 4).

DISCUSSIONE

L'obiettivo principale del presente studio è stato quello di valutare la prevalenza della sindrome di burn-out nella popolazione dei MMG modenesi. Tale valutazione è stata effettuata su un campione rappresentativo di medici, prendendo in considerazione le tre dimensioni del burn-out (esaurimento emotivo, depersonalizzazione, realizzazione personale) attraverso la somministrazione del *Maslach Burnout Inventory*.

I risultati ottenuti rivelano che la maggior parte dei MMG modenesi è emotivamente esaurita, circa la metà presenta livelli medio-alti di depersonalizzazione, e più del 50% conserva un buon grado di realizzazione personale.

Per valutare se il livello di burn-out dei MMG di Modena fosse in linea con altri MMG italiani ed europei, abbiamo confrontato i nostri risultati con due studi analoghi (Fig. 5).

TABELLA III
Associazione tra variabili e burn-out.

VARIABILI	ESAURIMENTO EMOTIVO		DEPERSONALIZZAZIONE		REALIZZAZIONE PERSONALE				
	OR	95% CI	P	OR	95% CI	P			
DEMOGRAFICHE									
Sesso (maschi vs. femmine)	3	0,91-9,93	0,072	0,88	0,23-3,31	0,849	1,76	0,27-11,69	0,557
Età (≤ 50 vs. > 50)	0,89	0,30-2,65	0,835	0,77	0,23-2,57	0,673	0,81	0,12-5,28	0,827
N. figli (0 vs. 1-2)	0,50	0,11-2,33	0,609	0,50	0,10-2,51	0,635	-	-	-
N. figli (0 vs. 3-4)	0,80	0,12-5,40	0,609	0,83	0,11-6,11	0,635	-	-	-
N. figli (variabile continua)	-	-	-	-	-	-	1,46	0,57-3,78	0,420
Stato civile (coniugato vs. non coniugato)	1	0,21-4,69	1	1,11	0,20-6,24	0,902	NS*	-	-
ORGANIZZATIVE									
Contesto geografico (città vs. provincia)	0,47	0,15-1,45	0,191	0,53	0,15-1,81	0,307	0,28	0,03-2,69	0,271
N. ore settimanali (≤ 40 vs. > 40)	1	0,33-2,98	1	1,24	0,38-4,06	0,728	0,30	0,03-2,92	0,302
N. assistiti > 65 anni	1	0,99-1,00	0,419	1	0,99-1,00	0,798	1	0,99-1,01	0,325
N. assistiti ricusanti	1	0,98-1,02	0,982	0,97	0,93-1,00	0,072	1,02	0,99-1,05	0,215
Attività esclusiva MG (Sì vs. No)	2	0,58-6,83	0,269	1,78	0,48-6,55	0,387	0,73	0,07-7,14	0,787
N. totale assistiti (≤ 1000 vs. 1000+)	0,48	0,15-1,57	0,226	1,14	0,30-4,29	0,849	1,67	0,17-16,17	0,660
Attività docenza/tutoraggio (Sì vs. No)	0,31	0,09-1,13	0,076	0,63	0,17-2,33	0,490	0,46	0,05-4,42	0,500
Collaborazione (Sì vs. No)	0,8	0,25-2,57	0,708	0,83	0,23-2,94	0,77	0,25	0,04-1,67	0,154

* NS = non stimabile, perché nessuno dei non-coniugati presentava alti livelli di burn-out.

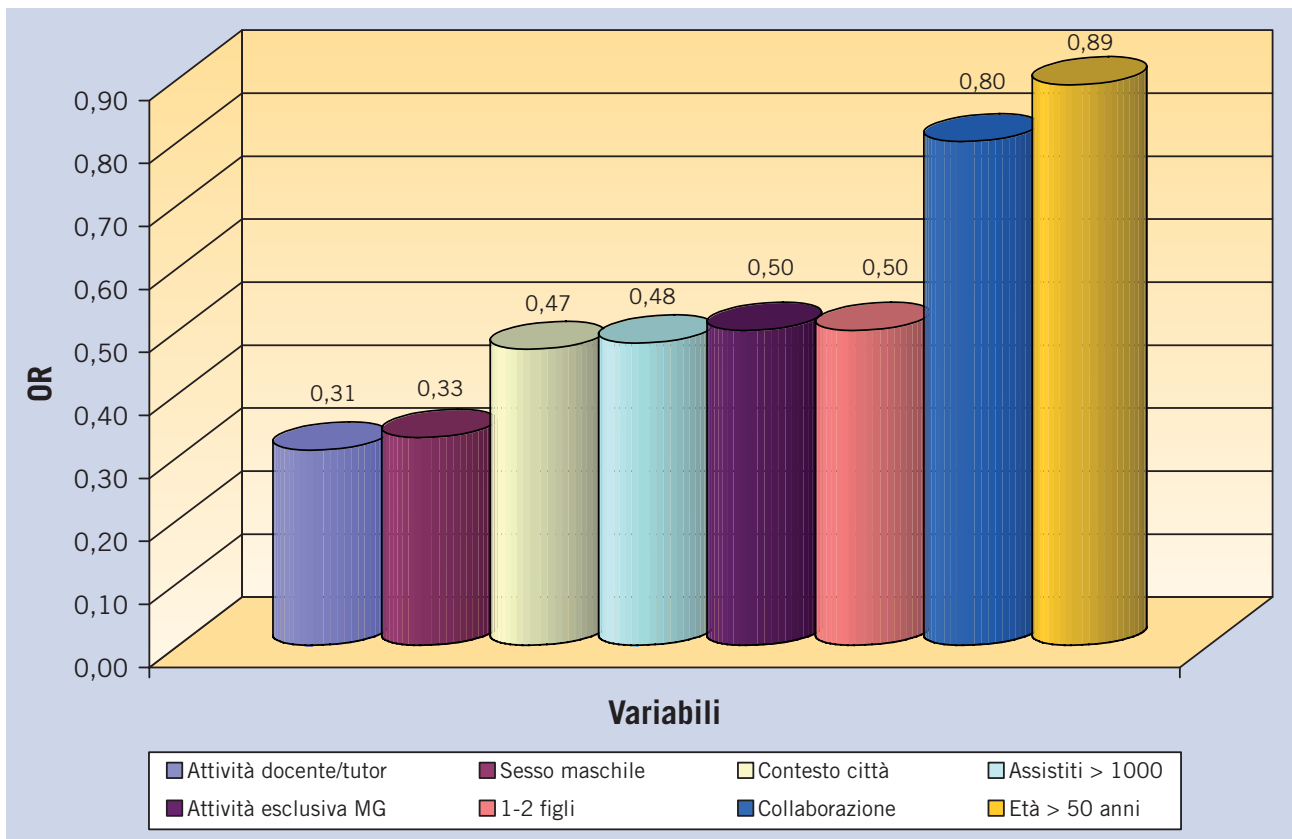


Figura 2
Fattori protettivi per EE.

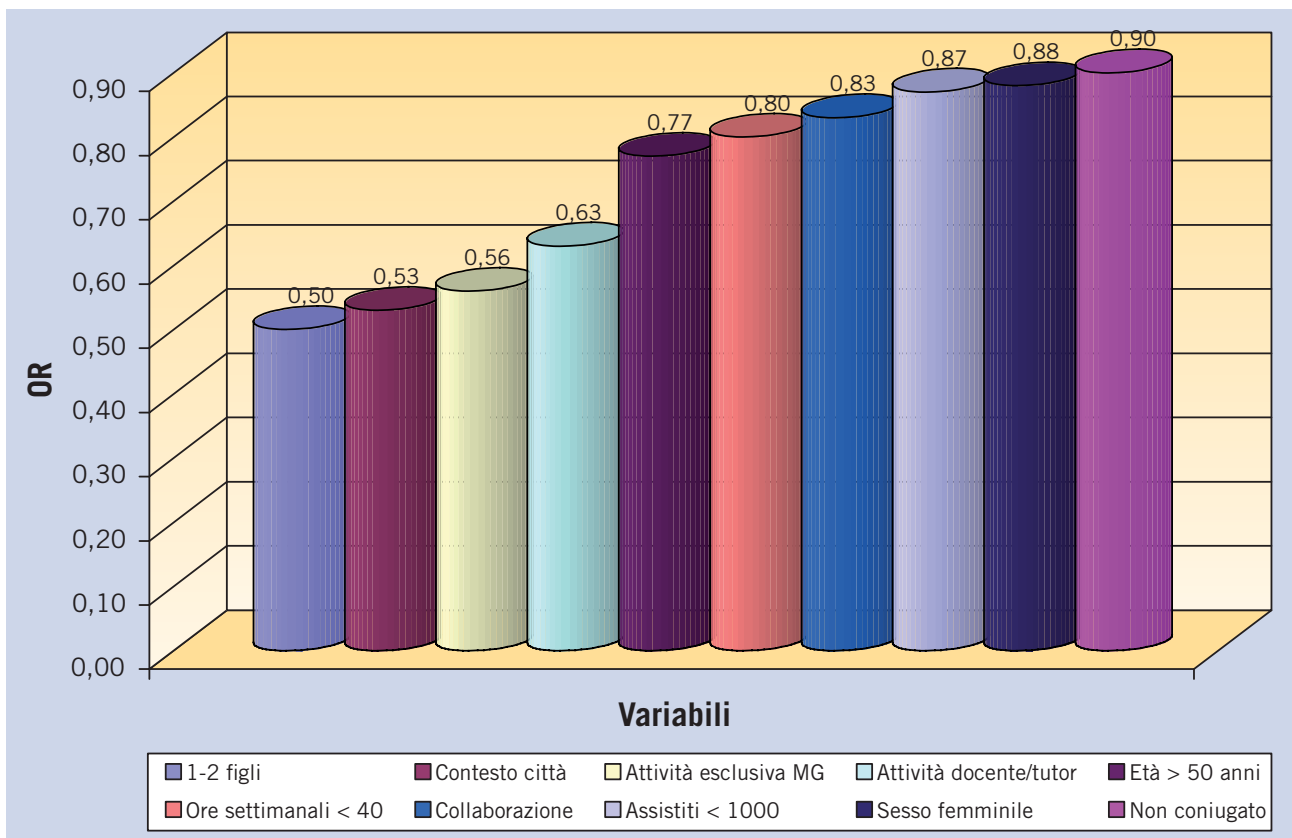


Figura 3
Fattori protettivi per DP.

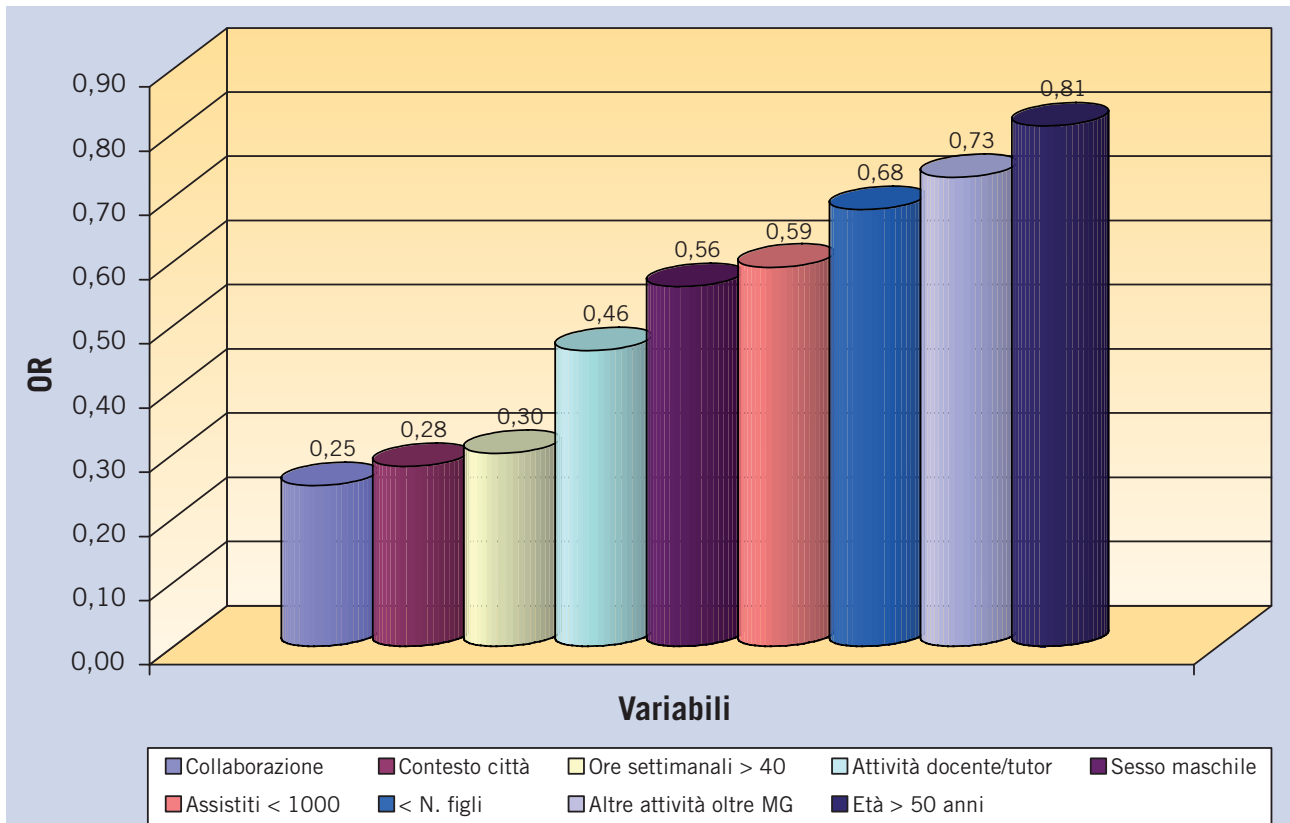


Figura 4
Fattori protettivi per RP.

Rispetto ai risultati dello “Studio internazionale sul *burn-out* nei medici di famiglia europei” (Corriere Medico, 17 giugno 2004), i MMG modenesi presentano meno frequentemente livelli elevati di esaurimento emotivo (37,5% vs. 50%) e anche di depersonalizzazione (26,8% vs. 35%), e solo pochi di loro mostrano una bassa realizzazione personale (8,9% vs. 34%). Sempre nello stesso studio, i MMG italiani hanno evidenziato un 30,3% di esaurimento emotivo, valore più basso rispetto ai medici modenesi.

Confrontando i nostri risultati con un altro studio effettuato su MMG italiani (Grassi e Magnani, 2000) possiamo osservare che:

- alti livelli di EE sono più frequenti nei MMG modenesi (37,5% vs. 32,4%);
- l’alta DP è sostanzialmente simile (26,8% vs. 27,4%);
- la scarsa RP è meno frequente nei MMG modenesi (8,9% vs. 13,1%).

Da quanto descritto, la popolazione modenese di MMG risulta emotivamente più esaurita rispetto ai colleghi italiani ed europei, ma presenta una realizzazione personale più marcata. Alti livelli di depersonalizzazione sono

invece meno presenti rispetto ai MMG europei, in linea con i colleghi italiani.

Per quanto riguarda l’associazione delle variabili con alti livelli di *burn-out*, abbiamo trovato risultati, pur non statisticamente significativi, che confermano molti dei dati presenti in letteratura. Abbiamo scelto invece di valutare tale associazione come obiettivo secondario, nonostante la

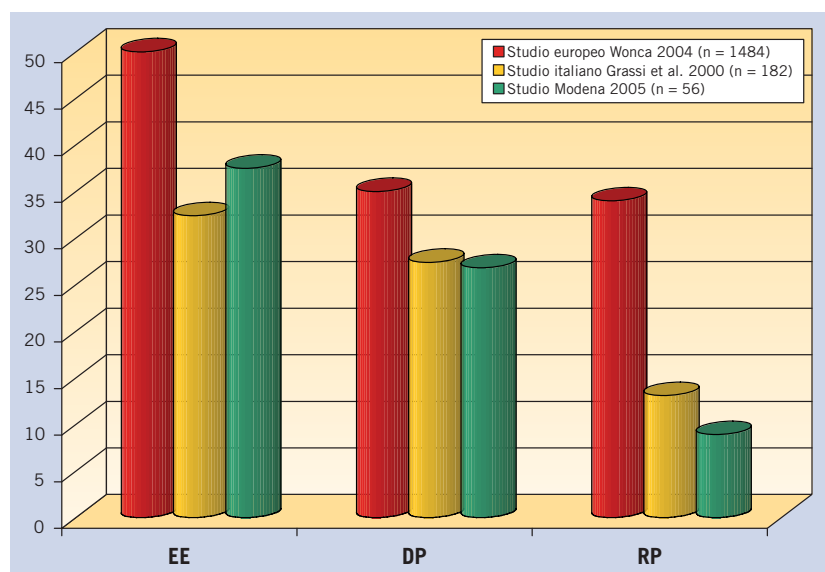


Figura 5
Prevalenza del *burn-out* in MG.

ristrettezza del campione analizzato, per stimolare successivi lavori in tal senso in virtù del nostro studio pilota.

I MMG modenesi risultano per lo più esauriti emotivamente, e i fattori che maggiormente sono apparsi protettivi per tale dimensione del *burn-out* sono l'età superiore a 50 anni e l'avvalersi di collaborazione (segretaria, infermiera, associazione di MMG). Quest'ultimo dato è confermato da uno studio del 2000 (Dowell et al.), secondo il quale sono meno soddisfatti i medici che lavorano da soli rispetto a quelli che esercitano in gruppo. Secondo Belleri e Casolari (2000) la dimensione del gruppo e l'associazionismo tra i MMG rappresentano la strada maestra per poter vincere le sfide della MG nel futuro.

Anche per il fattore età ci sono conferme in letteratura. Infatti, la più alta incidenza di *burn-out* è riportata nei giovani dottori nel primo anno di pratica medica, perché in questo periodo le aspettative spesso cambiano, specialmente se non erano realistiche (Schweitzer, 1994). Per quanto riguarda gli aspetti che sembrano essere protettivi per la dimensione della depersonalizzazione sono emersi i seguenti fattori: il contesto lavorativo cittadino, lo svolgere attività esclusiva di MG, lo svolgere attività di docente/tutor, l'età > 50 anni, le ore lavorative settimanali < 40, l'aver collaborazione (segretaria, infermiera, gruppo di medici in associazione), gli assistiti totali < 1000, il sesso femminile, lo stato civile non-coniugato. In letteratura ci sono dati contrastanti rispetto al contesto lavorativo: alcuni autori hanno riscontrato maggior soddisfazione lavorativa nei MMG che lavorano in un contesto rurale rispetto ai MMG di città (Fennig et al., 2000). Secondo altri autori invece, i MMG delle zone rurali risultano meno soddisfatti del loro lavoro rispetto ai medici urbani (Dowell et al., 2000; Thommasen et al., 2001), in linea con i nostri risultati. Infatti, i MMG rurali soffrono di alti livelli di depressione e altissimi livelli di *burn-out* (Thommasen et al., 2001).

I MMG che svolgono anche attività come docente e tutor risultano meno depersonalizzati rispetto ai loro pazienti. In accordo con quanto detto, Bernstein e Halaszyn (1989) ritengono che dare una svolta alla propria professione, come appunto assumersi incarichi di docente oppure accompagnare uno studente nella sua formazione professionale, può essere una soluzione valida contro il *burn-out*.

Lavorare meno di 40 ore alla settimana proteggerebbe dalla depersonalizzazione. Infatti, i MMG con lavoro part-time mostrano livelli inferiori di *burn-out* rispetto ai MMG a tempo pieno (Kirwan e Armstrong, 1995).

I MMG con meno assistiti sono meno depersonalizzati. Al contrario, infatti, quelli con elevato numero di pazienti (Appleton et al., 1998), e che effettuano molte visite giornaliere (Lindas et al., 1991) presentano livelli di *burn-out* più elevati.

Le dottoresse risultano meno depersonalizzate perché traggono maggior soddisfazione lavorativa dalla relazione col paziente rispetto ai colleghi maschi (Chambers e Campbell, 1996).

Il non essere coniugati sarebbe protettivo per la depersonalizzazione, ma ciò è in contrasto con quanto riporta Lemkau, in quanto la famiglia, tuttavia, può avere anche un ruolo protettivo: i MMG con figli di età inferiore ai 5 anni manifestano minor depersonalizzazione (Lemkau et al., 1994).

Rispetto alla realizzazione personale, i MMG modenesi risulterebbero protetti dai seguenti fattori: sesso maschile, assistiti totali < 1000, < numero di figli, svolgere altre attività oltre alla MG, età > 50 anni.

In alcuni studi trovati in letteratura, contrariamente con quanto emerso nel nostro campione, le donne MMG appaiono più soddisfatte della professione rispetto agli uomini (Fennig et al., 2000), e mostrerebbero livelli di ansietà e depressione paragonabili alla popolazione generale, mentre i colleghi maschi presentano valori più elevati (Sutherland e Cooper, 1993).

CONCLUSIONI

Il presente lavoro è il primo studio eseguito sul tema del *burn-out* nella provincia di Modena su un campione rappresentativo di MMG ed è il frutto di un'esigenza reale espressa dagli stessi MMG nel corso di un'esperienza di formazione psicologica nell'ambito di una collaborazione tra ospedale e territorio.

I risultati ottenuti sulla prevalenza del *burn-out* nella popolazione in esame confermano l'entità e la consistenza del problema; tuttavia, i livelli di esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione personale risultano paragonabili alla media del resto dei MMG italiani e di quelli europei.

Riteniamo che le associazioni tra *burn-out* e variabili che abbiamo verificato potranno servire a sensibilizzare le istituzioni, a progettare interventi mirati di tipo sia preventivo sia terapeutico (come gruppi di sostegno psicologico), a informare i MMG stessi del rischio di *burn-out* e della necessità di aderire a progetti di formazione psicologica per la prevenzione.

Una recente review (Williams e Cockrell Skinner, 2003) indica per la ricerca futura alcune direzioni da seguire:

- realizzazione di studi su campioni più grandi, con strumenti di misurazione standardizzati e confrontabili, e con l'impiego di tecniche sofisticate di analisi statistica;
- indagini sui meccanismi attraverso i quali l'insoddisfazione dei medici influenza la guarigione dei pazienti;
- studi sulle altre conseguenze dell'insoddisfazione dei medici (errori clinici, qualità della gestione ecc.).

A queste noi aggiungiamo l'identificazione dei fattori modificabili della gratificazione professionale, in modo da poter recuperare i MMG a rischio, e la ricerca sulle possibilità di sostegno ai medici già in *burn-out*, cui sarà dedicato lo sviluppo del presente lavoro.

Bibliografia a richiesta (padula.maria.stella@simg.it)