

## Il *burnout* nella Medicina Generale: personalità del medico e personalità del paziente

**Maria Stella Padula<sup>1</sup>, Giorgio Ilari<sup>2</sup>, Sara Baraldi, Gian Paolo Guaraldi<sup>3</sup>, Enrica Ferretti<sup>4</sup>, Valeria Musiani<sup>4</sup>, Elena Svampa<sup>5</sup>, Marco Venuta<sup>6</sup>**

Università di Modena e Reggio Emilia: <sup>1</sup> MMG, Professore a Contratto di Medicina Generale; <sup>2</sup> Medico Chirurgo; <sup>3</sup> Direttore della Scuola di Specializzazione in Psichiatria; <sup>4</sup> Medico Chirurgo, Specializzando di Psichiatria; <sup>5</sup> Medico Chirurgo, Dottorando in Psicobiologia dell'Uomo; <sup>6</sup> Medico Psichiatra, Aiuto presso la Clinica Psichiatrica

*I tratti di personalità del medico e del paziente che possono indurre al burnout sono stati, al contrario di altri fattori, finora poco studiati.*

*L'obiettivo dello studio è determinare i tratti di personalità del medico e del paziente che portano il medico al burnout e stabilire se la difficoltà di relazione che i medici sentono nei confronti dei loro pazienti sia legata al loro livello di burnout o piuttosto maggiormente ai tratti di personalità delle due parti (medico e paziente).*

*La presa di coscienza dei tratti di personalità associati al burnout può permettere al medico di controllarli e di sviluppare, attraverso varie metodiche, utili strategie di coping.*

### Introduzione

Il *burnout* è una sindrome che colpisce gli operatori delle *helping profession*.

Maslach (1982) <sup>1</sup> la descrisse come caratterizzata da tre dimensioni: esaurimento emozionale, depersonalizzazione e riduzione delle capacità personali.

L'*esaurimento emozionale* (EE) è la perdita delle risorse personali ed emotive; l'operatore ha la sensazione di non aver più nulla da offrire ai pazienti.

La *depersonalizzazione* (DP) è una dimensione che comprende una serie di comportamenti negativi dell'operatore nei confronti dei pazienti (risposta fredda e impersonale, sentimenti di squalifica verso l'utenza, rifiuto, cinismo, aperta ostilità).

La *riduzione delle capacità personali* (riduzione di RP) si manifesta con una sensazione di inadeguatezza professionale e porta a una caduta dell'autostima e del desiderio di progressi professionali.

Nonostante sia spontaneo pensare che la sindrome interessa categorie ad alto rischio (operatori del pronto soccorso, operatori psichiatrici, oncologici, della terapia intensiva, dei malati di AIDS), per le quali si pone il problema dello stress addizionale connesso con le speciali problematiche con le quali ci si deve occupare, gli studi di prevalenza fin qui condotti dimostrano che il disturbo interessa anche gli specialisti ambulatoriali, gli operatori sociosanitari in genere e i Medici di Medicina Generale (MMG) <sup>2</sup>.

A conferma della tesi appena esposta citiamo uno studio del 2007 <sup>3</sup> che ha valutato l'efficacia di un progetto di consulenza

e prevenzione sviluppato dalla *Norwegian Medical Association*. Questo programma, chiamato "Villa Sana Program", aveva come scopo il supporto dei medici in difficoltà psicologica; le condizioni emotive dei partecipanti al "Villa Sana Program" sono state valutate con una batteria di test psicometrici, tra cui anche il *Maslach Burnout Inventory* (test più diffuso per la diagnosi di *burnout*). È interessante notare come, nonostante il progetto fosse indirizzato a tutte le categorie di medici, una gran parte degli affluenti fosse costituita proprio da MMG.

Secondo lo "Studio internazionale sul *burnout* nei medici di famiglia europei", il 30-40% dei medici soffre di *burnout* a un livello tale da influenzare le prestazioni professionali <sup>3</sup>.

Uno studio di prevalenza condotto sui MMG della provincia di Modena <sup>4</sup> ha rilevato una notevole diffusione del disturbo: più dei due terzi dei MMG è risultato emotivamente esausto, circa la metà ha presentato livelli medio-alti di depersonalizzazione e più del 50% possiede un buon grado di realizzazione personale.

### Obiettivi

Un gran numero di studi ha valutato il peso dei fattori organizzativi nell'insorgenza della sindrome del *burnout* e la prevalenza di essa, mentre sono stati presi molto meno in considerazione i tratti di personalità del medico che lo rendono vulnerabile al *burnout* e le caratteristiche dei pazienti che mettono a dura prova il MMG.

Gli obiettivi principali del lavoro sono stati:

- identificare i tratti di personalità del MMG che influenzano il *burnout*;
- individuare i tratti di personalità del paziente che provocano *burnout* nel curante;
- stabilire se la difficoltà di relazione segnalata dai medici sia dovuta alle caratteristiche "difficili" dei pazienti oppure a fattori personali del MMG, quali livello di *burnout* e personalità;
- capire se il sesso del MMG sia un fattore di rischio *burnout* e se tra i due sessi vi sia una differenza nella difficoltà di relazione con i pazienti.

### Materiali e metodi

Il campione oggetto di studio si compone di 19 MMG della provincia di Modena e di 118 pazienti; questi ultimi sono stati reclutati in 19 ambulatori.

Sono stati somministrati ai medici i seguenti questionari:

- un MMPI-2 (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*), test di personalità ad ampio spettro costituito da 567 domande a risposta “vero” o “falso”;
- il *Maslach Burnout Inventory*, questionario per la valutazione del livello di *burnout* composto da 21 item che esplorano le tre dimensioni del *burnout*;
- opinioni sugli aspetti positivi e negativi della professione di MMG: è stato chiesto ai medici di esporre gli aspetti migliori e peggiori della loro professione (allegato);
- una scheda di carattere demografico-organizzativo.

I pazienti sono stati valutati attraverso due questionari autosomministrati:

1. un MMPI-2;
2. una scheda dati socio-anagrafica <sup>3</sup>.

Ogni paziente è stato valutato dal punto di vista del proprio medico attraverso:

- un DDPRQ-10 (*Difficult Doctor-Patient Relationship Questionnaire*), questionario volto a quantificare la difficoltà di relazione del medico rispetto al singolo paziente: i pazienti a cui il medico assegna un punteggio superiore o uguale a 30 sono classificati come pazienti “difficili”.

### Grado di burnout

Il livello di *burnout* nel campione di medici risulta così distribuito:

- esaurimento emotivo alto nel 16% e medio nel 16%;
- depersonalizzazione alta nel 32% e media nel 21%;
- realizzazione personale bassa nell’11% e media nel 21%.

Ciò vuol dire che circa un terzo dei soggetti è emotivamente esaurito, la metà presenta livelli medio-alti di depersonalizzazione e due terzi circa mostrano un alto grado di realizzazione personale.

## Risultati

### Risultati descrittivi dei pazienti

L’età media è pari a 47 anni (DS = 14,6); il 66% è composto donne e il 34% uomini. Il 72% è coniugato o convivente, mentre la restante parte del campione non vive con un partner. Il 70% ha figli, e il 69% di questi ne ha meno di due. Il luogo di residenza risulta essere per il 64% urbano, per il 22% suburbano e per il 14% rurale. Degli otto gruppi di attività lavorative tra le quali i pazienti hanno potuto scegliere, le tre categorie percentualmente più rappresentate sono state: impiegato/insegnante/militare (31%), pensionato (22%), ope-

raio, contadino, lavoratore a domicilio (17,7%). Per quanto riguarda il livello di istruzione, il 40% ha un diploma superiore, il 36% di licenza media e solo il 13% è laureato, mentre la restante parte dei pazienti risulta avere la licenza elementare o nessun titolo di studio. I pazienti “difficili”, ovvero quelli la cui difficoltà di relazione è stata giudicata particolarmente critica dal MMG, costituiscono il 21% del campione; sono donne nel 68% dei casi, ma precisiamo che non si tratta di una differenza di distribuzione tra i due sessi statisticamente significativa. Riguardo alla gravità di malattia, il MMG ha potuto scegliere tra otto livelli di gravità crescente (da “non è stato valutato” fino a “è tra i più gravi”); i giudizi più gravi (notevolmente, gravemente ammalato, è tra i più gravi) rappresentano solo il 6% del campione per quanto riguarda la gravità di malattia fisica e il 4% per la gravità di malattia psichica.

### Risultati descrittivi dei Medici di Medicina Generale

L’età media è pari a 50 anni; il 52% dei medici è di sesso maschile, la restante parte di sesso femminile. Il 94,7% è coniugato, con una media di anni di matrimonio pari a circa 19, il 47% ha almeno due figli. L’attività di MMG è svolta in modo esclusivo dal 79% dei medici; gli anni medi di convenzione sono 18. Mediamente le ore di lavoro settimanali sono 36, di cui 22 ambulatoriali e 14 spese per le visite domiciliari. La media degli assistiti totali è pari a 1167 e il 68,4% ha in carico più di 1000 pazienti. La percentuale media di pazienti anziani in carico (età superiore ai 65 anni) è il 22%. Il 58% esercita la propria attività in città, il 37% in un paese, il 5% in un contesto rurale. Tutti i MMG del nostro campione utilizzano un computer, la maggior parte (73%) è inserita in un gruppo di medici associati, pochi lavorano con l’aiuto di un’infermiera (10%), una buona parte è affiancata da una segretaria (68%). Il 95% svolge attività di formazione e aggiornamento (l’89% come discente, il 42% come docente, il 63% come tutor). Tra le incombenze burocratico-amministrative indicate nel questionario sugli aspetti organizzativi, quelle che i MMG hanno indicato in percentuale maggiore come comportanti “maggiore fatica” sono: presentazione di documentazioni e compilazione di schede di verifica attività (42%), gestione di frequenti cambiamenti di note (37%), gestione di frequenti cambiamenti di regole quali leggi e decreti (31,5%).

### Risultati delle associazioni

#### Personalità del medico e grado di burnout

Risultano maggiormente colpiti da esaurimento emotivo (compo-

**TABELLA I**  
Tratti di personalità del Medico di Medicina Generale che si associano al burnout.

Associazioni burnout ed esaurimento emotivo		
Scala MMPI-2 medico	Coefficiente di correlazione	Significato
PD (deviazioni psicopatiche)	0,508	0,026
SC (schizofrenia)	0,501	0,029
MA (ipomania)	0,516	0,024
Mt (disadattamento scolastico)	0,468	0,043
D4 (inefficienza mentale)	0,456	0,050
Ma4 (ipertrofia dell’Io)	0,634	0,004

nente del *burnout*) quei MMG che hanno un'inclinazione al soddisfacimento immediato delle proprie pulsioni (significato della scala PD), che tendono a uno stile di vita schizoide, ritirato (SC), con tratti di ipomania e scarsa capacità di concentrazione (Tab. I).

#### Personalità del paziente e burnout del medico

I pazienti che presentano tendenze paranoidee e soffrono per contrasti familiari "inducono" un aumento della realizzazione personale del medico; probabilmente questi individui, che a causa della loro struttura di pensiero avvertono ciò che sta loro intorno come minaccioso, e che non hanno punti fissi familiari, "investono" il MMG di un ruolo di riferimento, cosa che lo gratifica e fa aumentare la sua realizzazione personale, componente del *burnout* che è associata negativamente alla sindrome (Tab. II).

I pazienti donne o che esprimono comportamenti che ricadono nello stereotipo femminile (ruolo di genere femminile) risultano essere una sorta di "fattore protettivo" contro il rischio di depersonalizzazione del MMG, probabilmente per l'attitudine del sesso femminile a una maggiore comunicatività e sensibilità (Tab. III). I tratti di amoralità (Tab. III) facilitano la depersonalizzazione del MMG (coefficiente di correlazione positivo).

#### Livello di burnout e difficoltà di relazione

I medici che avvertono maggiori difficoltà relazionali con i pazienti sono risultati più "emotivamente esausti" ( $p = 0,0012$ ); al contrario, le altre due dimensioni del *burnout* (realizzazione personale e depersonalizzazione) non sembrano influire in modo significativo sulle difficoltà relazionali del MMG (Fig. 1).

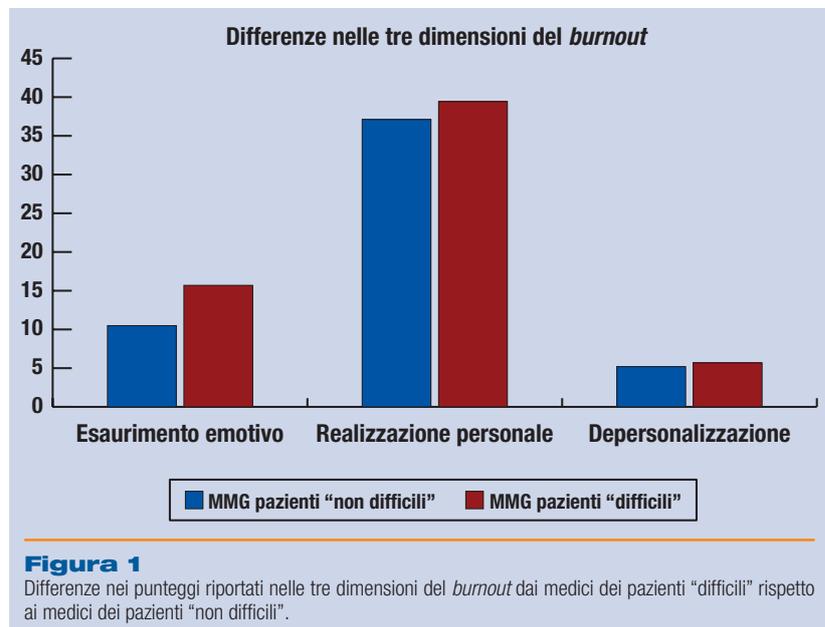
#### Associazioni tra "difficoltà" del paziente e tratti di personalità del paziente

I pazienti giudicati maggiormente "difficili" dai medici risultano avere difficoltà nell'inte-

riorizzare norme etico-sociali, dimostrando un'assenza di risposte emotive profonde (PD), un umore tendente alla depressione, disagio coniugale e una struttura di pensiero paranoidea (Tab. IV).

**TABELLA IV**  
Associazioni tra personalità del paziente e sua difficoltà.

Scale MMPI	Significato
Pd (deviazioni psicopatiche)	0,042
Pd-S (deviazione psicopatica-latente)	0,046
Pa-S (paranoia latente)	0,004
D (depressione)	0,026
D-O (depressione palese)	0,023
MDS (scala di disagio coniugale)	0,024



**TABELLA II**  
Tratti di personalità del paziente associati alla realizzazione personale del Medico di Medicina Generale.

Associazioni con RP		
Scala MMPI-2 paziente	Coefficiente di correlazione	Significato
Pa (sintomi paranoici)	0,193	0,036
Pd1 (contrasti familiari)	0,255	0,005
Pa1 (idee persecutorie)	0,194	0,035
Pa-O (paranoia palese)	0,181	0,050

**TABELLA III**  
Tratti di personalità del paziente associati alla depersonalizzazione del Medico di Medicina Generale.

Associazioni con DP		
Scala MMPI-2 paziente	Coefficiente di correlazione	Significato
GF (ruolo di genere femminile)	-0,211	0,022
Ma1 (amoralità)	0,231	0,012

Sono quindi queste le caratteristiche di personalità che sfidano, che mettono a dura prova le capacità di empatia e di contenimento del medico, tanto da portarlo a "etichettare" l'individuo che presenta tali tratti nei comportamenti come "difficile".

**Associazioni tra "difficoltà" del paziente e tratti di personalità del medico**

Nella Tabella V sono riportate le caratteristiche di personalità risultate proprie di quei MMG che hanno segnalato un alto numero di pazienti "difficili" e che quindi sperimentano notevoli difficoltà di relazione con gli assistiti:

- propensione a non rispondere sinceramente ai test: questa è misurata da due scale di controllo dell'MMPI (F [Frequency] e TRIN [True Response Inconsistency]); è possibile che i medici che non hanno risposto "sinceramente" all'MMPI abbiano tenuto lo stesso atteggiamento nel compilare il DDPRQ-10, assegnando il giudizio di "difficile" a un numero eccessivo di pazienti ed esagerando la propria difficoltà di relazione;
- sintomatologia ansiosa (scale ANX [Anxiety], FRS [Fears], PK [Keane PTSD], PS [Schlenger PTSD]);

- tratti di personalità di tipo A e comportamenti ipomaniacali, entrambi indicativi di individui con alta carica di energia;
- sintomatologia paranoidea e schizoide.

Al contrario, la propensione a percepire un minor numero di pazienti come difficili, cioè a vivere con serenità il rapporto con il paziente, si correla con tratti di personalità di bisogno d'affetto e di depressione latente; è ipotizzabile che i MMG con queste carenze siano più concentrati sul loro disagio e sulla necessità di scambio relazionale con l'altro, tanto da giudicare in modo meno severo i pazienti.

**Sesso del Medico di Medicina Generale e suo livello di burnout**

Delle tre dimensioni del burnout, quella nella quale si sono registrate delle differenze statisticamente significative tra i due sessi risulta essere l'esaurimento emotivo; i MMG donne tendono infatti, con una maggiore facilità, a essere "emotivamente esauste". Questo risultato è confermato dalla letteratura sull'argomento<sup>5</sup>; anche secondo la Maslach, infatti, le donne sperimentano maggiormente l'esaurimento emozionale.

Nel nostro studio, inoltre, le dottoresse hanno segnalato media-

**TABELLA V**  
Associazioni tra difficoltà di relazione e personalità del medico.

Variabile associata (scala MMPI-2 del medico)	Significato	
F (tendenza a fornire risposte atipiche o inusuali)	0,016	
Ma (ipomania)	0,040	
TRIN (True Response Inconsistency)	0,017	
PK & PS (scala di disturbo post-traumatico)	0,001; 0,002	Tratti dei medici dei pazienti "difficili"
AAS (scala di ammissione di tossicodipendenza)	0,010	
ANX (ansia)	0,012	
FRS (paure, fobie)	0,012	
CYN (cinismo)	0,045	
Tpa (soggetti di tipo A)	0,007	
Pd4 (alienazione sociale)	0,030	
Pd5 (auto-alienazione)	0,040	
Pa1 (idee persecutorie)	0,043	
Pa2 (susceptibilità)	0,006	
Sc2 (alienazione emozionale)	0,008	
Sc4 (perdita dell'lo-conativa)	0,008	
Sc5 (perdita di controllo dell'lo-mancanza di inibizione)	0,033	Tratti dei medici dei pazienti "difficili"
Ma4 (Ipertrfia dell'lo)	0,006	
Ma-S (ipomania latente)	0,029	
D-S (depressione latente)	0,042	Tratti dei medici dei pazienti "non difficili"
Hy2 (bisogno d'affetto)	0,007	

**TABELLA VI**  
Associazioni tra burnout e numero di pazienti ricusati.

Scala MMPI-2 paziente	Coefficiente di correlazione	Significato
EE (esaurimento emotivo)	-0,255	0,008
RP (realizzazione personale)	-0,173	0,073
DP (depersonalizzazione)	0,356	0,000

mente una percentuale maggiore di pazienti "difficili" (27,6 contro il 16,8% dei MMG uomini), anche se questa differenza non è statisticamente significativa ( $p = 0,366$ ). Non a caso, abbiamo già visto che la maggiore difficoltà di relazione cresce al crescere dell'esaurimento emotivo. È possibile che le donne, a causa del loro maggiore esaurimento emotivo, percepiscano con più facilità i pazienti come difficili; possiamo anche pensare, tuttavia, che gli individui più problematici siano portati a "scegliere" come proprio curante una donna.

### **Numero di pazienti che hanno riacusato il medico e livello di burnout**

Ogni medico ha segnalato il numero di pazienti che lo hanno riacusato nel corso dell'anno appena trascorso.

L'aumento del numero di pazienti che hanno riacusato il medico va di pari passo con alti livelli di depersonalizzazione. Possiamo ipotizzare che gli atteggiamenti di cinismo, oggettivizzazione del paziente e distacco che si accompagnano alla DP facciano sì che un numero maggiore di pazienti lasci il proprio medico ( $p < 0,01$ ).

Al contrario, bassi livelli di esaurimento emotivo (coefficiente negativo) correlano con un alto numero di pazienti che "abbandonano" il loro medico. Il dato è di difficile interpretazione: si può pensare che i medici con livelli più alti di EE (ma non necessariamente patologici) si prendano cura emotivamente dei propri pazienti, in alcuni casi anche correndo il rischio di "bruciarsi", investendo molto sulla relazione; i pazienti riconoscono questi sforzi e non cambiano ambulatorio.

Allo stesso modo, i medici con alti livelli di RP, che mettono nel loro lavoro molto entusiasmo, rischiano meno di essere lasciati dai loro assistiti, anche se questa associazione non è statisticamente significativa (Tab. VI).

## **Discussione**

Da quanto esposto nei risultati, molti tratti di personalità del MMG possono predisporre al *burnout*; al contrario, sono meno numerose le caratteristiche di personalità del paziente correlate al *burnout* del medico.

Questa "asimmetria" indica che nell'insorgenza del *burnout* la personalità del MMG influisce più di quella del paziente. Il peso della relazione con i pazienti, che è percepito in misura maggiore dai medici "emotivamente esausti", dipende da un gran numero di fattori

di personalità relativi al MMG, e per giunta con una significatività statistica molto spiccata; le caratteristiche del paziente sembrano invece essere meno "responsabili" della relazione difficile e di conseguenza anche meno decisive nel portare il MMG al *burnout*.

## **Conclusioni**

L'analisi dei fattori di personalità che entrano in gioco nella sindrome del *burnout* induce a pensare che opportuni interventi preventivi, basati sull'individuazione precoce delle caratteristiche di rischio, possano ridurre l'insorgenza della sindrome nei MMG. Questo perché la Medicina Generale è una branca nella quale le capacità personali sono implicate più delle abilità professionali. Una volta comprese queste dinamiche, il MMG dovrà curare sempre di più la sua formazione psicologica e l'essere medico, per imparare a essere consapevole delle sue emozioni, per saperle utilizzare come un elemento strategico per migliorare se stesso e la relazione con i colleghi e con i pazienti.

## **Bibliografia**

- 1 Maslach C. *Burned-out*. Hum Behav 1976;5:16-22.
- 2 Messineo F, Messineo E. *Strategie preventive del burnout*. In: Pellegrino F, ed. *La sindrome del burn-out*. Torino: Centro Scientifico Editore 2000: 253-8.
- 3 *Nell'Ue tre medici su dieci nelle spire del burnout*. In: Corriere Medico, 17 giugno 2004;22:6.
- 4 Padula MS, Ferretti E, Svampa E, D'Amico R, Venuta M, Guaraldi GP. *Il burn-out nei Medici di Medicina Generale di Modena. Prevalenza e variabili correlate*. Rivista SIMG 2007;(1):3-9.
- 5 Maslach C. *La sindrome del burnout: il prezzo dell'aiuto agli altri*. Assisi: Cittadella Editrice 1992.

### **Medici di Medicina Generale che hanno partecipato allo studio**

Antonio Epifani, Enzo Della Valle, Giuseppe Angeli, Alessandra Romani, Paola Fiandri, Cristina Poppi, Patrizia Baldoni, Nicola Cataldo, Vanna Rinaldi, Margherita Di Pietro, Erio Barbieri, Mimmo Andreoli, Alberto Allamprese, Roberto Galassini, Lidia Tondi, Tiziana Borghi, Antonia Gasperetti, Claudio Ughetti, Cataldo Piancone, Dino Rossi, Vincenzo Leonardi

## **ALLEGATO 1**

### **Aspetti positivi e negativi della professione di Medico di Medicina Generale.**

**Sono qui riportate per esteso le risposte dei Medici di Medicina Generale alle due domande aperte annesse al Maslach Burnout Inventory riguardanti gli aspetti positivi e negativi della professione di Medico di Medicina Generale.**

#### **Aspetti positivi**

- Autonomia nell'organizzazione del lavoro.
- Rapporto diretto con le persone (x 2).
- Contatto con la gente, con i pazienti.
- Possibilità di entrare in comunicazione con le persone a vari livelli, soprattutto quello della sofferenza sia fisica sia psichica, che permette di condividere i pesi e le fatiche degli altri in un ambito in cui la persona si esprime e si fa conoscere nel modo più "vero".
- Gratificazione data dal rapporto medico-paziente.
- Relazione con la gente, il sentirsi utile e a volte indispensabile per alcune categorie.
- Ruolo medico pienamente espresso nel rapporto personale e generalistico del MMG con il suo assistito.
- Possibilità di essere di aiuto.
- Affrontare i problemi delle persone nella loro generalità.

(Allegato 1 segue)

- Gratificazione del lavorare bene.
- Contatto diretto e possibilità di poter conoscere le persone per lunghi periodi, a volte per tutta la loro vita, e quindi di poter capire come sono fatte sfruttando tutte le occasioni e i luoghi possibili (visite a domicilio, eventi della vita felici o tristi, malattie).
- Rapporto di stima e fiducia con i pazienti e le famiglie.
- Rapporto personale con ogni paziente, che rappresenta un *unicum*, e il diverso approccio con ognuno di loro, stimola quotidianamente; questo rapporto privilegiato del medico di famiglia con il proprio paziente è forse irripetibile in altri settori della sanità.
- Possibilità di convincere le persone delle ragioni di una scelta.
- Crescita personale che questo lavoro comporta.
- Continuità assistenziale.
- Possibilità di fornire un servizio buono e importantissimo.
- Venire a contatto con realtà così profonde dell'animo umano quali la sofferenza e la morte.
- Gratificazione che si prova di fronte ai successi terapeutici.

### Aspetti negativi

- Eccessivo carico burocratico.
- Tutti gli aspetti burocratici che appesantiscono questo tipo di lavoro e sottraggono il tempo per migliorare il rapporto con il paziente.
- Mole ormai ciclopica di burocrazia che, nonostante l'era dei computer (per fortuna!), spesso annichisce. Per continuare a fare il medico è spesso necessario avere una sorta di cecità selettiva per essa!
- Carico di lavoro burocratico e relativi disturbi.
- Tempo perso per la burocrazia.
- Cattiva organizzazione dei servizi esterni all'ambulatorio.
- Impossibilità a espletare con completezza tutti i compiti del ruolo a causa dell'eccessivo numero di assistiti.
- Discussioni con i pazienti riguardo il lato economico come nelle note dei farmaci (se a pagamento o meno).
- Difficoltà di comunicazione con alcuni pazienti.
- Uso del computer.
- Solitudine nel lavoro: poca possibilità di confronto con i colleghi e gli specialisti.
- Rapporti impersonali con i colleghi.
- Difficoltà di comunicazione con i colleghi.
- Assenza di attività integrate con i colleghi.
- Poca relazione con gli specialisti.
- Non interdisciplinarietà.
- Interferenze non motivate di media e specialisti, televisivi e non.
- Difficoltà delle persone a capire che il medico non è un dio che può risolvere tutti i problemi che sono presenti nella vita e la relativa pretesa che invece questo succeda.
- Eccessive aspettative della gente.
- Aumento vertiginoso delle richieste da parte degli utenti, sempre più esigenti (tutto e subito).
- Maleducazione.
- Rischi di carattere medico-legale.
- Necessità di mettere in atto una sorta di "medicina difensiva" per la paura di implicazioni medico-legali.
- Poco tempo (e... voglia...) di aggiornarsi e di studiare.
- Fretta.
- Ripetitività.
- Formalismi.
- Convinzione di molte persone riguardo al fatto che il lavoro del medico sia una missione e quindi, come tale, non debba avere limiti di tempo e di disponibilità, soprattutto quando questo non è giustificato da serie condizioni di salute.
- Continue interruzioni a causa delle numerose telefonate, che innervosiscono molto e a volte fanno ricadere uno stato d'animo negativo sui pazienti.
- Verifiche periodiche sulla prescrizione farmacologica e sull'appropriatezza.
- Presentazione di documentazioni e compilazioni di schede di verifica attività.
- Osservazione di protocolli e note AIFA.
- Lavoro in condizioni di isolamento.
- Gestione di frequenti cambiamenti di regole (leggi e decreti).
- Gestione di frequenti cambiamenti di note.
- Timore di inadeguatezza.
- Gestione di frequenti cambiamenti di percorso.
- Riunioni di lavoro con i colleghi.
- Riunioni di lavoro con l'ASL.