

## Burn-out come fattore di rischio per errore in medicina

**Damiano Parretti\*\* , Tiziano Scarponi\***

\* Medico di Medicina Generale, SIMG; \*\* Responsabile Incident Reporting SIMG

### Caso clinico

#### Caratteristiche della paziente

Donna di 78 anni, diabetica e ipertesa. È una abituale frequentatrice dello studio medico perché particolarmente noiosa, ipocondriaca, ansiosa; lamenta mal di stomaco o di pancia anche se gli esami strumentali sono negativi, dice di non dormire, ha paura di prendere farmaci e legge regolarmente le schede tecniche, spesso interrompe spontaneamente la sua terapia, accusando sintomi presenti tra gli effetti collaterali segnalati, che lei legge.

#### Descrizione del caso

Nello scorso gennaio è giunta per l'ennesima volta in ambulatorio. Al mio arrivo l'ho vista già in piedi. Da tempo non la sopportavo più, e la sua sola presenza mi innervosiva, lo stesso mal di stomaco che riferisce lei ce l'ho anch'io, e continuo a lavorare lo stesso; in più quel giorno avevo anche nausea, forse legata all'ansia derivante da un paziente che mi accusa di essere responsabile di una diagnosi ritardata del suo linfoma.

Appena vista la signora in ambulatorio mi sono innervosito, è entrata nel mio studio e ha iniziato a dirmi di avere mal di testa e vertigini. Praticamente non l'ho fatta parlare, non le ho chiesto nulla in più e le ho detto che mi aveva stancato, doveva andare a casa e prendere una tachipirina, in tutto in un tono purtroppo concitato di cui mi sono pentito poco dopo.

Ero talmente innervosito che non l'ho richiamata; la signora, al mio rifiuto di sentirla, è andata al pronto soccorso, dove è stata visitata: aveva una PA di 190/110, rialzo giustificato dal fatto che aveva sospeso senza dirmi nulla il vasoretic (farmaco assegnato da poco in sostituzione di un altro che non tollerava), perché a suo dire la faceva urinare troppo e le dava debolezza.

Questo episodio mi ha molto depresso perché mi sembra di non reggere l'impatto con le persone e i loro problemi.

Questo caso è stato inviato al Team di analisi dell'Incident Reporting SIMG.

Il collega che lo ha segnalato ha ritenuto di aver commesso errori nella gestione di questa situazione.

Riportiamo di seguito la sintesi dell'analisi eseguita dal team (Tab. I). Tuttavia, sia la mancata visita che il difetto di comunicazione rico-

### Tabella I.

Analisi del Team di analisi dell'Incident Reporting SIMG<sup>1</sup>.

Errore causa determinante l'evento (vero o potenziale)	
Tipologia: "Errore legato all'operatività del medico"	
Specificità: "Visita ambulatoriale non effettuata"	
È la mancata effettuazione di una visita adeguata. Si tratta di una situazione comprensibile, considerata la tipologia della paziente, ma foriera di alto rischio professionale. La nostra professione, invece, ci impone sempre un autocontrollo che ci permetta di considerare ogni caso come "nuovo"	
Errori concausali che hanno contribuito all'accadimento	
1. Difficoltà di comunicazione paziente-medico	
Aree a rischio	Azioni preventive
1. Gestione della propria professione in merito a situazioni di stress, di sovraccarico di lavoro, di pazienti difficili	1. Ricavarsi adeguati periodi di riposo, soprattutto mentale. Confrontare le proprie esperienze con quelle di altri colleghi, se possibile lavorare in gruppo, con il supporto di personale di segreteria che filtri parte del lavoro di front office e compilativo: tutto ciò è utile a prevenire situazioni di <i>burn-out</i>

noscono come causa remota uno stato di stress del medico, che configura una situazione di *burn-out*.

### Il problema del *burn-out*

Com'è noto la sindrome del *burn-out* colpisce soprattutto i professionisti della cosiddetta relazione d'aiuto ed è individuabile in tre ordini di sintomi <sup>2</sup>: esaurimento emozionale, depersonalizzazione, riduzione delle capacità personali.

L'*esaurimento emozionale* è il venir meno della propria emotività, il sentirsi spento perché bruciato, non essere più in grado di provare vera gioia o dolore.

Il passaggio successivo consiste nella *depersonalizzazione* che è la sensazione soggettiva di dissociazione dal proprio sé, il sentirsi estranei verso se stessi e gli altri, con atteggiamenti di rifiuto e persino di aggressività nei confronti dei pazienti.

La *riduzione delle capacità personali* è la logica conseguenza derivante dalla perdita dell'autostima e della voglia di affermarsi e lavorare, il soggetto si rinchioda in se stesso sempre più, sprofondando talora in un disturbo depressivo o in una dipendenza.

La sindrome del *burn-out* è una patologia legata allo stress lavorativo o meglio, è il quadro clinico che abbiamo quando un soggetto fallisce il proprio adattamento allo stress derivante da un lavoro che produce un alto carico di tensione emotiva. Per una migliore comprensione psicopatologica, poiché nella realtà non esiste una netta separazione fra malato e non malato e poiché non tutti si ammalano di fronte a uno stesso stress, conviene adottare un approccio dimensionale piuttosto che categoriale. Vale a dire occorre pensare al nostro soggetto affetto da *burn-out* come a un *continuum* psicopatologico: un essere che nasce con il proprio corredo genetico, cresce e si sviluppa in un contesto con il proprio carico esperienziale, compie le proprie scelte professionali investendo e sperando, realizza risultati? Le proprie aspettative sono state deluse? È in grado di fronteggiare le richieste dei pazienti, di metabolizzare i propri errori? Gli è stata data la possibilità di crearsi intorno dei dispositivi di sicurezza e salvaguardia essenziali? Ecco quindi che con questa impostazione, viene a essere superata la questione se la causa del *burn-out* sia da ricercare solamente nel carattere e nella personalità dell'individuo o, piuttosto, nell'ambiente di lavoro, nella struttura in cui egli opera.

Come capita spesso nelle problematiche di ordine psichico le cause, pertanto, sono da ricercare in entrambi: nell'individuo (fattori di vulnerabilità), nel lavoro (contesto, struttura, contenuto). Nella Tabella II sono elencate le più frequenti cause individuali di *burn-out* (fattori di vulnerabilità) mentre nella Tabella III le più frequenti cause legate al contesto e la struttura lavorativa. È chiaro pertanto che per una idonea e corretta valutazione del *burn-out* non si possa fare a meno di condurre un attento esame della capacità adattativa del paziente nei confronti della propria vita lavorativa, partendo da quello che è lo studio dei suoi tratti di personalità e la sua storia nell'affrontare i problemi, le proprie sconfitte e i propri progetti.

La clinica del *burn-out* è variegata e complessa, presenta una

**Tabella II.**

Cause individuali che possono determinare la sindrome di *burn-out*.

<b>Caratteristiche di personalità</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introverso</li> <li>• Ambizioso</li> <li>• Esigente con se stesso e con gli altri</li> <li>• Tendente a porsi obiettivi irrealistici</li> <li>• Iperattivo</li> <li>• Autoritario</li> <li>• Convinto di essere indispensabile</li> <li>• Convinto di potersi realizzare solo con il lavoro e la carriera</li> </ul>
<b>Caratteristiche socio-demografiche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Donne più predisposte degli uomini</li> <li>• Età (nei primi anni lavorativi si è più predisposti)</li> <li>• Stato civile (persone senza un compagno stabile più predisposte)</li> </ul>

grande quantità di sintomi che ritroviamo tra quelli dei disturbi depressivi e ansiosi, che tendono però con facilità a evolvere in disturbi del comportamento con tendenza alla somatizzazione.

I sintomi più frequenti sono:

- sintomi aspecifici (astenia e facile esauribilità, apatia, insonnia, nervosismo e irascibilità);
- sintomi somatici (cefalea, dispepsia, aritmia cardiaca, disturbo sessuale);
- sintomi psicologici (rabbia, scatti d'ira, aggressività verso i pazienti, colleghi e collaboratori, perdita dell'autostima, senso di colpa, negativismo, rigidità di pensiero e resistenza al cambiamento, difficoltà nelle relazioni in senso generale, isolamento, depressione.

**Tabella III.**

Cause inerenti la struttura lavorativa che possono determinare la sindrome di *burn-out*.

<b>Ambiguità di ruolo</b>	Quando si rivestono dei ruoli senza le cognizioni dovute
<b>Conflitto di ruolo</b>	Quando ci sono continue richieste non compatibili con il proprio profilo professionale
<b>Sovraccarico operativo</b>	Quando all'individuo viene assegnato un eccessivo carico di lavoro o un'eccessiva responsabilità
<b>Mancanza di stimoli</b>	Quando il lavoro diventa ripetitivo e monotono
<b>Impotenza decisionale</b>	Quando al soggetto viene impedito di poter decidere sulle scelte operative del proprio lavoro
<b>Turni lavorativi non congrui con le proprie energie</b>	
<b>Retribuzione inadeguata</b>	

Tale quadro di disagio generale porta molto spesso il soggetto ad abusare di tabacco, alcool e psicofarmaci.

Gli studi sul problema *burn-out* nei MMG italiani<sup>3-5</sup> indicano come i MMG soffrano di tale problema in circa il 30% dei casi e che il rischio di ammalarsi è conseguente all'esaurimento delle risorse personali nei confronti delle aumentate richieste degli utenti, allo squilibrio tra aspettative di ruolo e capacità effettive, alla necessità di dover lavorare in maniera integrata, alle carenze di organizzazione e comunicazione della struttura in cui uno è inserito. È opinione condivisa fra molti, inoltre, che l'attuale fenomeno del *burn-out* del MMG derivi dall'evoluzione dell'approccio al lavoro che si è verificato negli ultimi anni; da quando cioè è venuto a rivestire, di fatto, un ruolo di burocrate e non più la funzione centrale e professionale di medico di famiglia.

Emerge sempre più come un medico affetto da *burn-out* è molto più a rischio nel commettere errori professionali, nel peggiorare la qualità delle proprie prestazioni. Il rapporto medico-paziente è disturbato con conseguente difficoltà comunicativa bidirezionale e pertanto maggiore è la possibilità d'incomprensione. Il medico, concentrato sui propri problemi, non avrà più la capacità e la disponibilità all'ascolto delle sofferenze altrui, non sarà più in grado di consigliare o proporre soluzioni ma tenderà a essere sfuggente, evasivo se non addirittura scostante o aggressivo. Risulta pertanto indispensabile trovare le strade per prevenire ed eventualmente curare tale sindrome.

Per quanto riguarda i MMG, gli studi di Padula hanno individuato alcuni fattori di protezione e prevenzione del *burn-out*:

- lavorare in gruppo insieme a collaboratori (infermiera, segretaria);
- lavorare in un contesto urbano;
- avere non più di mille assistiti, lavorare meno di 40 ore settimanali;
- avere più di 50 anni di età, essere coniugati con figli;
- svolgere l'attività di tutor o docente in medicina generale.

Anche se saranno necessari altri studi per validare questi fattori di protezione, senza dubbio sono da ritenere delle indicazioni plausibili perché in linea con le indicazioni ritenute idonee alla prevenzione del *burn-out*. Autorevoli autori in materia<sup>6,7</sup> sostengono che la migliore prevenzione e cura di tale sindrome è quella di potenziare le proprie abilità cognitive ed emotive attraverso un percorso formativo che abbia l'obiettivo di individuare, in ognuno, la propria autoefficacia, creatività, intelligenza nel saper cogliere le proprie potenzialità per affermare se stessi. Ecco pertanto una serie di indicazioni e azioni per la prevenzione del *burn-out*:

- collaborare e confrontarsi in modo positivo con colleghi e personale di studio;
- affrontare i problemi cercando di risolverli nel modo più pratico e utile;
- cercare e riconoscere le proprie motivazioni personali per il lavoro scelto e portarlo avanti non solo per gli altri ma anche per se stessi;
- trovare l'equilibrio tra gli spazi professionali e quelli privati;
- gestire con metodo il proprio tempo;

- imparare dai propri errori, interpretandoli come stimoli al miglioramento.

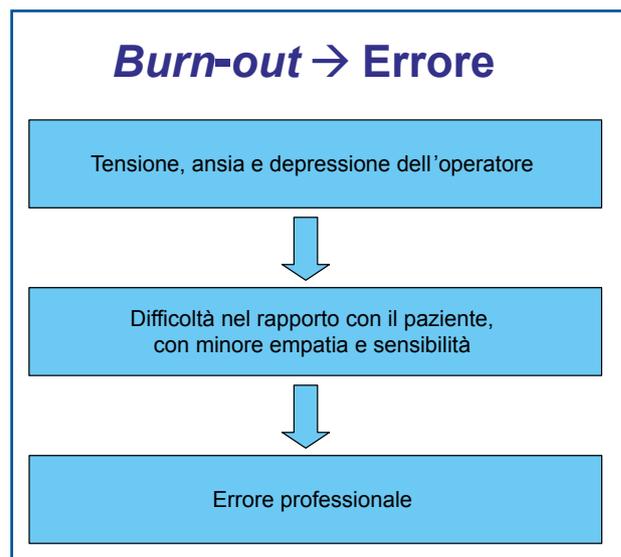
### **Burn-out come causa di rischio clinico**

Dobbiamo pensare che una condizione di *burn-out* può essere responsabile non solo di un danno personale nei riguardi del medico che ne risulta portatore, ma anche di un evidente rischio nei riguardi della sicurezza del paziente.

Una correlazione in tal senso è stata affermata da Tait Shanafelt, che dà la seguente definizione di *burn-out*: "Sindrome da esaurimento emozionale, depersonalizzazione e senso di scarsa stima personale che provoca una ridotta efficacia nell'espletamento del lavoro"<sup>8</sup>.

Questa affermazione mette bene in evidenza come l'efficienza nello svolgimento dei compiti lavorativi sia fortemente condizionata dall'equilibrio emotivo e dall'autostima.

La cascata di eventi responsabile del rischio clinico indotto dal *burn-out*<sup>9</sup> può essere sintetizzata nella seguente Figura.



Si può quindi pensare a una vera correlazione tra stress lavorativo e rischio clinico.

Pensiamo, a questo proposito, che condizioni e situazioni come il sovraccarico di lavoro, i tempi ristretti, la mancanza di supervisione, la comunicazione inadeguata tra i vari operatori sanitari, l'utilizzo di professionisti in ambiti non specifici rispetto ai percorsi formativi e culturali effettuati e alle abilità disponibili, la coesistenza di obiettivi in conflitto tra loro (es. limitate risorse economiche e obiettivi clinici), il carico burocratico, sono frequenti condizioni favorevoli all'insorgenza della sindrome del *burn-out*, ma al tempo stesso sono considerate come cause remote di errore in medicina.

Su questa correlazione sono usciti, negli ultimi anni, diversi studi osservazionali e numerosi editoriali su autorevoli riviste.

Riportiamo a questo proposito che JAMA nel 2006<sup>10</sup> ha pubblicato uno studio di coorte longitudinale che aveva l'obiettivo di

valutare la correlazione esistente tra errori medici auto-percepiti e qualità di vita, *burn-out*, depressione ed empatia, in una coorte di medici interni operanti in una clinica universitaria di Rochester (Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, Minnesota).

*Partecipanti allo studio:* 184 medici, su 219 eleggibili, osservati nel corso di un anno accademico (2003-2004, 2004-2005, 2005-2006).

Ogni medico ha registrato gli errori commessi auto percepiti, e ha inserito dati sulla sua qualità di vita, sull'eventuale proprio *burn-out* o su eventuali sintomi di depressione, e sull'empatia con i pazienti. La survey si è conclusa nel maggio 2006.

*Risultati:* il 34% dei medici arruolati ha registrato almeno un errore medico maggiore durante il periodo di osservazione; gli errori medici erano associati a una insoddisfacente qualità di vita ( $p = 0,02$ ), alla percezione di vivere in *burn-out* ( $p = 0,002$ ); i medici che avevano segnalato errori erano portatori di depressione in misura maggiore con un Odds Ratio positivo (95% IC 1,90-5,64). Inoltre, la presenza di *burn-out* faceva registrare una significativa riduzione dell'empatia verso il paziente.

Un altro studio pubblicato su *Annals of Surgery* nel 2009<sup>11</sup> ha dimostrato come tra i chirurghi colpiti da sindrome da *burn-out* depressi sia decisamente più elevata l'incidenza di errori professionali gravi.

I ricercatori della Johns Hopkins University School of Medicine e della Mayo Clinic coordinati da Charles M. Balch, professore di Chirurgia, hanno preso in esame 7905 chirurghi sottoponendo loro un questionario sull'andamento della loro vita professionale e sulla loro salute mentale.

*Risultati:* il 9% del campione dichiara di aver commesso almeno un errore professionale grave nei tre mesi precedenti l'intervista. "Si parla da sempre di fatica, di orari di lavoro troppo lunghi, di stress", spiega Balch, "ma dai nostri dati emerge che gli ingredienti principali degli errori medici – almeno quelli auto-riportati – sono *burn-out* e depressione".

In un editoriale pubblicato su *Hem Onc Today* del 10 giugno 2008<sup>12</sup> si afferma che tra gli effetti negativi più seri del *burn-out*,

devono essere considerati i danni prodotti a carico dei pazienti: questa condizione porta a ridurre l'attenzione sull'anamnesi e sui dati clinici, con conseguente inadeguata gestione dei problemi che vengono presentati.

Alla luce di tutto ciò, considerati i danni sia a carico del medico affetto che dei pazienti sottoposti ad aumentato rischio clinico, il *burn-out* deve essere conosciuto e trattato, ma soprattutto occorre che le associazioni mediche e le istituzioni pubbliche si facciano carico di questo problema per individuare adeguate misure preventive, che devono essere considerate sia per interventi individualizzati sul singolo, che per tutelare la salute pubblica.

### Bibliografia

- 1 [http://www.preveniamoilrischio.it/default2.asp?active\\_page\\_id=151](http://www.preveniamoilrischio.it/default2.asp?active_page_id=151)
- 2 Maslach C, Jackson SE. *MBI: Maslach Burn-out Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press 1981 (trad. it. a cura di Sirigatti S, Stefanile S. *MBI Maslach Burn-out Inventory. Adattamento italiano*. Firenze: O.S. Organizzazioni Speciali 1993).
- 3 Grassi L, Magnani K. *Psychiatric morbidity and burn-out in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians*. *Psychother Psychosom* 2000;69:329-34.
- 4 Padula MS, Ferretti E, Svampa E, et al. *Il burn-out nei medici di medicina generale di Modena. Prevalenza e variabili correlate*. *Rivista SIMG* 2007;(1):3-9.
- 5 Padula MS, Ilari G, Baraldi S, et al. *Il burn-out nella Medicina Generale: personalità del medico e personalità del paziente*. *Rivista SIMG* 2008;(4):42-7.
- 6 Pellegrino F. *Burn-out e meccanismi di difesa dell'integrità psicofisica dei medici*. *Rivista SIMG* 2009;(2):33-4.
- 7 Gilkey R, Kilts C. *Fitness cognitivo*. *Harvard Business Review* 2007;11:1-10.
- 8 Shanafelt TD, West CP, Sloan JA, et al. *Career fit and burn-out among academic faculty*. *Arch Intern Med* 2009;169:990-5.
- 9 Pellegrino F. *Errore e stress lavorativo*. *MD Medicinae Doctor* 2006;XIII(38).
- 10 West CP, Huschka MM, Novotny PJ, et al. *Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study*. *JAMA* 2006;296:1071-8.
- 11 Salch CM, Freischlag JA, Shanafelt TD. *Stress and burn-out among surgeons*. *Arch Surg* 2009;144:371-6.
- 12 <http://www.hemonctoday.com/article.aspx?rid=28740>