

Burnout dei medici: una metanalisi

Lee RT, Seo B, Hladkyj S et al

Correlates of physicians burnout across regions and specialties: a meta-analysis

Hum Resour Health 2013; 11: 48

INTRODUZIONE

Il *burnout* è generalmente definito come una sindrome legata ad esaurimento emotivo, depersonalizzazione e derealizzazione personale, che può manifestarsi in tutte le professioni che hanno implicazioni relazionali molto accentuate (è assimilabile ad un tipo di stress lavorativo). Il contatto costante con le persone e con le loro esigenze, l'essere a disposizione delle molteplici richieste e necessità, sono alcune delle caratteristiche comuni a tutte quelle attività che hanno come obiettivo professionale il benessere delle persone e la risoluzione dei loro problemi, come nel caso di medici, psicologi e infermieri (Health Human Resources - HHR). Il *burnout* generalmente nasce da un deterioramento emozionale progressivo che influenza valori, dignità, spirito e volontà delle persone colpite. È una malattia in costante e graduale aumento tra i lavoratori dei Paesi occidentalizzati a tecnologia avanzata.

Il *burnout* ha manifestazioni specifiche e comporta prevalentemente un deterioramento delle emozioni (sentimenti positivi come, per esempio, l'entusiasmo, la motivazione e il piacere svaniscono per essere sostituiti dalla rabbia, dall'ansia, dalla depressione) e la depersonalizzazione (una persona assume un atteggiamento freddo e distaccato nei confronti del lavoro e delle persone che incontra sul lavoro, diminuisce – sino a ridurre al minimo o ad azzerare – il proprio coinvolgimento emotivo nel lavoro e può abbandonare persino i propri ideali/valori).

METODI

Per analizzare in che misura il *burnout* è correlato alle dimensioni su esposte e se l'associazione può essere spiegata da fattori geografici e/o da fattori lavorativi (tipo di specialità medica), è stato scelto lo strumento della metanalisi. L'analisi ha preso in considerazione il perio-

do 1991-2011 usando i termini 'deterioramento emozionale dei medici', '*burnout* dei medici', con i seguenti motori di ricerca: Cochrane, Embase, Thefreelibrary.com, Google, Google Scholar, LILACS, PubMed and Scopus.

RISULTATI

Sono stati selezionati complessivamente 65 studi (26 americani, 28 europei e 11 asiatici). Il campione europeo presenta un'età media di 47 anni (contro i 42 dell'America e i 41 dell'Asia).

Il deterioramento delle emozioni risulta associato negativamente all'autonomia, all'attitudine positiva al lavoro, alla cultura della sicurezza e della qualità; è invece correlato positivamente a sovraccarichi di lavoro, struttura organizzativa non flessibile, conflitti e bassi standard legati alla sicurezza e alla qualità. Il pattern comportamentale è analogo nel caso della depersonalizzazione.

I campioni sono stati suddivisi in tre gruppi di specialità: ricovero (anestesia, medicina interna, ginecologia, oncologia, otorinolaringoiatria,

I padri dell'evidence-based medicine

Smith R, Rennie D

Evidence-based medicine: an oral history

JAMA 2014; 311: 365-367

La definizione *evidence-based medicine* (EBM) è apparsa per la prima volta in un articolo di Gordon Guyatt su *JAMA* nel 1992, ma le sue radici affondano nel passato. Recentemente *JAMA* e *the BMJ* hanno invitato alcuni ricercatori, il cui ruolo è stato cruciale nello sviluppo del concetto di EBM, a raccontare in una videointervista la nascita di questo modello scientifico.

Tre ricercatori del passato sono stati considerati fonte di ispirazione per le persone intervistate: Thomas C Chalmers, Alvan R Feinstein e Archibald Cochrane. All'approccio rigoroso di Chalmers ai trial randomizzati e all'utilizzo della metanalisi si deve lo sviluppo di questi strumenti. Alvan Feinstein è stato importante nel definire l'epidemiologia clinica e come la pratica medica poteva essere studiata. Il lavoro di Archie Cochrane, clinico, epidemiologo e professore alla Welsh National

pediatria, chirurgia), ambulatorio (emergenza, malattie infettive, medicina generale, oftalmologia e psichiatria) e attività di ricovero e ambulatorio insieme. I medici americani mostrano livelli più bassi di deterioramento delle emozioni soprattutto nei casi in cui la cultura della sicurezza e le opportunità di carriera sono fattori maggiormente presenti nella struttura organizzativa.

Le specialità legate all'assistenza ambulatoriale mostrano livelli più alti di deterioramento delle emozioni rispetto al ricovero ospedaliero in cui è risultata maggiormente presente un'attitudine positiva al lavoro.

DISCUSSIONE

Precedenti studi hanno dimostrato che il *burnout* non è un problema dell'individuo in sé, ma del contesto sociale nel quale opera. Il lavoro (contenuto, struttura, etc) influenza sia il modo in cui le persone interagiscono tra di loro sia lo svolgimento della propria mansione. Questa ricerca giunge alle medesime conclusioni: quando

l'ambiente di lavoro non riconosce e valorizza l'aspetto umano del lavoro, il rischio di *burnout* aumenta. Ciò non significa che qualcosa non funziona più nelle persone, bensì che si sono verificati cambiamenti sostanziali e significativi sia nei posti di lavoro sia nel modo in cui si lavora. La difficoltà di misurarsi con le proprie emozioni e, di conseguenza, il non riconoscere il problema con conseguente sentimento di rassegnazione rispetto alla vita sono manifestazioni ben evidenti. Le organizzazioni quasi sempre ignorano il problema e questo rappresenta un errore molto pericoloso, in quanto il *burnout* può incidere pesantemente sull'economia dell'intera organizzazione.

La risoluzione del fenomeno *burnout* dovrebbe essere affrontata sia a livello organizzativo che individuale: l'organizzazione che si assume la responsabilità di affrontare il *burnout*, dovrà anche riuscire a gestirlo così da assicurarsi che il personale sia produttivo nel tempo.

Letizia Orzella

School of Medicine, è stato di ispirazione per la Cochrane Collaboration.

Brian Haynes, professore di epidemiologia clinica e biostatistica alla McMaster University, racconta di aver avuto il suo primo incontro con l'EBM mentre studiava, durante una conferenza sulle teorie di Sigmund Freud. Interrogatosi sulla presenza di evidenze scientifiche dietro le teorie del padre della psicanalisi, gli venne risposto che non ne esisteva alcuna. "Provai un brivido intenso in tutto il mio corpo – racconta Haynes – poiché mi chiesi quanto della mia formazione medica fosse basato su teorie non provate".

David Sackett, già professore alla McMaster University, è considerato uno dei padri della EBM, in particolare per aver scritto insieme ad altri *Clinical epidemiology: a basic science for clinical medicine*, considerato a tutti gli effetti la 'bibbia' della medicina basata sulle evidenze. Nella videointervista ricorda di aver cambiato il suo modo di porsi rispetto ai pazienti dopo la lettura di un articolo di Thomas C Chalmers del 1955 su un trial randomizzato sugli effetti della dieta e del riposo nel trattamento dell'epatite.

Gordon Guyatt, sempre della McMaster University, ricorda invece che fu uno dei primi a utilizzare il nome di *evidence-based medicine* nel 1990 per un suo programma universitario:

"Volevo cambiare il programma di un corso di medicina residenziale in modo che i medici decidessero come trattare i pazienti non sulla base di quanto l'autorità avesse stabilito, ma sulla base delle evidenze. Il primo nome che pensai fu 'medicina scientifica', ma la facoltà si oppose sostenendo che la medicina stessa è costituita da basi scientifiche. Il nome che creai fu quindi quello di '*evidence-based medicine*'".

Muir Gray, medico di sanità pubblica e dirigente del NHS e Iain Chalmers, entrambi ispirati dai corsi alla McMaster, ricordano come convinsero Sackett a trasferirsi a Oxford nel 1994, dove diventò direttore del Centre for Evidence-Based Medicine.

Secondo Sackett l'*evidence-based medicine* è diventata molto presto popolare, perché supportata da medici esperti, sicuri e felici di poter aiutare i giovani – e di conseguenza anche gli infermieri e gli altri clinici – a rapportarsi alla pratica clinica con un approccio basato sulle evidenze.

Il video si conclude con la consapevolezza che molto è stato fatto ma molto ancora rimane da fare.

Domitilla Di Thiene

Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive
'Sapienza' Università di Roma