

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI GENOVA

Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche

Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia



Comunicazione Medico-paziente: Correlazione con il Burnout

Candidato: **Davide Pirrò Ghigliotti**

Relatori: **Professor Marco Grosso**

Professor Andrea Stimamiglio

Anno Accademico 2022/2023

INDICE

Introduzione	4
La Sindrome di Burnout.....	5
L'effetto Pandemia.....	7
Obiettivi	9
Materiali	10
Anagrafica e Organizzativa.....	10
Maslach Burnout Inventory Test.....	10
Metodi	12
Popolazione	13
Risultati	15
Mezzi di Comunicazione.....	15
Risultati del Burnout.....	18
Risultati ANOVA.....	19
Risultati Chi-Quadro.....	23
Confronto con lo studio di Modena.....	24
Conclusioni	27
Limiti dello studio.....	27
Considerazioni finali.....	28
Bibliografia	30
Allegato A	32

INTRODUZIONE

L'avanzare della tecnologia è un processo costante che offre nuove opportunità e prospettive e che, se usata in modo corretto, può portare a notevoli miglioramenti nella qualità della vita.

Tale discorso vale ovviamente anche per il campo medico, dove si è vista la nascita di mezzi diagnostici e terapeutici sempre più all'avanguardia, ma anche per aree di interesse più quotidiano come quello della comunicazione.

Con l'uso sempre più diffuso dei mezzi di messaggistica, primo tra tutti WhatsApp, è ormai possibile comunicare con quasi chiunque, indipendentemente da distanza e da barriere fisiche o linguistiche. In campo medico e, in modo più specifico, per il Medico di Medicina Generale (MMG), questi mezzi consentono una comunicazione più veloce per l'assistito e più efficiente per il medico, permettendo, ad esempio, di ridurre il numero di appuntamenti, una più rapida gestione delle ricette, senza la necessità da parte dell'assistito di presentarsi in studio, ed una migliore risposta in casi di emergenza.

Nonostante tutti questi benefici, l'aumento della comunicazione telematica comporta anche alcuni aspetti negativi; la comunicazione è più rapida ed efficiente ma a scapito del classico rapporto tra medico e paziente, si perde quella che si può definire la componente più umanistica della professione che, da un rapporto di fiducia e confronto, è spesso ridotto ad un lavoro burocratico e monotono.

Tale monotonia è però gravata dall'aspettativa di una buona *performance* e, forse a causa della comodità e velocità della comunicazione odierna a cui ci si è abituati, dall'aspettativa di una risposta rapida, efficace, a volte anche oltre le possibilità della medicina attuale, e, soprattutto, disponibile in ogni momento della giornata, sia durante l'orario di lavoro, interrompendo costantemente il medico durante una visita o mentre sta impostando un percorso diagnostico-terapeutico, che al di fuori degli orari lavorativi o nel weekend, per motivi di minore importanza e non legati ad emergenze.

Per riassumere, l'ambiente in cui molti MMG si ritrovano al giorno d'oggi è poco stimolante, per via dello scarso contatto e confronto diretti con i pazienti, e altamente

stressante, per via dell'eccessivo uso di mezzi di comunicazione telematica e della costante pressione delle responsabilità che la professione richiede.

La Sindrome di Burnout

Per Sindrome di Burnout, dal termine inglese traducibile come “fuso” o “esaurito”, si intende una condizione di stress lavorativo protratto ed intenso che determina un logorio psicofisico ed emotivo, cui seguono demotivazione, svuotamento interiore, disinteresse e senso di inefficacia per l'attività lavorativa¹.

Presenta elementi in comune con altri disturbi a carattere depressivo legati a stress lavorativo e il post traumatic stress disorder (*PTSD*).²

È stato descritto da Maslach³⁻⁴ come caratterizzato da tre dimensioni:

- Esaurimento Emotivo (EE): è la perdita delle risorse personali ed emotive; l'operatore ha la sensazione di non aver più nulla da offrire ai pazienti
- Depersonalizzazione (DP): comprende una serie di comportamenti di indifferenza, nervosismo, ostilità e cinismo nei confronti dei pazienti
- Riduzione di Capacità Personali (RP): è la sensazione di inadeguatezza professionale che porta ad una caduta dell'autostima e del desiderio di progressi professionali

Il burnout è un pericolo subdolo ed invasivo si presenta con maggior frequenza in tutte quelle professioni che richiedono un elevato investimento relazionale tra operatore ed utente, le cosiddette *helping professions*, tra cui spiccano quelle in ambito scolastico, sociale e sanitario.

Generalmente la sindrome non è conseguente ad una causa specifica, ma a molteplici e differenti fattori che interagiscono tra loro in modo dinamico.

Tutti questi numerosi fattori possono essere classificabili in tre grandi categorie:

1. Fattori individuali
2. Fattori organizzativi
3. Stress addizionale

Già Maslach, nelle prime definizioni della sindrome⁵, sottolineava l'importanza dei fattori individuali e di personalità del medico.

Diversi studi successivi concordarono che alcuni tratti di personalità predispongono maggiormente al burnout.

Tra i più segnalati, si riportano: perfezionismo, eccessiva dedizione al lavoro ed ambizione, personalità ansiosa, eccessiva introversione o estroversione, pulsioni ossessive, scarsa autostima e sistema motivazionale inadeguato.

Ovviamente questi fattori predisponenti devono sempre essere considerati assieme ai diversi fattori socio-culturali e dall'insieme di valori del singolo individuo.

Per contro, tali studi hanno permesso l'individuazione di tratti protettivi nei confronti del burnout, che possono essere riassunti nella definizione di *hardiness* (resistenza individuale agli stimoli esterni) descritta da Marck⁶; un individuo dotato di consapevolezza verso se stesso, e quindi alta autostima, capace di mantenere il controllo degli eventi, senza esserne sopraffatto, e che percepisce le innovazioni o gli imprevisti come una sorta di sfida, invece che una minaccia, è in grado di gestire meglio lo stress. Indipendentemente dalla predisposizione individuale, altro fattore fondamentale è quello organizzativo, inteso sia dal punto di vista di luogo che da quello di gestione del lavoro.

Un sovraccarico di lavoro, ripetitività, cattiva gestione amministrativa, eccesso di carico burocratico, scarsa retribuzione, difficoltà a fare carriera, mancanza di feedback positivo e difficoltà di comunicazione con i colleghi sono solo alcuni dei fattori favorevoli all'esordio della sindrome, ma spesso, specialmente in campo medico, tali problematiche sono ignorate a causa dell'aumentata richiesta delle prestazioni e portano il medico a sentirsi poco valorizzato ed a subire un forte stress lavorativo.

L'ultima categoria di fattori è chiamata stress addizionale ed è riferita al tipo di lavoro svolto, che comporta un maggiore o minore carico emotivo, in base alla frequenza di contatto con gli assistiti e la natura stessa del contatto.

A tal proposito si riporta lo studio di Olkinuora *et al* del 1990 che, valutati i livelli di burnout in un ampio campione di 2600 medici, ha individuato le categorie più interessate dalla sindrome⁷.

Da questo studio risulta che la categoria maggiormente interessata è quella dei MMG, seguita poi dalle categorie ad alto rischio (psichiatri, operatori del Pronto Soccorso, oncologi e medici di Terapia Intensiva) e, infine, da specialisti ambulatoriali.

Per quanto riguarda le conseguenze del burnout, si riconoscono tre fasi⁸:

1. Stress lavorativo: definito come squilibrio tra le risorse disponibili e le richieste provenienti dall'esterno
2. Tensione: la reazione emotiva immediata allo squilibrio sopracitato
3. *Coping* difensivo: meccanismi psicologici adattativi messi in atto dall'individuo per fronteggiare problemi emotivi ed interpersonali, allo scopo di gestire, ridurre o tollerare lo stress⁹.

Esistono diverse categorie di *coping*¹⁰, classificate in:

- Dirette: la gestione positiva dello stimolo stressante
- Diverse: la tendenza ad evitare l'evento stressante, ad esempio tramite atteggiamento di distacco
- Di fuga: l'abbandono dell'attività
- Palliative: l'utilizzo di sostanze psicoattive, come farmaci, alcool, caffè, etc...

L'atteggiamento negativo in corso di burnout è generalmente di tipo diversivo, nel tentativo, spesso inconscio, di limitare la fonte di stress.

Da questo atteggiamento derivano i fenomeni di depersonalizzazione e la riduzione dell'efficacia della prestazione professionale, che innescano un circolo vizioso che esita nella perdita della realizzazione personale e della motivazione.

Nel Maggio 2019, il burnout è stato riconosciuto dall'OMS, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, come una sindrome e, come tale, è stato elencato nell'ICD, l'International Classification of Disease.

L'effetto Pandemia

A causa della recente pandemia di SARS-CoV-2, e delle conseguenti misure di confinamento, il classico rapporto tra MMG e paziente è venuto ad interrompersi in maniera improvvisa.

Impossibilitati dal potersi recare nello studio del proprio medico, la maggior parte dei pazienti è dovuta ricorrere a mezzi telematici per mantenere un contatto per poter continuare a usufruire dei suoi servizi.

Tale effetto è risultato ancora maggiore nel territorio Ligure, considerando che una gran parte della popolazione Genovese si trova in una fascia d'età che, tendenzialmente, si ritrova con una minore dimestichezza con i mezzi di comunicazione digitali.

Da come è possibile osservare dai dati Istat¹¹ del 2021 (vedi Tabella 1), infatti, nel territorio Genovese la fascia dei 70-100+ anni compone il 22,5% della popolazione totale, corrispondente a 185.453 abitanti.

Un'altra categoria che può aver contribuito all'aumento massivo dei contatti telematici è quella dei minori di 18 anni, che compone il 15,3% della popolazione, equivalente a 125.339 abitanti, che tendono ad essere portati più frequentemente negli studi di MMG che svolgono anche il lavoro di pediatra.

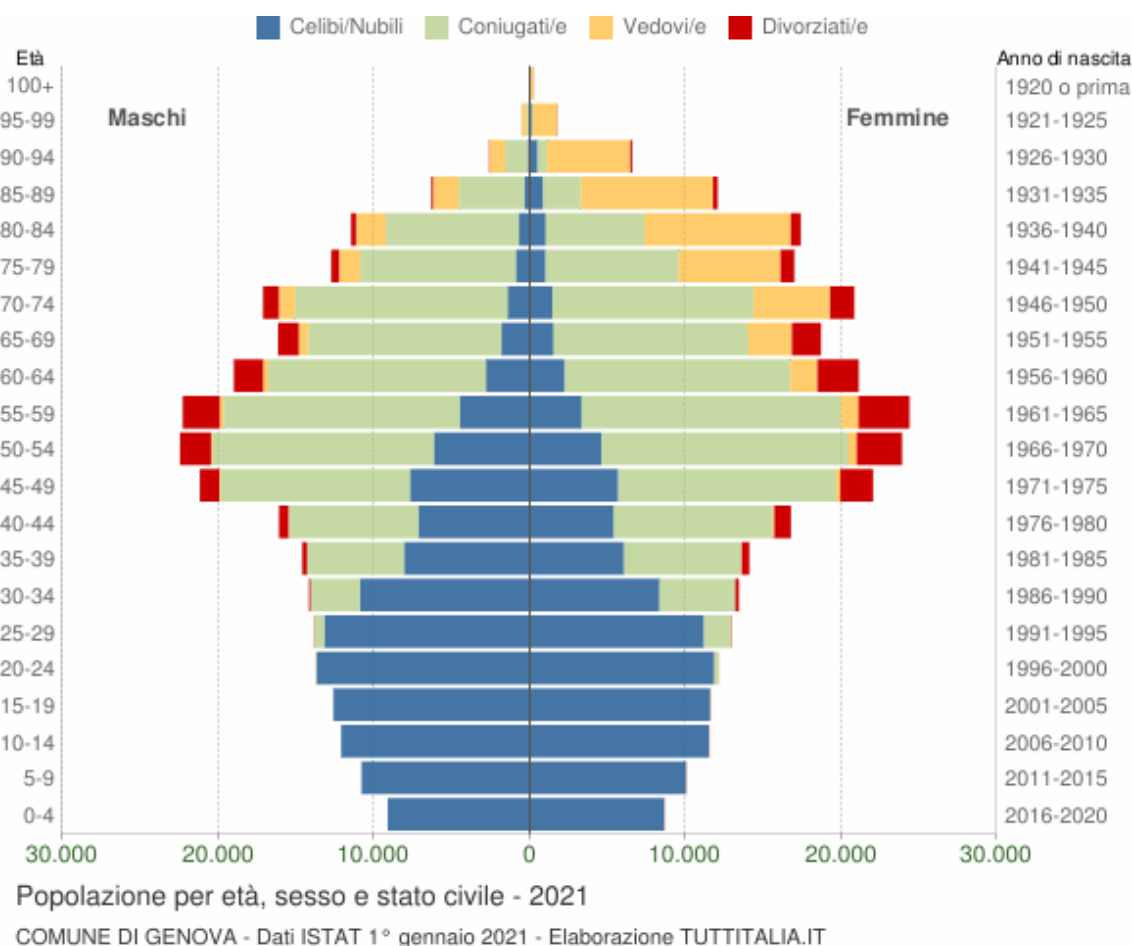


Tabella 1

Indipendentemente dai dati, i MMG si sono ritrovati con due importanti problemi:

Il primo è stato un aumento imponente ed improvviso dei contatti, risultando in una comunicazione costante, anche al di fuori degli orari di lavoro, con assistiti preoccupati per l'emergenza sanitaria, stressati dal *lockdown* e confusi dal diverso metodo di

contatto col medico, più formale, rapido e distaccato, rispetto a quello precedente la pandemia.

Il secondo è stato il contesto lavorativo vissuto dai medici, prima linea di contatto e deputati a diagnosi e gestione dei pazienti risultati positivi al test per Covid19.

Questa combinazione di fattori è risultata in una condizione di elevato e costante stress sia dal punto di vista lavorativo che personale, che è stato fondamentale per lo sviluppo di casi di burnout.

OBIETTIVI

Questo studio si prefigge di valutare il grado di burnout nei MMG della ASL3 Genovese e la sua correlazione con l'eccessivo contatto telematico e messaggistico con i pazienti.

Data la diversità delle variabili considerate, si è deciso, come obiettivo secondario, di identificare quali altri fattori fossero predisponenti o protettivi verso l'insorgenza della sindrome.

MATERIALI

Per la ricerca è stato usato un questionario anonimo inoltrato a tutti i 120 Medici della Cooperativa Medicoop Liguria che operano in Asl3, nel periodo compreso tra Aprile e inizio Maggio 2023. Tale campione corrisponde al 56,3% del totale dei soci di Medicoop Liguria.

Il campione in questione è stato scelto per la possibilità di reperire il recapito E-mail di tutti i soci della Cooperativa Medicoop Liguria.

Il questionario è composto da due sezioni:

Anagrafica e Organizzativa

Domande con lo scopo di raccogliere variabili di tipo:

- Anagrafico: età, genere, numero di figli
- Organizzativo: distretto di lavoro, numero di anni di convenzione, numero di assistiti, tipo di attività e studio, presenza di infermiera e/o segretaria, tipo di ricevimento, tempo dedicato a singolo paziente, numero di appuntamenti, ore passate in studio al giorno, mezzi di comunicazione usati e quanto si ritiene che siano utili o deleteri

Maslach Burnout Inventory Test

Ideato da Christina Maslach nel 1981, e perfezionato nel 1986, è una scala di misurazione per valutare non solo l'entità del grado di burnout, ma anche il rischio di esserne affetto¹²⁻¹³.

È considerato uno strumento valido ed attendibile, grazie ad uno studio condotto su MMG di 16 paesi europei¹⁴, che ne hanno testato l'efficacia.

La versione originale è costituita da 22 items, o affermazioni, che esplorano in ordine sparso le tre dimensioni indipendenti del burnout in tre sottoscale (EE, DP, RP). Per

ogni affermazione viene richiesto un giudizio di frequenza tramite una scala di Likert a 7 punti (da 0 a 6), dove:

- 0 = MAI
- 1 = QUALCHE VOLTA ALL'ANNO
- 2 = UNA VOLTA AL MESE O MENO
- 3 = QUALCHE VOLTA AL MESE
- 4 = UNA VOLTA ALLA SETTIMANA
- 5 = QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA
- 6 = SEMPRE

Occorre sottolineare che il burnout è una variabile continua, da basso, a moderato ad alto grado di sentimenti provati¹⁵:

- Alto grado di burnout: si ha per elevati punteggi nelle sottoscale EE e DP e bassi punteggi nella sottoscala RP
- Medio grado di burnout: si ha per punteggi medi in tutte e tre le sottoscale
- Basso grado di burnout: si ha per bassi punteggi nelle sottoscale EE e DP e elevati punteggi nella sottoscala RP

Per il questionario si è deciso di usare una versione semplificata del MBI con 11 items, cercando di mantenere la distribuzione delle tre sottocategorie. Ne risultano 4 domande per EE, 4 per DP e 3 per RP, contro le 9-5-8 del MBI originale.

Il questionario è visualizzabile come Allegato A

Per i risultati si è deciso di utilizzare due tipi di analisi statistica:

1. l'Analisi della Varianza (ANOVA) per quanto riguarda il confronto tra il burnout, espresso come variabile numerica, e tutte le variabili della componente Anagrafica ed Organizzativa, espresse come variabili categoriche
2. il Test del Chi-Quadro per vedere possibili correlazioni tra le variabili Anagrafiche ed Organizzative e le tre sottocategorie del MBI

METODI

Per l'analisi delle risposte si è pensato primariamente di confrontare i livelli di burnout con le variabili anagrafiche e organizzative.

A questo scopo è stato necessario calcolare il grado di burnout in un valore percentuale utilizzando la seguente formula:

$$\frac{(EE + DP) + (18 - RP)}{66} \times 100$$

Dove:

- EE: totale delle 4 domande sull'Esaurimento Emotivo
- DP: totale delle 4 domande sulla Depersonalizzazione
- (18-RP): totale delle 3 domande sulla Realizzazione Personale, con la necessità di convertire il risultato, dal momento che elevati valori di RP indicano un minore livello di burnout, a differenza delle altre due sottoscale

Per effettuare lo studio delle eventuali associazioni tra le variabili ed i livelli di burnout si è utilizzato il modello di analisi della varianza (ANOVA).

Tre variabili sono state rimosse dal modello. Due di queste, il tipo di attività e il tipo di ricevimento, sono state ignorate perché over-rappresentate, la maggioranza dei casi riportava come attività principale il MMG e il ricevimento su Appuntamento, rendendo impossibile trovare associazioni significative. La terza variabile, ovvero l'aumento, in percentuale, avvertito dal medico, di contatto telefonico negli ultimi anni è stata rimossa perché non c'erano abbastanza osservazioni per ogni livello della variabile per poterne verificare il valore statistico.

Un altro tipo di analisi effettuata è stato il test del chi-quadro, usato per confrontare l'associazione tra la sottoscala EE e le variabili età, genere, distretto e numero di assistiti.

POPOLAZIONE

Allo studio hanno partecipato 81 medici, un tasso di risposta del 67,5%, pari al 38,02% della popolazione totale dei MMG considerati; di questi 37 erano di sesso femminile e 44 di sesso maschile.

Dall'analisi statistica effettuata sui dati raccolti, il campione mostra una distribuzione quasi uniforme delle 4 fasce d'età (vedi Tabella 2) e una maggiore partecipazione da parte dei medici dei Distretti 11 (21,3%) e 12 Urbano (24%), corrispondenti, rispettivamente, alle aree di Genova Centro e Genova Valbisagno.

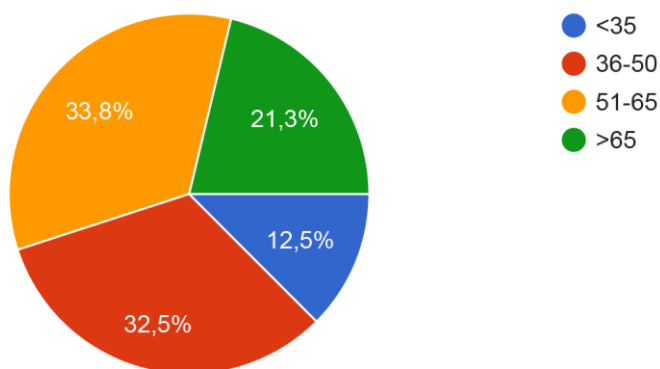


Tabella 2

Dal punto di vista lavorativo, il 92,6% svolge attività di MMG, con distribuzione quasi uniforme delle 4 fasce di anni di convenzione (vedi Tabella 3), il 63% lavora in gruppo e l'87,7% segue più di 1000 assistiti.

Il restante 7,4% svolge anche attività da libero professionista.

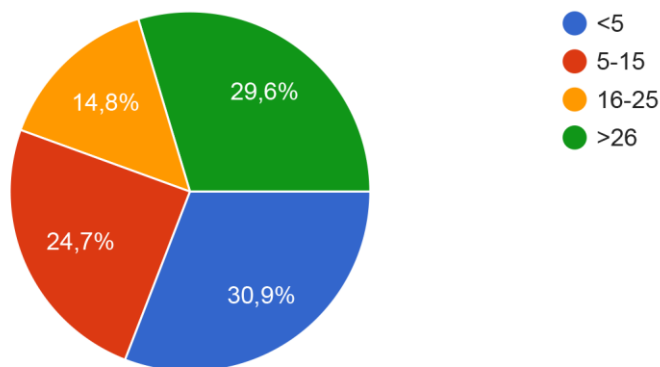


Tabella 3

L'88,8% dei medici inoltre collabora con una segretaria e il 64,2% con un'infermiera; di queste il 63,9% delle segretarie lavora più di 20 ore settimanali e il 59,6% delle infermiere più di 11.

Riguardo la gestione dei pazienti, l'89,9% dei medici riceve visite su appuntamento, nelle quali il 76,5% dei casi vengono dedicati in media tra i dieci e venti minuti a paziente, mentre nei restanti casi le visite si prolungano per più di venti minuti. Escludendo i pazienti che usufruiscono solo dei servizi di segreteria per le ricette, in media il 51,9% dei medici riceve in media venti pazienti al giorno. Il 74,7% passa più di cinque in studio, mentre il resto rimane dalle tre alle cinque ore.

Occorre ricordare che nel resto della giornata i MMG sono impegnati anche in altre attività lavorative al di fuori dello studio, come, ad esempio, visite domiciliari, ADI, ADP, mantenersi in contatto con pazienti e specialisti, oppure altre attività sempre legate alla professione, come corsi di aggiornamento e didattica.

RISULTATI

Mezzi di comunicazione

L'analisi della componente organizzativa del questionario mostra che il mezzo di comunicazione più comune è il telefono, usato da tutti i medici con una eccezione.

Oltre al telefono, è risultato che l'83,95% dei medici usa anche le E-mail ed il 64,20% WhatsApp, mentre la metà gli SMS.

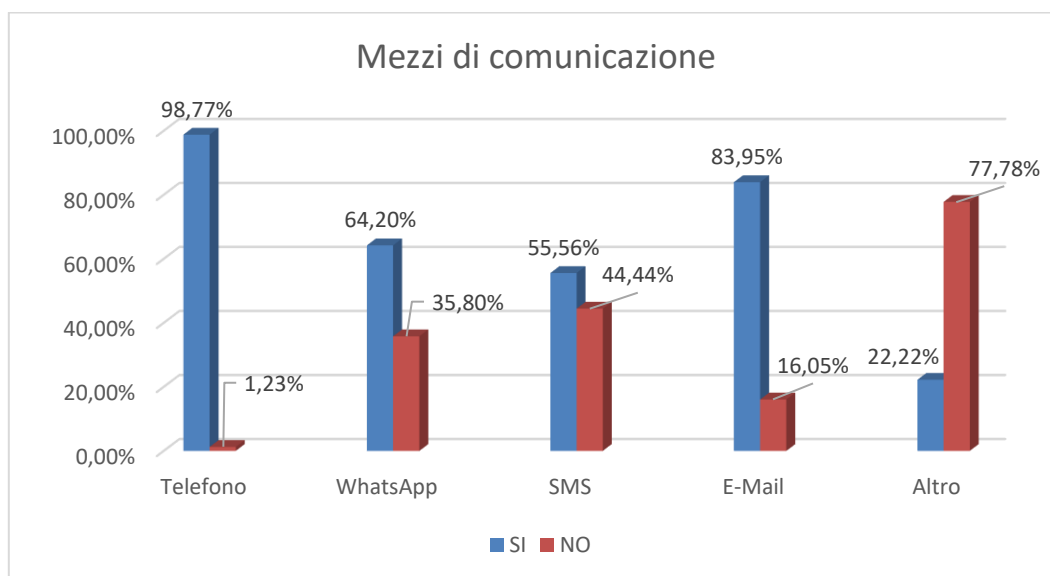


Tabella 4

Tramite il Test del Chi-Quadro sono state riscontrate delle differenze tra i mezzi usati e le fasce d'età, come WhatsApp e E-mail utilizzati maggiormente dai medici tra i 35 e 65 anni, a differenza dei medici minori di 35 anni che a WhatsApp preferiscono altri mezzi ($p\ value = 0,038$).

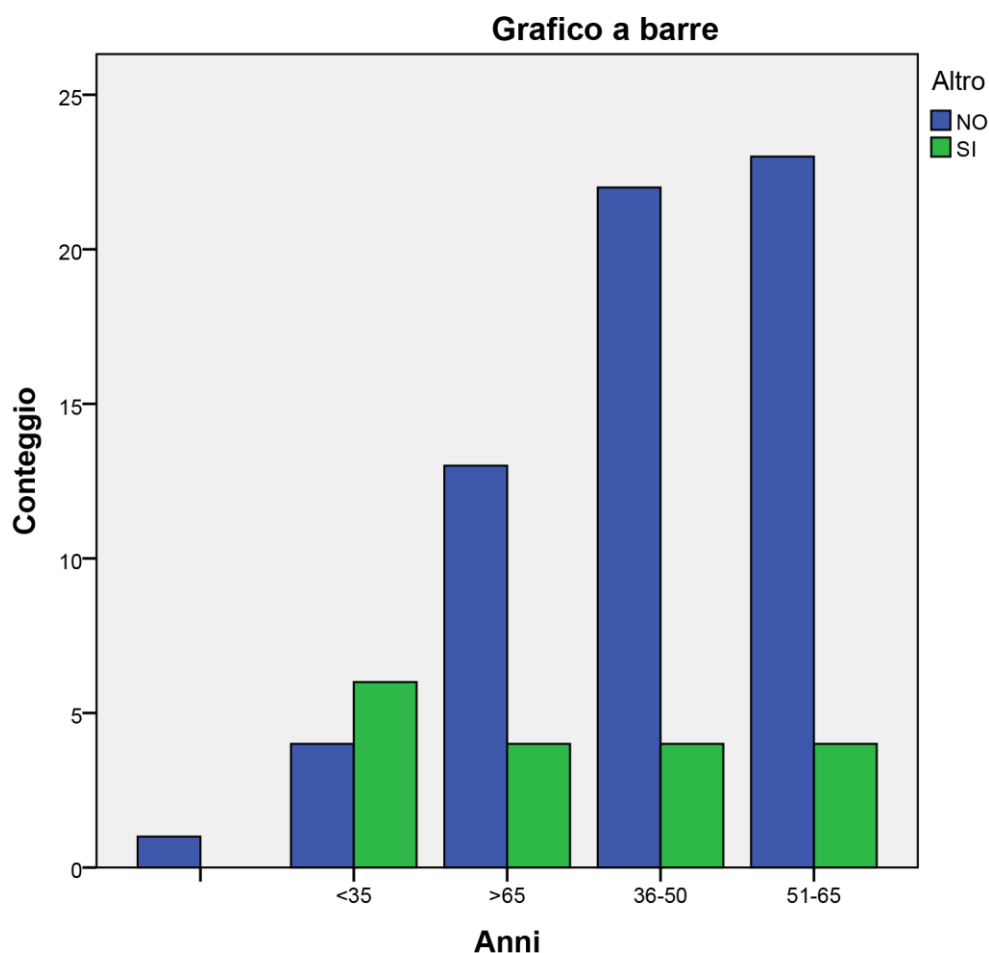


Tabella 5

Questa minoranza di medici, corrispondenti al 22,22% del totale, ai precedenti mezzi aggiunge l'uso di App di Telemedicina, che permettono prenotazioni online e comunicazione protetta; tra queste Doctolib è quella più utilizzata, 10 casi sul totale, ma bisogna tenere conto che tra i medici della Cooperativa Medicoop Liguria tale App è quella più pubblicizzata e proposta. Va ricordato che le applicazioni di telemedicina sono a pagamento ed esclusivamente a carico del medico, non essendoci alcuna partecipazione da parte del SSN.

Un caso isolato, invece, fa uso di videochiamate.

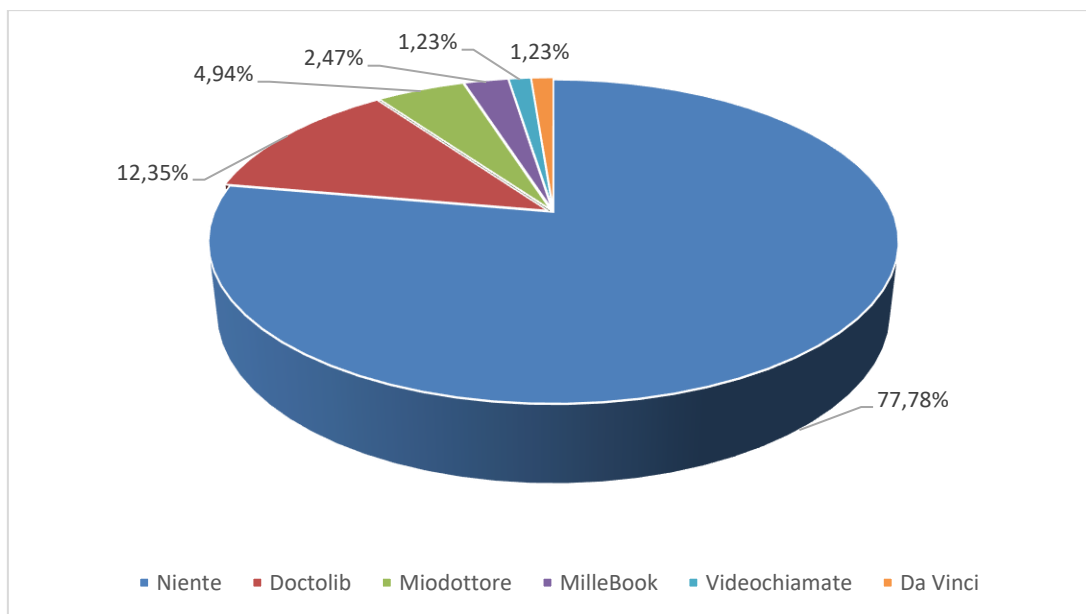


Tabella 6

Nonostante non possa essere usato nell'analisi della varianza, la domanda 17 ci permette di valutare l'aumento avvertito dai MMG dei contatti telefonici e messaggistici negli ultimi 3 anni.

La metà dei MMG ritiene che il numero di contatti sia raddoppiato, con il 23,8% dei medici che riporta un aumento tra il 76 e 100%, mentre il 26,2% lo riferisce al di sopra del 100%.

L'altra metà avverte invece un aumento più intermedio, con una buona parte dei medici, equivalenti al 33,8% del totale, che ha avvertito un incremento del 51-75%, mentre il 13,8% riporta un aumento del 26-50%.

Due casi isolati, infine, ritengono che l'aumento sia stato minimo, rispettivamente del 0-10% e dell'11-25%.

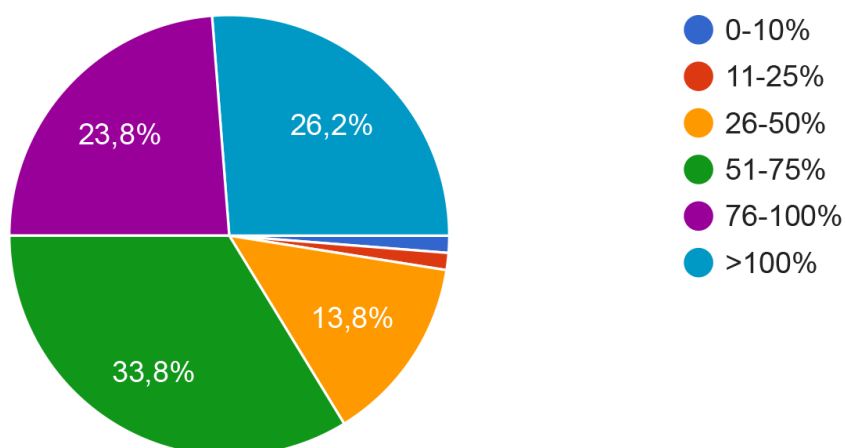


Tabella 7

Risultati del Burnout

Per quanto riguarda la prevalenza del burnout, rispetto le tre sottoscale di MBI, è stato rilevato che:

- Il 65,43% dei medici presenta alti livelli di esaurimento emotivo, il 24,69% livelli moderati, il 9,88% livelli bassi
- L'11,11% presenta alti livelli di depersonalizzazione, il 25,93% livelli moderati, il 62,96% livelli bassi
- Il 3,7% presenta alti livelli di scarsa realizzazione personale, il 41,98% livelli moderati, il 54,32% livelli bassi

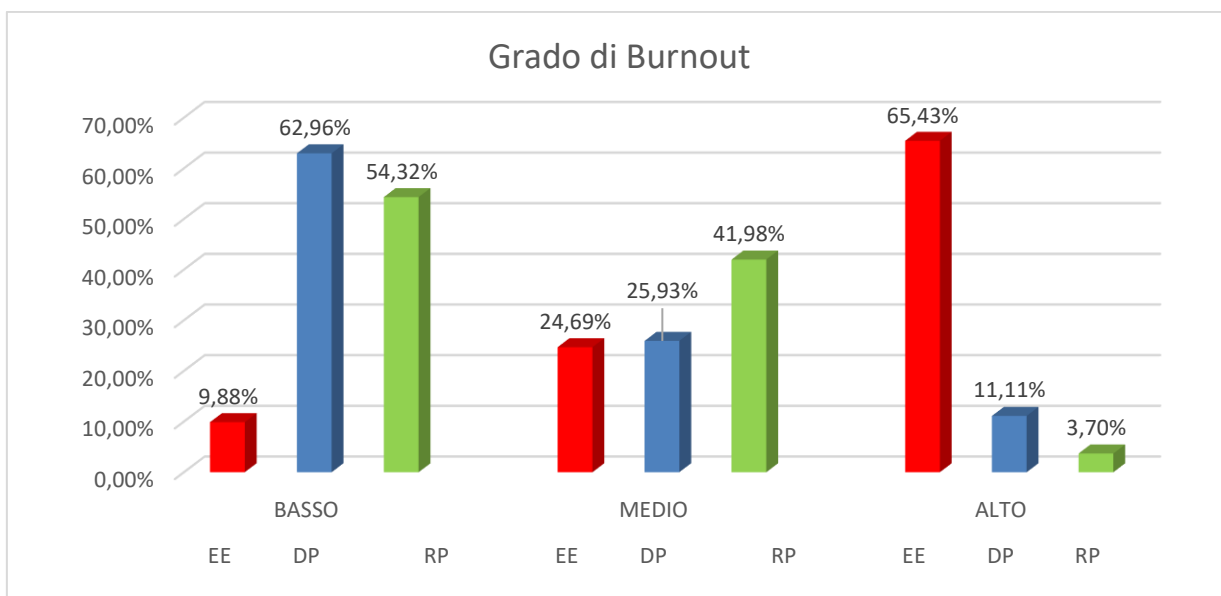


Tabella 8

Da questi dati è possibile affermare che la maggior parte dei medici presi in esame soffre di stress lavorativo, ma non di Sindrome di Burnout, come dimostrato dalla carenza di fenomeni di depersonalizzazione e di scarsa realizzazione personale.

Rimane però importante ricordare che lo stress lavorativo è la prima fase del processo che, se prolungata nel tempo, può condurre all'insorgenza della sindrome propria.

Risultati ANOVA

Tramite il confronto tra i gradi in percentuale di burnout e le diverse variabili Anagrafiche ed Organizzative si sono potute osservare quattro correlazioni statisticamente significative, e quindi generalizzabili.

La prima associazione è quella tra burnout e numero di figli ($p\ value = 0,01$).

Come visibile in Tabella 8, risulta che il non avere figli può essere considerato un fattore di rischio per alti livelli di burnout, mentre avere un figlio risulta come fattore maggiormente protettivo.

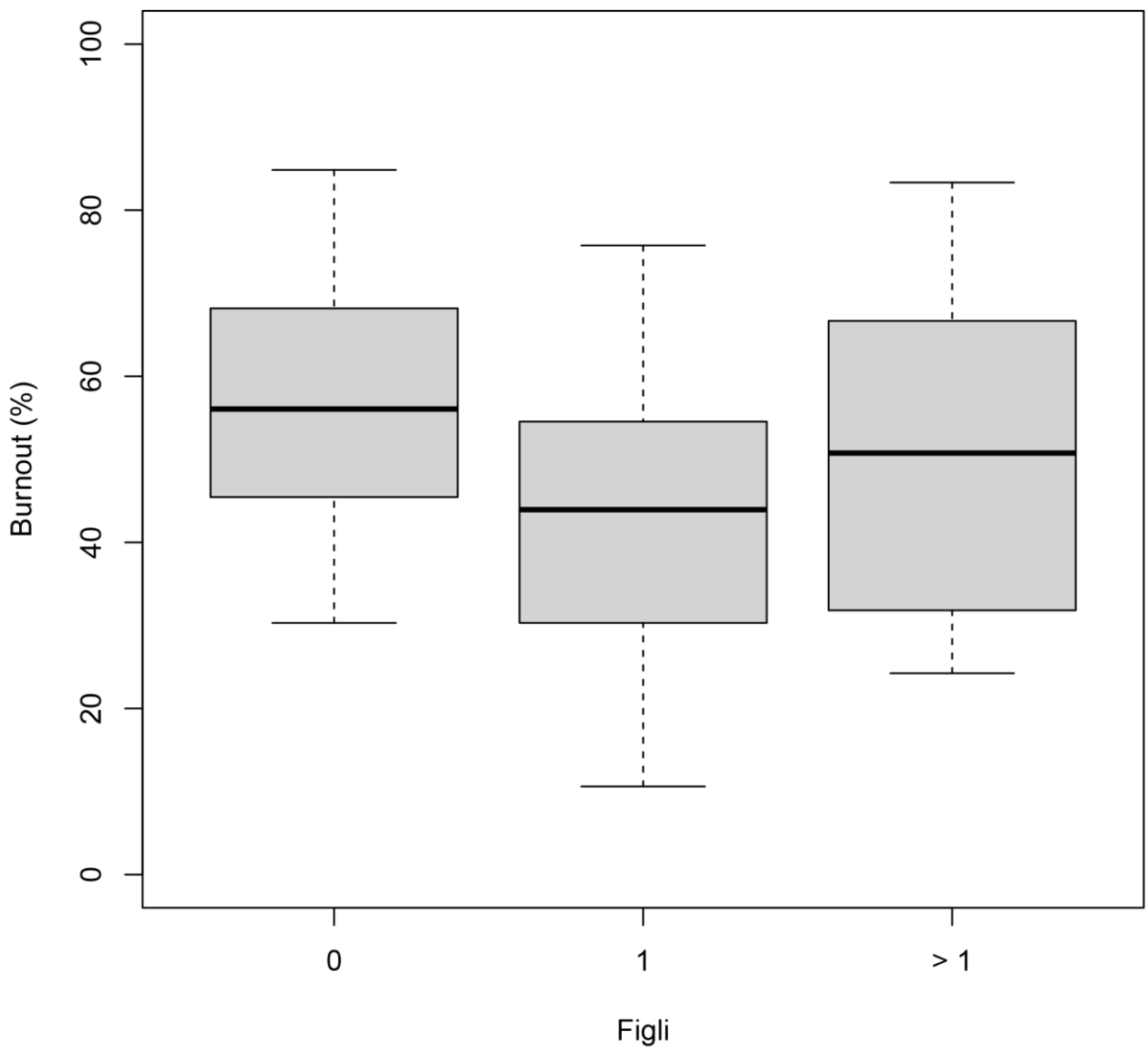


Tabella 9

Il confronto tra burnout ed anni di convenzione ($p\ value = 0,04$) mostra un declino dello stress con l'avanzare dell'età, con l'eccezione dei medici con più di 26 anni di convenzione. Ne risulta, quindi, che le due categorie a maggior rischio di stress siano i medici che hanno cominciato a lavorare da poco e quelli più vicini all'età del pensionamento.

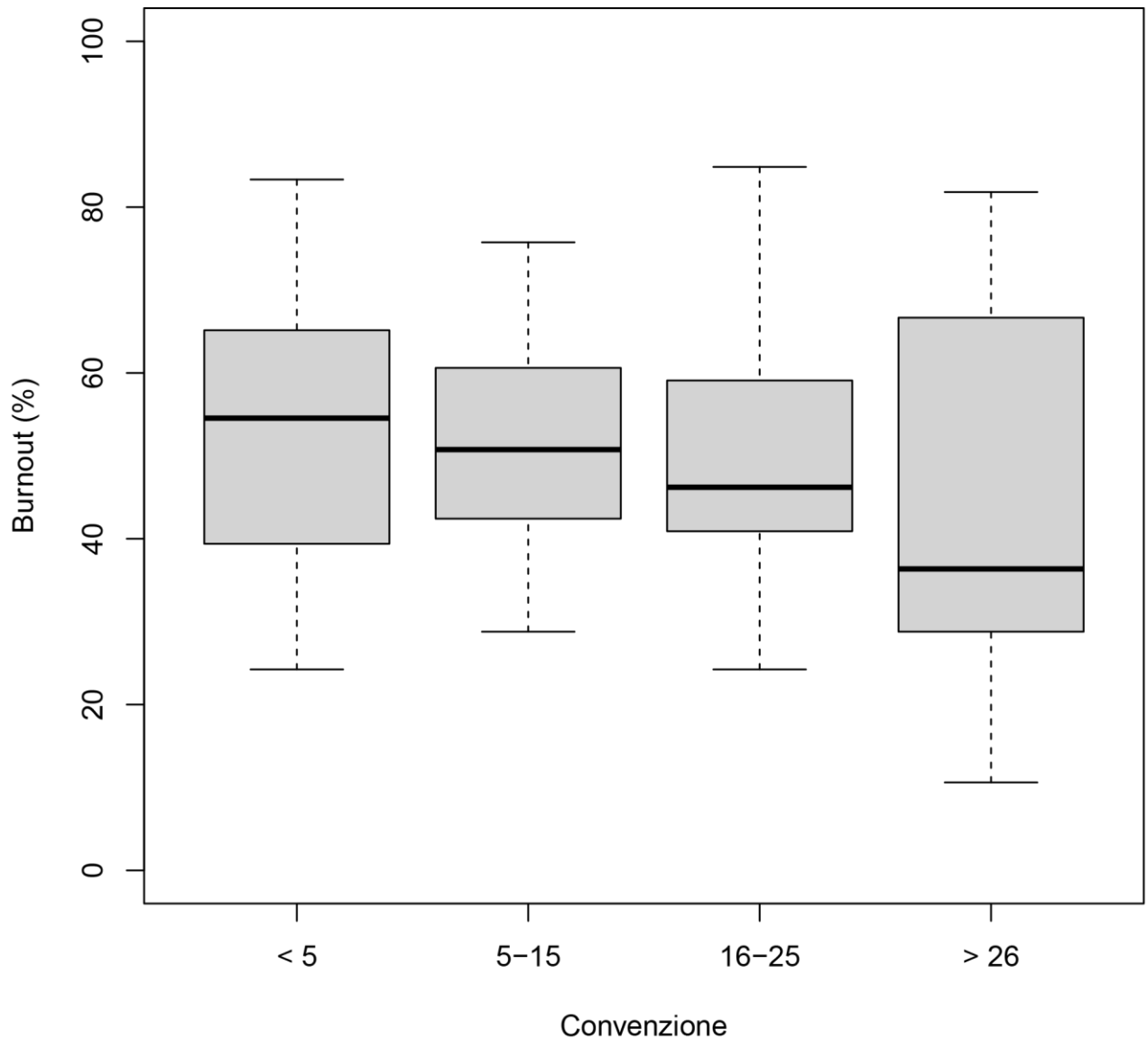


Tabella 10

L'associazione tra il burnout ed il numero di pazienti visitati al giorno ($p\ value = 0,003$) ha mostrato un risultato apparentemente paradossale, in cui maggiori livelli di stress sono associati ad un numero minore di pazienti visitati. Una possibile interpretazione che può essere data a questo risultato è che i medici eccessivamente stressati visitino in

studio un minore numero di pazienti. È difficile capire se questo comportamento avvenga in modo cosciente o meno e necessiterebbe di ulteriori approfondimenti.

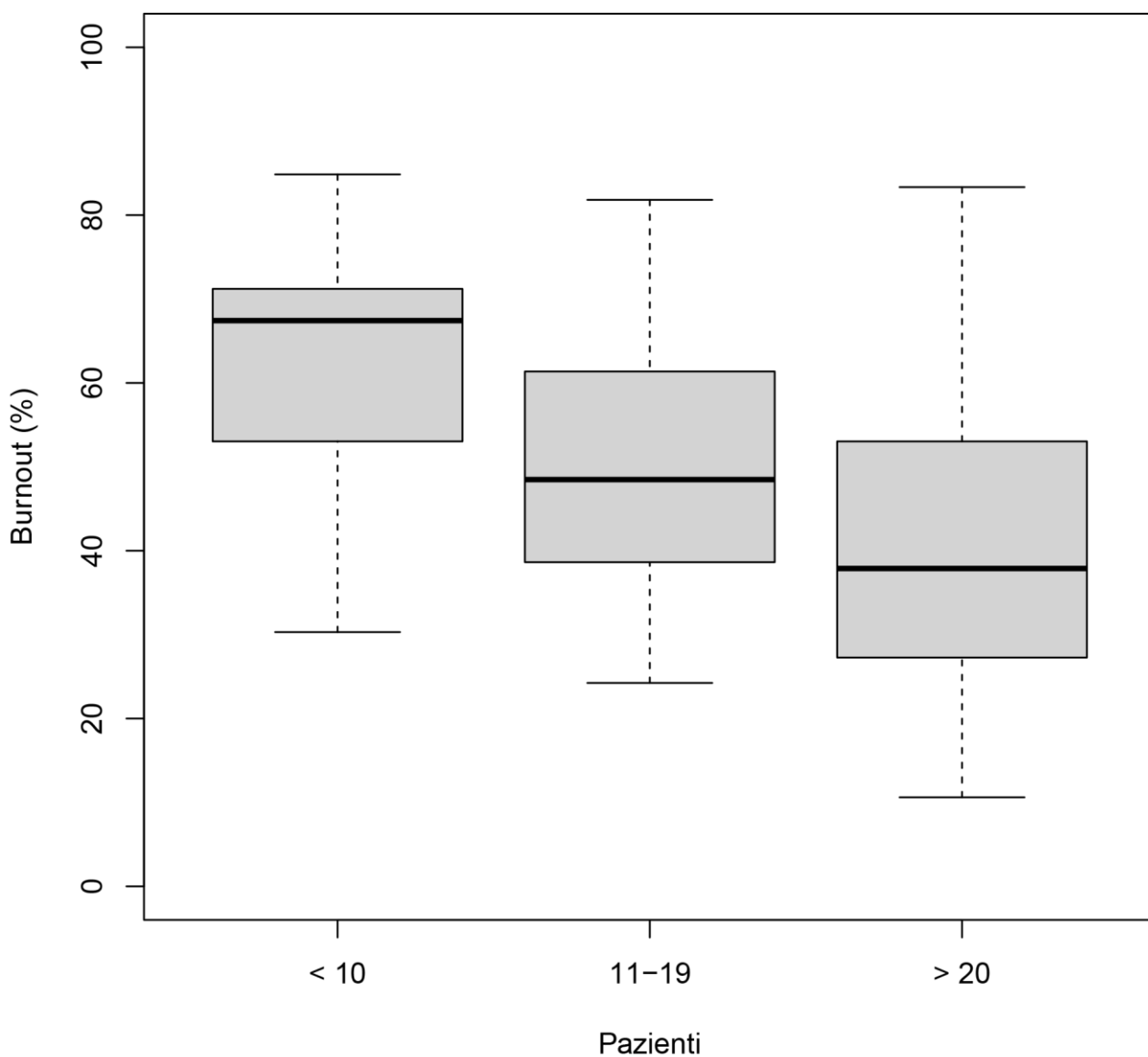


Tabella 11

L'ultimo risultato significativo è il confronto tra il burnout e la domanda 18 (p value = 0,0001).

Questa, più che una domanda, è un'affermazione, che recita "l'aumento del contatto virtuale con i pazienti ha causato un peggioramento del rapporto medico-paziente", e che richiede un giudizio da 0 a 6.

Serve a capire quanto i medici del campione studiato abbiano avvertito un cambiamento nel rapporto con i loro assistiti a seguito dell'aumento del contatto virtuale.

Dal box plot (Tabella 11) si è potuto osservare che i medici che sentono un peggioramento nel rapporto sono quelli con maggiori livelli di burnout.

All'interno di questa analisi sono presenti anche dei casi particolari, indicati con gli *Outlier*, che rappresentano casi isolati ed estremi che si trovano al di fuori del range di variazione attesa.

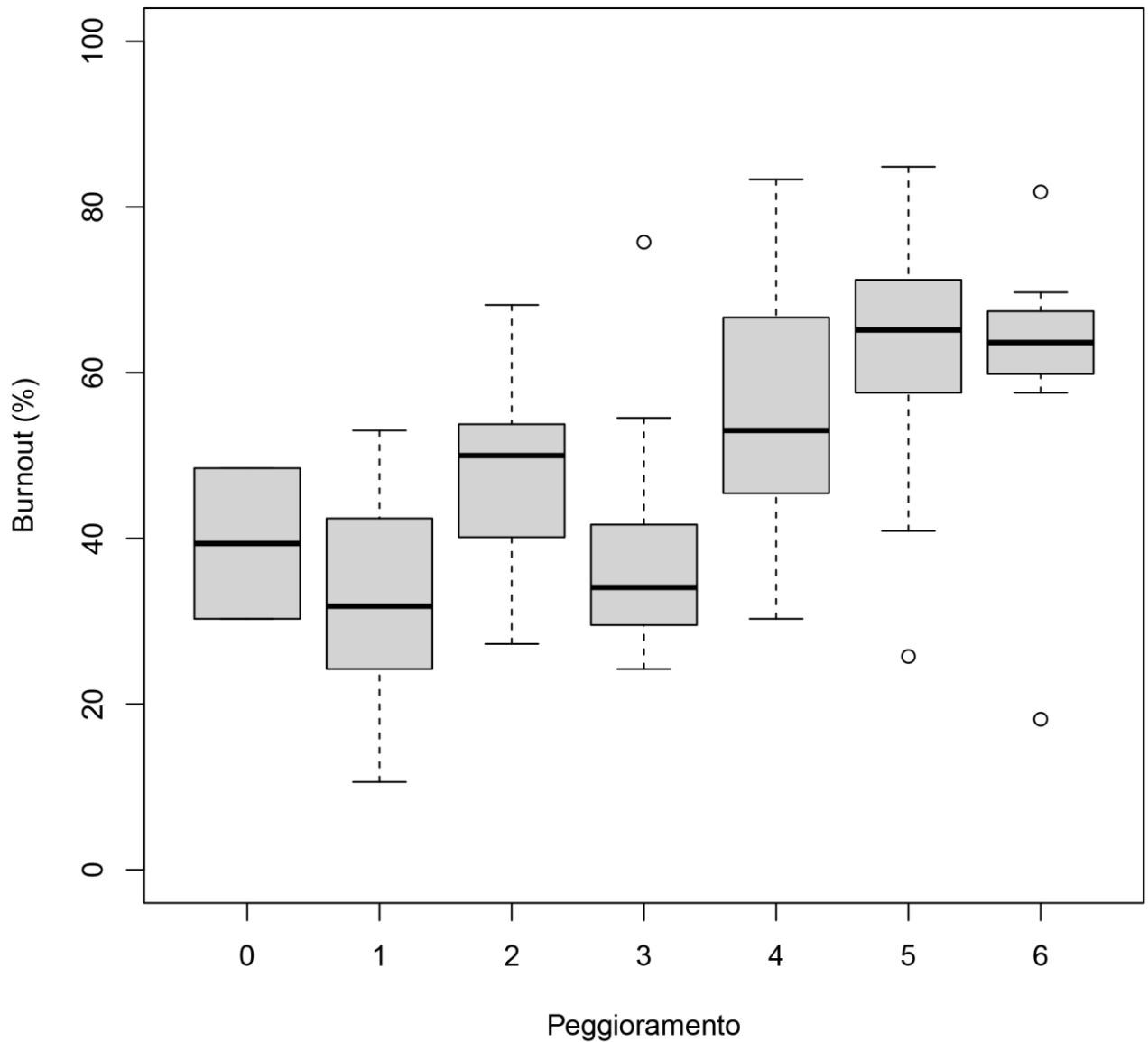


Tabella 12

Risultati Chi-Quadro

Tramite il test del Chi-Quadro si sono approfonditi i risultati ANOVA, confrontando per primi i singoli mezzi di comunicazione con il burnout.

Le uniche associazioni che più si sono avvicinate a valori statisticamente significativi sono state le E-mail ($p\ value = 0,07$) e la categoria degli altri mezzi di comunicazione, composta principalmente dalle App di Telemedicina e un caso di videochiamate ($p\ value = 0,06$).

In seguito, si sono indagate le associazioni tra le tre sottocategorie del MBI Test con le diverse variabili di natura anagrafico ed organizzativo.

Per quanto riguarda l'Esaurimento Emotivo non sono state trovate associazioni significative. L'unica associazione che si avvicina di più con una $p\ value = 0,06$ è tra elevato un EE-2 ("sento di lavorare troppo duramente") ed il genere femminile.

Nessuna associazione tra la Depersonalizzazione e le altre variabili è risultata significativa, ad eccezione del confronto tra DP-4 ("ho l'impressione di trattare alcuni assistiti come oggetti") ed età ($p\ value = 0,014$), il quale mostra una maggiore depersonalizzazione in medici <35 e >65 anni, coerente con i risultati del confronto tra burnout ed anni di convenzione.

Infine, le associazioni con la Realizzazione Personale ha dato un risultato significativo ($p\ value = 0,015$) con il confronto tra RP-3 ("riesco a capire facilmente come la pensano i miei pazienti") e l'età, mostrano che medici con maggiore esperienza possiedono una migliore realizzazione personale.

Altre associazioni indagate sono state tra la domanda 18 con l'età e gli anni di convenzione. Anche se non hanno dato risultati significativi hanno mostrato una tendenza di una visione peggiore del rapporto medico-paziente per i medici <35 anni o con <5 anni di convenzione e quelli >65 anni o con >26 anni di convenzione, ricalcando i risultati ANOVA tra burnout ed anni di convenzione.

Confronto con lo studio di Modena¹⁶

Nel 2005 è stato condotto uno studio che aveva come obiettivo valutare la prevalenza del burnout, e la sua correlazione con diverse variabili, nei MMG Modenesi.

I motivi per cui si è deciso di fare un confronto con questo studio sono stati primariamente la somiglianza tra alcune delle variabili usate come possibili fonti di burnout, sia dal punto di vista demografico, come il sesso, l'età ed il numero di figli, che organizzative, come gli anni di convenzione, le ore di lavoro settimanali, collaboratori ed il numero di assistiti.

In secondo luogo, il burnout è stato valutato utilizzando il MBI, permettendo un confronto diretto tra i due risultati. Il test usato nello studio di Modena era la versione completa, ma questo fatto non risulta essere un problema nel confronto con la versione semplificata usata nello studio di Genova grazie alla conversione dei risultati tramite la formula.

Infine, è giusto ricordare un altro motivo per la scelta è stata anche la carenza di studi che esplorano questo aspetto della vita del MMG, sia a livello internazionale che in Italia. A questo riguardo lo studio di Modena offre un confronto con altri due studi precedenti (*studio Europeo Wonca, 2004 e studio Italiano Grassi et al, 2000*)¹⁷⁻¹⁸, in cui sono stati confrontati esclusivamente gli alti livelli di EE, DP e RP.

Le differenze principali del confronto sono l'assenza di variabili collegate con i mezzi di comunicazione e, ovviamente, la popolazione, che pur essendo MMG si trovano in una città con contesti e dinamiche differenti dal panorama genovese, ed il periodo temporale, precedente alla pandemia di SARS-CoV-2 e all'aumentato interesse nel benessere mentale dei MMG.

Come osservabile in Tabella 12, gli MMG genovesi presentano un maggior grado di esaurimento emotivo, quasi il doppio rispetto ai colleghi modenesi, pur mantenendo un miglior livello di bassa depersonalizzazione.

La realizzazione personale risulta, invece, pressoché sovrapponibile.

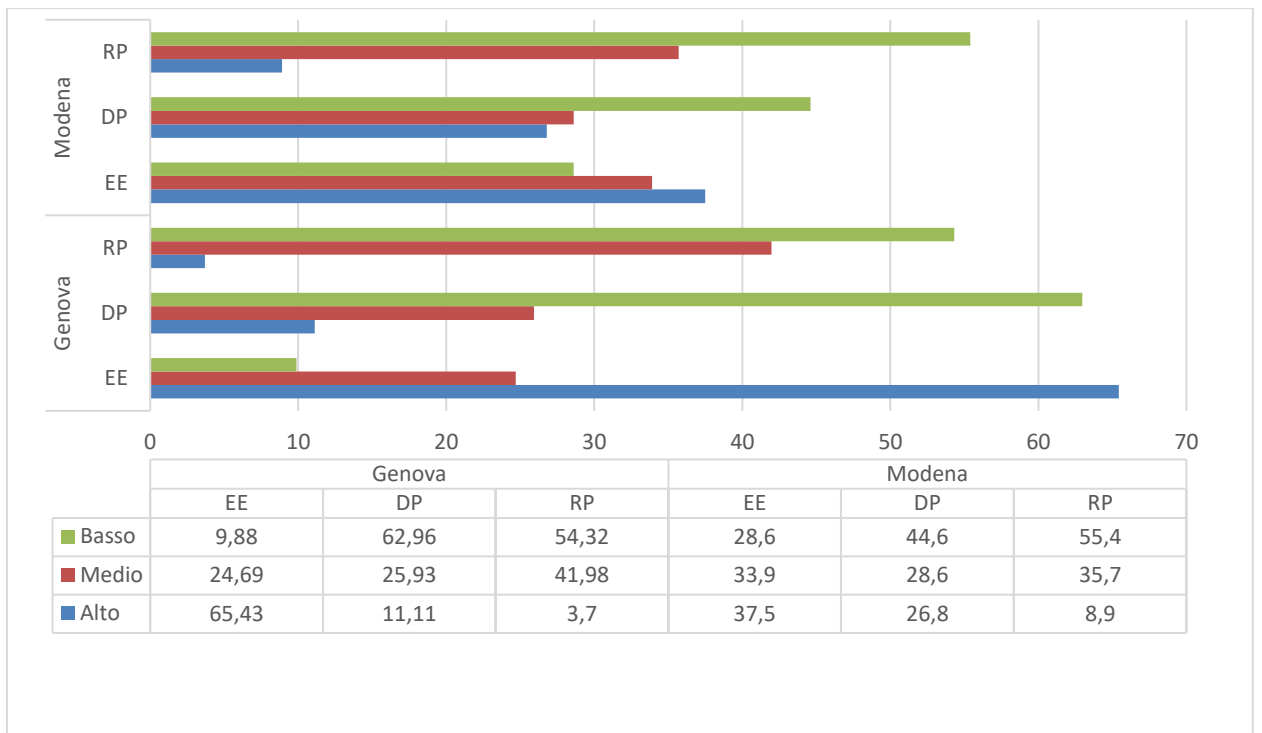


Tabella 13

Nel confronto con gli altri due studi (Tabella 13) è possibile affermare che i MMG genovesi presentano:

- Il più alto livello di EE (65,43% vs 50% dello studio Wonca)
- Il minor grado di alta DP (11,11% vs 26,8% dello studio di Modena)
- La minor frequenza di scarsa RP (3,7% vs 8,9% dello studio di Modena)

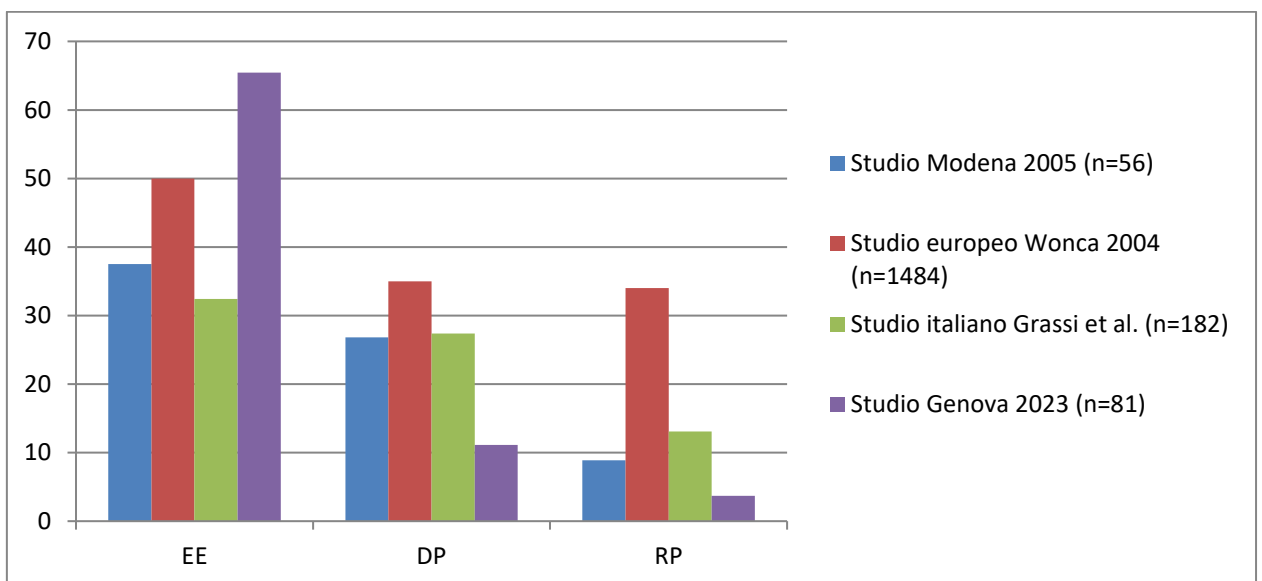


Tabella 14

Questi valori ci permettono di concludere che, nonostante la grande frequenza di esaurimento emotivo, i medici genovesi presentano una scarsa depersonalizzazione e una maggiore realizzazione personale.

Per quanto riguarda il confronto tra le variabili associate al burnout, l'unica analoga e paragonabile, con valori statisticamente significativi, è il numero di figli. Mentre vi è una differente frequenza (50,6% vs 60,7%) del numero di figli superiore ad uno, in entrambi i casi questo fattore risulta protettivo nei confronti del burnout.

Altre variabili non sono paragonabili per la differente modalità di raccolta dei dati (risposta multipla vs range in percentuale) oppure per la presenza, in uno dei due studi, di un valore statisticamente non significativo e quindi non confrontabile.

CONCLUSIONI

La domanda principale che questo studio si è posta era l'esistenza di una correlazione tra il burnout e l'eccesso dei mezzi di comunicazione nell'ambito del lavoro del MMG.

A tal proposito si può concludere che tale correlazione non è presente.

I medici che avvertono un peggioramento del rapporto telematico con i pazienti sono anche quelli con i maggiori livelli di stress e risulta difficile capire se tale sensazione sia il risultato o la causa dello stress stesso.

Oltre al trovare una risposta alla domanda principale, però, si sono trovati risultati, riguardanti il burnout, degni di nota.

I MMG dell'Asl3 hanno un'alta prevalenza di esaurimento emotivo ma, contrariamente a quello che ci si sarebbe aspettato, una scarsa depersonalizzazione e un elevato grado di realizzazione personale.

Per quanto riguarda le altre variabili, si può concludere che i fattori predisponenti il burnout sono la mancanza di figli, la scarsa esperienza lavorativa, che probabilmente porta il giovane medico ad essere sopraffatto dal nuovo ambiente, dinamiche e responsabilità, ed un'età vicina al pensionamento, che probabilmente rende il medico meno tollerante nei confronti delle eccessive richieste dei suoi assistiti.

Limiti dello studio

Un chiaro limite per i risultati e l'efficacia statistica di questo studio è rappresentato dalle dimensioni ridotte del campione.

Un altro fattore legato al campione è stato l'inclusione dei soli soci di Medicoop Liguria, che possono essere classificati come un sottogruppo di MMG Genovesi, pur rimanendo un campione molto rappresentativo delle condizioni della popolazione di MMG generale.

Da un lato questo fatto può aver influito su alcuni risultati, prevalentemente di natura anagrafica ed organizzativa.

Ne sono esempi la distribuzione dei medici nei vari Distretti Genovesi e la promozione dell'App Doctolib.

D'altro canto, si può dire che tale fattore non influisce sulle dinamiche, esperienze lavorative e ripercussioni sulla salute rispetto ai colleghi esterni alla Cooperativa.

A causa di ciò molte associazioni di variabili sono risultate non statisticamente significative, ma si sono solo avvicinate ad una *p value* <0,05.

Casi citabili sono la presenza di segretaria (*p value* = 0,07), il tempo dedicato ai pazienti (*p value* = 0,06) e l'utilità avvertita dal medico nell'usare messaggistica e telefono (*p value* = 0,07).

Altro limite dello studio è stata la natura multifattoriale della Sindrome di Burnout, che rende difficile una valutazione basata su ridotti elementi di indagine.

Considerazioni finali

Il burnout del MMG, nonostante oggi sia maggiormente riconosciuto, rimane un problema sottovalutato e sottostimato, ma che esiste e con il rischio di ripercussioni importanti sulla salute, la motivazione e la *performance* del medico stesso.

A questo proposito molti Autori hanno elaborato diverse strategie di prevenzione e cura, di cui si riportano gli elementi in comune.

La prevenzione del fenomeno andrebbe effettuata su più livelli, tra cui quelli:

1. **Formativo:** promuovere la consapevolezza e il rischio della Sindrome, e dei suoi fattori facilitanti
2. **Individuale:** promuovere l'autoanalisi, per permettere al medico di individuare in modo precoce i segni preliminari di burnout, la gestione dello stress e meccanismi di *coping* diretti
3. **Organizzativo:** con al centro gli obiettivi di ridurre il sovraccarico lavorativo, migliorare il rapporto tra colleghi, aumentare il *feedback* positivo, dare maggiori spazi e pause e garantire servizi di *counseling*.

Curare la Sindrome di Burnout non è un compito facile, ma un percorso lungo e costellato da diverse problematiche; la prima è la difficoltà della diagnosi.

Sono stati elaborati diversi modelli e scale dinamiche, similmente al MBI, per individuare soggetti affetti da burnout, ma sono state fatte notare valide obiezioni, come il problema della misurazione dello stress, l'aumento costante dei fattori di rischio e la mancanza di valori soglia che portano all'assenza di strumenti diagnostici precisi ed affidabili.

Il secondo problema è la natura multifattoriale della Sindrome, che necessiterebbe, come la prevenzione, di un processo terapeutico su più livelli, non solo personali ma anche organizzativi, che possono risultare difficili da eseguire o considerati drastici ed irrealizzabili.

Il miglior trattamento al momento disponibile sono gruppi di sostegno psicologico.

Per quanto riguarda l'eccesso di comunicazione telematica, la maggior parte dei medici sembra aver già in parte risolto il problema, tramite diversi metodi, come l'impiego di segretaria oppure l'uso di App di Telemedicina per prendere appuntamenti, limitare il contatto telefonico solo per emergenze o solo in determinati giorni e orari.

Questo si ricollega all'organizzazione del lavoro e alla capacità di autoanalisi, che hanno permesso ai MMG di adattarsi alle nuove dinamiche lavorative e di ridurre in parte il carico di stress provato durante il giorno.

A questo scopo risulta fondamentale lo sviluppo di nuove tecnologie, come per esempio le App di Telemedicina, che, nonostante possano essere accompagnate da una confusione iniziale del loro uso da parte di operatori ed utenti, possono diventare strumenti essenziali per migliorare la qualità del lavoro.

Rimane importante ricordare, infine, che l'aumento dei casi di stress lavorativo e burnout è stato conseguente al periodo di pandemia, a causa del cambio improvviso del rapporto tra medico e paziente, che rimane alterato e modificato tutt'oggi.

Anche se un po' irrealistico, andrebbero escogitate, da parte delle strutture organizzative della sanità, strategie standardizzate da adottare in casi di emergenza sia da parte del medico, tramite una migliore rete di collegamento con specialisti adatti all'emergenza in corso e, più in generale, con le strutture ospedaliere, ed un adeguato controllo dello stress, tramite autoanalisi e *management*, sia da parte degli assistiti, che andrebbero resi consapevoli dei cambiamenti adottati dal medico, del rischio di sovraccarico lavorativo e dell'adeguatezza della richiesta di prestazione, se tale è necessaria o meno.

Un'altra soluzione per il sovraccarico lavorativo, un po' inaspettata ma non banale, può essere semplicemente il passaggio del tempo.

Le conseguenze della pandemia sono ancora presenti ma, con il passare degli anni, se ne sta osservando una loro graduale e naturale riduzione, grazie ai vari sistemi organizzativi adottati dai medici e al progressivo ritorno ad un rapporto tra medico e paziente simile a quello pre-pandemia.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Morgese M. Il burnout: cause ed effetti dello stress in ambito lavorativo. State of Mind, il giornale delle scienze psicologiche, <https://www.stateofmind.it/>; 2023
- 2- De Silvestri C. Appunti Profilattici. In: Pellegrino F, editor. La Sindrome del Burn-Out. Torino: Centro Scientifico Editore; 2000
- 3- Maslach C, Pines A. The burn-out syndrome in day care setting. Child Care Q 1997
- 4- Maslach C, Pines A. Characteristics of staff burn-out in mental health settings. Hosp Community Psychiatry 1978
- 5- Maslach C. Burnout, the cost of caring. New York: Prentice Hall Press Inc. ; 1982 (trad. italiana: La sindrome di burnout, il peso dell'aiuto agli altri. Assisi: Cittadella Editrice; 1997)
- 6- Marck C, Pierce B, Malloy GN. Psychological and biographical differences between secondary school teachers experiencing high and low levels of burnout. Br J Educ Psychol 1990
- 7- Olkinuora M, Asp A, Juntunen J, Kauttu K, Striol L, Aarimaa M. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1990
- 8- Cherniss C. Staff burnout, Job stress in the Human Service. Beverly Hills, CA: Sage Publications Inc; 1980 (trad. italiana: La sindrome del burn-out. Centro Scientifico Editore: Torino; 1983)
- 9- Wikipedia. L'enciclopedia libera. <https://it.wikipedia.org/wiki/Coping>
- 10- Cooper CL, Kelly M. Occupational stress in head teachers: a National UK study. Br J Educ Psychol 1993
- 11- Popolazione per età, sesso e stato civile 2021 – città metropolitana di Genova. <https://www.tuttitalia.it/liguria/provincia-di-genova/statistiche/popolazione-eta-sesso-stato-civile-2021/>
- 12- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Occup Behav 1981
- 13- Maslach C, Jackson SE. The Maslach Burnout Inventory (“Human Service Survey”). Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1986
- 14- Yaman H, Soler JK. The job related burnout questionnaire. A multinational pilot study. Australian Family Physician; 2002
- 15- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. MBI Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press; 1993 (3rd ed.)
- 16- Padula MS, Ferretti E, Svampa E, D'Amico R, Venuta M, Guaraldi GP. Il burnout nei Medici di Medicina Generale di Modena, prevalenza e variabili correlate. Rivista SIMG; 2007
- 17- Studio internazionale sul burnout nei medici di famiglia europei. Corriere Medico, 17 Giugno 2004

18-Grassi L, Magnani K. Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioner and hospital physicians. *Psychotherapy and psychosomatics*; 2000

Allegato A

1. Età

- < 35
- 36-50
- 51-65
- > 65

2. Genere

- Maschio
- Femmina

3. Numero di Figli

- 0
- 1
- > 1

4. In quale Distretto di Asl3 svolge la sua attività?

- Distretto 8 Urbano
- Distretto 8 Extraurbano
- Distretto 9
- Distretto 10 Urbano
- Distretto 10 Extraurbano
- Distretto 11
- Distretto 12 Urbano
- Distretto 12 Extraurbano
- Distretto 13 Urbano
- Distretto 13 Extraurbano

5. Numero di anni di convenzione

- < 5
- 5-15
- 16-25
- > 26

6. Numero di assistiti

- < 500
- 500-1000

- > 1000
7. L'attività di MMG è la sola attività professionale che svolge?
- MMG
 - Continuità Assistenziale
 - Medicina dei servizi
 - Libera Professione
 - Altro
8. Lavora in studio
- Singolo
 - Gruppo
 - Rete
 - Più di uno studio
 - Altro
9. Nel suo studio lavora una Segretaria? (se SI, per quante ore settimanali?)
- < 10
 - 11-20
 - > 20
10. Nel suo studio lavora un'Infermiera? (se SI, per quante ore settimanali?)
- < 5
 - 6-10
 - > 11
11. In studio riceve su
- Appuntamento
 - Accesso libero
 - Misto
12. In media quanto tempo dedica ad ogni paziente?
- < 10 min
 - 10-20 min
 - > 20 min
13. In media quanti pazienti al giorno riceve **in visita**? (esclusi quelli che usufruiscono dei servizi di segreteria per ricette)
- < 10
 - 11-19

- > 20
14. In media quante ore passa quotidianamente in studio?
- < 3
 - 3-5
 - > 5
15. Di quali mezzi di comunicazione si avvale regolarmente?
- Telefono
 - WhatsApp
 - SMS
 - E-Mail
 - Altro
16. L'uso della messaggistica e del telefono mi agevola nella gestione quotidiana del mio lavoro
- Per niente
 - Un poco
 - Abbastanza
 - Molto
 - Moltissimo
 - Non posso più rinunciarvi
17. Negli ultimi 3 anni il contatto telefonico/SMS con i miei pazienti è aumentato del
- 0-10%
 - 11-25%
 - 26-50%
 - 51-75%
 - 76-100%
 - > 100%
18. L'aumento del contatto virtuale con i pazienti ha causato un peggioramento nel rapporto medico-paziente
- da 0 a 6

Per le seguenti affermazioni viene chiesto un giudizio di frequenza, da 0 a 6, dove:

- 0 = MAI
- 1 = QUALCHE VOLTA ALL'ANNO
- 2 = UNA VOLTA AL MESE O MENO
- 3 = QUALCHE VOLTA AL MESE
- 4 = UNA VOLTA ALLA SETTIMANA
- 5 = QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA
- 6 = SEMPRE

- 19. Alla fine della giornata mi sento emotivamente esaurito
- 20. Ho l'impressione che i pazienti diano la colpa a me per i loro problemi
- 21. Ho realizzato molte cose di valore nel mio lavoro
- 22. Da quando lavoro mi sento più insensibile con la gente
- 23. Non mi importa veramente di ciò che succede ad alcuni miei pazienti
- 24. Sento di lavorare troppo duramente
- 25. Mi sento frustrato dal mio lavoro
- 26. Ho l'impressione di trattare alcuni assistiti come se fossero oggetti
- 27. Sono soddisfatto di influenzare positivamente la vita di altre persone attraverso il mio lavoro
- 28. Riesco a capire facilmente come la pensano i miei pazienti
- 29. Lavorare tutto il giorno con eccessivo contatto telefonico e telematico mi crea pressione