

BURNOUT DELLO PSICHIATRA O BURNOUT DELL'ASSISTENZA PSICHIATRICA?

Vincenzo MANNA*, Francesca DICUONZO**

* Psichiatra, Psicoterapeuta, Direttore ff UOC ** Psicologa, Psicoterapeuta
Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Ospedale San Sebastiano Martire, DSM,
ASL Roma 6, Frascati, Roma, Italia.
Psychiatric Service of Diagnosis and Care, San Sebastiano Martire Hospital, DSM,
ASL Roma 6, Frascati, Rome, Italy.
E mail vincenzo.manna@aslroma6.it

RIASSUNTO

Negli ultimi anni, i paesi industriali maturi stanno rapidamente trasformandosi da economie di produzione a economie di servizi. In tale nuovo contesto socio-economico, particolare interesse si è sviluppato circa i problemi di salute mentale sul posto di lavoro. Il rischio di *burnout* è significativamente più alto per determinate occupazioni, in particolare per gli operatori a stretto contatto interpersonale con l'utenza, come gli operatori sanitari. Oltre agli effetti indotti dal carico di lavoro, dalle molte ore di lavoro o dai lunghi turni di notte, l'ambito medico presenta stress specifici. I medici e gli psichiatri, in particolare, lavorano in contesti e con rapporti interpersonali emotivamente impegnativi con i pazienti, con le loro famiglie, ma anche con il restante personale sanitario. Abbastanza frequentemente devono prendere decisioni rapide confrontandosi con un'enorme mole di richieste, che necessitano spesso di notevoli assunzioni di responsabilità. Nell'attuale contesto sanitario, in rapida evoluzione organizzativa, diversi fattori di stress possono svolgere differenti e rilevanti ruoli nella etio-patogenesi del *burnout*. Oggi, paradossalmente, gli obiettivi di economia sanitaria sembrano avere priorità sui valori medici nella gestione della salute e sui valori etici nella cura della persona. In Italia, il processo di aziendalizzazione e regionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale ha orientato la pratica clinica, in psichiatria, verso la razionalizzazione e l'ottimizzazione delle risorse disponibili, per garantire appropriatezza ed equità delle prestazioni. La sfida che si dovrà affrontare, a breve, in politica sanitaria, con il progressivo invecchiamento della popolazione, sarà il peso crescente della cronicità, in un contesto di risorse limitate, che richiederanno necessariamente un approccio manageriale nella strutturazione e nella erogazione dei servizi. La gestione del cambiamento nell'assistenza psichiatrica, oggi in Italia, non può prescindere da un profondo coinvolgimento (*engagement*) motivante dei professionisti. In altre parole è auspicabile, nello sforzo di contenimento della spesa e di razionalizzazione dei processi assistenziali, passare dal *burnout* all'*engagement* degli psichiatri, investendo risorse economiche ed umane nei servizi per la salute mentale. In questa rassegna, attraverso una ricerca selettiva della letteratura pertinente 2010-2017, condotta su PubMed, (key words: stress, burnout, psychiatry, mental health) sono state analizzate e riassunte le informazioni provenienti da articoli originali, recensioni e capitoli di libri, circa la presenza della sindrome di *burnout* tra gli psichiatri. Questo articolo esamina il concetto di *burnout*, le sue cause e gli interventi più opportuni in senso preventivo e terapeutico applicabili agli psichiatri.

Parole chiave: stress, burnout, psichiatria, salute mentale.

SUMMARY

In recent years, mature industrial countries are rapidly changing from production economies to service economies. In this new socio-economic context, particular attention has been paid to mental health problems in the workplace. The risk of burnout is significantly higher for certain occupations, in particular for those in close contact with users, such as health workers. In addition to the effects induced by workload, by many hours of work or by long night shifts, the medical environment presents specific stresses. Doctors and psychiatrists, in particular, work in contexts and with emotionally demanding interpersonal relationships with patients, with their families, but also with the remaining healthcare staff. Quite frequently they have to make quick decisions by dealing with a huge amount of requests, which often require considerable assumptions of responsibility. In the current health context, in rapid organizational evolution, different stress factors can play different and relevant roles in the etio-pathogenesis of burnout. Paradoxically, today, health care objectives seem to have priority over medical values in health management and over ethical values in personal care. In Italy, the process of corporateization and regionalization of the National Health Service has oriented clinical practice, in psychiatry, towards the rationalization and optimization of available resources, to ensure appropriateness and fairness of performances. The challenge that will soon be faced in health policy, with the progressive aging of the population, will be the growing burden of chronicity, in a context of limited resources, which will necessarily require a managerial approach in structuring and delivering services. The management of change in psychiatric assistance, today in Italy, can not be separated from a deep motivating involvement (*engagement*) of professionals. In other words, it is desirable, in the effort to contain expenditure and rationalize welfare processes, to shift from burnout to the engagement of psychiatrists, investing economic and human resources in mental health services. In this review, through a selective search of the relevant literature 2010-2017, conducted on PubMed, (key words: stress, burnout, psychiatry, mental health) the information from original articles, reviews and book chapters was analyzed and summarized. about the presence of burnout syndrome among psychiatrists. This article examines the concept of burnout, its causes and the most appropriate preventive and therapeutic interventions applicable to psychiatrists.

Key words: stress, burnout, psychiatry, mental health.

INTRODUZIONE

Per molti anni, il *burnout* è stato riconosciuto come un rischio professionale per le attività lavorative orientate alla cura della persona, soprattutto nell'ambito educativo e dell'assistenza sanitaria. I rapporti terapeutici e di relazione interpersonale, che in tali professioni si sviluppano, richiedono, infatti, un significativo contatto emotivo, per cui tali rapporti possono essere vissuti come gratificanti e coinvolgenti, ma possono anche essere vissuti come molto stressanti.

Nell'ambito delle attività d'aiuto alla persona, le norme etiche condivise tendono ad anteporre i bisogni degli assistiti a quelli dei professionisti. Ciò presuppone che lavorare per lunghe ore e fare tutto il necessario per aiutare un cliente o un paziente o uno studente è considerato non solo opportuno, ma, talora, necessario. Gli ambienti organizzativi per l'espletamento di questi lavori sono modellati sulla base di diversi fattori sociali, politici ed economici. Basti pensare, in questi ultimi anni, ad esempio, ai tagli di finanziamento e alla riduzione di personale in attività nei servizi psichiatrici a fronte di richieste crescenti per numero e per gravità d'impegno. Gli stessi servizi si vanno riducendo progressivamente di numero, depauperandosi di risorse umane, nonostante le richieste da parte dell'utenza, crescenti e più esigenti. Recentemente, come per tutte le occupazioni a stretto e diretto contatto con l'utenza, il fenomeno del *burnout* è diventato rilevante ed ha richiamato l'interesse degli studiosi.¹

Gli psichiatri svolgono un lavoro, per sua natura, stressante.² Usano se stessi come "strumenti" nella professione e sperimentano una serie di forti e pervasive emozioni nel corso del loro lavoro clinico. La relazione medico-paziente in sé evoca emozioni legate al desiderio e all'impegno di migliorare le condizioni cliniche del paziente, ma può indurre un senso di fallimento e di frustrazione quando la malattia del paziente avanza o non risponde al trattamento, nonché sentimenti d'impotenza rispetto alla malattia ed ai fallimenti clinici, con livelli di frustrazione, che possono portare lo psichiatra ad evitare persino il contatto con i pazienti per sfuggire a questi sentimenti.³

In linea di principio, in presenza degli stessi fattori di contesto, gli operatori della salute mentale dovrebbero sperimentare uno stress da lavoro simile a quello avvertito dagli operatori sanitari, che svolgono le loro attività in altre discipline mediche. Tuttavia, diversi studi hanno identificato fattori di stress specifici della professione psichiatrica. La stigmatizzazione non riguarda solo i malati psichiatrici, ma anche la stessa professione. La particolare pregnanza del rapporto con i pazienti, nonché le difficili interazioni con le loro famiglie, con le istituzioni sanitarie e con quelle giudiziarie, rappresentano altri fattori di stress specifico. L'interazione professionale con altri medici, in contesti ospedalieri, ma anche con altri professionisti della salute mentale, con cui talvolta si condivide la presa in carico del paziente psichiatrico, rappresentano ulteriori fonti di stress lavorativo. Altre fonti di stress sono la mancanza di gratificazioni professionali e di feedback positivi, retribuzioni basse e ambienti di lavoro poveri e poco accoglienti. Particolare rilevanza rivestono, inoltre, le minacce alla persona subite da parte di pazienti violenti, le minacce alla persona provenienti da famiglie problematiche, nonché lo specifico rischio giudiziario. Infine, il suicidio del paziente è un importante fattore di stress, dopo il quale un rilevante numero di operatori della salute mentale lamenta l'insorgere di sintomi da stress post-traumatico.^{4,5}

Data la natura personale della relazione che gli psichiatri tendono a sviluppare con i loro pazienti, queste emozioni sono probabilmente intensificate dal contesto. Gli psichiatri sono altresì esposti a stress esterni, a causa della rapida evoluzione delle modalità di erogazione dei servizi, del divario crescente tra il modo in cui vengono addestrati e la loro pratica quotidiana, nonché dai rapporti sempre più complessi con le strutture amministrative e giudiziarie. Mentre le fonti di stress possono essere diverse ed articolate, variando in base a diverse condizioni socio-economiche e storico-ambientali, il risultato dell'esposizione cronica agli stress emotivi e interpersonali sul lavoro è invariabilmente il *burnout*.⁶

In questa rassegna, attraverso una ricerca selettiva della letteratura pertinente 2010-2017, condotta su PubMed, (key words: stress, burnout, psychiatry, mental health) sono state analizzate e riassunte le informazioni provenienti da articoli originali, recensioni e capitoli di libri, circa la presenza della sindrome di *burnout* tra gli psichiatri. Questo articolo esamina il concetto di *burnout*, le sue cause e gli interventi più opportuni in senso preventivo e terapeutico applicabili agli psichiatri.

DEFINIZIONE DI BURNOUT

Il concetto di *burnout* è stato introdotto solo nel 1974.⁷ Da allora sono apparse in letteratura diverse definizioni. Alcuni studiosi hanno definito il *burnout* come "un'esperienza di esaurimento fisico, emotivo e mentale, causato da un coinvolgimento a lungo termine in situazioni emotivamente rilevanti".⁸ Altri studiosi hanno definito l'esaurimento come "sindrome da esaurimento emotivo" (stanchezza, sintomi somatici, diminuzioni delle risorse emotive e sensazione di non avere niente da poter fare per gli altri),

depersonalizzazione (sviluppo di atteggiamenti negativi, di cinismo e di sentimenti impersonali verso i pazienti, alla fine trattati come oggetti) e mancanza di sentimenti di realizzazione personale (sentimenti di incompetenza, inefficienza e inadeguatezza).⁹ Quando il costrutto del *burnout* è stato proposto per la prima volta, alcuni Autori hanno opinato che non era un fenomeno nuovo e diverso, ma piuttosto una nuova etichetta per uno "stato già noto nella pratica clinica". Tuttavia, molte opinioni diverse sono state formulate, successivamente, su ciò che lo "stato già noto nella pratica clinica" in realtà era, che includevano: lo stress da lavoro, l'ansia, la rabbia, l'insoddisfazione per il lavoro, la depressione e/o una combinazione di essi.¹⁰⁻¹² In prospettiva psicoanalitica il *burnout* è stato considerato indistinguibile dallo stress da lavoro e/o dalla depressione, rappresentando un mancato raggiungimento della soddisfazione narcisistica nel perseguimento di obiettivi ideali.¹³ Come risultato di queste critiche, la ricerca successiva si è spesso focalizzata sulla verifica della validità del costrutto stesso di *burnout*. I risultati di molti studi hanno stabilito che il *burnout* è davvero un costrutto distinto, a sé stante.¹⁴

Secondo una definizione diffusamente condivisa, in letteratura clinica, il *burnout* è una sindrome che emerge come risposta prolungata, indotta da fattori di stress cronico interpersonale, in ambito lavorativo.¹⁵ Questa risposta presenta tre dimensioni principali che sono: 1. esaurimento (*exhaustion*) delle energie psicofisiche dell'operatore; 2. sentimenti di cinismo (*cynicism*) nel rapporto interpersonale e clinico; 3. senso di distacco dal lavoro, con vissuti d'inefficacia e di mancanza di realizzazione (*ineffectiveness*). Questa definizione di *burnout* è la più diffusa. Questo modello tridimensionale di *burnout* pone chiaramente l'esperienza individuale dello stress all'interno di un contesto socio-relazionale e valuta l'attività assistenziale del professionista nell'ambito sociale e lavorativo, in cui svolge tale attività.

Tab. 1.
Sindrome da *burnout*: definizione tridimensionale secondo Maslach C & Jackson SE, 1981.

- 1. esaurimento (*exhaustion*) delle energie psicofisiche dell'operatore;**
- 2. sentimenti di cinismo (*cynicism*) nel rapporto interpersonale e clinico;**
- 3. senso di distacco dal lavoro, con vissuti d'inefficacia e di mancanza di realizzazione (*ineffectiveness*).**

Le iniziali ricerche sul *burnout* sono state largamente esplorative e si basavano principalmente su dati qualitativi. Il punto di vista clinico aveva investigato la motivazione e le emozioni, ma aveva inquadrato questi aspetti in termini più psicologici, nell'ambito dei disturbi dell'umore di tipo depressivo. I primi ricercatori provenienti dalla psicologia sociale e clinica, sottolineando il ruolo svolto dalle relazioni interpersonali, di come cioè le persone percepiscono e rispondono agli altri, hanno evidenziato aspetti di preoccupazione e di disumanizzazione, per legittima difesa, correlabili ai processi di attribuzione di ruoli e di motivazione all'aiuto. I ricercatori successivi provenienti dalla psicologia industriale e organizzativa, invece, hanno maggiormente marcato il ruolo svolto dagli aspetti di organizzazione del lavoro e dai comportamenti dell'operatore socio-sanitario, in *burnout*, come maggiormente conseguenti al contesto socio-lavorativo e meno alle caratteristiche individuali o psicologiche del singolo operatore. Da questi lavori descrittivi sono state enucleate tre dimensioni dell'esperienza di *burnout*. La dimensione "esaurimento", condizione descritta come usura, perdita di energia, debilitazione e/o stanchezza. La dimensione "cinismo", originariamente definita depersonalizzazione, è stata descritta come atteggiamenti negativi o inadeguati verso gli assistiti, con irritabilità, perdita di idealismo e ritiro sociale. La dimensione "inefficacia" è stata originariamente definita "ridotta realizzazione personale" ed è stata descritta come riduzione della produttività e delle capacità professionali, basso tono dell'umore e incapacità di far fronte alle normali difficoltà clinico-assistenziali. Il *burnout* può avere un impatto negativo sulle capacità di lavoro, sulla cura del paziente e sulla salute dell'operatore psichiatrico che ne è affetto, ma, paradossalmente, può anche svolgere un ruolo protettivo. I sintomi del *burnout* potrebbero, infatti, svolgere un ruolo di protezione della psiche umana contro ulteriori danni di fronte alla percezione soggettiva di "non avere nessuna via d'uscita". Qualche autorevole autore ha descritto la depersonalizzazione come un mezzo di protezione contro un ulteriore drenaggio emozionale, come un meccanismo omeostatico, in un lavoratore emotivamente esaurito.¹⁶ Lungo linee simili, si può sostenere che l'esaurimento emotivo agisce come un "freno" per individui che non possono o non sanno come o quando ridurre i loro impegni lavorativi e relazionali. Le modifiche negative dell'atteggiamento (la riduzione degli obiettivi di lavoro, la perdita dell'idealismo, il crescente interesse personale, l'aumento del distacco emotivo dai pazienti) sono stati descritti anche da altri autori come una forma di adattamento.¹⁷

BURNOUT: VALUTAZIONE OBIETTIVA E QUANTIFICAZIONE

Con la progressiva migliore definizione delle caratteristiche del *burnout* è diventato più chiaramente evidente la necessità di sviluppare specifici strumenti di valutazione quantitativa. Sono stati proposti vari strumenti di misura, sulla base delle diverse ipotesi interpretative sul *burnout*. Molti di questi strumenti, adottati nei primi tempi, non avevano ricevuto un'adeguata validazione scientifica.

Alcuni iniziali strumenti di quantificazione del *burnout* sono stati prevalentemente orientati a misurare la sola dimensione "esaurimento" (*exhaustion*).^{18,19} Il primo strumento di misura del *burnout*, che si è basato su un ampio programma di ricerca psicometrica, è stato il Maslach Burnout Inventory (MBI).^{14,20} Il MBI fornisce punteggi su tre sottoscale o dimensioni (1. la depersonalizzazione, 2. l'esaurimento emotivo, 3. la mancanza di realizzazione personale) sulla base di 22 items su una scala da 0 a 6. Quanto più alto è il punteggio degli intervistati su depersonalizzazione ed esaurimento emotivo, maggiori sono i livelli di *burnout*, mentre la realizzazione personale si correla al *burnout* in senso inverso. Il MBI è risultato essere affidabile, valido e di facile somministrazione. Il MBI è stato specificamente progettato per valutare le tre dimensioni dell'esperienza di *burnout*, che erano emerse dalla ricerca qualitativa. È stato considerato lo strumento standard per la ricerca in questo campo ed è stato tradotto e validato in molte lingue.²¹

Sono stati sviluppati altri strumenti standardizzati e validi per la misura del *burnout*. Il Burnout Measure (BM) presenta 21 items (classificati su una scala a 7 punti) e raggruppati in tre sottoscale (1. l'esaurimento fisico, 2. l'esaurimento mentale, 3. l'esaurimento emotivo).²² A differenza del MBI, gli elementi non hanno alcuna associazione esplicita con il lavoro e sono presentati in ordine casuale. Le sottoscale hanno mostrato una buona coerenza interna (da 0,8 a 90) e la scala totale ha mostrato una buona affidabilità.²³ L'analisi fattoriale suggerisce che la BM è una misura unidimensionale. Altri studi hanno mostrato un'alta correlazione tra i punteggi totali di BM e i punteggi alla scala di esaurimento emotivo del MBI.²⁴ Questa distinzione tra gli strumenti di misura che valutano diverse dimensioni del *burnout* e quelli che valutano la sola dimensione "esaurimento", continua fino ai giorni nostri e riflette diverse concettualizzazioni circa il *burnout*. Ad esempio, il Bergen Burnout Inventory (BBI) valuta tre dimensioni del *burnout*: 1. "stanchezza" al lavoro; 2. "cinismo" nel rapporto interpersonale a lavoro; 3. senso di "inadeguatezza" rispetto agli obiettivi del lavoro.²⁵ L'Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) valuta, invece, le due dimensioni di "esaurimento" e di "disimpegno" dal lavoro.²⁶ Altre misure di *burnout* si concentrano sulla sola stanchezza, anche se si differenziano tra i vari aspetti di esaurimento. Ad esempio, la Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM) distingue tra "esaurimento fisico", "esaurimento emotivo", "esaurimento cognitivo" e "stanchezza".²⁷ Invece, il Copenhagen Burnout Inventory (CBI) introduce una distinzione tra esaurimento fisico ed esaurimento psicologico.²⁸

Ci sono stati altri cambiamenti e modifiche negli strumenti di misura del *burnout* nel corso degli anni. La preoccupazione iniziale che emergeva dallo studio delle occupazioni socio-assistenziali e cliniche, nel corso degli anni '80 dello scorso secolo, tendeva a riflettere l'esperienza specifica di tali professioni d'aiuto alla persona. In seguito, però, altri gruppi professionali furono studiati circa il verificarsi del *burnout*, con evidenti difficoltà di adattamento delle misure già esistenti, per la loro diversa situazione di lavoro. Il MBI è stato adattato per essere utilizzato all'interno di qualsiasi occupazione (MBI-GS).²⁹ Sono stati pubblicati vari articoli scientifici di valutazione più "neutrale" rispetto al tipo di occupazione. La dimensione "depersonalizzazione", più specifica per le attività clinico-assistenziali, è stata ampliata per fare riferimento a un distacco e a un atteggiamento negativo rispetto al lavoro ed è stata ribattezzata "cinismo". La dimensione "realizzazione personale" è stata ampliata e ribattezzata "efficacia professionale". Le misure di *burnout*, più recentemente messe a punto e pubblicate, presentano, fin dall'inizio, una formulazione più neutrale rispetto al tipo di occupazione. Tuttavia, alcune misure hanno anche aggiunto nuove dimensioni al concetto di *burnout*. Ad esempio, lo Spanish Burnout Inventory si compone di quattro dimensioni: 1. entusiasmo verso il lavoro; 2. stanchezza psicologica; 3. indolenza; 4. senso di colpa.³⁰ Alcuni studiosi hanno invece sottolineato che uno strumento di misura più neutro, rispetto al tipo di lavoro, poteva indurre una perdita significativa di sensibilità, rispetto alle problematiche interpersonali specifiche degli operatori, in ambito socio-assistenziale e clinico, attivi nel servizio diretto alla persona. Essi hanno sviluppato, così, una nuova misura di "sforzo interpersonale".³¹ Rimane aperta la questione circa la valutazione di questi elementi aggiuntivi come componenti essenziali del *burnout* oppure come esperienze e condizioni che accompagnano l'esperienza del *burnout*, senza rappresentare un aspetto intrinseco del costrutto.

BURNOUT E DEPRESSIONE

Gran parte delle prime discussioni sulla definizione stessa di *burnout* si è concentrata sulla depressione. Il *burnout* è un fattore scatenante la depressione, è un predittore di depressione oppure è la stessa cosa della depressione, e, quindi, semplicemente un disturbo mentale? La ricerca ha dimostrato che i due costrutti sono distinti. L'esaurimento è legato al lavoro e alle situazioni vissute in ambito lavorativo. Al contrario la depressione, insorge in condizioni varie e diverse, è più generale e, spesso, risulta essere

decontestualizzata. L'ampia gamma di correlazioni tra *burnout* e depressione conferma, però, una complessa ma chiara relazione tra i due costrutti. Per esempio, uno studio ha evidenziato che il 90% degli intervistati con *burnout* grave, cioè con sintomi quotidiani di *burnout*, ha riferito una malattia fisica o mentale, il dolore muscolo-scheletrico e la depressione come il problema più comune.³² Uno studio longitudinale in Finlandia ha trovato una relazione reciproca tra *burnout* e depressione, per cui ognuna delle due condizioni predisponesse all'altra.³³ Uno studio longitudinale ha verificato che un aumento del *burnout* si associa direttamente a un aumento di successive prescrizioni di farmaci antidepressivi.³⁴ In un recente studio, Schonfeld & Bianchi (2016) hanno rinnovato il dibattito sulla distinzione tra *burnout* e depressione, sostenendo che, ad alti livelli, i due stati sono indistinguibili.³⁵ Questa opinione è in contrasto con la constatazione per cui il *burnout* è una disforia professionale specifica, distinta dalla depressione come disturbo mentale.³⁶ Una condizione necessaria per esaminare la distinzione tra *burnout* e depressione è l'uso di un insieme di misure che forniscano un'operatività completa e accurata di ognuno dei due costrutti diagnostici. Lo studio di Schonfeld & Bianchi (2016) ha utilizzato strumenti diagnostici non sufficientemente sensibili e specifici. In particolare, nove items di depressione della scala utilizzata in questo studio includono cinque elementi che si riferiscono esplicitamente alla fatica (mancanza d'interesse, disturbi del sonno, difficoltà di concentrazione, lentezza nei movimenti, sensazione di stanchezza).³⁷ Le altre quattro voci si riferiscono alla perdita di appetito e tre fanno riferimento a pensieri negativi (pensieri di suicidio, sensazione di depressione, auto-valutazione negativa). La misura produce un unico punteggio fortemente sbilanciato verso l'affaticamento (Alpha di Cronbach = .88). Si può sostenere che questi nove elementi non riescono a cogliere la complessità della depressione clinica. In ogni caso, il costrutto depressione in questa scala è dominato dalla stanchezza, accompagnata da pensieri negativi. Per misurare il *burnout*, lo studio ha utilizzato lo Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM), che è una scala di fatica, con elementi che si riferiscono esplicitamente alla difficoltà di concentrazione, alla sensazione di stanchezza, al rallentamento ideico e alla confusione mentale.³⁸ Questo strumento, anche se concettualizzato come rappresentante tre fattori distinti di stanchezza cognitiva, fisica ed emozionale, misura costantemente un unico fattore la "fatica" (Alpha di Cronbach = .96). Data la sovrapposizione, nel riferimento esplicito delle due misure alla fatica, nella maggior parte dei loro oggetti, non è sorprendente che le due scale risultino essere altamente correlate ($r = .77$).³⁹ L'elevata corrispondenza di *burnout* e depressione, in questo studio, riflette un buon livello di ridondanza tra gli strumenti di valutazione e quantificazione dei sintomi utilizzati. I due strumenti misurano principalmente l'esaurimento, con una forte corrispondenza tra loro, soprattutto ad alti livelli di esaurimento. La correlazione è stata particolarmente elevata in questo studio, ma precedenti ricerche, che avevano utilizzato e comparato questi stessi strumenti, avevano già evidenziato alte correlazioni tra le misure ottenute.⁴⁰ Questi risultati sono coerenti con altre ricerche che evidenziano come il *burnout* e la depressione siano, comunque, condizioni tra loro correlate.

Le ricerche che utilizzano il MBI si allontanano ulteriormente dalle misure di depressione, utilizzando il costrutto a tre componenti del *burnout* inteso come sindrome da stanchezza, da cinismo e da inefficacia professionale. Alcuni studi che hanno utilizzato il MBI e diverse misure di depressione hanno trovato correlazioni diverse. Il Profile of Mood States (POMS) scala di depressione correla con la MBI - Human Services Survey (MBI-HSS) per l'esaurimento ($r = .33$), per la depersonalizzazione ($r = .30$), per la realizzazione personale ($r = -.14$).⁴¹ Nella Anxiety Depression Stress Scale (DASS-21) la sottoscala depressione correla con MBI-GS per l'esaurimento ($r = .37$), per il cinismo ($r = .47$) per l'efficacia professionale ($r = .21$).⁴² Nella Beck Depression Inventory (BDI) la sottoscala per le emozioni e gli atteggiamenti negativi correla con la MBI-GS per l'esaurimento ($r = .46$) per il cinismo ($r = .28$), mentre le sottoscale BDI per le difficoltà di performance e per le lamentele somatiche correlano con la MBI-GS per l'esaurimento ($r = .61$) e per il cinismo ($r = .36$).⁴³

L'osservazione clinica del combinarsi di sindrome da *burnout*, quale malattia professionale degli appartenenti alle cosiddette "*helping profession*", specie di quelle che operano nell'ambito delle patologie psichiatriche, e dell'elevata frequenza di suicidi, in queste stesse categorie professionali, ha evidenziato una correlazione causale tra suicidio e sindrome da *burnout*. Tale evento drammatico può essere inquadrato, in termini medico-giuridici, come epifenomeno della malattia professionale, ma anche come vero e proprio infortunio sul lavoro.⁴⁴

Questi studi confermano che il *burnout* e la depressione sono spesso interdipendenti. Una condizione ha implicazioni per l'altra. Tuttavia, si è lontani dal sostenere che *burnout* e depressione siano lo stesso disturbo.

ENGAGEMENT: ANTITESI DEL BURNOUT ?

All'inizio del ventunesimo secolo, alcuni ricercatori hanno cercato di ampliare la loro comprensione del *burnout*, estendendo la loro attenzione alla sua antitesi positiva. Questa condizione positiva è stata identificata con il termine di *engagement* che rappresenta il coinvolgimento attivo, l'impegno e l'interesse verso il lavoro. Ci sono differenze sostanziali nella stessa definizione di *engagement* e non vi è un accordo

generale circa l'evidenza che l'*engagement* (impegno) rappresenti uno stato produttivo e soddisfacente in ambito lavorativo. Per alcuni ricercatori il costrutto di *engagement* è considerato l'opposto di esaurimento ed è definito con le stesse tre dimensioni del *burnout*, ma all'estremità positiva delle stesse dimensioni piuttosto che a quella negativa. Implicitamente, l'*engagement* è valutato secondo un modello opposto di punteggi sulle tre dimensioni MBI. Da questo punto di vista, l'*engagement* consiste in uno stato di alta energia, forte coinvolgimento e maggior senso di efficacia lavorativa.⁴⁵ Un diverso approccio ha definito l'impegno sul lavoro come uno stato affettivo-motivazionale, persistente e positivo, di appagamento che si caratterizza per tre componenti: 1. vigore; 2. dedizione; 3. assorbimento. In questa prospettiva, l'impegno sul lavoro è una nozione autonoma e distinta, per cui non è semplicemente l'opposto del *burnout*, anche se si potrebbe correlare negativamente a esso. Un nuovo strumento di valutazione, l'Utrecht Work Engagement Scale (UWES), è stato sviluppato per valutare questa condizione di "impegno lavorativo" considerato alla stregua di uno stato positivo.^{46,47} La relazione esistente tra *burnout* ed *engagement* continua a essere dibattuta. Un recente approccio è stato quello di utilizzare la teoria dialettica al fine di sintetizzare opinioni contrastanti sui due costrutti e sviluppare, così, un modello alternativo.⁴⁸

Lo studio del *burnout* e della soddisfazione sul lavoro tra gli psichiatri è stato un campo di ricerca di notevole interesse. Gli studi longitudinali sul tema sono tuttora carenti, il che rende difficile stabilire se il *burnout* cambia con il tempo o se la bassa soddisfazione sul lavoro può precedere nel tempo il *burnout* degli psichiatri. Secondo uno studio nazionale di follow-up svolto in Nuova Zelanda, nel 2013, l'essere soddisfatti sul lavoro può influire sui livelli di *burnout* degli psichiatri.⁴⁹ L'obiettivo di questo studio longitudinale, svolto su una coorte di psichiatri, è stato quello di verificare se i punteggi iniziali al Job Diagnostic Survey (JDS) prevedessero i punteggi sulla Maslach Burnout Inventory (MBI) tre anni dopo e viceversa. Tre questionari (un questionario socio-demografico, il JDS e MBI) sono stati inviati nel 2008 a una coorte di psichiatri, che avevano partecipato ad uno studio svoltosi tre anni prima. I punteggi su questi tre questionari sono stati confrontati per coloro che avevano preso parte ad entrambi gli studi. Il numero complessivo di psichiatri che ha segnalato un elevato livello di esaurimento emotivo (EE) non si è modificato nelle due fasi. Il numero di psichiatri che ha segnalato alti livelli di depersonalizzazione (DP) è aumentato da 31 (13%) a 45 (20,2%) con un punteggio medio di depersonalizzazione per la coorte che è significativamente aumentato del 17,5% ($p < .01$). I livelli di realizzazione personale (PA) sono peggiorati con un punteggio medio per la coorte significativamente ridotto del 14,5% ($p < .001$). I punteggi bassi su "skill variety", "task identity" e "feedback" della JDS erano significativamente correlati con i punteggi di alto EE, registrati tre anni più tardi. I punteggi bassi alla "skill variety" erano significativamente correlati con i punteggi più alti di DP. Punteggi bassi su "task significance" e "feedback" sono stati correlati con punteggi bassi di PA, tre anni più tardi. Tale studio conclude suggerendo che l'attenzione agli aspetti di soddisfazione sul lavoro può aiutare a sviluppare interventi specifici per gli psichiatri e può ridurre significativamente diverse dimensioni di *burnout*.⁴⁹

DIMENSIONI SINGOLE O MULTIPLE ?

Il costrutto originale ha riconosciuto nell'esaurimento un aspetto fondamentale della sindrome di *burnout*, ma anche che l'esaurimento non è tutto. Se il *burnout* fosse esclusivamente esaurimento, la stessa parola "*burnout*" sarebbe inutile, in quanto non fornirebbe alcun valore aggiunto. "Esaurimento" sarebbe sufficiente. Nonostante queste considerazioni, la semplificazione del *burnout* a esaurimento, nel tempo, ha avuto luogo non solo tra i ricercatori, ma anche tra i medici. Nel mondo nord-europeo e nord-americano stabilire una diagnosi clinica per il *burnout* risulta indispensabile, affinché i professionisti della salute possano ricevere un compenso per il trattamento delle persone, che soffrono di questa condizione.

Il bisogno di definire e diagnosticare il *burnout* come un disturbo dell'individuo o una disabilità sembra sia nato nel Nord Europa, soprattutto in Svezia e nei Paesi Bassi. In questi contesti clinici, il *burnout* è stato paragonato alla nevrastenia o ad altre sindromi caratterizzate dalla stanchezza cronica. In Svezia, nel 1997, si è cominciato a utilizzare la "nevrastenia legata al lavoro" come una diagnosi di "esaurimento". Presto, è diventata una tra le diagnosi più frequenti.⁵⁰ Una diagnosi simile è stata sviluppata nei Paesi Bassi, utilizzando clinicamente punteggi di cut-off mutuati dal MBI.⁵¹ Per fornire una diagnosi più precisa, in Svezia, nel 2005, è stato rivisto il sistema diagnostico ICD-10 proponendo per il *burnout* (z73.0) una definizione di "difficoltà nella gestione della vita caratterizzato da esaurimento vitale". I segni di "esaurimento vitale", in questa prospettiva, dovrebbero includere due settimane di esperienze quotidiane di bassa energia, con difficoltà di concentrazione, irritabilità, instabilità emotiva, vertigini e disturbi del sonno. Questi sintomi dovrebbero, inoltre, interferire con la capacità dei pazienti di sostenere i loro impegni di lavoro. Nei Paesi Bassi, il termine "overspannenheid" o "affaticamento" è usato per indicare il *burnout*. Quest'approccio diagnostico, in termini di punteggio MBI, stima per il *burnout* una prevalenza variabile tra il 3% e il 7%, per molte diverse occupazioni, con una prevalenza del 4% tra gli psicoterapeuti.⁵² I ricercatori olandesi hanno suggerito, per una corretta diagnosi di *burnout*, un punteggio molto evidente di "esaurimento", accompagnato da punteggi evidenti su una sola delle altre due sottoscale (cinismo e inefficacia).^{53,54}

L'uso del concetto di "esaurimento", come diagnosi medica, implica una dimensionalità. Dal 1997, l'ufficio per il censimento olandese ha valutato la presenza di *burnout*, tra la popolazione che lavora, utilizzando un indice di "esaurimento" legato al lavoro, sulla base del MBI, nella sua indagine annuale nazionale. Di conseguenza, il *burnout* nei Paesi Bassi è sempre stato considerato prevalentemente come mero esaurimento. Il rischio è che un focus eccessivo sulla sola stanchezza e la sua connessione al sovraccarico di lavoro, può far perdere al costrutto del *burnout* senso e valore. La dimensione esaurimento, infatti, sottolinea la sola mancanza di energia sufficiente a dare un contributo utile e duraturo sul posto di lavoro. La dimensione cinismo, invece, sottolinea la difficoltà nel relazionarsi alle altre persone in ambito lavorativo. L'efficacia nel lavoro, inoltre, coglie il nucleo di autovalutazione dei lavoratori, circa il valore del loro lavoro e la qualità del loro contributo. Ignorare questi aspetti fondamentali dell'esperienza di *burnout* può indurre un errore diagnostico, con importanti implicazioni sia per le scelte di politica del lavoro sia per le attività cliniche connesse.

Le giurisdizioni del Nord America sono state riluttanti a riconoscere al costrutto del *burnout* la dignità di diagnosi clinica. Ciò potrebbe dipendere, almeno in parte, dalle preoccupazioni per il numero eccessivo di richieste d'indennizzo e di trattamento assicurativo. L'assenza di una diagnosi ufficiale di *burnout* può limitare l'accesso alle cure, ridurre la copertura della disabilità e avere altri ovvi effetti sul posto di lavoro. Invece di utilizzare il termine *burnout*, l'invalidità clinica, quando evidente, ha fatto riferimento alla depressione, alla nevralgia, all'affaticamento cronico. Queste diagnosi, inesatte, hanno la conseguenza negativa di ridurre le possibilità di recupero e di rientro al lavoro.

Una nuova ricerca ha previsto un uso innovativo delle tre dimensioni del *burnout*, che consentirebbe di distinguere lungo il continuum *burnout-engagement*, diversi aspetti clinici e sindromici. Infatti, oltre ai due modelli estremi di *burnout* (con punteggi significativi sulle tre dimensioni) e di *engagement* (con punteggi inversi sulle tre dimensioni), quest'approccio può identificare le persone che stanno sperimentando effetti su una sola delle dimensioni, piuttosto che su tutte.⁵⁵ Un confronto particolarmente rilevante è tra le persone con il profilo completo di *burnout* e quelle con solo un alto livello di esaurimento. I risultati di questa ricerca dimostrano che questi due modelli sono decisamente diversi in termini di esperienza vissuta sul posto di lavoro. Sulla base di questi dati, l'esclusivo esaurimento non solo non è equivalente al completo *burnout*, ma al contrario, il profilo che più si avvicina al *burnout* completo è rappresentato maggiormente dal cinismo, il che suggerisce che l'esperienza di cinismo può essere più nucleare, nella sindrome da *burnout*, dello stesso esaurimento. Il cinismo è più chiaramente legato all'ambiente di lavoro, in termini di scarsa qualità delle relazioni sociali e di mancanza di risorse, al punto da indurre una riduzione della soddisfazione e un impoverimento delle *performance* sul lavoro.

SVILUPPO DEL *BURNOUT* E MODELLI CONCETTUALI

Sono stati definiti diversi modelli concettuali circa lo sviluppo del *burnout* e circa il suo conseguente impatto clinico. Inizialmente, l'attenzione si è concentrata sul rapporto fra le dimensioni del *burnout*, spesso descritte in fasi sequenziali. L'esaurimento si svilupperebbe prima, in risposta a carichi di lavoro eccessivi, in senso quantitativo e/o qualitativo. Ciò indurrebbe le reazioni di distacco, con atteggiamenti negativi per le persone e per il lavoro (depersonalizzazione o cinismo). Quando l'esaurimento continua, la fase successiva potrebbe essere quella in cui emergono sentimenti d'inadeguatezza e di fallimento, con soggettivo vissuto di ridotta realizzazione personale o d'inefficacia professionale.

Più di recente, i modelli di *burnout* sono stati basati su teorie circa lo stress lavoro-correlato con l'introduzione della nozione di squilibri che portano a tensione. Il primo modello, di questo genere, apparso in letteratura è stato quello transazionale, che ha fornito una sorta di ponte concettuale tra le fasi sequenziali del *burnout* e i disturbi stress-correlati. Le tre fasi individuate in questo modello interpretativo sono le seguenti: 1. fattori di stress lavoro-correlato (uno squilibrio tra le richieste di lavoro e le risorse individuali dell'operatore); 2. caratteristiche individuali (risposte emotive di stanchezza e ansia alle richieste di lavoro); 3. *coping* difensivo (cambiamenti negli atteggiamenti e comportamenti, con ad esempio un maggiore cinismo).⁵⁶ Successivamente, sono stati presentati due modelli di sviluppo dello squilibrio tra richieste e risorse: il modello *Job Demands-Resources* (JD-R) e il modello *Conservation of Resources* (COR). Il modello di JD-R si concentra sull'ipotesi che il *burnout* si verifichi quando gli individui sperimentano richieste di lavoro incessanti, con inadeguate risorse a disposizione, per affrontare e/o ridurre la domanda.⁵⁷ Il modello COR segue una teoria motivazionale di base, partendo dal presupposto che il *burnout* rappresenti il risultato di minacce persistenti alle risorse disponibili. In un'ottica ampia va considerata una risorsa anche la capacità di ascolto empatico e di significativo rapporto interpersonale, necessario nella relazione terapeutica tra paziente e psichiatra. Secondo questa prospettiva, quando gli individui percepiscono che le risorse sono minacciate, si sforzano di proteggere e conservare tali risorse. La perdita di risorse o anche la perdita imminente di risorse può indurre o aggravare il *burnout*. Sia il modello JD-R sia la teoria COR di sviluppo del *burnout* hanno ricevuto conferma in studi di ricerca.⁵⁸ Una variazione del modello di squilibrio, nella genesi del *burnout*, è rappresentata dal modello *Areas of Worklife* (AW), che incornicia i fattori di stress lavoro-

correlato in termini di “squilibrio persona-lavoro” o come “inadeguatezza” e che individua sei aree chiave, in cui questi squilibri si evidenziano: 1. il carico di lavoro; 2. il controllo; 3. la ricompensa; 4. la comunità; 5. l'equità; 6. i valori. Disallineamenti in queste aree influenzerebbero, in quest'ottica, il livello di *burnout* esperito dall'individuo, che a sua volta determina diversi risultati, ad esempio sulle prestazioni di lavoro, sui comportamenti sociali e sul benessere personale. Il più grande disallineamento è la mancata corrispondenza tra persona e lavoro. Maggiore è questo disequilibrio maggiore sarebbe la probabilità di *burnout*. Viceversa, maggiore è la potenziale gratificazione raggiungibile in gioco, maggiore potrebbe risultare la probabilità di *engagement*. Un supporto empirico iniziale per il modello AW è stato fornito da uno studio trasversale e longitudinale.⁵⁹

BURNOUT: CAUSE ED EFFETTI

Oltre due decenni di ricerca sul *burnout* hanno identificato una pletera di fattori di rischio, per molte diverse occupazioni e in vari paesi.^{14,36} La maggior parte dei recenti modelli di *burnout* tendono ad esplicitare gli aspetti etio-patogenetici supposti alla base del disturbo, che sono stati mantenuti impliciti nelle precedenti ricerche. Alcuni fattori (sia situazionali sia individuali) causano il vissuto di *burnout*, che una volta verificatosi, provoca certi risultati (sia situazionali sia individuali). Questi presupposti causali, tuttavia, solo raramente sono stati sottoposti a verifica obiettiva. La maggior parte delle ricerche sul *burnout* ha coinvolto disegni trasversali o studi che utilizzano modelli causali statistici. Questi *database* di correlazione possono fornire il supporto per molti dei legami ipotizzati tra le fonti di *burnout* e i suoi effetti, ma non sono in grado di definire rapporti di causalità diretta. Il recente incremento di studi longitudinali sta cominciando a fornire una migliore opportunità di verificare le ipotesi sequenziali, con più forti inferenze causali, ma richiederà appropriati disegni metodologici di studio, non facilmente realizzabili in condizioni cliniche. Un altro fattore critico è che molte delle variabili sono state valutate mediante semplici auto-valutazioni, piuttosto che sulla base di indici obiettivi di comportamento o di salute. Alcuni studi hanno utilizzato il modello *Areas of Worklife* (AW) con i suoi sei settori chiave: 1. il carico di lavoro; 2. il controllo; 3. la ricompensa; 4. la comunità; 5. l'equità; 6. i valori. Le prime due aree risultano essere riflessi, nel modello *Job Demands-Resources* (JD-R), dello stress lavoro-correlato.⁶⁰

Tab. 2

Fattori di rischio per l'insorgere della sindrome da *burnout*, secondo il modello *Areas of Worklife*, Karasek & Theorell, 1990.

- 1. carico di lavoro:** il sovraccarico lavorativo contribuisce al *burnout*, esaurendo la capacità delle persone di soddisfare le richieste di servizio;
- 2. controllo:**..... la possibilità di influenzare le decisioni che riguardano il lavoro, con un certo grado di autodeterminazione riduce il rischio di *burnout*;
- 3. ricompensa:**..... gli insufficienti riconoscimenti e le scarse ricompense (siano esse finanziarie, istituzionali o sociali) aumentano la vulnerabilità delle persone al *burnout*;
- 4. comunità:**..... la qualità dei rapporti che i lavoratori hanno con altre persone sul posto di lavoro influenza l'insorgere del *burnout*;
- 5. equità:** la misura in cui le decisioni, sul luogo di lavoro, sono percepite come giuste ed eque riduce il rischio di *burnout*;
- 6. valori:** un divario tra i valori individuali e i valori dell'organizzazione può portare a una maggiore incidenza di *burnout*.

Il sovraccarico lavorativo contribuisce al *burnout*, esaurendo la capacità delle persone di soddisfare le richieste di servizio. Quando questo tipo di sovraccarico di lavoro è una condizione cronica, ci sono poche possibilità di riposare, recuperare e ripristinare l'equilibrio. Un carico di lavoro sostenibile e gestibile, al contrario, offre l'opportunità di utilizzare e affinare le competenze esistenti, ma permette anche di diventare efficaci in nuovi settori di attività. Un chiaro rapporto è stato evidenziato tra mancanza di controllo e *burnout*. Quando i dipendenti percepiscono la possibilità di influenzare le decisioni che riguardano il loro lavoro, di esercitare un certo grado di autodeterminazione nello svolgimento della professione e la possibilità di ottenere l'accesso alle risorse necessarie per fare un lavoro efficace, sono più propensi a sperimentare *engagement*. L'area di ricompensa si riferisce alla potenza dei rinforzi nel modellare il comportamento. Gli

insufficienti riconoscimenti e le scarse ricompense (siano esse finanziarie, istituzionali o sociali) aumentano la vulnerabilità delle persone al *burnout*, perché svalutano sia il lavoro sia i lavoratori e sono strettamente associati a sentimenti d'inefficacia e bassa autostima. Al contrario, la coerenza nel rapporto tra aspetti premianti la persona ed il lavoro effettivamente svolto può indurre una soddisfazione materiale diretta e un'opportuna soddisfazione interiore per le realizzazioni raggiunte. L'area di comunità ha a che fare con i rapporti che i lavoratori hanno con altre persone sul posto di lavoro. Quando questi rapporti sono caratterizzati da una mancanza di sostegno e di fiducia, oppure da conflitti irrisolti, c'è un maggior rischio di *burnout*. Al contrario, quando questi rapporti interpersonali, in ambito lavorativo, funzionano bene, si avverte un sufficiente sostegno sociale, per cui i lavoratori, con mezzi di lavoro efficaci e in assenza di disaccordi, sono più propensi a sperimentare gli aspetti positivi del lavoro. L'area di equità emerge dalla letteratura come strettamente relata ad aspetti di giustizia sociale. L'equità è la misura in cui le decisioni, sul luogo di lavoro, sono percepite come giuste ed eque. La gente usa la qualità delle procedure e il trattamento a loro riservato, durante il processo decisionale, come indice del loro posto nella comunità. Cinismo, rabbia e ostilità possono sorgere quando le persone non si sentono trattate con il rispetto appropriato. L'area dei valori raccoglie il potere cognitivo-emotivo degli obiettivi di lavoro e le aspettative del lavoratore. I valori sono gli ideali e le motivazioni che originariamente hanno attratto le persone verso quello specifico lavoro. Essi sono il collegamento motivante tra lavoratore e posto di lavoro, che va oltre lo scambio utilitaristico tempo contro denaro e oltre l'eventuale avanzamento di carriera. Quando c'è un conflitto di valori sul lavoro, quindi un divario tra i valori individuali e i valori dell'organizzazione, i dipendenti si trovano a fare una sostanziale differenza tra il lavoro che vogliono fare e il lavoro che devono fare. Ciò può portare a una maggiore incidenza di *burnout*.

In termini di risultati, il *burnout* sembra essere significativamente associato a varie forme di reazioni negative, tra cui l'insoddisfazione, il basso impegno nell'organizzazione, l'assenteismo, l'oppositività attiva o passiva, i problemi di turnover, l'intenzione di lasciare il lavoro che facilita l'effettivo ritiro dal lavoro.¹⁴ Il cinismo, per esempio, è risultato essere l'aspetto fondamentale del *burnout* che induce effetti sul turnover.^{61,62} D'altra parte, per le persone che rimangono sul posto di lavoro, il *burnout* comporta minore produttività e una compromessa qualità del lavoro. Il *burnout* diminuisce l'opportunità di avere esperienze positive sul lavoro, in modo direttamente proporzionale al ridotto impegno per il lavoro e per l'organizzazione. Le persone che stanno vivendo il *burnout* possono avere un impatto negativo sui loro colleghi, sia provocando maggiori conflitti interpersonali sia interrompendo l'attività di lavoro in maniera inattesa ed ingiustificata. Così, il *burnout* può essere "contagioso" e si perpetua attraverso le interazioni sociali sul posto di lavoro.⁶³⁻⁶⁶ Tali risultati suggeriscono che il *burnout* dovrebbe essere considerato come una caratteristica del gruppo di lavoro, piuttosto che semplicemente come una sindrome individuale.

Il *burnout* ha complessi rapporti con la salute individuale. Cattive condizioni di salute contribuiscono all'insorgenza del *burnout*, ma lo stesso *burnout* può contribuire a peggiorare le condizioni di salute.⁶⁷ Delle tre dimensioni del *burnout*, l'esaurimento è più simile a una variabile classica dello stress ed è, perciò, maggiormente predittivo degli esiti di salute, legati allo stress, rispetto alle altre due dimensioni. L'esaurimento è tipicamente correlato con alcuni classici sintomi di stress come mal di testa, stanchezza cronica, disturbi gastrointestinali, tensione muscolare, ipertensione arteriosa, raffreddori e disturbi del sonno.^{68,69} Correlazioni simili sono state trovate tra *burnout* e sostanze d'abuso.⁷⁰⁻⁷³ Uno studio longitudinale decennale su lavoratori dell'industria ha evidenziato che il *burnout* può predire i successivi ricoveri ospedalieri per problemi cardio-vascolari.⁷⁴ Altre ricerche hanno scoperto che un aumento di un'unità nel punteggio per il *burnout* si correlava direttamente a un aumento di 1,4 unità del rischio di ricovero ospedaliero per problemi di salute mentale, nonché con un aumento di una unità del rischio di ricoveri ospedalieri per problemi cardio-vascolari.⁷⁵ Altri studi hanno fornito un esame più dettagliato del legame tra *burnout* e malattie cardio-vascolari, rilevando il ruolo etio-patogenetico in esso svolto dalla concentrazione di proteine e fibrinogeno ad alta sensibilità C-reattiva.⁷⁶

COSA CAUSA BURNOUT NEGLI PSICHIATRI?

Per comprendere la suscettibilità al *burnout* degli psichiatri, bisogna esaminare i fattori che rendono la psichiatria una professione stressante. Alcuni autori hanno identificato le principali fonti di stress per gli psichiatri nella violenza subita o paventata, nelle risorse limitate o francamente insufficienti rispetto alle richieste dei pazienti e delle loro famiglie, in servizi affollati e nella crescente e strisciante cultura di colpevolizzazione dell'assistenza psichiatrica per le condizioni cliniche dei pazienti.⁷⁷ Thompson, nel 1998, ha identificato come fonte di stress: 1. le elevate richieste in mancanza di risorse adeguate; 2. i ruoli poco definiti dei consulenti psichiatri; 3. la responsabilità senza autorità; 4. l'impossibilità di effettuare cambiamenti nei sistemi di presa in carico e di cura; 5. i conflitti tra responsabilità nei confronti dei datori di lavoro e responsabilità verso il paziente; 6. l'isolamento dei consulenti con scarso sostegno nel loro lavoro, da parte della comunità clinica; 7. la sostanziale mancanza di sostegno e feedback sociale.⁷⁸ Uno studio qualitativo ha individuato come fonti di stress: 1. le richieste amministrative; 2. la mancanza di risorse; 3. il sovraccarico

di lavoro; 4. la responsabilità per i pazienti; 5. la responsabilità per la recidive cliniche dei pazienti.⁷⁹ La burocrazia eccessiva e miope, il carico di lavoro elevato e la mancanza di tempo libero sono stati segnalati come fattori che possono essere responsabili del pensionamento prematuro degli psichiatri e rappresentare anche alcuni dei motivi per cui i giovani medici non scelgono la psichiatria come opzione di carriera.^{80,81}

Una grande indagine ha definito come esperienze particolarmente stressanti: i lunghi turni di servizio, il doversi relazionare a pazienti difficili e famiglie ostili, nonché la gestione di pazienti suicidi o omicidi. Questo studio ha evidenziato, inoltre, che le attività sociali extralavorative e lo svolgimento di altre attività lavorative, culturali o ricreative, possono riequilibrare la vita personale, permettendo una migliore gestione della professione.⁸² È importante notare che non tutti gli psichiatri che sono esposti a tali *stressors*, per periodi prolungati, sviluppano il *burnout* allo stesso modo e negli stessi tempi. Alcuni autori descrivono un modello interattivo che esamina la relazione tra gli *stressors* esterni e i fattori di risposta adattiva del singolo operatore.⁸³ Il medico, che manca di sufficienti meccanismi di *coping* e che lavora in un servizio povero di risorse, può sperimentare maggiore stress professionale rispetto a un suo pari, che sperimenta minore stress e maggiore soddisfazione, lavorando all'interno di un servizio professionalmente gratificante. Eventi di vita particolarmente rilevanti (ad esempio un omicidio o il suicidio di un paziente) possono portare a scempenso anche i professionisti più resilienti e con maggiori capacità di adattamento. Fattori motivanti positivi, come la soddisfazione per il lavoro svolto, l'apprezzamento per il lavoro fatto bene, l'avanzamento di carriera, il miglioramento della retribuzione, il riconoscimento di incarichi a più alta responsabilità, possono svolgere un ruolo importante, sull'esito finale dell'esposizione allo stress.

Una relazione inversa tra stress e soddisfazione sul lavoro è stata riscontrata tra psichiatri, tra lavoratori della riabilitazione e tra pubblici dipendenti.⁸⁴⁻⁸⁶ Sorprendentemente, tale rapporto non sembra essere così diretto e immediato per gli psichiatri, infatti, nonostante sperimentino depressione e *burnout*, gli psichiatri tendono a continuare il loro lavoro e, talvolta, anche a puntare a incarichi più gravosi, secondo alcuni studi svolti nel Regno Unito, in Australia e negli USA.⁸⁷⁻⁸⁹ Secondo questi studi si potrebbe speculare che gli psichiatri sono così impegnati e appassionati per il loro lavoro che l'esaurimento associato al *burnout* non riduce il loro impegno. In alternativa, si potrebbe ipotizzare che molti psichiatri possano credere che la pratica della psichiatria, in uno stato di sostanziale esaurimento psico-fisico, faccia parte del lavoro stesso.⁹⁰ Questa peculiarità degli psichiatri, come gruppo, rende ogni modello di contrasto al *burnout* che si basi sul solo incremento della soddisfazione sul lavoro un fattore protettivo debole.

Uno studio ha valutato il rapporto tra fattori demografici, attività lavorative e attività ricreative. In questo studio la personalità è stata valutata con il Munich Personality Test (MPT) e il *burnout* con la Tedium Measure (TM).⁹¹⁻⁹² Punteggi significativamente più alti alla TM e punteggi più alti di nevroticismo, con punteggi più bassi di tolleranza alla frustrazione al MPT sono stati evidenziati tra psichiatri in formazione. Lo studio ha scoperto che il nevroticismo, da solo, può spiegare una proporzione sostanziale della varianza totale del punteggio alla TM. Le variabili relative al lavoro, in questo studio, sembrano avere aver minore importanza, mentre scarsa influenza può essere dimostrata per le diverse attività ricreative svolte fuori dell'ambito lavorativo.⁹³

Uno studio ha evidenziato che gli psichiatri, come gruppo, differivano significativamente su varie misure di personalità, rispetto ai medici che svolgevano altre discipline.⁹³ Infatti, gli psichiatri presentavano, più di internisti e chirurghi, elementi di nevroticismo, ma anche di maggiore disponibilità al contatto umano e di maggiore empatia, ma livelli minori di coscienziosità e controllo. Anche se gli psichiatri avevano minori richieste di lavoro clinico, riportavano un maggiore esaurimento emozionale, legato al loro lavoro, e una maggiore tendenza alla depressione, rispetto ai loro colleghi medici e chirurghi. Questi risultati potrebbero suggerire che alcuni tratti di personalità, che attirano verso la carriera psichiatrica, possono anche rendere gli psichiatri più sensibili allo stress.⁹⁴

Uno studio ha supposto l'esistenza di diversi fattori responsabili del *burnout*, esaminando l'interazione tra quattro gruppi di fattori: Predisponenti, Precipitanti, Perpetuanti e Protettivi.⁹⁵ Molti dei fattori che sono stati riconosciuti come esterni, interni e intermedi sono stati inclusi in questo studio sul modello delle quattro "P". L'identificazione di alcuni fattori sistemici responsabili del *burnout*, aumenterebbe la possibilità di intervenire per modularne l'azione stressante, riducendo, di conseguenza, il *burnout* negli psichiatri.⁹⁶ Lo studio di Kumar et al. (2005) ha sottolineato che gli psichiatri possono essere predisposti al *burnout* a causa dei loro tratti di personalità, che li renderebbero più inclini ad internalizzare le loro esperienze stressanti.⁹⁷ La loro esperienza in fase di formazione può anche svolgere un ruolo significativo nel causare stress e *burnout*. I tirocinanti in psichiatria risultano essere più coinvolti emotivamente, con le difficoltà personali dei pazienti, rispetto a quelli che frequentano altre discipline mediche. Essi, infatti, sperimentano maggiormente sentimenti di paura e di stanchezza correlati al lavoro di relazione con gli utenti.⁹⁸ Un'altra fonte di *burnout* sembra essere rappresentata dal fatto che molti psichiatri, formati prevalentemente per svolgere interventi psicoterapeutici a lungo termine, nella pratica clinica sono invariabilmente impegnati a fornire trattamenti a breve termine, spesso orientati in senso neurobiologico e psicofarmacologico, per cui si sentono meno motivati e meno competenti.⁹⁹⁻¹⁰⁰ In altre parole, gli psichiatri

come gruppo sono predisposti a sperimentare lo stress a causa di fattori interni, intermedi e esterni. Sulla base di questi fattori, gli psichiatri sono invariabilmente esposti a trigger che precipitano il *burnout*.

La violenza espressa dai pazienti nei servizi psichiatrici è frequente, soprattutto in ambito ospedaliero e in fase di emergenza psichiatrica.¹⁰¹⁻¹⁰⁷ La maggior parte degli psichiatri sperimenta il suicidio di qualcuno dei propri pazienti e resta invariabilmente segnato negativamente da questa esperienza.¹⁰⁸⁻¹⁰⁹ Il dovere di intervenire in situazioni di emergenza psichiatrica, ma anche la gestione dei parenti difficili e dei nuclei familiari ostili, sono stati descritti come fattori fortemente stressanti nella professione psichiatrica.¹¹⁰ L'aspetto finale del *burnout* può dipendere, perciò, da come si percepisce e si risponde alle situazioni stressanti.¹¹¹ I fattori che influenzano tali stili di valutazione (cosiddetti fattori perpetuanti) sono fondamentali nel determinare se lo stress creato dal lavoro può tradursi o non tradursi in *burnout*. Il genere ha un ruolo significativo nella percezione e nell'origine dello stress e, di conseguenza, nel modo in cui si risponde allo stress. Le donne, di solito, rispondono alle sollecitazioni attraverso la diluizione e la diminuzione dell'impegno lavorativo, per esempio passando a tempo parziale, oppure utilizzando strategie di limitazione del contatto diretto con l'utenza più problematica.¹¹² I tratti di personalità possono anche svolgere un ruolo significativo nel predisporre gli psichiatri a sperimentare il *burnout* e a perpetuare il fenomeno una volta che si stabilisce.¹¹³ Sono stati individuati altri fattori sistemici che contribuiscono allo stress lavorativo tra gli psichiatri e, quindi, a eventuali "esaurimenti" che includono: a. cambiamenti nel modello di erogazione del servizio sanitario; b. conflitti clinici nella gestione dei casi e discrepanza tra richieste dell'utenza e delle amministrazioni; c. carenza di risorse, di personale e di tempo.¹¹⁴⁻¹¹⁵ Sembra, inoltre, che il carico di lavoro sugli psichiatri sia destinato a crescere a livello globale a causa della crescente domanda d'intervento psichiatrico tra la popolazione generale, ma anche per una maggiore sensibilità della classe medica alla valutazione degli aspetti psichici correlati ai diversi quadri patologici. L'aumento di tale domanda di assistenza psichiatrica, oggi in Italia, si scontra con una crescente carenza di psichiatri nei servizi pubblici e privati. Il carico di lavoro gravoso, le scarse prospettive di carriera e di guadagno sembrano tendere a far diminuire non solo in ambito italiano, ma anche in ambito internazionale, il numero di coloro che scelgono di specializzarsi in psichiatria.¹¹⁶⁻¹¹⁸

BURNOUT IN PSICHIATRIA

Il tasso di esaurimento tra i lavoratori in ambito sanitario risulta variare da livelli moderati a livelli alti. In genere si ritiene che il rischio di *burnout* nella sanità è superiore a quello della popolazione attiva in generale. I tassi di *burnout* riportati per gli psichiatri risultano essere simili a questo trend generale.^{84,119,120} In larga misura, la ricerca sul *burnout* in psichiatria richiama molti dei temi già trattati in altri contesti lavorativi. Le variabili relate al posto di lavoro sono risultate più stressanti per gli psichiatri, rispetto ad altri fattori, per cui queste variabili potrebbero indurre e perpetuare con maggiore probabilità il *burnout* specifico.¹²¹ Queste variabili includono il troppo lavoro, inteso come intensità della domanda, i lunghi orari di lavoro, la carenza cronica di personale, l'ambiente amministrativo poco accogliente o direttamente aggressivo, nonché la mancanza di sostegno, da parte del management aziendale pubblico o privato. Cattivi rapporti con il management e le autorità di vigilanza sono stati identificati come i principali fattori correlati al *burnout* tra gli psichiatri dipendenti.¹²² La ricerca ha trovato risultati contrastanti per quanto riguarda il ruolo della soddisfazione sul lavoro circa l'insorgere del *burnout*, con alcuni studi che hanno evidenziato l'assenza di relazione e altri studi che hanno trovato che la soddisfazione sul lavoro svolge un ruolo significativo.¹²³⁻¹²⁶ Alcuni studi hanno evidenziato che gli psichiatri potrebbero presentare un profilo di rischio ancora più negativo per il *burnout* rispetto agli altri professionisti dell'assistenza sanitaria.^{120,122,127,128} Per esempio, uno studio ha rilevato che l'89% degli psichiatri aveva sia temuto sia sperimentato un grave *burnout*.¹²⁸ Esistono altri fattori di rischio critici rilevanti, in questo ambito, in psichiatria. Primo fra questi è il rapporto di lavoro che gli psichiatri e gli altri professionisti della salute mentale hanno con i pazienti che stanno sperimentando difficoltà psico-emotive. Le richieste d'attenzione e d'impegno poste dai pazienti psichiatrici più gravi possono portare a maggiore stress e indurre frustrazione tra gli psichiatri. Ciò, a sua volta, può alimentare l'esaurimento, il cinismo e la sensazione d'inadeguatezza professionale tipiche del *burnout*. Questo processo è stato anche descritto come *compassion fatigue*, stress traumatico secondario, traumatizzazione vicaria.¹²⁹⁻¹³¹ L'esperienza del *burnout* può diventare particolarmente schiacciante quando lo psichiatra diventa il bersaglio della rabbia, dell'odio, della violenza, nonché di un transfert negativo.¹³² Gli episodi di violenza con i pazienti possono essere emotivamente pesanti e difficili da gestire e possono portare gli operatori sanitari a prendere le distanze dal lavoro. Il verificarsi d'incidenti violenti possono, inoltre, indurre la sensazione che di non avere il controllo sul lavoro, inducendo un profondo senso d'inefficacia professionale personale. Livelli più elevati di *burnout*, tra gli psichiatri, si correlano a sentimenti più negativi verso i pazienti con una peggiore qualità nelle cure verso il paziente.¹³³⁻¹³⁴ Il rapporto tra *burnout* e peggioramento delle cure è supportato da ricerche su come il *burnout* si manifesta tra gli psichiatri, con cambiamenti di aspetto (ad esempio, presentandosi con un aspetto poco curato e trasandato), cambiamenti di comportamento (ad esempio, con atteggiamenti d'evitamento e di riduzione del contatto visivo con il paziente), e cambiamenti dell'umore (per

esempio, con maggiore irritabilità e riduzione dei rapporti interpersonali). Talvolta lo psichiatra in *burnout* diventa perfezionista, con espressione di tratti ossessivi, che possono perpetuare ed accrescere il *burnout*, soprattutto quando il carico di lavoro è pesante o stressante.¹³⁵

Lavorare con i pazienti più difficili e con le loro famiglie problematiche sono risultati strettamente associati con i livelli d'esaurimento e di depersonalizzazione degli psichiatri.¹²¹ Questi rapporti riflettono le frustrazioni degli psichiatri correlate con i limiti della loro attività professionale. Il contatto con le famiglie dei pazienti intensificano questi sentimenti, soprattutto quando i membri della famiglia esprimono aspettative non realistiche rispetto ai risultati del trattamento. Gli psichiatri possono diventare emotivamente svuotati dalla loro incapacità di soddisfare le esigenze, le richieste e le aspettative, talora irrealistiche, di pazienti e famiglie. Al contrario, la sensazione di scarsa realizzazione personale riflette maggiormente i rapporti problematici con superiori e colleghi. I colleghi forniscono la più rilevante fonte d'informazioni che riguardano il senso di efficacia nella vita professionale. Quando queste relazioni sono tese, è difficile trovare conferma significativa della propria efficacia lavorativa.

La ricerca sul *burnout* ha sempre riconosciuto un ruolo centrale per le relazioni sociali nello sviluppo e nella risoluzione della sindrome. Inizialmente, il focus della ricerca si è orientato principalmente sulla relazione terapeutica tra medico e assistito. Nel corso del tempo, gli studi hanno confermato che i rapporti con i colleghi e le autorità di vigilanza sono altrettanto, se non più, rilevanti per il potenziale insorgere di una condizione di *burnout*. Ad esempio, una recente ricerca sugli stili di attaccamento ha evidenziato che l'attaccamento ansioso si accompagna più frequentemente a espressioni d'inciviltà da parte dei colleghi e si associa a maggiore stanchezza e maggiore cinismo. I comportamenti d'evitamento sembrano essere correlati, invece, a un minor numero di incontri sociali positivi sul lavoro e si associano ad un maggiore senso di inefficacia professionale.¹³⁶ In sintesi, le interazioni sociali negative sembrano drenare energia, per cui i professionisti si distanziano dal lavoro, ma anche l'assenza d'incontri sociali positivi può essere scoraggiante.

FATTORI PROTETTIVI E INTERVENTI PER IL *BURNOUT*

Ci sono fattori che proteggono gli psichiatri dal *burnout*. Alcuni studi hanno suggerito che lo stile di vita e l'attenzione alla propria vita non professionale possono avere un effetto protettivo.¹³⁷ Il lavoro accademico è stato correlato negativamente con la depersonalizzazione, l'esaurimento emotivo e lo stress complessivo.¹³⁸ Gli interessi accademici, le attività di studio e di ricerca possono avere un effetto protettivo contro il *burnout*.¹³⁹ L'aggiunta dell'insegnamento agli impegni clinici può aumentare il carico di lavoro, paradossalmente, però, lo stress sul lavoro può in realtà diminuire e, in effetti, il senso di realizzazione professionale può aumentare.¹⁴⁰ I suddetti fattori possono avere effetti preventivi contro il *burnout*, ma la loro utilità nel trattamento del *burnout*, già instaurato, rimangono non testati mediante studi affidabili e ben progettati. Vale la pena notare che non solo mancano gli studi d'intervento terapeutico sul *burnout* degli psichiatri, ma c'è una scarsità di studi controllati nel trattamento di tutte le forme di *burnout* e per tutte le professioni. Una revisione sistematica sull'argomento ha evidenziato che i dati insufficienti hanno impedito di trarre conclusioni significative, non solo sulle relazioni causali tra *stressors* e *burnout*, ma anche sui fattori di rischio socio-demografici o di personalità.¹⁴¹ In una revisione sistematica, su questi temi, non sono stati trovati studi sistematici di valutazione degli interventi di gestione dello stress tra gli psichiatri, sebbene venissero citati tre studi di intervento su "professionisti della salute mentale" non solo medici.¹⁴² Per i motivi sopra indicati, sembra non essere opportuno valutare congiuntamente gli psichiatri e gli altri professionisti della salute mentale, quando si tratta di valutare le risposte allo stress e il *burnout*. In assenza di studi ben progettati, si può ricorrere solo a relazioni aneddotiche. Alcuni autori hanno elencato interventi incentrati sull'individuo (come la formazione di competenze sociali, interventi di gestione dello stress, interventi di supporto sociale e interventi di gestione del tempo) e sull'organizzazione (definizione del ruolo e delle caratteristiche del lavoro, miglioramento delle relazioni interpersonali, incoraggiamento del decentramento nella struttura organizzativa, miglioramenti dell'ambiente fisico del posto di lavoro). Gli autori hanno sottolineato l'importanza del sostegno formale attraverso il feedback regolare e la valutazione delle prestazioni degli psichiatri, che devono verificarsi anche in assenza di problematiche già evidenti.¹⁴³

I costi personali e organizzativi del *burnout* hanno spinto ad adottare diverse strategie di intervento. Alcuni tentano di trattare il *burnout* dopo che si è verificato, mentre altri si concentrano su come prevenirlo e/o su come promuovere l'*engagement*. L'intervento correttivo può essere effettuato sul singolo, sul gruppo di lavoro oppure sull'intera organizzazione. In generale, nonostante l'evidenza proveniente dagli studi di ricerca, circa il ruolo primario svolto dai fattori situazionali, l'approccio preventivo e curativo è stato rivolto prevalentemente al singolo, piuttosto che al contesto sociale ed organizzativo.

Molte di queste strategie individuali sono state mutuata da altri studi svolti su stress e salute. Le più comuni raccomandazioni hanno incluso:

- a) cambiare i modelli di lavoro (ad esempio, lavorando meno, prendendo più pause, evitando il lavoro straordinario, bilanciando lavoro e vita extralavorativa);

- b) lo sviluppo di capacità di *coping* (includendo ad esempio, la ristrutturazione cognitiva, la risoluzione dei conflitti, la gestione del tempo);
- c) l'ottenimento di sostegno sociale (sia da parte di colleghi sia da parte di familiari);
- d) l'utilizzo di strategie di rilassamento;
- e) la promozione della buona salute e del fitness;
- f) lo sviluppo di una migliore comprensione di sé (attraverso varie tecniche di tipo auto-analitica, di consulenza o, più propriamente, di psicoterapia).¹⁴⁴

Le iniziative volte a moderare i carichi di lavoro accompagnati da miglioramenti nella strategie di recupero (p.es. migliorando il ritmo sonno-veglia, con un opportuno esercizio fisico, con una corretta nutrizione, etc.) possono avere una rilevanza diretta, per la componente esaurimento del *burnout*. Il cinismo, al contrario, riguarda più direttamente il senso di comunità o la congruenza tra valori personali e attività lavorativa. Ad esempio, un intervento che ha limitato l'espressione di inciviltà sul posto di lavoro tra gli operatori sanitari ha migliorato i livelli di cinismo, che è diminuito, in funzione di un migliore contesto relazionale interpersonale.¹⁴⁵ Questo cambiamento è stato confermato a distanza di un anno in una valutazione di follow-up.¹⁴⁶ Il senso d'efficacia, al contrario, potrebbe essere più sensibile ai miglioramenti nelle forme di riconoscimento da parte dei colleghi e dei leader all'interno di un'organizzazione professionale. Una proposta alternativa è stata avanzata, permettendo alle persone di apportare vari cambiamenti nel modo in cui fanno il loro lavoro, con effetti di riduzione del *burnout*.¹⁴⁷ Purtroppo, vi è molto poca ricerca nella valutazione dei diversi approcci volti a ridurre il rischio di esaurimento. Sono, soprattutto, rari gli studi randomizzati e controllati. Gli studi più comuni sono stati svolti, con un unico tipo di intervento, su uno specifico gruppo di partecipanti volontari, per i quali raramente sono state eseguite valutazioni di follow-up, dopo che il trattamento è terminato.¹⁴⁸ Non è ancora chiaro se il *burnout* è suscettibile, in generale, di miglioramento con diverse strategie di intervento oppure se è fondamentale adottare una specifica strategia in uno specifico contesto. Le più comuni raccomandazioni hanno incluso:

- a) cambiare i modelli di lavoro (ad esempio, lavorando meno, prendendo più pause, evitando il lavoro straordinario, bilanciando lavoro e vita extralavorativa);
- b) lo sviluppo di capacità di *coping* (includendo ad esempio, la ristrutturazione cognitiva, la risoluzione dei conflitti, la gestione del tempo);
- c) l'ottenimento di sostegno sociale (sia da parte di colleghi sia da parte di familiari);
- d) l'utilizzo di strategie di rilassamento;
- e) la promozione della buona salute e del fitness;
- f) lo sviluppo di una migliore comprensione di sé (attraverso varie tecniche di tipo auto-analitica, di consulenza o, più propriamente, di psicoterapia).¹⁴⁴

Le stesse osservazioni possono essere fatte sugli studi che hanno esaminato interventi specifici per gli psichiatri. Sono state avanzate diverse raccomandazioni sui possibili interventi, ma nessuna ricerca ha approfondito la questione della praticabilità di queste proposte di intervento. Una raccomandazione abbastanza comune sottolinea l'importanza di varie forme di sostegno, come i gruppi di sostegno tra pari, il supporto formale, mediante un feedback regolare, la valutazione delle prestazioni, l'uso di un approccio basato sulla comunità nell'ambiente di lavoro. In uno studio sul *burnout*, gli studenti di medicina hanno identificato il supporto come fattore critico, incluso il supporto di docenti, di colleghi, di servizi di consulenza, oltre alla qualità delle relazioni personali, fuori del contesto lavorativo.¹⁴⁹ Un altro studio suggerisce per gli psichiatri la necessità di valutare con frequenza il loro carico di lavoro, per garantire che essi stessi non stiano mettendo a rischio aggiuntivo per il *burnout*. Una raccomandazione correlata è che gli psichiatri dovrebbero sviluppare uno stile di vita più versatile, in cui diversificano il loro lavoro (ad esempio, assumere un posto da insegnante a tempo parziale, fare un po' di scrittura o estendere la propria pratica ad altri tipi di clienti) oppure impegnarsi in attività al di fuori del lavoro (ad esempio, applicandosi a specifici hobby oppure ad altri interessi personali). Alcuni professionisti della salute mentale, che lavorano nelle aree del trauma e delle cure palliative, hanno fatto ulteriori raccomandazioni su come affrontare il *burnout*.¹⁵⁰⁻¹⁵¹ In particolare, è stata sottolineata la necessità di prendersi cura di se stessi, non solo in termini di salute personale e fitness fisico, ma anche in termini di benessere psicologico. I professionisti che si occupano di sopravvissuti al trauma sono incoraggiati a lavorare sulle proprie esperienze traumatiche personali, al fine di evitare di diventare "guaritori feriti" o terapisti secondariamente traumatizzati. I professionisti che lavorano in Hospice e in Medicina Palliativa sono incoraggiati a concentrarsi sulla spiritualità e la natura umana, attraverso la preghiera, la meditazione o con la pratica religiosa. Altri metodi per la cura di sé includono anche il prendersi delle pause regolari dal lavoro, sostenendo un migliore riconoscimento sociale del lavoro difficile compiuto, e concentrandosi sugli aspetti positivi della vita, in modo da non essere sopraffatti dalle avversità della vita e da quelle con cui ci si confronta quotidianamente sul lavoro. Un gruppo svedese ha confrontato due diverse modalità terapeutiche, per le persone che erano state in congedo a lungo termine dal lavoro con una diagnosi di "depressione legata al lavoro". Essi hanno scoperto che sia la terapia di gruppo cognitiva sia la terapia di gruppo psicodinamica risultava essere efficace nel facilitare il ritorno al lavoro, senza alcuna differenza d'efficacia tra i due approcci.¹⁵² Questo studio solleva due questioni importanti per ulteriori

ricerche. In primo luogo, in che misura la "depressione legata al lavoro" coincide con la depressione clinica ed in che misura si differenzia dal *burnout*? In secondo luogo, quali sono le qualità comuni delle due modalità terapeutiche sottese all'effetto terapeutico del trattamento? Diversi studi hanno suggerito ottime idee per esplorare l'efficacia degli interventi proposti. La logica sottesa al finanziamento, alla progettazione, alla realizzazione e alla valutazione di tali studi rimane il principale ostacolo per una migliore conoscenza circa le più efficaci soluzioni per il *burnout*.

Tab. 3.

Sindrome da *burnout*: raccomandazioni preventive e/o correttive secondo Maslach & Goldberg 1998.

- a) cambiare i modelli di lavoro** (ad esempio, lavorando meno, prendendo più pause, evitando il lavoro straordinario, bilanciando lavoro e vita extralavorativa);
- b) sviluppare capacità di *coping*** (includendo ad esempio, la ristrutturazione cognitiva, la risoluzione dei conflitti, la gestione del tempo);
- c) ottenere sostegno sociale** (sia da parte di colleghi sia da parte di familiari);
- d) utilizzare strategie di rilassamento;**
- e) promuovere la buona salute ed il fitness;**
- f) sviluppare di una migliore comprensione di sé** (attraverso varie tecniche di tipo auto-analitica, di consulenza o, più propriamente, di psicoterapia).

CONCLUSIONI

Nella riabilitazione psichiatrica il piano di trattamento individuale può essere formulato a partire da strumenti che offrano una valutazione multidimensionale del paziente. Un recente lavoro ha analizzato il rapporto tra gravosità (distress degli operatori) e stile di recupero (integration e sealing over) dalla patologia psicotica. Ipotizzando che lo stile di recupero influenzi il carico gestionale, lo studio ha evidenziato che la disinibizione, l'irritabilità e l'apatia sono i sintomi che provocano maggiore distress negli operatori, in senso assoluto. Gli aspetti della disinibizione, dell'irritabilità e dell'apatia sono risultati più gravi per gli operatori probabilmente perché richiedono maggiore coinvolgimento nella relazione terapeutica. I dati di questo studio sembrano provare che conoscere, differenziare e approfondire i diversi aspetti dello stile di recupero di ciascun paziente consente di stimare l'impegno gestionale fin dalla presa in carico e di ridurre il distress e il rischio di *burnout* degli operatori.¹⁵³

Il *burnout* può essere considerato come una grave conseguenza dell'esposizione cronica a stress correlati al lavoro. Come gruppo, gli psichiatri hanno un elevato rischio di restare "bruciati" per l'esposizione a fattori esterni come l'ambiente di lavoro, ma anche in rapporto a fattori interni quali personalità e stili di *coping*, nonché in rapporto a fattori intermedi, quali il sostegno sociale e la resilienza. L'inizio del *burnout* può essere visto come una conseguenza dell'interazione tra fattori predisponenti, precipitanti, perpetuanti e protettivi. Sono stati identificati fattori protettivi contro il *burnout* che potrebbero avere un ruolo preventivo, ma mancano studi di valutazione dell'efficacia degli interventi una volta che il *burnout* è insorto. Le prove aneddotiche suggeriscono che il sostegno dei pari, ma anche le attività di socializzazione con familiari e amici, possono essere efficaci contro il *burnout*.

La ricerca fino ad oggi indica che i tre aspetti del *burnout* rappresentano una sfida per gli psichiatri. Molti dei problemi affrontati sul posto di lavoro dagli psichiatri sono simili a quelli che si presentano anche agli altri professionisti, che forniscono servizi alle persone bisognose d'aiuto. In aggiunta, il lavoro psichiatrico comporta uno stretto contatto con pazienti in condizioni di stress emotivo, nonché, in certi casi, il rischio di minacce e/o d'aggressioni da parte di alcuni di questi pazienti. Entrambi questi fattori stressano gli

psichiatri, non solo mettendo a rischio la loro capacità di coinvolgimento con gli altri, ma anche il loro senso d'efficacia professionale.

Una questione di particolare importanza per la psichiatria è il sovrapporsi o il differenziarsi del *burnout* rispetto alla depressione. Il concetto di “depressione legata al lavoro”, come diagnosi accettata per la copertura di invalidità dei lavoratori in alcuni paesi europei, solleva questioni importanti per i professionisti. Il concetto stesso di *burnout* ha ampie implicazioni sia per i dipendenti che per i datori di lavoro, nonché per le assicurazioni. La ricerca e lo sviluppo concettuale su questi temi richiede un approccio multidisciplinare e partecipato, che solo può portare a visioni diagnostiche condivise. La psichiatria è in una posizione privilegiata per contribuire alla crescita delle conoscenze in materia di *burnout*. La questione dello status del *burnout* come diagnosi di base, che accredita una condizione di disabilità, richiede una valutazione precisa e obiettiva. Inoltre, i trattamenti psichiatrici possono essere rilevanti, soprattutto per quanto riguarda il ritorno al lavoro, per le persone dopo un grave *burnout*. Infine, la ricerca efficace sulla prevenzione e l'obiettivo di alleviare gli aspetti del *burnout* vissuti dagli psichiatri suggerisce una certa priorità nell'affrontare il problema all'interno della professione.

I disturbi mentali costituiscono, nei paesi industrializzati, una delle maggiori cause di carico assistenziale e di alti costi per i servizi sanitari, pubblici o privati che siano. La peculiare complessità dei bisogni socio-assistenziali e clinici dei pazienti psichiatrici suggerisce il ricorso a modelli organizzativi di cura integrati. In Italia il processo di aziendalizzazione e regionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale ha orientato la pratica clinica, in psichiatria, verso la razionalizzazione e l'ottimizzazione delle risorse disponibili, per garantire appropriatezza ed equità delle prestazioni. La sfida che si dovrà affrontare, a breve, in politica sanitaria, sarà il progressivo invecchiamento della popolazione, il peso crescente della cronicità, in un contesto di risorse limitate, che richiederanno necessariamente un approccio manageriale nella strutturazione e nella erogazione dei servizi. La psichiatria italiana, al pari delle altre discipline mediche, dispone delle risorse cliniche e culturali per sostenere tale sfida, purché sia ridato allo psichiatra il ruolo di protagonista nel processo di cambiamento.¹⁵⁴ Le recenti riforme hanno indotto profondi cambiamenti nell'organizzazione del lavoro. La gestione efficiente e dinamica di questi cambiamenti non può prescindere da sostanziali investimenti, in termini economici e professionali, sul patrimonio di esperienza clinica rappresentato dal principale attore, in questo ambito: lo psichiatra.¹⁵⁵ Ciò potrebbe permettere, in una logica orientata all'appropriatezza organizzativa e clinica, di mantenere la centralità della “presa in carico” del paziente psichiatrico, in servizi “recovery-oriented”, multidisciplinari, flessibili ed organizzati in équipe.^{156,156} La gestione del cambiamento nell'assistenza psichiatrica, oggi in Italia, non può prescindere da un profondo coinvolgimento (*engagement*) motivante dei professionisti.¹⁵⁸ In altre parole è auspicabile, nello sforzo di contenimento della spesa e di razionalizzazione dei processi assistenziali, passare dal *burnout* all'*engagement* degli psichiatri, investendo risorse economiche ed umane nei servizi per la salute mentale.¹⁵⁹

Conflitto di interesse: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interesse.

BIBLIOGRAFIA

1. Maslach C, Leiter MP. The truth about burnout. San Francisco: Jossey Bass 1997.
2. Kumar S. Burnout in psychiatrists. World Psychiatry 2007; 6(3): 186–189.
3. Meier DE, Back AL, Morrison RS. The inner life of physicians and care of the seriously ill. JAMA 2001; 286: 3007–3014.
4. Rössler W. Stress, *burnout*, and job dissatisfaction in mental health workers. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2012; 262 (Suppl 2): S65-9.
5. Benbow S. Burnout: current knowledge and relevance to old age psychiatry. Int J Geriatr Psychiatry 1998; 13: 520–526.
6. Farber BA. Introduction: a critical perspective on burnout. In: Farber BA (ed). Stress and burnout in the human service professions. New York: Pergamon 1983.
7. Freudemberger HJ. Staff burnout. J Soc Issues 1974; 30: 159–165.
8. Kuremyr D, Kihlgren M, Norberg A, et al. Emotional experiences, empathy and *burnout* among staff caring for demented patients at a collective living unit and a nursing home. J Adv Nurs 1994; 19: 670–679.
9. Lee RT, Ashforth BE. On the meaning of Maslach's three dimensions of *burnout*. J Appl Psychol 1990; 75: 743–747.
10. Firth H, McKeown P, McIntee J, et al. Professional depression, “burnout” and personality in longstay nursing. Int J Nurs Studies 1987; 24: 227-237.
11. Meier ST. The construct validity of burnout. J Occupat Psychol 1984; 57: 211-219.
12. Morgan SR, Krehbiel R. The psychological condition of burned-out teachers with a nonhumanistic orientation. J Human Educat Develop 1985; 24: 59-67.

13. Scarfone D. Le syndrome d'épuisement professionnel (burnout): y aurait-il de la fumée sans feu? *Ann Med Psychol* 1985; 143: 754-761.
14. Schaufeli WB, Enzmann D. *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London: Taylor & Francis 1998.
15. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 1981; 2: 99–113.
16. Freudenberger HJ. Burnout: contemporary issues, trends and concerns. In: Farber BA (ed). *Stress and burnout in the human service professions*. New York: Pergamon 1983.
17. Benbow S. Burnout: current knowledge and relevance to old age psychiatry. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998; 13: 520–526.
18. Freudenberger HJ, Richelson G. *Burn-out: the high cost of high achievement*. Garden City: Doubleday 1980.
19. Pines A, Aronson E, Kafry D. *Burnout: from tedium to personal growth*. New York: Free Press 1981.
20. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, (eds). *Maslach Burnout Inventory Manual*, 3rd ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press 1996.
21. Maslach C, Leiter MP, Schaufeli WB. Measuring burnout In: Cooper CL, Cartwright S, (eds). *The Oxford handbook of organizational well-being*. Oxford: Oxford University Press 2009.
22. Pines A, Aronson E (eds). *Career burnout: causes and cures*. New York: Free Press 1988.
23. Corcoran K. Measuring burnout: an updated reliability and convergent validity study. In: Crandall R, Perrewe PL, (eds). *Occupational stress: a handbook*. Washington: Taylor and Francis 1995.
24. Pines AP. On burnout and buffering effects of social support. In: Farber BA (ed). *Stress and burnout in the human service professions*. New York: Pergamon 1988.
25. Feldt T, Rantanen J, Hyvonen K, et al. The 9-item Bergen Burnout Inventory: factorial validity across organizations and measurements of longitudinal data. *Ind Health* 2014; 52: 102-112.
26. Halbesleben JBR, Demerouti E. The construct validity of an alternative measure of burnout: investigation of the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work Stress* 2005; 19: 208-220.
27. Shirom A, Melamed S. A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *Int J Stress Manage* 2006; 13: 176-200.
28. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, et al. The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work Stress* 2005; 19: 192-207.
29. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C, et al. Maslach Burnout Inventory – General Survey In: Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, (eds). *Maslach Burnout Inventory Manual*, 3rd ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press 1996.
30. Gil-Monte PR, Figueiredo-Ferraz HH. Psychometric properties of the “Spanish Burnout Inventory” among employees working with people with intellectual disability. *J Intell Disabil Res* 2013; 57: 959-68.
31. Borgogni L, Consiglio C, Alessandri G, et al. “Don't throw the baby out with the bathwater!” Interpersonal strain at work and burnout. *Eur J Work Organizat Psychol* 2012; 21: 875- 898.
32. Ahola K. *Occupational burnout and health*. People and Work Research Reports 81. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health 2007.
33. Ahola K, Hakanen J. Job strain, burnout, and depressive symptoms: a prospective study among dentists. *J Affect Disord* 2007;104: 103-106.
34. Leiter MP, Hakanen J, Toppinen-Tanner S, et al. Changes in burnout: a 12-year cohort study on organizational predictors and health outcomes. *J Organizat Behav* 2013; 34: 959-973.
35. Schonfeld IS, Bianchi R. Burnout and depression: two entities or one? *J Clin Psychol* 2016; 72: 22-37.
36. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001; 52: 397-422.
37. Kroenke K, Spitzer RL. The Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatr Ann* 2002; 32: 1-7.
38. Shirom A, Melamed S. A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *Int J Stress Manage* 2006; 13: 176-200.
39. Schonfeld IS, Bianchi R. Burnout and depression: two entities or one? *J Clin Psychol* 2016; 72: 22-37.
40. Toker S, Biron M. Job burnout and depression: unraveling their temporal relationship and considering the role of physical activity. *J Appl Psychol* 2012; 9: 699-710.
41. Leiter MP, Durup J. The discriminant validity of burnout and depression: a confirmatory factor analytic study. *Anxiety Stress Coping* 1994; 7: 357-373.
42. Raedeke TD, Arce C, De Francisco C, et al. The construct validity of the Spanish version of the ABQ using a multi-trait/multi-method approach. *Anales de Psicología* 2012; 29: 693-700.
43. Hakanen JJ, Schaufeli WB. Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *J Affect Disord* 2012; 141: 415-24.
44. Carlini L, Fidenzi L, Gualtieri G, et al. Analisi e valutazione medico-legale della sindrome da burnout nell'ambito delle helping profession e della tutela INAIL per i casi di malattia e suicidio. *Riv Psichiatr*. 2016 May-Jun;51(3):87-95

45. Maslach C, Leiter MP. Burnout and engagement in the workplace: a contextual analysis In: Urdan T. (ed). *Advances in motivation and achievement*, Vol. 11 Stanford: JAI Press, 1999.
46. Schaufeli WB, Bakker AB, Salanova M. The measurement of work engagement with a brief questionnaire: a cross-national study. *Educ Psychol Meas* 2006; 66: 701-716.
47. Bakker AB, Leiter MP. *Work engagement: a handbook of essential theory and research*. New York: Psychology Press 2010.
48. Leon MR, Halbesleben JRB, Paustian-Underdahl SC. A dialectical perspective on burnout and engagement. *Burnout Res* 2015; 2: 87-96.
49. Kumar S, Sinha P, Dutu G. Being satisfied at work does affect burnout among psychiatrists: a national follow-up study from New Zealand. *Int J Soc Psychiatry* 2013; 59 (5): 460-467.
50. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Develop Intern* 2009; 14: 204-220.
51. Schaufeli WB, Bakker A, Schaap C, et al. On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. *Psychol Health* 2001;16: 565-82.
52. Bakker AB, Schaufeli WB, Van Dierendonck D. Burnout: Prevalentie, risicogroepen en risicofactoren In: Houtman ILD, Schaufeli WB, Taris T, (eds). *Psychische vermoeidheid en werk: cijfers, trends en analyses*. Alphen a/d Rijn: Samsom 2000.
53. Brenninkmeijer V, Van Yperen N. How to conduct research on burnout: advantages and disadvantages of a uni-dimensional approach to burnout. *Occupat Environment Med* 2003; 60 (Suppl.1): 6-21.
54. Roelofs J, Verbraak M, Keijsers GPJ, et al. Psychometric properties of a Dutch version of the Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) in individuals with and without clinical burnout. *Stress Health* 2005; 21: 17-25.
55. Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and *engagement*. *J Appl Psychol* 2008; 93: 498-512.
56. Cherniss C. *Staff burnout: job stress in the human services*. Beverly Hills: Sage 1980.
57. Bakker AB, Demerouti E. The Job Demands-Resources model: state of the art. *J Manag Psychol* 2007; 22: 309-28.
58. Hobfoll SE, Freedy J. Conservation of resources: a general stress theory applied to burnout In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, (eds). *Professional burnout: recent developments in theory and research*. New York: Taylor & Francis 1993.
59. Leiter MP, Maslach C. Areas of worklife: a structured approach to organizational predictors of job burnout. In: Perrewe PL & Ganster DC (eds). *Research in occupational stress and well-being*, Vol. 3 Oxford: Elsevier 2004.
60. Karasek R, Theorell T. *Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books 1990.
61. Leiter MP, Maslach C. Nurse turnover: the mediating role of burnout. *J Nurs Manage* 2009; 17: 331-339.
62. Laschinger H, Wong CA, Grau AL. The influence of authentic leadership on newly graduated nurses' experiences of workplace bullying, burnout and retention outcomes: a cross-sectional study. *Int J Nurs Studies* 2012; 49: 1266-1276.
63. Bakker AB, LeBlanc PM, Schaufeli WB. Burnout contagion among intensive care nurses. *J Advanc Nurs* 2005; 51: 276-287.
64. González-Morales M, Peiró JM, Rodríguez I, et al. Perceived collective burnout: a multilevel explanation of burnout. *Anxiety Stress Coping* 2012; 25: 43-61.
65. Gascon S, Leiter MP, Andrés E, et al. The role of aggression suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *J Clin Nurs* 2013; 22: 3120-3129.
66. Savicki V, Cooley E, Gjesvold J. Harassment as a predictor of job burnout in correctional officers. *Crim J Behav* 2003; 30: 602-619.
67. Ahola K, Hakanen J. Burnout and health. In: Leiter MP, Bakker AB, Maslach C, (eds). *Burnout at work: a psychological perspective*. London: Psychology Press 2014.
68. Manna V. Stress, integrazione socio-ambientale e salute mentale della valutazione multiassiale secondo il DSM. *Psichiatria e Territorio* 1990; VII (1): 63 - 75.
69. Manna V, Daniele MT. Importanza etio-patogenetica degli eventi traumatici in psicopatologia e loro inquadramento diagnostico nel DSM 5. In: *Stress, trauma e neuroplasticità: la psicotraumatologia tra neuro-scienze e psicoterapia* Daniele MT, Manna V, Pinto M. (eds). Roma: Alpes Ed 2014.
70. Manna V. Stress, abuso di sostanze e dipendenze: aspetti neurobiologici e comportamentali. *Riv Psichiat* 2007; 42 (5): 308-320.
71. Manna V. Aggressività, impulsività, abuso di sostanze e disturbi di personalità. *Difesa Sociale (Istituto Italiano di Medicina Sociale)* 2004; 1: 119-133.

72. Manna V, Daniele MT. Stress e dipendenze patologiche da sostanze: correlati neurobiologici e comportamentali. In: *Stress, trauma e neuroplasticità: la psicotraumatologia tra neuro-scienze e psicoterapia* Daniele MT, Manna V, Pinto M. (eds). Roma: Alpes Ed 2014.
73. Burke RJ, Shearer J, Deszca G. Burnout among men and women in police work: an examination of the Cherniss model. *J Health Hum Res Admin* 1984; 7:162-188.
74. Toppinen-Tanner S, Ahola K, Koskinen A, et al. Burnout predicts hospitalization for mental and cardiovascular disorders: 10-year prospective results from industrial sector. *Stress Health* 2009; 25: 287-296.
75. Ahola K, Hakonen J. Burnout and health. In: Leiter MP, Bakker AB, Maslach C. (eds). *Burnout at work: a psychological perspective*. London: Psychology Press 2014.
76. Toker S, Shirom A, Shapira I, et al. The association between burnout, depression, anxiety, and inflammation biomarkers: C-reactive protein and fibrinogen in men and women. *J Occupat Health Psychol* 2005; 10: 344-362.
77. Deahl M, Turner T. General psychiatry in no-man's land. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 6–8.
78. Thompson C. The mental state we are in: morale and psychiatry. *Psychiatr Bull* 1998; 22: 405–409.
79. Reid Y, Johnson S, Morant N, et al. Explanations for stress and satisfaction in mental health professionals: a qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34: 301–308.
80. Kendell RE, Pearce A. Consultant psychiatrists who retired prematurely in 1995 and 1996. *Psychiatr Bull* 1997; 21: 741–745.
81. Mears A, Kendall T, Katona C, et al. *Career intentions in psychiatric trainees and consultants*. London: Royal College of Psychiatrists; 2002.
82. Rathod S, Roy L, Ramsay M, et al. A survey of stress in psychiatrists working in the Wessex Region. *Psychiatr Bull* 2000; 24: 133–136.
83. Holloway F, Szmukler G, Carson J. Support systems. 1. Introduction. *Advances in Psychiatric Treatment* 2000; 6: 226–235.
84. Kumar S. Burnout in psychiatrists. *World Psychiatry* 2007; 6 (3): 186–189.
85. Riggat TF, Godley SH, Hafer M. Burnout and job satisfaction in rehabilitation administrators and direct service providers. *Rehabil Counsel Bull* 1984; 27: 151–160.
86. Zedeck S, Maslach C, Mosier K, et al. Affective response to work and quality of family life: employee and spouse perspectives. *J Soc Behav Personal* 1988; 3: 135–157.
87. Prosser D, Johnson S, Kuipers E, et al. Mental health, burnout and job satisfaction among hospital and community-based mental health staff. *Br J Psychiatry* 1996; 69: 334–337.
88. Rey JM, Walter G, Giuffrida M. Australian psychiatrists today: proud of their profession but stressed and apprehensive about the future. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2004; 38: 105–110.
89. Snibbe JR, Radcliffe T, Weisberger C, et al. Burnout among primary care physicians and mental health professionals in a managed health care setting. *Psychol Rep* 1989; 65: 775–780.
90. Firth-Cozens J, Greenhalgh J. Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Soc Sci Med* 1997; 44:1017–1022.
91. von Zerssen D, Pfister H, Koeller DM. The Munich Personality Test (MPT): a short questionnaire for self-rating and relatives' rating of personality traits: formal properties and clinical potential. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1988; 238(2): 73-93.
92. Pines AM, Aronson E, Kafry D. *Burnout: From Tedium to Personal Growth*. New York: The Free Press 1981.
93. Amstutz MC, Neuenschwander M, Modestin J. Burnout in psychiatric physicians. Results of an empirical study. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 163–167.
94. Deary IJ, Agius RM, Sadler A. Personality and stress in consultant psychiatrists. *Int J Soc Psychiatry* 1996; 42: 112–123.
95. Kumar S, Hatcher S, Huggard P. Burnout in psychiatrists: an aetiological model. *Int J Psychiatry Med* 2005; 35: 405–416.
96. Holloway F, Szmukler G, Carson J. Support systems. 1. Introduction. *Advances in Psychiatric Treatment* 2000; 6: 226–235.
97. Kumar S, Hatcher S, Huggard P. Burnout in psychiatrists: an aetiological model. *Int J Psychiatry Med* 2005; 35: 405–416.
98. Hoop JG. Hidden ethical dilemmas in psychiatric residency training: the psychiatry resident as dual agent. *Acad Psychiatry* 2004; 28: 183–189.
99. Manna V. Aspetti di psicodinamica della farmacoterapia in psichiatria. *Psichiatria in Puglia, Bollettino scientifico e d'informazione della sezione pugliese della Società Italiana di Psichiatria* 1998; 8-9: 31-43.
100. Hafner H. Psychiatry as a profession. *Nervenarzt* 2002; 73: 33–40.

101. Manna V, Daniele MT, Pinto M. Impulsività ed aggressività tra i pazienti trattati in un servizio psichiatrico di diagnosi e cura: considerazioni cliniche e proposte terapeutiche. *Difesa Sociale (Istituto Italiano di Medicina Sociale)* 2007; 85 (3): 9 - 28.
102. Haller RM, Deluty RH. Assaults on staff by psychiatric inpatients. A critical review. *Br J Psychiatry* 1988; 152: 174–179.
103. Hubschmidt T. The prosecution of violent psychiatric inpatients; one respectable intervention. *Psychiatr Prax* 1996; 23: 26–28.
104. Drinkwater J. Violence in psychiatric hospitals. In: Feldman P (ed). *Developments in the study of criminal behaviour*. Vol. 2. Chichester: Wiley 1982.
105. Hodgkinson PE, McIvor L, Phillips M. Patient assaults on staff in a psychiatric hospital: a two year retrospective study. *Med Sci Law* 1985; 25: 288–294.
106. Rice ME, Harris GT, Varney GW, et al. Violence in institutions. Toronto: Hogrefe and Huber 1989.
107. Poster EC. A multinational study of psychiatric nursing staffs' beliefs and concerns about work safety and patient assault. *Arch Psychiatr Nurs* 1996; 10: 365–373.
108. Guthrie E, Tattan T. Sources of stress, psychological distress and burnout in psychiatrists: comparison of junior doctors, senior registrars and consultants. *Psychiatr Bull* 1999; 23: 207–212.
109. Alexander DA, Klein ST, Gray NM, et al. Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *Br Med J* 2000; 320: 1571–1574.
110. Rathod S, Roy L, Ramsay M, et al. A survey of stress in psychiatrists working in the Wessex Region. *Psychiatr Bull* 2000; 24: 133–136.
111. Manna V. Stress, traumi, catastrofi e salute mentale. *Realtà Medica (Rivista dell'Istituto Neurotraumatologico Italiano)* 2004; 2: 15 -18.
112. Alexander DA, Klein ST, Gray NM, et al. Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *Br Med J* 2000; 320: 1571–1574.
113. Naisberg-Fennig S, Fennig S, Keinan G, et al. Personality characteristics and proneness to burnout: a study among psychiatrists. *Stress Med* 1991; 7: 201–205.
114. Fothergill A, Edwards D, Burnard P. Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: findings from a systematic review. *Int J Soc Psychiatry* 2004; 50: 54–65.
115. Snyder TG, Kumar S. Who do I serve? An experiential perspective of problems in retaining psychiatrists in New Zealand. *Australasian Psychiatry* 2004; 12: 401–403.
116. Brockington I, Mumford D. Recruitment into psychiatry. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 307–312.
117. Goldman W. Is there a shortage of psychiatrists? *Psychiatr Serv* 2001; 52: 1587–1589.
118. Scully JH, Wilk JE. Selected characteristics and data of psychiatrists in the United States, 2001-2002. *Acad Psychiatry* 2003; 27: 247–251.
119. Ndeti DM, Pizzo M, Maru H, et al. Burnout in staff working at the Mathari psychiatric hospital. *Afr J Psychiatry* 2008; 11: 199-203.
120. Vičentić S, Jovanović A, Dunjić B, et al. Professional stress in general practitioners and psychiatrists: the level of psychologic distress and burnout risk. *Vojnosanitetski Pregled* 2010; 67: 741-746.
121. Bressi C, Porcellana M, Gambini O, et al. Burnout among psychiatrists in Milan: a multicenter survey. *Psychiatr Serv* 2009; 60: 985-988.
122. Dennis NM, Swartz MS. Emergency psychiatry experience, resident burnout, and future plans to treat publicly funded patients. *Psychiatr Serv* 2015; 66: 892-895.
123. Vaccaro JV, Clark GH Jr. A profile of community mental health centre psychiatrists: results of a national survey. *Community Ment Health J* 1987; 23: 282-289.
124. Prosser D, Johnson S, Kuipers E, et al. Mental health, "burnout" and job satisfaction among hospital and community-based mental health staff. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 334- 337.
125. Kumar S, Fischer J, Robinson E, et al. Burnout and job satisfaction in New Zealand psychiatrists: a national study. *Int J Soc Psychiatry* 2007; 53: 306- 316.
126. Kumar S, Sinha P, Dutu G. Being satisfied at work does affect burnout among psychiatrists: a national follow-up study from New Zealand. *Int J Soc Psychiatry* 2013; 59: 460-467.
127. Martini S, Arfken CL, Churchill MA, et al. Burnout comparison among residents in different medical specialties. *Acad Psychiatry* 2004; 28: 240-242.
128. Korkeila JA, Töyry S, Kumpulainen K, et al. Burnout and self-perceived health among Finnish psychiatrists and child psychiatrists: a national survey. *Scand J Publ Health* 2003; 31: 85-91.
129. Maslach C, Courtois C. Burnout. In: Reyes G, Elhai J, Ford J. (eds). *Encyclopedia of psychological trauma*. Hoboken: Wiley 2009.
130. Pross C. Burnout, vicarious traumatization, and its prevention. *Torture* 2006;16: 1-9.
131. Deighton RM, Gurrin N, Traue H. Factors affecting burnout and compassion fatigue in psychotherapists treating torture survivors: is the therapist's attitude to working through trauma relevant? *J Trauma Stress* 2007; 20: 63-75.

132. Dal Pai D, Lautert L, Souza SBC, et al. Violence, burnout and minor psychiatric disorders in hospital work. *Rev Esc Enferm USP* 2015; 49: 457-464.
133. Holmqvist R, Jeanneau M. Burnout and psychiatric staff's feelings towards patients. *Psychiatry Res* 2006; 145: 207-213.
134. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, burnout and job dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288: 1987-93.
135. Fischer J, Kumar S, Hatcher S. What makes psychiatry such a stressful profession? A qualitative study. *Australas Psychiatry* 2007; 15: 417-21.
136. Leiter MP, Day A, Price L. Attachment styles at work: measurement, collegial relationships, and burnout. *Burnout Res* 2015; 2: 25-35.
137. Garfinkel PE, Bagby RM, Schuller DR, et al. Predictors of success and satisfaction in the practice of psychiatry: a preliminary follow-up study. *Can J Psychiatry*. 2001; 46: 835–840.
138. Clark GH, Vaccaro JV. Burnout among CMHC psychiatrists and the struggle to survive. *Hosp Commun Psychiatry* 1987; 38: 843–847.
139. Agius RM, Blenkin H, Deary J, et al. Survey of perceived stress and work demands of consultant doctors. *Occup Environ Med* 1996; 53: 217–224.
140. Rutter H, Herzberg J, Paice E. Stress in doctors and dentists who teach. *Med Educ* 2002; 36: 543–549.
141. Thomas NK. Resident burnout. *JAMA* 2004; 292: 2880–2889.
142. Fothergill A, Edwards D, Burnard P. Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: findings from a systematic review. *Int J Soc Psychiatry* 2004; 50: 54–65.
143. Holloway F, Szmukler G, Carson J. Support systems. 1. Introduction. *Advances in Psychiatric Treatment* 2000; 6: 226–235.
144. Maslach C, Goldberg J. Prevention of burnout: new perspectives. *App Prevent Psychol* 1998; 7: 63-74.
145. Leiter MP, Laschinger HK, Day A, et al. The impact of civility interventions on employee social behavior, distress, and attitudes. *J Appl Psychol* 2011; 96: 1258-1274.
146. Leiter MP, Day A, Gilin-Oore D, et al. Getting better and staying better: assessing civility, incivility, distress and job attitudes one year after a civility intervention. *J Occupat Health Psychol* 2012; 17: 425-434.
147. Demerouti E. Individual strategies to prevent burnout In: Leiter MP, Bakker AB, Maslach C, (eds). *Burnout at work: a psychological perspective*. London: Psychology Press 2014.
148. Leiter MP, Maslach C. Interventions to prevent and alleviate burnout In: Leiter MP, Bakker AB, Maslach C, (eds). *Burnout at work: a psychological perspective*. London: Psychology Press 2014.
149. Chang E, Eddins-Folensbee F, Coverdale J. Survey of the prevalence of burnout, stress, depression, and the use of supports by medical students at one school. *Acad Psychiatry* 2012; 36: 177-182.
150. Swetz KM, Harrington SE, Matsuyama RK, et al. Strategies for avoiding burnout in hospice and palliative medicine: peer advice for physicians on achieving longevity and fulfillment. *J Palliat Med* 2009; 12: 773-777.
151. Katsounari I. The road less traveled and beyond: working with severe trauma and preventing burnout. *Burnout Res* 2015; 2: 115-7.
152. Sandahl C, Lundberg U, Lindgren A, et al. Two forms of group therapy and individual treatment of work-related depression: a one-year follow-up study. *Int J Group Psychother* 2011; 61: 538 - 555.
153. Callegari C, Caselli I, Bertù L, Berto E, Vender S. Evaluation of the burden management in a psychiatric day center: distress and recovery style. *Riv Psichiatr* 2016; 51: 149-55.
154. Foglio A. *Change Management come strategia d'impresa. Governare futuro e cambiamenti e tramutarli in opportunità*. Milano: Franco Angeli 2011.
155. Baumruk R. The missing link: the role of employee engagement in business success. *Workspan* 2004; 47: 48-52.
156. Chester P, Ehrlich C, Warburton L, Baker D, Kendall E, Crompton D. What is the work of recovery oriented practice? A systematic literature review. *Int J Ment Health Nurs* 2016; 25: 270-285.
157. Dalum HS, Pedersen IK, Cunningham H, Eplöv LF. From recovery programs to recovery-oriented practice? A qualitative study of mental health professionals' experiences when facilitating a recovery-oriented rehabilitation program. *Arch Psychiatr Nurs* 2015; 29: 419-425.
158. Fuschillo C, Orazio C, Orazio GG, et al. L'engagement come driver motivazionale nel processo di cambiamento in un dipartimento di salute mentale italiano. *Riv. Psichiatr* 2017; 52 (5): 189-199.
159. Schaufeli WB, Bakker AB. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *J Organ Behav* 2004; 25: 293-315.