

## Rassegna

# Burnout dello psichiatra o burnout dell'assistenza psichiatrica?

## *Psychiatrist burnout or psychiatric assistance burnout?*

VINCENZO MANNA\*<sup>1</sup>, FRANCESCA DICUONZO<sup>1</sup>

\*E-mail: vincenzo.manna@aslroma6.it

<sup>1</sup>Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Ospedale San Sebastiano Martire, DSM, ASL Roma 6, Frascati (Roma)

**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 sanitari. I medici e gli psichiatri, in particolare, abbastanza frequentemente devono prendere decisioni rapide confrontandosi con un'enorme mole di richieste, che necessitano spesso assunzioni di responsabilità. 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 e 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 health workers. Doctors and psychiatrists, in particular, quite frequently have to make quick decisions by dealing with a huge amount of requests, which often require considerable assumptions of responsibility. 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 rappor-

ti possono essere vissuti come gratificanti e coinvolgenti, ma anche 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 portare aiuto 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, 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 crescenti da parte dell'utenza. Recentemente, il fenomeno del burnout è diventato rilevante e ha richiamato l'interesse degli studiosi<sup>1</sup>.

Gli psichiatri svolgono un lavoro che è, per sua natura, stressante<sup>2</sup>. Usano se stessi come "strumenti" nella professione e sperimentano una serie di forti emozioni nel corso del loro lavoro clinico. La relazione medico-paziente in sé è legata 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 e ai fallimenti clinici, con livelli di frustrazione che possono portare lo psichiatra a evitare persino il contatto con i pazienti<sup>3</sup>.

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, rappresenta ulteriore fonte 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 è possibile l'insorgere di sintomi da stress post-traumatico<sup>4,5</sup>.

Gli psichiatri sono 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 e articolate, il risultato dell'esposizione cronica agli stress emotivi e interpersonali sul lavoro è invariabilmente il burnout<sup>6</sup>.

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, le sue cause e gli interventi più opportuni in senso preventivo e terapeutico applicabili.

## DEFINIZIONE DI BURNOUT

Il concetto di burnout è stato introdotto solo nel 1974<sup>7</sup>. 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»<sup>8</sup>. 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 (DP) (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 (PA) (sentimenti di incompetenza, inefficienza e inadeguatezza)<sup>9</sup>. 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<sup>10-12</sup>. 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<sup>13</sup>. 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<sup>14</sup>.

Secondo una definizione diffusamente condivisa, il burnout è una sindrome che emerge come risposta prolungata, indotta da fattori di stress cronico interpersonale, in ambito lavorativo<sup>15</sup>. Questa risposta presenta tre dimensioni principali: 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*). Tale modello 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.

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, 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 enunciate tre dimensioni dell'esperienza di burnout: di "esaurimento" (usura, perdita di energia, debilitazione e/o stanchezza); di "cinismo" – anche "depersonalizzazione" – (atteggiamenti negativi o inadeguati verso gli assistiti, con irritabilità, perdita di idealismo e ritiro sociale); di "inefficacia"

### *Burnout dello psichiatra o burnout dell'assistenza psichiatrica?*

– anche “ridotta realizzazione personale” (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 DP come un mezzo di protezione contro un ulteriore drenaggio emozionale, come un meccanismo omeostatico, in un lavoratore emotivamente esaurito<sup>16</sup>. Lungo linee simili, si può sostenere che l'esaurimento emotivo (EE) 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 come una forma di adattamento<sup>5</sup>.

#### **BURNOUT: VALUTAZIONE OBIETTIVA E QUANTIFICAZIONE**

Nel tempo sono stati proposti vari strumenti di valutazione quantitativa, sulla base delle diverse ipotesi interpretative sul burnout. Alcuni iniziali strumenti di quantificazione del burnout sono stati prevalentemente orientati a misurare la sola dimensione “esaurimento” (*exhaustion*)<sup>17,18</sup>. 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)<sup>14,19</sup>. Il MBI fornisce punteggi su tre sottoscale o dimensioni (la DP, l'EE, la mancanza di PA) sulla base di 22 item su una scala da 0 a 6. Quanto più alto è il punteggio degli intervistati su DP ed EE, maggiori sono i livelli di burnout, mentre la PA 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<sup>20</sup>.

Sono stati sviluppati altri strumenti standardizzati e validi per la misura del burnout. Il Burnout Measure (BM) presenta 21 item (classificati su una scala a 7 punti) e raggruppati in tre sottoscale (l'esaurimento fisico, l'esaurimento mentale, l'EE)<sup>21</sup>. 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<sup>22</sup>. 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 EE del MBI<sup>23</sup>. 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. Per esempio, il Bergen Burnout Inventory (BBI) valuta tre dimensioni del burnout: “stanchezza” al

lavoro; “cinismo” nel rapporto interpersonale a lavoro; senso di “inadeguatezza” rispetto agli obiettivi del lavoro<sup>24</sup>. L'Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) valuta, invece, le due dimensioni di “esaurimento” e di “disimpegno” dal lavoro<sup>25</sup>. Altre misure di burnout si concentrano sulla sola stanchezza, anche se si differenziano tra i vari aspetti di esaurimento. Per esempio, la Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM) distingue tra “esaurimento fisico”, “EE”, “esaurimento cognitivo” e “stanchezza”<sup>26</sup>. Invece, il Copenhagen Burnout Inventory (CBI) introduce una distinzione tra esaurimento fisico ed esaurimento psicologico<sup>27</sup>.

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)<sup>28</sup>. Sono stati pubblicati vari articoli scientifici di valutazione più “neutrale” rispetto al tipo di occupazione. La dimensione “DP”, 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. Per esempio, lo Spanish Burnout Inventory si compone di quattro dimensioni: entusiasmo verso il lavoro; stanchezza psicologica; indolenza; senso di colpa<sup>29</sup>. 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”<sup>30</sup>. 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**

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 ha riferito una malattia fisica o mentale, dolore muscolo-scheletrico e depressione<sup>31</sup>. Uno studio longitudinale effettuato in

Finlandia ha trovato una relazione reciproca tra burnout e depressione, per cui ognuna delle due condizioni predisponneva all'altra<sup>32</sup>. Un altro studio longitudinale ha verificato che un aumento del burnout si associa direttamente a un aumento di successive prescrizioni di farmaci antidepressivi<sup>33</sup>. In un recente studio, Schonfeld e Bianchi hanno rinnovato il dibattito sulla distinzione tra burnout e depressione, sostenendo che, ad alti livelli, i due stati sono indistinguibili<sup>34</sup>. Questa opinione è in contrasto con la constatazione per cui il burnout è una disforia professionale specifica, distinta dalla depressione come disturbo mentale<sup>35</sup>. Una condizione necessaria per esaminare la distinzione tra burnout e depressione è l'uso di un insieme di misure che forniscono un'operatività completa e accurata di ognuno dei due costrutti diagnostici. Lo studio di Schonfeld e Bianchi ha utilizzato strumenti diagnostici non sufficientemente sensibili e specifici. In particolare, nove item 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)<sup>36</sup>. 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 *Shrom-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<sup>26</sup>. 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 ( $r=,77$ )<sup>34</sup>. 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<sup>37</sup>. 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. Nel *Profile of Mood States (POMS)* la scala di depressione correla con la *MBI - Human Services Survey (MBI-HSS)* per l'esaurimento ( $r=,33$ ), per la DP ( $r=,30$ ), per la PA ( $r=-,14$ )<sup>38</sup>. Nella Depres-

sion Anxiety 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 ( $r=,21$ )<sup>39</sup>. Nella *Beck Depression Inventory (BDI)* la sottoscala per le emozioni e gli atteggiamenti negativi correla con la MBI-GS per l'esaurimento ( $r=,46$ ) e 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 ( $r=,36$ )<sup>40</sup>.

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<sup>41</sup>.

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, 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* 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. Implicitamente, l'*engagement* è valutato secondo un modello opposto di punteggi sulle tre dimensioni MBI. Da questo punto di vista, esso consiste in uno stato di alta energia, forte coinvolgimento e maggior senso di efficacia lavorativa<sup>42</sup>. 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: vigore; dedizione; 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<sup>43,44</sup>. 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<sup>45</sup>.

Lo studio del burnout e della soddisfazione sul lavoro tra gli psichiatri è stato un ambito 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 il burnout

### *Burnout dello psichiatra o burnout dell'assistenza psichiatrica?*

degli psichiatri. Secondo uno studio nazionale di follow-up svolto in Nuova Zelanda, l'essere soddisfatti sul lavoro può influire sui livelli di burnout degli psichiatri<sup>46</sup>. L'obiettivo di questo studio longitudinale è stato quello di verificare se i punteggi iniziali al Job Diagnostic Survey (JDS) prevedessero i punteggi sul MBI tre anni dopo e viceversa. Tre questionari (uno socio-demografico, il JDS e il MBI) sono stati inviati nel 2008 a una coorte di psichiatri che avevano partecipato a uno studio svoltosi tre anni prima. I punteggi su questi tre questionari sono stati confrontati per coloro che avevano preso parte a entrambi gli studi. Il numero complessivo di psichiatri che ha segnalato un elevato livello di 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 DP per la coorte che è significativamente aumentato del 17,5% ( $p < .01$ ). I livelli di 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, in uno studio che 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<sup>46</sup>.

#### **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. 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<sup>47</sup>. Una diagnosi simile è stata sviluppata nei Paesi Bassi, utilizzando clinicamente punteggi di cut-off mutuati dal MBI<sup>48</sup>. 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 caratterizzata 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, ver-

tigini e disturbi del sonno. Questi sintomi dovrebbero, inoltre, interferire con la capacità di sostenere 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<sup>49</sup>. 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)<sup>50,51</sup>.

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. 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 nevrastenia, 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<sup>52</sup>. 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 rela-

zioni 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 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 PA 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: fattori di stress lavoro-correlato (uno squilibrio tra le richieste di lavoro e le risorse individuali dell'operatore); caratteristiche individuali (risposte emotive di stanchezza e ansia alle richieste di lavoro); coping difensivo (cambiamenti negli atteggiamenti e comportamenti, per es. un maggiore cinismo)<sup>53</sup>. 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<sup>54</sup>. 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 come 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 proteggerle e conservarle. La perdita, anche 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<sup>55</sup>. 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, per 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<sup>56</sup>.

## BURNOUT: CAUSE ED EFFETTI

Oltre due decenni di ricerca sul burnout hanno identificato una pletera di fattori di rischio, per diverse occupazioni e in vari paesi<sup>14,35</sup>. La maggior parte dei recenti modelli di burnout tende a esplicitare gli aspetti etiopatogenetici 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 (Tabella 1). Le prime due aree risultano essere riflessi, nel modello JD-R, dello stress lavoro-correlato<sup>57</sup>.

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, re-

Tabella 1. Fattori di rischio per l'insorgere della sindrome da burnout, secondo il modello Areas of Worklife<sup>60</sup>.

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.

### *Burnout dello psichiatra o burnout dell'assistenza psichiatrica?*

cuperare 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 e 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<sup>14</sup>. Il cinismo, per esempio, è risultato essere l'aspetto fondamentale del burnout che induce effetti sul turnover<sup>58,59</sup>. 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 colle-

ghi, sia provocando maggiori conflitti interpersonali sia interrompendo l'attività di lavoro in maniera inattesa e ingiustificata. Così, il burnout può essere "contagioso" e si perpetua attraverso le interazioni sociali sul posto di lavoro<sup>60-63</sup>. 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<sup>64</sup>. 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<sup>65,66</sup>. Correlazioni simili sono state trovate tra burnout e sostanze d'abuso<sup>67-70</sup>. Uno studio longitudinale decennale su lavoratori dell'industria ha evidenziato che il burnout può predire i successivi ricoveri ospedalieri per problemi cardio-vascolari<sup>71</sup>. 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<sup>64</sup>. Altri studi hanno fornito un esame più dettagliato del legame tra burnout e malattie cardio-vascolari, rilevando il ruolo etiopatogenetico in esso svolto dalla concentrazione di proteine e fibrinogeno ad alta sensibilità C-reattiva<sup>72</sup>.

### **COSA CAUSA IL 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<sup>73</sup>. Thompson, nel 1998, ha identificato come fonte di stress: le elevate richieste in mancanza di risorse adeguate; i ruoli poco definiti dei consulenti psichiatri; la responsabilità senza autorità: l'impossibilità di effettuare cambiamenti nei sistemi di presa in carico e di cura; i conflitti tra responsabilità nei confronti dei datori di lavoro e responsabilità verso il paziente; l'isolamento dei consulenti con scarso sostegno nel loro lavoro, da parte della comunità clinica; la sostanziale mancanza di sostegno e feedback sociale<sup>74</sup>. Uno studio qualitativo ha individuato come fonti di stress: le richieste amministrative; la mancanza di risorse; il sovraccarico di lavoro; la responsabilità per i pazienti; la responsabilità per le recidive cliniche dei pazienti<sup>75</sup>. 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<sup>76,77</sup>.

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<sup>78</sup>. È importante notare che non tutti gli psichiatri, che sono esposti a tali stressor 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 stressor esterni e i fattori di risposta adattiva del singolo operatore<sup>79</sup>. 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 (per es., 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<sup>2,80,81</sup>. 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<sup>82-84</sup>. 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<sup>85</sup>. Questa peculiarità degli psichiatri rende ogni modello di contrasto al burnout che si basi sul solo incremento della soddisfazione sul lavoro un fattore protettivo debole.

In uno studio che ha valutato il rapporto tra fattori demografici, attività lavorative e attività ricreative, la personalità è stata valutata con il Munich Personality Test (MPT) e il burnout con la Tedium Measure (TM)<sup>18,86</sup>. 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, sembrano avere minore importanza, mentre scarsa influenza può essere dimostrata per le diverse attività ricreative svolte fuori dell'ambito lavorativo<sup>87</sup>.

Uno studio ha evidenziato che gli psichiatri, come gruppo, differivano significativamente su varie misure di personalità, rispetto ai medici che svolgevano altre discipline<sup>87</sup>. 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 coscienza e controllo. Anche se gli psichiatri avevano minori ri-

chiede di lavoro clinico, riportavano un maggiore esaurimento emozionale, legato al loro lavoro, e una maggiore tendenza alla depressione, rispetto ai loro colleghi medici e chirurgi. Questi risultati potrebbero suggerire che alcuni tratti di personalità, che attirano verso la carriera psichiatrica, possono anche rendere gli psichiatri più sensibili allo stress<sup>88</sup>.

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<sup>89</sup>. 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<sup>79</sup>. Lo studio di Kumar et al.<sup>89</sup> ha sottolineato che gli psichiatri possono essere predisposti al burnout a causa dei loro tratti di personalità, che li renderebbero più inclini a internalizzare le loro esperienze stressanti. 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 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<sup>90</sup>. 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<sup>91,92</sup>. In altre parole, gli psichiatri come gruppo sono predisposti a sperimentare lo stress a causa di fattori interni, intermedi ed 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<sup>93-99</sup>. La maggior parte degli psichiatri sperimenta il suicidio di qualcuno dei propri pazienti e resta invariabilmente segnato da questa esperienza<sup>100,101</sup>. 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<sup>78</sup>. L'aspetto finale del burnout può dipendere, perciò, da come si percepisce e si risponde alle situazioni stressanti<sup>102</sup>. I fattori che influenzano tali stili di valutazione (cosiddetti "fattori perpetuanti") sono fondamentali nel determinare se lo stress creato dal lavoro può tradursi o meno 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<sup>101</sup>. 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<sup>103</sup>. Sono stati individuati altri fattori sistemici che contribuiscono allo stress lavorativo tra gli psichiatri e, quindi, a eventuali "esaurimenti" che includono: cambiamenti nel modello di erogazione del servizio sanitario; conflitti clinici nella gestione dei



### *Burnout dello psichiatra o burnout dell'assistenza psichiatrica?*

casi e discrepanza tra richieste dell'utenza e delle amministrazioni; carenza di risorse, di personale e di tempo<sup>104,105</sup>. 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<sup>106-108</sup>.

## **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 sia superiore a quello della popolazione attiva in generale. I tassi di burnout riportati per gli psichiatri risultano essere simili a questo trend generale<sup>2,109,110</sup>. 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<sup>111</sup>. Queste variabili includono il troppo lavoro, inteso come intensità della domanda, i lunghi orari di lavoro, la carenza di personale, l'ambiente amministrativo poco accogliente, nonché la mancanza di sostegno da parte del management aziendale<sup>112</sup>. La ricerca ha trovato risultati contrastanti riguardo al 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<sup>46,82,113,114</sup>. 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<sup>110,112,115,116</sup>. Per esempio, uno studio ha rilevato che l'89% degli psichiatri aveva sia temuto sia sperimentato un grave burnout<sup>116</sup>. 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 tipici del burnout. Questo processo è stato anche descritto come compassion fatigue, stress traumatico secondario, traumatizzazione vicaria<sup>117-119</sup>. L'esperienza del burnout può essere particolarmente schiacciante quando lo psichiatra diventa il bersaglio della rabbia, dell'odio, della violenza, nonché di un transfert negativo<sup>120</sup>. 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 può, inoltre, dare la sensazione di non avere il controllo sul lavoro, inducendo un profondo senso d'inefficacia professionale. Livelli più ele-

vati di burnout, tra gli psichiatri, si correlano a sentimenti negativi verso i pazienti con una peggiore qualità nelle cure<sup>121,122</sup>. 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 (per es., presentandosi in modo poco curato), cambiamenti di comportamento (per es., con atteggiamenti d'evitamento e di riduzione del contatto visivo con il paziente) e cambiamenti dell'umore (per es., con maggiore irritabilità e riduzione dei rapporti interpersonali). Talvolta lo psichiatra in burnout diventa perfezionista, con espressione di tratti ossessivi, che possono perpetuare e accrescere il burnout, soprattutto quando il carico di lavoro è pesante o stressante<sup>123</sup>.

Lavorare con i pazienti più difficili e con le loro famiglie problematiche è risultato strettamente associato con i livelli d'esaurimento e di depersonalizzazione degli psichiatri<sup>111</sup>. Questi rapporti riflettono le frustrazioni degli psichiatri correlate con i limiti della loro attività professionale. Il contatto con le famiglie dei pazienti intensifica 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 PA riflette maggiormente i rapporti problematici con superiori e colleghi. 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. Per 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 a un maggiore senso di inefficacia professionale<sup>124</sup>. 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**

Alcuni studi hanno suggerito che lo stile di vita e l'attenzione alla propria vita non professionale possono avere un effetto protettivo per gli psichiatri<sup>125</sup>. Il lavoro accademico è stato correlato negativamente con la depersonalizzazione, l'EE e lo stress complessivo<sup>126</sup>. Gli interessi accademici, le attività di studio e di ricerca possono avere un effetto protettivo contro il burnout<sup>127</sup>. 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<sup>128</sup>. 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 stressor e burnout, ma anche sui fattori di rischio socio-demografici o di personalità<sup>129</sup>. 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<sup>104</sup>. 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, di supporto sociale e 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<sup>79</sup>.

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 e organizzativo.

Molte di queste strategie individuali sono state mutate da altri studi svolti su stress e salute. Le più comuni raccomandazioni hanno incluso (Tabella 2)<sup>130</sup>.

Tabella 2. Sindrome da burnout: raccomandazioni preventive e/o correttive secondo Maslach e Goldberg<sup>130</sup>.

a) cambiare i modelli di lavoro (per es., lavorando meno, prendendo più pause, evitando il lavoro straordinario, bilanciando lavoro e vita extralavorativa);
b) sviluppare capacità di coping (includendo, per es., 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 e il fitness;
f) sviluppare una migliore comprensione di sé (attraverso varie tecniche di tipo auto-analitico, di consulenza o, più propriamente, di psicoterapia).

Le iniziative volte a moderare i carichi di lavoro accompagnati da miglioramenti nella strategie di recupero (per es., migliorando il ritmo sonno-veglia, con un opportuno esercizio fisico, con una corretta nutrizione, ecc.) 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. Per 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<sup>131</sup>. Questo cambiamento è stato confermato a distanza di un anno in una valutazione di follow-up<sup>132</sup>. 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<sup>133</sup>. 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<sup>134</sup>. 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 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<sup>135</sup>. Un altro studio suggerisce per gli psichiatri la necessità di valutare con frequenza il loro carico di lavoro, per garantire che essi stessi non si 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, oppure impegnarsi in attività al di fuori del lavoro. Alcuni professionisti della salute mentale, che lavorano nelle aree del trauma e delle cure palliative, hanno fatto ulteriori raccomandazioni su come affrontare il burnout<sup>136,137</sup>. 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. 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", e ha scoperto

### *Burnout dello psichiatra o burnout dell'assistenza psichiatrica?*

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<sup>138</sup>. 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 e 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 (Tabella 2).

### **CONCLUSIONI**

Nella riabilitazione psichiatrica il piano di trattamento individuale può essere formulato a partire da strumenti che offrono una valutazione multidimensionale del paziente. Un lavoro del 2016 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<sup>139</sup>.

Il burnout può essere considerato come una grave conseguenza dell'esposizione cronica a stress correlato al lavoro. 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 intermedii, 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.

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 sia per i datori di lavoro, nonché per le assicurazioni. La ricerca e lo sviluppo concettuale su questi temi richiedono 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 bur-

nout. 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<sup>140</sup>. 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<sup>141</sup>. 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 e organizzati in équipe<sup>142,143</sup>. La gestione del cambiamento nell'assistenza psichiatrica, oggi in Italia, non può prescindere da un profondo coinvolgimento (*engagement*) motivante dei professionisti<sup>144</sup>.

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 e umane nei servizi per la salute mentale<sup>145</sup>.

*Conflitti di interesse:* gli autori dichiarano l'assenza di conflitti 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: 186-9.
3. Meier DE, Back AL, Morrison RS. The inner life of physicians and care of the seriously ill. *JAMA* 2001; 286: 3007-14.
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: 520-6.

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. Freudenberger HJ. Staff burnout. *J Soc Issues* 1974; 30: 159-65.
8. Kuremyr D, Kihlgren M, Norberg A, Aström S, Karlsson I. 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: 670-9.
9. Lee RT, Ashforth BE. On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *J Appl Psychol* 1990; 75: 743-7.
10. Firth H, McKeown P, McIntee J, Britton P. Professional depression, "burnout" and personality in longstay nursing. *Int J Nurs Studies* 1987; 24: 227-37.
11. Meier ST. The construct validity of burnout. *J Occupat Psychol* 1984; 57: 211-9.
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: 754-61.
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. Freudenberger HJ, Richelson G. *Burn-out: the high cost of high achievement*. Garden City: Doubleday, 1980.
18. Pines A, Aronson E, Kafry D. *Burnout: from tedium to personal growth*. New York: Free Press, 1981.
19. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP (eds). *Maslach Burnout Inventory Manual*, 3rd ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1996.
20. 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.
21. Pines A, Aronson E (eds). *Career burnout: causes and cures*. New York: Free Press, 1988.
22. Corcoran K. Measuring burnout: an updated reliability and convergent validity study. In: Crandall R, Perrew PL (eds). *Occupational stress: a handbook*. Washington: Taylor and Francis, 1995.
23. 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.
24. Feldt T, Rantanen J, Hyvönen K, et al. The 9-item Bergen Burnout Inventory: factorial validity across organizations and measurements of longitudinal data. *Ind Health* 2014; 52: 102-12.
25. 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: 208-20.
26. 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.
27. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work Stress* 2005; 19: 192-207.
28. 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.
29. 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.
30. Borgogni L, Consiglio C, Alessandri G, Schaufeli WB. "Don't throw the baby out with the bathwater!" Interpersonal strain at work and burnout. *Eur J Work Organizat Psychol* 2012; 21: 875-98.
31. Ahola K. Occupational burnout and health. *People and Work Research Reports* 81. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, 2007.
32. Ahola K, Hakanen J. Job strain, burnout, and depressive symptoms: a prospective study among dentists. *J Affect Disord* 2007; 104: 103-6.
33. 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: 959-73.
34. Schonfeld IS, Bianchi R. Burnout and depression: two entities or one? *J Clin Psychol* 2016; 72: 22-37.
35. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001; 52: 397-422.
36. Kroenke K, Spitzer RL. The Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatr Ann* 2002; 32: 1-7.
37. 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.
38. Leiter MP, Durup J. The discriminant validity of burnout and depression: a confirmatory factor analytic study. *Anxiety Stress Coping* 1994; 7: 357-73.
39. Raedeke TD, Arce C, De Francisco C, Seoane G, Ferraces MJ. The construct validity of the Spanish version of the ABQ using a multi-trait/multi-method approach. *Anales de Psicología* 2012; 29: 693-700.
40. 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.
41. 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 Psichiatri* 2016; 51: 87-95.
42. 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.
43. Schaufeli WB, Bakker AB, Salanova M. The measurement of work engagement with a brief questionnaire: a cross-national study. *Educ Psychol Meas* 2006; 66: 701-16.
44. Bakker AB, Leiter MP. *Work engagement: a handbook of essential theory and research*. New York: Psychology Press, 2010.
45. Leon MR, Halbesleben JRB, Paustian-Underdahl SC. A dialectical perspective on burnout and engagement. *Burnout Res* 2015; 2: 87-96.
46. 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: 460-7.
47. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Develop Intern* 2009; 14: 204-20.
48. Schaufeli WB, Bakker AB, Hoogduin K, Schaap C, Kladler A. On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. *Psychol Health* 2001; 16: 565-82.
49. 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.
50. Brenninkmeijer V, Van Yperen N. How to conduct research on

*Burnout dello psichiatra o burnout dell'assistenza psichiatrica?*

- burnout: advantages and disadvantages of a uni-dimensional approach to burnout. *Occupat Environment Med* 2003; 60 (Suppl.1): 6-21.
51. Roelofs J, Verbraak M, Keijsers GPJ, De Bruin MBM, Schmidt AJM. 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.
  52. Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol* 2008; 93: 498-512.
  53. Cherniss C. *Staff burnout: job stress in the human services*. Beverly Hills: Sage, 1980.
  54. Bakker AB, Demerouti E. The Job Demands-Resources model: state of the art. *J Manag Psychol* 2007; 22: 309-28.
  55. 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.
  56. 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.
  57. Karasek R, Theorell T. *Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books, 1990.
  58. Leiter MP, Maslach C. Nurse turnover: the mediating role of burnout. *J Nurs Manage* 2009; 17: 331-9.
  59. 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: 1266-76.
  60. Bakker AB, LeBlanc PM, Schaufeli WB. Burnout contagion among intensive care nurses. *J Advanc Nurs* 2005; 51: 276-87.
  61. González-Morales M, Peiró JM, Rodríguez I, Bliese PD. Perceived collective burnout: a multilevel explanation of burnout. *Anxiety Stress Coping* 2012; 25: 43-61.
  62. 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: 3120-9.
  63. Savicki V, Cooley E, Gjesvold J. Harassment as a predictor of job burnout in correctional officers. *Crim J Behav* 2003; 30: 602-19.
  64. Ahola K, Hakkanen J. Burnout and health. In: Leiter MP, Bakker AB, Maslach C (eds). *Burnout at work: a psychological perspective*. London: Psychology Press, 2014.
  65. Manna V. Stress, integrazione socio-ambientale e salute mentale della valutazione multiassiale secondo il DSM. *Psichiatria e Territorio* 1990; VII: 63-75.
  66. Manna V, Daniele MT. Importanza etio-patogenetica degli eventi traumatici in psicopatologia e loro inquadramento diagnostico nel DSM-5. In: Daniele MT, Manna V, Pinto M (eds). *Stress, trauma e neuroplasticità: la psicotraumatologia tra neuro-scienze e psicoterapia*. Roma: Alpes, 2014.
  67. Manna V. Stress, abuso di sostanze e dipendenze: aspetti neurobiologici e comportamentali. *Riv Psichiatr* 2007; 42: 308-20.
  68. Manna V. Aggressività, impulsività, abuso di sostanze e disturbi di personalità. *Difesa Sociale (Istituto Italiano di Medicina Sociale)* 2004; 1: 119-33.
  69. Manna V, Daniele MT. Stress e dipendenze patologiche da sostanze: correlati neurobiologici e comportamentali. In: Daniele MT, Manna V, Pinto M (eds). *Stress, trauma e neuroplasticità: la psicotraumatologia tra neuro-scienze e psicoterapia*. Roma: Alpes, 2014.
  70. 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: 162-88.
  71. 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: 287-96.
  72. Toker S, Shirom A, Shapira I, Berliner S, Melamed S. The association between burnout, depression, anxiety, and inflammation biomarkers: C-reactive protein and fibrinogen in men and women. *J Occupat Health Psychol* 2005; 10: 344-62.
  73. Deahl M, Turner T. General psychiatry in no-man's land. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 6-8.
  74. Thompson C. The mental state we are in: morale and psychiatry. *Psychiatr Bull* 1998; 22: 405-9.
  75. 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: 301-8.
  76. Kendell RE, Pearce A. Consultant psychiatrists who retired prematurely in 1995 and 1996. *Psychiatr Bull* 1997; 21: 741-5.
  77. Mears A, Kendall T, Katona C, et al. *Career intentions in psychiatric trainees and consultants*. London: Royal College of Psychiatrists, 2002.
  78. Rathod S, Roy L, Ramsay M, et al. A survey of stress in psychiatrists working in the Wessex Region. *Psychiatr Bull* 2000; 24: 133-6.
  79. Holloway F, Szmukler G, Carson J. Support systems. 1. Introduction. *Advances in Psychiatric Treatment* 2000; 6: 226-35.
  80. Riggat TF, Godley SH, Hafer M. Burnout and job satisfaction in rehabilitation administrators and direct service providers. *Rehabil Counsel Bull* 1984; 27: 151-60.
  81. 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: 135-57.
  82. 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: 334-7.
  83. 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: 105-10.
  84. 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: 775-80.
  85. Firth-Cozens J, Greenhalgh J. Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Soc Sci Med* 1997; 44: 1017-22.
  86. 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: 73-93.
  87. Amstutz MC, Neuenschwander M, Modestin J. Burnout in psychiatric physicians. Results of an empirical study. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 163-7.
  88. Deary IJ, Agius RM, Sadler A. Personality and stress in consultant psychiatrists. *Int J Soc Psychiatry* 1996; 42: 112-23.
  89. Kumar S, Hatcher S, Huggard P. Burnout in psychiatrists: an aetiological model. *Int J Psychiatry Med* 2005; 35: 405-16.
  90. Hoop JG. Hidden ethical dilemmas in psychiatric residency training: the psychiatry resident as dual agent. *Acad Psychiatry* 2004; 28: 183-9.
  91. 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.
  92. Hafner H. Psychiatry as a profession. *Nervenarzt* 2002; 73: 33-40.
  93. 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: 9-28.
94. Haller RM, Deluty RH. Assaults on staff by psychiatric inpatients. A critical review. *Br J Psychiatry* 1988; 152: 174-9.
  95. Hubschmidt T. The prosecution of violent psychiatric inpatients; one respectable intervention. *Psychiatr Prax* 1996; 23: 26-8.
  96. Drinkwater J. Violence in psychiatric hospitals. In: Feldman P (ed). *Developments in the study of criminal behaviour*. Vol. 2. Chichester: Wiley, 1982.
  97. Hodgkinson PE, McIvor L, Phillips M. Patient assaults on staff in a psychiatric hospital: a two year retrospective study. *Med Sci Law* 1985; 25: 288-94.
  98. Rice ME, Harris GT, Varney GW, et al. Violence in institutions. Toronto: Hogrefe and Huber, 1989.
  99. Poster EC. A multinational study of psychiatric nursing staffs' beliefs and concerns about work safety and patient assault. *Arch Psychiatr Nurs* 1996; 10: 365-73.
  100. 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: 207-12.
  101. Alexander DA, Klein ST, Gray NM, et al. Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *Br Med J* 2000; 320: 1571-4.
  102. Manna V. Stress, traumi, catastrofi e salute mentale. *Realtà Medica (Rivista dell'Istituto Neurotraumatologico Italiano)* 2004; 2: 15-8.
  103. Naisberg-Fennig S, Fennig S, Keinan G, et al. Personality characteristics and proneness to burnout: a study among psychiatrists. *Stress Med* 1991; 7: 201-5.
  104. 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.
  105. Snyder TG, Kumar S. Who do I serve? An experiential perspective of problems in retaining psychiatrists in New Zealand. *Australasian Psychiatry* 2004; 12: 401-3.
  106. Brockington I, Mumford D. Recruitment into psychiatry. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 307-12.
  107. Goldman W. Is there a shortage of psychiatrists? *Psychiatr Serv* 2001; 52: 1587-9.
  108. Scully JH, Wilk JE. Selected characteristics and data of psychiatrists in the United States, 2001-2002. *Acad Psychiatry* 2003; 27: 247-51.
  109. Ndeti DM, Pizzo M, Maru H, et al. Burnout in staff working at the Mathari psychiatric hospital. *Afr J Psychiatry* 2008; 11: 199-203.
  110. Vičentić S, Jovanović A, Dunjić B, et al. Professional stress in general practitioners and psychiatrists: the level of psychological distress and burnout risk. *Vojnosanitetski Pregled* 2010; 67: 741-6.
  111. Bressi C, Porcellana M, Gambini O, et al. Burnout among psychiatrists in Milan: a multicenter survey. *Psychiatr Serv* 2009; 60: 985-8.
  112. Dennis NM, Swartz MS. Emergency psychiatry experience, resident burnout, and future plans to treat publicly funded patients. *Psychiatr Serv* 2015; 66: 892-5.
  113. Vaccaro JV, Clark GH Jr. A profile of community mental health centre psychiatrists: results of a national survey. *Community Ment Health J* 1987; 23: 282-9.
  114. 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: 306-16.
  115. Martini S, Arfken CL, Churchill MA, Balon R. Burnout comparison among residents in different medical specialties. *Acad Psychiatry* 2004; 28: 240-2.
  116. Korkeila JA, Töyry S, Kumpulainen K, Toivola JM, Räsänen K, Kalimo R. Burnout and self-perceived health among Finnish psychiatrists and child psychiatrists: a national survey. *Scand J Publ Health* 2003; 31: 85-91.
  117. Maslach C, Courtois C. Burnout. In: Reyes G, Elhai J, Ford J (eds). *Encyclopedia of psychological trauma*. Hoboken: Wiley, 2009.
  118. Pross C. Burnout, vicarious traumatization, and its prevention. *Torture* 2006; 16: 1-9.
  119. 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.
  120. Dal Pai D, Lautert L, Souza SBC, Marziale MH, Tavares JP. Violence, burnout and minor psychiatric disorders in hospital work. *Rev Esc Enferm USP* 2015; 49: 457-64.
  121. Holmqvist R, Jeanneau M. Burnout and psychiatric staff's feelings towards patients. *Psychiatry Res* 2006; 145: 207-13.
  122. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, burnout and job dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288: 1987-93.
  123. Fischer J, Kumar S, Hatcher S. What makes psychiatry such a stressful profession? A qualitative study. *Australas Psychiatry* 2007; 15: 417-21.
  124. Leiter MP, Day A, Price L. Attachment styles at work: measurement, collegial relationships, and burnout. *Burnout Res* 2015; 2: 25-35.
  125. Garfinkel PE, Bagby RM, Schuller DR, Williams CC, Dickens SE, Dorian B. Predictors of success and satisfaction in the practice of psychiatry: a preliminary follow-up study. *Can J Psychiatry* 2001; 46: 835-40.
  126. Clark GH, Vaccaro JV. Burnout among CMHC psychiatrists and the struggle to survive. *Hosp Commun Psychiatry* 1987; 38: 843-7.
  127. Agius RM, Blenkin H, Deary J, Zealley HE, Wood RA. Survey of perceived stress and work demands of consultant doctors. *Occup Environ Med* 1996; 53: 217-24.
  128. Rutter H, Herzberg J, Paice E. Stress in doctors and dentists who teach. *Med Educ* 2002; 36: 543-9.
  129. Thomas NK. Resident burnout. *JAMA* 2004; 292: 2880-9.
  130. Maslach C, Goldberg J. Prevention of burnout: new perspectives. *App Prevent Psychol* 1998; 7: 63-74.
  131. Leiter MP, Laschinger HK, Day A, Oore DG. The impact of civility interventions on employee social behavior, distress, and attitudes. *J Appl Psychol* 2011; 96: 1258-74.
  132. Leiter MP, Day A, Gilin-Oore D, Spence Laschinger HK. Getting better and staying better: assessing civility, incivility, distress and job attitudes one year after a civility intervention. *J Occupat Health Psychol* 2012; 17: 425-34.
  133. 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.
  134. 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.
  135. 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: 177-82.
  136. 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: 773-7.
  137. Katsounari I. The road less traveled and beyond: working with severe trauma and preventing burnout. *Burnout Res* 2015; 2: 115-7.

*Burnout dello psichiatra o burnout dell'assistenza psichiatrica?*

138. 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: 538-55.
139. 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.
140. Foglio A. Change Management come strategia d'impresa. Governare futuro e cambiamenti e tramutarli in opportunità. Milano: Franco Angeli, 2011.
141. Baumruk R. The missing link: the role of employee engagement in business success. *Workspan* 2004; 47: 48-52.
142. 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: 270-85.
143. 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: 419-25.
144. Fuschillo C, Orazio C, Orazio GG, Capriola E, Palumbo R, Grimaldi M. L'engagement come driver motivazionale nel processo di cambiamento in un dipartimento di salute mentale italiano. *Riv Psichiatr* 2017; 52: 189-99.
145. 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.