

Il burnout negli anestesisti-rianimatori

Una ricerca osservativa

Bruno Agnetti, Olimpia Pino, M.C. Antonioni,
M. Lombardi, T. Giavazzi, A. Corvi

RIASSUNTO: Negli ultimi anni è cresciuto l'interesse verso gli aspetti più specificatamente psicologici delle situazioni lavorative in cui molto spesso le risorse dell'operatore non sono adeguate al livello della richiesta e, in risposta a questo, si verificano dei cambiamenti dello stato emotivo, della stima e della fiducia di sé. Scopo della presente ricerca è di valutare il livello di stress e/o di burnout in un setting ancora inesplorato: quello degli anestesisti. Si presume infatti che il campione utilizzato sia una classe a «rischio» per le caratteristiche peculiari dell'ambiente lavorativo. Viene inoltre preso in considerazione il peso di alcune variabili come il setting particolare (attività prevalente di anestesia, rianimazione ed entrambe e lo stato civile).

SUMMARY: In the last few years, interest has increased concerning the specifically psychological aspects of working conditions in which the operator's resources are quite often inadequate compared to the level required. Therefore, changes in the emotions, or in self-esteem or self-confidence may occur as a reaction to these situations. The purpose of the present research is to evaluate the stress level and/or burnout in a setting which has not yet been observed: the anaesthesia. In fact, we can presume that the samples studied belong to a «high-risk» class, due to the particular atmosphere which is to be found in a operating room. We have taken into consideration, moreover, the influence resulting from certain variables such as specific variations in setting (prevalent activity-anaesthesia, reanimation or both) and in personal civil status.

1. Introduzione

Negli ultimi anni si è assistito ad un notevole incremento delle indagini sulle problematiche psicologiche connesse alle caratteristiche della situazione lavorativa ed agli effetti di questi fattori. In riferimento a quanto espresso, il termine stress può essere considerato un complesso psicologico derivante dalla stima cognitiva del soggetto (Lazarus, 1966) e dall'adattamento dello stesso alle richieste dell'ambiente (Cox, 1985).

Il burnout può essere definito come una risposta che si evidenzia nella vita quotidiana,

ed in quella lavorativa in particolare. L'entusiasmo, la disponibilità, l'efficienza iniziale, dopo mesi o anni di impegno, possono portare il soggetto ad un crollo morale, ad un burnout che si manifesta con nervosismo, irrequietezza, apatia, insofferenza, cinismo nei confronti del proprio lavoro e dei propri pazienti.

Il significato dell'espressione considera che anche nella lingua italiana si usa questa immagine metaforica per indicare che un soggetto, dopo un certo periodo di lavoro intenso ed impegnativo, si è «bruciato» (Giberti, 1982). Tuttavia la popolarità attuale del concetto diventa l'ostacolo maggiore alla corretta definizione, perché esso

è diventato un'affascinante etichetta sotto cui raggruppare vari fenomeni e finisce per significare concetti diversi per autori diversi (Cherniss, 1980). Il burnout è «una» particolare risposta allo stress, uno stato psicologico individuale dipendente da una miriade di fattori, tra i quali acquistano una valenza significativa le caratteristiche individuali delle persone, l'ambiente in cui vivono e le esperienze vissute nel passato. Le conseguenze comportamentali possono essere descritte nei termini di una riduzione della motivazione, di una diminuzione della capacità di credere nella propria abilità, di una mancanza di controllo che disturba l'equilibrio emotivo dell'individuo causando ansia e depressione.

Nel corso degli ultimi anni le Unità di terapia intensiva, le rianimazioni, le tecniche anestesiológicas, hanno avuto nel nostro Paese uno sviluppo particolarmente rapido ed intenso grazie al parallelo sviluppo delle conoscenze biologiche e tecnologiche, che hanno condotto a una specie di rivoluzione nelle possibilità terapeutiche di molte patologie. Tutto ciò, se da un lato ha condotto ad un miglioramento dell'aspetto più spiccatamente biologico, ha avuto come conseguenza parallela, l'incremento di variabili connesse all'ansia ed allo stress in ambienti in cui, con frequenza e con intensità maggiori, possono verificarsi le situazioni ricordate in rapporto ad altri reparti ospedalieri, eccezione fatta, forse, per le speciali unità oncologiche (Rupolo, De Bertolini, Rampazzo e Vincenti, 1985).

La sala operatoria è psicologicamente stressante per medici e personale paramedico, oltre che per i pazienti. La categoria oggetto della nostra indagine è stata quella degli anestesisti-rianimatori. Malgrado l'apprensione di questi medici venga mitigata dall'esperienza, l'anestesista-rianimatore è disturbato da altre preoccupazioni: la grave responsabilità nei confronti della vita del paziente e la motivazione di fornire una prestazione adeguata di fronte ad una serie di suoi potenziali critici (parenti, colleghi, internisti, chirurghi, personale paramedico,

studenti, ecc.). Questi fattori contribuiscono, di per sé, a creare un ambiente carico di tensione. Questa inoltre si presenta proporzionale all'entità del rischio a cui si sottopone il paziente che viene preso in carica dal medico anestesista. Le reazioni allo stress sono diverse, ma entro certi limiti, prevedibili.

Gli aggravii psichici cui sono predisposti gli anestesisti si possono così elencare: a) confronto continuo con situazioni «vitali» pericolose; b) nessuna possibilità di seguire, senza interruzione, il decorso completo di un paziente e quindi una separazione relativamente netta dai pazienti dopo un impegno personale notevole per allontanare il rischio di morte; c) esperienze personali con numeri relativamente elevati di casi mortali (fino al 20% del materiale clinico totale) rispetto ad altre figure sanitarie.

Tutti questi fattori possono interagire con i criteri di «idoneità» necessari per svolgere una professione come quella di anestesista-rianimatore: uno spiccato impegno ed un notevole sforzo fisico, capacità di agire autonomamente in maniera rapida ed adeguata in situazioni di emergenza, stabilità emotiva di fronte a casi con pericolo di vita (Lawim, 1979). Quando questi fattori non si mantengono ad un livello appropriato ed interagiscono in senso negativo con i precedenti, viene a crearsi una situazione particolare di stress che può condurre, come risposta comportamentale, al burnout.

Date le premesse, lo scopo della presente ricerca è quello di valutare il livello di burnout in tre gruppi di anestesisti. In particolare, si ritiene che gli anestesisti-rianimatori che svolgono in prevalenza attività di anestesia siano la categoria di soggetti più a rischio e presentino, quindi, più elevati tassi di burnout. Quest'ipotesi viene formulata in quanto si ritiene che le incombenze proprie dell'anestesista siano meno «pre-programmate» mentre, nel reparto di rianimazione, il pericolo di morte per il paziente sia considerato possibile e quindi rappresenti un rischio già calcolato. Inoltre

la suddivisione all'interno dei gruppi tra soggetto coniugati e non, è stata apportata prevedendo per i sottogruppi dei coniugati un valore più alto di burnout. Tale ipotesi viene proposta in quanto si pensa predisposti all'insorgenza della sindrome, anche se il livello di età non differisce dal gruppo dei non coniugati: la presenza di un nucleo familiare ed i problemi ad esso connessi (soprattutto economici) possono rappresentare una variabile rilevante.

2. Metodo e tecniche

Hanno partecipato alla ricerca 128 anestesisti-rianimatori di alcune città italiane divisi in tre gruppi relativamente alle attività svolte in prevalenza (sala operatoria, rianimazione, entrambe) ed un gruppo di controllo (medici di medicina interna).

Sono state utilizzate schede informative per costituire i gruppi e il Maslach Burnout Inventory (MBI). Lo strumento per la quantificazione del burnout prevede tre scale, i cui items sono presentati in modo randomizzato nella scheda utilizzata per la somministrazione.

Ogni items poteva essere valutato mediante una scala a 7 punti per la frequenza e a 6 punti per la intensità. Dal momento che i vari gruppi sono stati sottoposti ad un questionario che prevede due scale di misura (una relativa alla frequenza e l'altra alla intensità dei fattori analizzati), l'analisi statistica è stata condotta su due separati disegni «fattoriali», su 4 gruppi di attività, su 2 gruppi di stato civile e su 3 fattori specifici (esaurimento emotivo, depersonalizzazione, realizzazione personale).

Inizialmente i soggetti hanno ricevuto una scheda informativa da compilare in tutte le parti: età, sesso, luogo lavorativo, attività prevalente, altre domande di carattere anagrafico. Di seguito è stato proposto il M.B.I. Ogni gruppo è stato randomizzato a blocchi in relazione alla variabile «stato civile».

Successivamente i dati ottenuti sono stati trasformati in arcoseno con la formula di Freeman e Turkey e sottoposti a due separate analisi della varianza. (AN.O.VA.). (Freeman e Turkey, 1985).

3. Risultati

L'età media del campione risulta essere di 37.6 anni, la durata dell'attività lavorativa al momento dell'indagine di 9.64 anni e il numero medio dei figli, per il gruppo dei coniugati, di 1.35. I risultati medi globali riguardanti la «frequenza» mostrano che il gruppo degli anestesisti non coniugati ha ottenuto punteggi maggiori, seguito dal gruppo che svolge entrambe le attività. Notevoli i punteggi anche dai soggetti coniugati del gruppo di controllo. I risultati medi globali riguardanti l'intensità mostrano punteggi elevati a favore del gruppo «coniugati che svolgono entrambe le attività».

Più specificatamente (Tab. 1) per ciò che riguarda la frequenza della dimensione «esaurimento emotivo», il gruppo di coloro che svolgono entrambe le attività. Per la seconda dimensione - «depersonalizzazione» - per i coniugati i risultati più elevati appartengono al gruppo che svolge ambedue le attività, nel fattore 3 (riuscita personale) il punteggio più alto tra i coniugati appartiene agli anestesisti.

Per ciò che concerne l'intensità (Tab. 2), il punteggio più alto nel fattore si trova nel gruppo dei non coniugati e anestesisti. Situazione analoga si identifica per il fattore 2. Per il fattore 3 chi svolge entrambe le attività, coniugati o meno, ottiene i punteggi più alti.

In merito all'analisi della varianza condotta sui dati relativi alla «frequenza» (Tab. 3) emergono i seguenti dati:

- l'interazione $A \times B$ (attività versus stato civile) risulta altamente significativa, $F(3,120) = 10.257$, $p \leq .01$;
- i livelli di C (confronto tra i fattori)

Tabella 1
Frequenza. Medie e SD dei 3 fattori analizzati

	Esaurimento emotivo	Depersonalizzazione	Realizzazione personale
ANESTESISTI			
coniugati	19.000 + - 8.477	9.438 + - 5.762	28.750 + - 8.450
non coniugati	22.938 + - 9.391	14.813 + - 6.950	24.063 + - 11.358
RIANIMAZIONE			
coniugati	16.750 + - 5.544	7.128 + - 4.288	23.250 + - 6.885
non coniugati	21.125 + - 10.917	8.375 + - 5.350	27.348 + - 10.942
ENTRAMBE			
coniugati	22.750 + - 8.153	10.875 + - 6.672	25.438 + - 6.966
non coniugati	17.375 + - 8.413	8.063 + - 6.071	24.750 + - 6.971
MED. INT.			
coniugati	20.625 + - 11.057	6.875 + - 5.464	28.125 + - 7.173
non coniugati	13.000 + - 7.403	5.813 + - 1.077	17.563 + - 8.824

Tabella 2
Intensità. Medie e SD dei 3 fattori analizzati

	Esaurimento emotivo	Depersonalizzazione	Realizzazione personale
ANESTESISTI			
coniugati	18.625 + - 8.405	9.000 + - 9.605	19.563 + - 9.605
non coniugati	26.250 + - 10.182	12.000 + - 8.270	16.313 + - 9.127
RIANIMAZIONE			
coniugati	16.938 + - 6.757	6.500 + - 4.885	18.875 + - 8.523
non coniugati	21.750 + - 9.842	8.875 + - 6.228	18.375 + - 9.215
ENTRAMBE			
coniugati	23.313 + - 6.838	11.188 + - 6.940	26.813 + - 7.901
non coniugati	20.500 + - 6.481	10.750 + - 5.675	21.813 + - 8.109
MED. INT.			
coniugati	20.313 + - 9.199	6.813 + - 4.916	16.438 + - 5.645
non coniugati	12.313 + - 9.421	7.750 + - 5.532	10.500 + - 7.109

Tabella 3
Frequenza. Analisi della varianza condotta sul disegno fattoriale split-plot $4 \times 2 \times 3$

Sorgenti	Devianza	Gradi di libertà GL	Varianza	F
A: attività	1.435	3	.478	1.860
B: statocivile	.531	1	.521	2.066
A $\times$ B	7.909	3	2.636	10.257**
Error (a)	30.894	120	.257	-----
C	10.459	2	5.229	32.278**
A $\times$ C	1.940	6	.323	1.994
B $\times$ C	.519	2	.260	1.605
A $\times$ B $\times$ C	3.860	6	.643	3.969*
Error (b)	38.918	240	.162	-----

* $p \leq .05$

** $p \leq .01$

Tabella 4
Intensità. Analisi della varianza condotta sul disegno fattoriale split-plot $4 \times 2 \times 3$

Sorgente	Devianza	Gradi di libertà GL	Varianza	F
A: attività	4.956	3	1.652	7.684**
B: statocivile	.022	1	.022	1.102
A $\times$ B	1.205	3	.402	1.870
Error (a)	25.779	120	.215	-----
C	2.779	2	1.140	13.256**
A $\times$ C	1.050	6	.175	2.035
B $\times$ C	.839	2	.420	4.884
A $\times$ B $\times$ C	.701	6	.117	1.360
Error (b)	20.586	240	.085	-----

** $p \leq .01$

- evidenziano differenze altamente significative, $F(2.240) = 32.278$, $p \leq .01$;
- l'interazione finale A $\times$ B $\times$ C risulta significativa [$F(6.240) = 3.969$, $p \leq 0.05$]. Per ciò che concerne, invece, i punteggi relativi alla «intensità» emergono (cfr. Tab. 4):
 - differenze altamente significative ai

- livelli di A, [$F(3.120) = 7.684$, $p \leq 0.01$];
- differenze altamente significative ai livelli di C, [$F(2.240) = 13.256$ per $p \leq 0.01$];
- differenze altamente significative dall'interazione B $\times$ C con [$F(2.240) = 4.884$, $p \leq 0.01$].

Conclusioni

Si può dedurre dai dati emersi che il problema necessita di ulteriori indagini. Molti anestesisti e rianimatori non conoscono un aspetto importante della loro attività (quello emotivo-psicologico) e quindi non colgono le eventuali alterazioni patologiche reattive. La prevenzione di queste risposte non è da sottovalutare dato che il lavoro di tali operatori è strutturalmente immerso in situazioni emotive pregnanti e complesse. La prevenzione del burnout può percorrere più strade, da quella rivendicativa-sindacale a quella normativa-organizzativa senza escludere quella psicoterapeutica.

Occorre quindi che tale problema cominci ad essere seriamente considerato sia a livello di ricerca, sia a livello di pianificazione e gestione dei servizi di anestesia e

rianimazione, anche in considerazione dei progettati dipartimenti di emergenza.

Bibliografia

- CHERNISS, C. (1980), *Staff burnout. Job stress in the Human Service*, Sage publication Inc., Beverly Hills (trad. it. *La sindrome del burn-out*, Centro scientifico torinese, 1983).
- COX, T. (1985), The nature and measurement of stress. *Ergonomics*, 28 (8), 1155-1163.
- FREEMAN, M. F. & TURKEY, J. W. (1955), Transformation related to the angular and square root. *Annual of Mathematics and Statistics*, 21, 607.
- GIBERTI, F. (Ed) (1982). *L'identità dello psichiatra*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- LAZARUS, R. S., (1966) *Psychological Stress and the Coping Process*. McGraw-Hill New York.
- LAWIN, P. (1979). *Terapia intensiva*, Piccin, Padova.
- RUPOLO, G., DE BERTOLINI, C., RAMPAZZO, M. E VICENTINI, E., (1985), La sofferenza psicologica in rianimazione. *Medico e paziente*, 9.

Olimpia Pino, Cattedra di Psicologia Sperimentale Università di Messina.

M.C. Antonioni, 1° Servizio Anestesia e Rianimazione U.S.L. 4-Parma. (Primario: Dott. P. Zuccoli)

M. Lombardi, T. Giavazzi, Cattedra di Fisiologia Chirurgica Università di Parma (Titolare: Prof. A. Manfredi)

A. Corvi, Servizio di Anestesia e Rianimazione U.S.L. 6-Borgotaro (Parma).