



The **NEW ENGLAND**
JOURNAL of MEDICINE

Perspective

Dal New England Journal of Medicine | 1 maggio 2020

BURNOUT MEDICO, INTERROTTO

di Pamela Hartzband, M.D., e Jerome Groopman, M.D.

Prima dello scoppio della pandemia Covid-19, ogni giorno sembrava portare un nuovo titolo di prima pagina sulla crisi del burnout tra i medici. La questione covava a fuoco lento da anni ed era stata portata ad ebollizione dai crescenti cambiamenti nel sistema sanitario, specificamente l'implementazione diffusa della cartella clinica elettronica (EHR) e delle misurazioni di performance¹. Inizialmente, il burnout era considerato un problema del medico secondo l'approccio prevalente, e chi non riusciva ad adattarsi al nuovo contesto doveva adeguarsi o lasciare. Alcuni scartavano il problema riferendolo a una generazione di medici "dinosauri", che si lagnavano e sentivano la mancanza di un passato inefficiente e a basso livello tecnologico. Ma di recente è apparso chiaro che millennials, specializzandi e persino studenti di Medicina mostrano segni di burnout. Le involontarie conseguenze di alterazioni radicali nel sistema sanitario, che dovevano rendere i medici più efficienti e produttivi, e quindi più soddisfatti, li hanno resi profondamente alienati e disillusi. Il problema è diventato ancora più urgente con la presa di coscienza che tutto ciò costa al sistema sanitario circa 4.6 miliardi di dollari ogni anno².

Le soluzioni si sono concentrate sul medico, con la proposta di corsi di ginnastica e tecniche di rilassamento, spuntini e attività sociale per allentare le tensioni, più ampio accesso a servizi per l'infanzia, hobby per arricchire il tempo libero, e modalità per aumentare l'efficienza e massimizzare la produttività. C'è scarsa evidenza che qualsiasi di queste misure abbia avuto un impatto significativo, come mostrato da una recente meta-analisi di 19 studi controllati che hanno valutato un totale di più di 1500 medici³. Questi dati conducono alla inevitabile conclusione che le attuali soluzioni proposte non affrontano il problema sottostante: un profondo disallineamento tra i valori degli operatori sanitari e il sistema sanitario come è stato riconfigurato. Un ambito della psicologia organizzativa ampiamente trascurato fornisce una spiegazione e un piano d'azione per migliorare il burnout del medico.

¹ Friedberg MW, Chen PG, Van Busum KR, et al. Factors affecting physician professional satisfaction and their implications for patient care, health systems, and health policy. *Rand Health Q* 2014;3:1-1.

² Han S, Shanafelt TD, Sinsky CA, et al. Estimating the attributable cost of physician burnout in the United States. *Ann Intern Med* 2019;170:784-790.

³ anagiotti M, Panagopoulou E, Bower P, et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2017;177:195-205.

Un lavoro determinante di Gagné e Deci ha esaminato la motivazione sul posto di lavoro⁴. I ricercatori hanno classificato la motivazione come intrinseca o estrinseca: le persone possono eseguire un'attività perché la trovano interessante e traggono soddisfazione spontanea dall'attività in sé (motivazione intrinseca); o possono ricevere una concreta ricompensa estrinseca, cosicché la soddisfazione deriva non dall'attività in sé stessa ma da quella ricompensa (motivazione estrinseca). Si potrebbe immaginare che i fattori di motivazione intrinseci ed estrinseci abbiano effetti cumulativi o addirittura sinergici. Ma Gagné e Deci hanno dimostrato che i fattori concreti di motivazione estrinseca, come i compensi economici, possono paradossalmente minare la motivazione intrinseca. Questi effetti inaspettati si verificano soprattutto tra i professionisti che si assumono compiti complessi, che richiedono flessibilità cognitiva, creatività e capacità di risolvere i problemi.

La medicina è unica, sotto molti aspetti. Medici, infermieri e altri operatori sanitari tradizionalmente considerano il loro lavoro come una missione. Tendono a inserirsi nel loro settore con un elevato livello di altruismo combinato a un forte interesse per la biologia umana, focalizzato sul prendersi cura dei malati. Queste connotazioni e obiettivi portano a una notevole motivazione intrinseca. In un tentativo malacorto di migliorare il sistema sanitario, i riformatori delle cure hanno posto in essere vari fattori di motivazione estrinseci positivi e negativi, senza realizzare che avrebbero invece eroso e distrutto la motivazione intrinseca, portando alla fine a una "de-motivazione" – in altre parole, al burnout.

I "rinnovatori" sono perplessi sul fatto che gli incentivi monetari non hanno funzionato nel prevenire o porre rimedio al burnout. Usare una ricompensa economica come perno della strategia motivazionale sembra pratico e invitante. Tuttavia, in una recente indagine su più di 15 mila medici di 29 specialità (Medscape National Physician Burnout and Suicide Report 2020), metà dei medici ha dichiarato che avrebbe rinunciato almeno a 20 mila dollari del reddito annuale per ridurre le ore di lavoro. Questi medici comprendevano i "millennials", che sono fra quelli che hanno il reddito più basso. È importante rimarcare che il denaro di per sé non è deleterio. Gagné e Deci hanno osservato che un incremento del salario annuale o un bonus non diminuisce la motivazione intrinseca. Ma portare avanti il denaro in ogni interazione con il paziente – convertendo il lavoro del medico in "Relative value units" (formula di pagamento per i servizi prestati dal medico), ad esempio – la diminuisce.

Gagné e Deci ipotizzano che siano tre i pilastri che sostengono la motivazione intrinseca dei professionisti e il loro benessere psicologico: l'autonomia, la competenza e l'interrelazione³. Tutti e tre sono stati eliminati come diretto risultato della ristrutturazione del sistema sanitario¹.

Autonomia, secondo Gagné e Deci, significa avere il diritto di agire in modo libero e fare l'esperienza della scelta. I medici oggi patiscono una grave mancanza di controllo sul loro tempo e perfino sul linguaggio. La quantità di tempo che dedichiamo a un paziente, ciò che viene discusso (fino ad arrivare a copioni uniformi), e come una visita viene documentata sono tutti aspetti frequentemente imposti. Siamo ulteriormente controllati dalla sorveglianza che prende forma negli studi di ottimizzazione dei tempi e nella tempistica del nostro uso dell'EHR (cartella clinica elettronica).

Una volta per competenza si intendeva possedere una profonda riserva di conoscenza medica ed esercitare il giudizio clinico in modo appropriato con ciascun paziente. Dalle recenti riforme sanitarie

⁴ Gagné M, Deci EL. Self-determination theory and work motivation. *J Organiz Behav* 2005;26:331-362.

è stata ridefinita come conformità a vari metodi di misura, molti dei quali non sono basati sull'evidenza.

La competenza è diventata anche questione di spuntare le voci nella cartella clinica elettronica e soddisfare le richieste delle compagnie assicurative piazzando velocemente una nota nella documentazione per fini di fatturazione, anche se è incompleta o erronea. In propria difesa, molti medici ora aggiungono una dichiarazione di limitazione della responsabilità secondo cui la nota non è stata revisionata e per "ignorare eventuali errori"

L'interrelazione è la sensazione psicologica di appartenenza, provare attaccamento interpersonale ed essere connessi con l'organizzazione sociale. I medici vogliono dare ai pazienti il tempo e il supporto di cui hanno bisogno, e vogliono che il sistema valuti e riconosca i loro sforzi per offrire questo tipo di cura. Mentre la cura centrata sul paziente ottiene molte adesioni a parole, molti medici percepiscono che il sistema è progressivamente guidato dal denaro e dai sistemi di misurazione, con ricompense per i professionisti che sposano queste priorità.

I compiti quotidiani della medicina sono diventati degni di Sisifo. I medici riconoscono che è impossibile soddisfare le richieste dell'attuale sistema. Se ti arrendi, la gioia di dedicarsi ai pazienti viene diminuita e alla fine perduta. Se resisti, fai infuriare il sistema. I medici alla fine stanno esprimendo il dolore che provano. Emily Silverman, un medico ospedaliero dell'University of California, San Francisco, di recente ha lamentato sul New York Times "gli implacabili promemoria dei compiti che non abbiamo completato, suppliche di correggere la nostra documentazione per gli addetti alla fatturazione, e quotidiani solleciti ostili: al momento sei insufficiente".

Il burnout è tossico per i pazienti come per i medici, perché si associa a perdita di empatia, ridotte performance sul lavoro e aumento di errori medici⁵. Anche famiglia e amicizie soffrono quando le richieste della cartella clinica elettronica (EHR) invadono le case dei medici e consumano il tempo una volta goduto nelle relazioni vitali, peggiorando l'esaurimento emotivo.

Il problema del burnout non potrà essere risolto senza affrontare le questioni dell'autonomia, competenza e interrelazione. Le evidenze della meta-analisi di interventi controllati sostengono il ripristino dell'autonomia. Riconoscere ai medici flessibilità nell'agenda di lavoro per lasciare spazio agli stili individuali nella pratica clinica e all'interazione col paziente risultava una delle poche soluzioni di sistema in grado di ridurre il burnout³. La flessibilità nel programmare il lavoro riconosce che sia i pazienti che i medici sono persone, e alcune interazioni semplicemente hanno bisogno di un tempo più lungo di altre. La cartella clinica elettronica (EHR), inizialmente elogiata per il suo potenziale di "miniera" di informazioni sul paziente, è diventata uno strumento di fatturazione tirannico e che consuma tempo; deve essere riconfigurato in modo da lavorare per i medici, invece che costringere i medici a lavorare per lui.

La competenza può essere ristabilita purgando il sistema di insignificanti sistemi di misurazione, e mantenendo invece un nucleo di misure basate sull'evidenza, che consentono un giudizio clinico e rispettano le preferenze individuali del paziente. L'interrelazione dovrebbe essere autentica, allineando i valori del sistema con quelli di medici, infermieri e altri operatori sanitari che hanno scelto queste carriere per altruismo. Ristabilire questi tre pilastri sosterrà il ritorno della motivazione intrinseca.

⁵ Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, et al. Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2018;178:1317-1330.

Con la pandemia Covid-19 la medicina è a un punto di crisi. I professionisti della salute stanno rispondendo con una sorprendente prova di altruismo, nel prendersi cura dei pazienti nonostante il rischio di un grave danno personale. I nostri sforzi sono riconosciuti e applauditi. Durante questo interludio pieno di incertezze un senso di altruismo e urgenza ha inaspettatamente catalizzato il ripristino di alcuni elementi di autonomia, competenza e interrelazione. Indubbiamente il sistema sanitario nel suo insieme, compresi gli amministratori degli ospedali e le compagnie di assicurazione, tra gli altri, si è mobilitato per sostenere gli operatori sanitari. Ma questi cambiamenti positivi saranno mantenuti? Sono in corso cambiamenti epocali mentre ospedali e cliniche patiscono gravi perdite finanziarie e la forza lavoro è ridotta da malattie e esaurimento. Alla fine, quando l'attuale crisi declinerà, dovremo ricordare la lezione che il sistema può essere reimpostato. E' tempo di valutare cosa ha funzionato e cosa no nella riforma del sistema sanitario. Non dobbiamo ritornare al precedente status quo.