



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE
MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

CLINICA DI PSICHIATRIA
Direttore: Prof. Umberto Volpe

**IL BENESSERE PSICO-FISICO TRA GLI
STUDENTI DI MEDICINA**

Relatore: **Chiar.mo**
Prof. Umberto Volpe

Tesi di Laurea di:
Cristiano Felicetti

Anno Accademico 2019-2020

INDICE

1. INTRODUZIONE	1
1.1 Salute, malattia e malattia mentale	1
1.2 Stress lavorativo e disagio mentale	4
1.3 La Sindrome da burnout	8
1.3.1 Inquadramento diagnostico: fattori di rischio e sintomi di burnout	10
1.3.2 Eziologia del burnout	11
1.3.3 Misurazione del burnout	13
1.3.4 Studi sull'esito del burnout	16
1.3.5 Burnout e depressione	17
1.3.6 Interventi terapeutici e di sostegno	18
1.4 Salute e malattia mentale tra gli operatori sanitari	20
1.5 Salute e benessere tra gli studenti di medicina	25
1.6 Obiettivi dello studio	31
2. MATERIALI E METODI	32
2.1 Soggetti	32
2.2 Strumenti psicometrici	32
2.3 Analisi	35
3. RISULTATI	36
3.1 Campione Sperimentale	36
3.2 Indici di salute generale e salute mentale	36

3.3 Indici di burnout	37
3.4 Uso di sostanze	37
4. DISCUSSIONE	39
BIBLIOGRAFIA	43
Figure	
Tabelle	

1. INTRODUZIONE

1.1 Salute, malattia e malattia mentale

L'Organizzazione Mondiale della Sanità del 1948 ha definito la salute come "uno stato di completo benessere fisico, sociale e mentale, e non soltanto l'assenza di malattia o infermità. [...] La salute è una risorsa per la vita quotidiana e non lo scopo dell'esistenza. Si tratta di un concetto positivo che valorizza le risorse sociali e personali, oltre alle capacità fisiche" (WHO, 1986). Oggi vengono riconosciute sempre più l'importanza e la dimensione psicologica della salute: essendo considerata dall'OMS un diritto umano fondamentale, una comprensione globale del concetto di salute implica che tutti i sistemi e le strutture deputate a governare le condizioni socioeconomiche e l'ambiente fisico, debbano agire considerando l'impatto che il loro operato avrà sulla salute e sul benessere dei singoli individui e della comunità. Nell'ambito professionale l'attenzione alla salute personale deve necessariamente essere ancora maggiore, e se, anche negli ultimi anni, la tutela del benessere individuale si sia implementata sempre di più attraverso la messa a punto di percorsi diagnostici e terapeutici sempre più sofisticati ed efficaci sul piano prettamente psicologico e biologico, dall'altra parte non si è ancora riusciti a tutelare appieno la salute mentale dei professionisti in ambito sanitario.

Ciò ha delle ripercussioni negative sia sul singolo che sulla collettività.

La scarsa cura della salute, infatti, è strettamente associata a numerosi rischi e conseguenze negative per l'individuo, tra i quali non va trascurato il disagio psicologico e sociale, da cui può svilupparsi la malattia mentale: una *review* sistematica pubblicata su "*Lancet*" (Aldridge et al., 2018) ha evidenziato come tra la popolazione dei senzatetto, carcerati, *sex workers* e utilizzatori cronici di droghe vi sia non solo un'aumentata mortalità per tutte le cause (identificata dal 99% dei *datapoints* presi in esame dagli autori), ma anche un'aumentata prevalenza di determinate classi di patologie, tra cui spiccano le malattie mentali (ad esempio, la prevalenza della schizofrenia è risultata del 4%). Quest'ultima *review* rinforza le evidenze già riscontrate da un lavoro del 2008 (Fazel et al., 2008) sulla prevalenza di malattie mentali tra gli *homeless*: sono stati confrontati i risultati di 29 studi, ottenuti da un campione complessivo di 5684 senzatetto provenienti da sette diversi paesi, e i disturbi più frequentemente riscontrati sono stati la dipendenza da alcool (range 8,1%-58,5%) e la dipendenza da droghe (range 4,5%-54,2%), mentre valori minori sono stati identificati per i

disturbi psicotici (range 2,8%-42,3%), comunque più alti rispetto alla media della popolazione generale di riferimento per età.

La malattia mentale è vista ancora al giorno d'oggi come una fonte di stigma sociale (Sartorius, 2007; Thornicroft et al., 2016): la stigmatizzazione è il fenomeno sociale che attribuisce una connotazione negativa a un membro (o a un gruppo) della comunità in modo da declassarlo a un livello inferiore. Le persone che soffrono di malattie mentali sono stigmatizzate in misura maggiore rispetto a quelle che presentano altre condizioni cliniche, con conseguenze negative in ambito sociale, politico, economico e psicologico. La popolazione generale è meno incline ad interagire con persone che soffrono di malattie mentali, il che contribuisce ad aumentare l'incidenza di pratiche discriminatorie nella vita quotidiana, restringendo in tal modo il ventaglio di opportunità lavorative e non, sia in ambito pubblico che privato. Per paura della stigmatizzazione che ne deriva, individui con patologie mentali tendono a non accedere alle strutture e alle cure psichiatriche, il che provoca un peggioramento delle loro condizioni cliniche e della prognosi. Negli ultimi decenni, l'Italia ha compiuto sforzi sostanziali per sensibilizzare l'opinione pubblica riguardo la malattia mentale: esempi significativi sono la progressiva deistituzionalizzazione dei manicomi e la loro sostituzione con organizzazioni di comunità di salute mentale grazie alla legge 180/1978 (legge "Basaglia"), l'esclusione del "danno a se stessi e ad altri" come criterio di ricovero obbligatorio negli ospedali psichiatrici e la creazione di gruppi di patrocinio (come l'Alta Scuola Italiana per la Lotta allo Stigma, ASILS). Comunque, rimane ancora molto lavoro da fare per de-stigmatizzare la malattia mentale. Recentemente si è assistito ad un aumento sempre maggiore di interesse al riguardo nella popolazione generale e tra i media, grazie anche a prodotti di intrattenimento quali film e serie TV dedicate alle patologie mentali, alla storia della riforma psichiatrica italiana e al lavoro iniziato da Franco Basaglia, sebbene il contributo al processo di de-stigmatizzazione di queste iniziative sia controverso (Pingani et al., 2012).

Una famosa pubblicazione di "*Lancet*" (Prince et al., 2007) ha messo in evidenza la stretta interconnessione tra salute e malattia mentale, riprendendo lo slogan della WHO "*No health without mental health*" (WHO, 2005): circa il 14% del carico globale di malattia è attribuito a disturbi neuropsichiatrici, e le stime per i prossimi anni non fanno che confermare l'importanza della salute mentale per il benessere collettivo (Mathers & Loncar, 2006). Tale contributo delle malattie mentali è spiegato dalla natura cronica e disabilitante della depressione e di altri comuni disturbi, come la dipendenza da alcool e sostanze e i disturbi

psicotici. Il report WHO del 2005 ha evidenziato come le condizioni neuro-psichiatriche contribuiscano fino ad un quarto di tutta l'aspettativa di vita corretta per disabilità (Disability-Adjusted Life-Years, DALY), e questo contributo sale ad un terzo se si considerano solo le malattie non trasmissibili (sebbene tale dato sia variabile in base al paese considerato). I disturbi neuropsichiatrici che influiscono maggiormente sull'aspettativa di vita sono le malattie mentali, in special modo i disturbi affettivi unipolari e bipolari, le dipendenze da alcool e sostanze, schizofrenia e demenza; come mostrato in Figura 1, tra le malattie non trasmissibili le condizioni neuropsichiatriche contribuiscono ancor di più delle patologie cardiovascolari o neoplastiche all'attesa di vita corretta per disabilità mondiale.

Le malattie mentali sono una causa importante di disabilità e dipendenza, bisogna però puntualizzare come tale interazione sia più complessa ed estesa di quanto riportato dalla WHO (Prince et al., 2007): ad esempio, la depressione predice l'insorgenza e la progressione della disabilità, sia fisica che sociale, ma è anche vero che la disabilità sia a sua volta un importante fattore di rischio per depressione nell'adulto-anziano (Cole & Dendukuri, 2003). I disturbi mentali contribuiscono inoltre alla mortalità: secondo il report WHO del 2005, i disturbi neuropsichiatrici sono responsabili di 1,2 milioni di morti ogni anno, molti dei quali dovuti a demenza, malattia di Parkinson ed epilessia. Soltanto 40000 di queste morti sono state attribuite a malattie mentali (principalmente depressione unipolare e bipolare, schizofrenia e disturbo post-traumatico da stress) e 182000 all'uso di alcool e droghe. Questi dati sono quasi certamente sottostimati, dal momento che il report considera le morti per suicidio come lesioni intenzionali; ogni anno vi sono 800000 casi di suicidio nel mondo, ed una *review* sistematica di studi autoptici retrospettivi (Cavanagh et al., 2003) ha identificato come le malattie mentali rappresentino un importante fattore di rischio per suicidio, con una prevalenza mediana di disturbi mentali del 91% in chi lo porta a termine: appare chiaro come la prevenzione, identificazione e l'appropriata gestione dei problemi di salute mentale sia un elemento importante nella prevenzione del suicidio.

La stretta relazione tra *health* e *mental health* è anche dimostrata da diversi lavori che evidenziano come la malattia mentale sia associata allo sviluppo di e al peggioramento di malattie cardiovascolari (Kuper et al., 2002), diabete mellito (Eaton et al., 1996) e anche malattie trasmissibili come l'AIDS (Cournos et al., 2005); tali studi non si limitano ad evidenziare il ruolo della malattia mentale come fattore di rischio/fattore precipitante la patologia organica, ma anche come una buona *fitness* mentale impatti positivamente in maniera significativa sul buon funzionamento della terapia e sull'esito del paziente.

Lo stigma e la discriminazione nei confronti della salute mentale costituisce un interesse di salute pubblica, dal momento che entrambi portano ad una ridotta ricerca di aiuto e di accesso alla sanità (Clement et al., 2015), minori opportunità di istruzione e di lavoro (Suhrcke et al., 2011) e ad un aumento della comorbidità (Mai et al., 2011) e mortalità (Laursen et al., 2007) per pazienti che soffrono di malattie mentali. Tuttora sussiste la necessità di interventi volti a portare l'attenzione delle linee di condotta internazionali verso il riconoscimento e la prevenzione di tali discriminazioni: ad esempio, nella *UK mental health policy* per il quinquennio 2011-2015, uno dei sei obiettivi chiave della strategia per la salute mentale stabiliti dal governo inglese ha specificato il bisogno di assicurare che il minor numero di persone possibili fossero vittime di stigmatizzazione e discriminazione dovute alle proprie malattie mentali, inoltre a livello internazionale il *World Health Organization's Mental Health Action Plan 2013-2020* ha stabilito che le persone affette da malattia mentale dovrebbero essere in grado di partecipare appieno nella società e nel lavoro, libere da stigma e discriminazioni. Diversi gruppi professionali sono stati identificati come fonti significative di stigma e discriminazione, e tra questi risulta l'intero corpo della sanità, inclusi dottori e studenti di medicina (Henderson et al., 2014).

1.2 Stress lavorativo e disagio mentale

Un fattore chiave, conosciuto sin dalla prima metà del Novecento per il suo ruolo causale fondamentale nella patogenesi dei disturbi mentali, è lo stress. Lo stress è stato definito in diversi modi, il che ha prodotto come risultato un certo grado di confusione e di mancanza di chiarezza sul vero significato del termine, il quale può essere ricondotto ad un senso di "strettezza", "oppressione" e "tensione". Il primo a concepire lo stress come una risposta organica è stato Selye (1974): egli identificò e definì la cosiddetta "Sindrome generale di adattamento" (Selye, 1950), intesa come quella risposta che l'organismo mette in atto quando è soggetto agli effetti prolungati di molteplici fattori di stress, quali stimoli fisici (ad es. fatica), mentali (ad es. impegno lavorativo), sociali o ambientali (ad es. obblighi o richieste dell'ambiente sociale). Citando le sue parole: "*nessuna delle grandi forze della materia è tanto efficiente quanto la capacità di difesa e di adattabilità degli esseri viventi di fronte ad ogni mutamento. In ogni uomo vi è forse un parallelismo tra vitalità ed entità dell'adattabilità*" (Selye, 1956). La sindrome così come fu concepita da Selye comprendeva 3 stadi di risposta ai cosiddetti *stressors*, cioè i fattori di stress (Figura 2): "Allarme" (in cui

l'organismo mette in atto meccanismi di fronteggiamento dello stimolo sia fisici che mentali, come l'aumento della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa, del tono muscolare e l'*arousal*, ovvero l'attivazione psicofisiologica), "Resistenza" (in cui il corpo tenta di combattere e contrastare gli effetti negativi dell'affaticamento prolungato, producendo risposte ormonali specifiche da varie ghiandole endocrine, principalmente attraverso l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, come rappresentato in Figura 3) ed "Esaurimento" (se i fattori di stress continuano ad agire, il soggetto può venire sopraffatto e possono prodursi effetti sfavorevoli permanenti a carico della struttura psichica e/o somatica; Selye, 1971). Riprendendo anche il lavoro di Lazarus (1966), Selye differenziò anche due sottogruppi di risposta agli *stressors*, coniando i termini "*eustress*" e "*distress*" (Figura 4): il primo è lo "stress buono", ovvero la risposta cognitiva positiva allo stress, sana, che stimola una sensazione di appagamento o di altri sentimenti positivi, mentre il secondo è lo "stress cattivo", uno stato avversivo in cui una persona non è in grado di adattarsi completamente agli *stressors*, cioè di modificare positivamente la situazione o risolvere il problema, e mostra comportamenti disadattivi, come l'inadeguata interazione sociale (ad esempio, aggressività, passività o l'isolamento), iperattivazione, disturbi del sonno, difficoltà di memoria. La modalità con cui lo stress influenza la salute mentale dipende dallo stato mentale dell'individuo e dall'intensità, durata e tipo di reattività fisiologica: gli *stressors* e le risposte che essi scaturiscono nell'individuo giocano un ruolo chiave nello sviluppo e nel decorso delle malattie mentali; un'attivazione cronica può esitare nella disregolazione del complesso sistema di risposta allo stress, provocando cioè la stimolazione di meccanismi neuroendocrini maladattativi. Tale processo può portare a cambiamenti fisiopatologici che inducono lo sviluppo dei sintomi tipici delle patologie psichiatriche o creare una vulnerabilità alle malattie mentali (Chrousos & Gold, 1992). Il distress è stato associato a numerosi disturbi mentali caratterizzati, nella loro fisiopatologia, dall'iperattività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene: depressione melanconica, anoressia nervosa, disturbo ossessivo-compulsivo e disturbo d'ansia generalizzato, nonché disturbo affettivo stagionale, depressione post-partum e patologie più prettamente organiche come l'ipotiroidismo e la fibromialgia (Stratakis & Chrousos, 1995); eventi di vita stressanti sono stati anche associati alle ricadute in pazienti schizofrenici (Malla et al., 1990) e ad un'aumentata vulnerabilità allo sviluppo di dipendenza e abuso di droghe (Piazza & Le Moal, 1996).

Lo stress, inteso sia come *eustress* che come *distress*, ha dunque un impatto fondamentale sulla performance dell'individuo in ogni ambito, fisico o psicologico, sociale e lavorativo. È

proprio sul ruolo dello stress in quest'ultimo settore che si è concentrato il lavoro di Karasek et al. (1981), il quale individuava la condizione di *job strain* o *perceived job stress* (stress lavoro percepito) come risultato della combinazione di un'elevata domanda lavorativa (*job demand*) e un basso potere decisionale (*decision latitude*). Queste due dimensioni lavorative, secondo il loro rapportarsi in maniera più o meno equilibrata, possono favorire la comparsa di stress cronico e incrementare il rischio cardiovascolare nel lavoratore. Per *job demand* si intende l'impegno richiesto al lavoratore, il grado di imposizione con il quale questo avviene, ma anche le ore di lavoro e il numero di richieste, mentre la *decision latitude* descrive il grado di controllo che ha la persona sulla gestione del proprio lavoro, la possibilità di prendere iniziative ma anche le prospettive di apprendimento piuttosto che la ripetitività del lavoro.

Considerando la relazione tra domanda e controllo, è stato elaborato successivamente il modello "richieste-controllo" (*Job-Demand-Control*, JD-C), secondo il quale si possono individuare quattro situazioni lavorative come riportato in Tabella I (Karasek & Theorell, 1990).

Tale modello è stato poi preso come riferimento per lo sviluppo (Siegrist, 1996) del modello dello "squilibrio tra sforzo e ricompensa" (*Effort-Reward-Imbalance*, ERI). Il modello ERI enfatizza il ruolo svolto dalla presenza di uno squilibrio tra obblighi e compiti da ottemperare (*Effort*) e ricompense ottenute in corrispondenza (*Reward*) rispetto alla salute psicofisica. Nel modello ERI le ricompense includono sia la stima (*Reward* Immateriale) che dimensioni quali le opportunità di guadagno, di carriera e la sicurezza del lavoro (*Reward* Materiale). Il modello afferma che la mancanza di reciprocità si verifica frequentemente in specifiche condizioni e stimola intense emozioni negative e risposte psicofisiologiche di stress ad esse correlate. Oltre a cause estrinseche come la mancanza di scelte alternative sul mercato del lavoro o l'eccessiva competizione, un'ulteriore causa intrinseca di condizioni di elevato sforzo e scarsa ricompensa è stata individuata in uno specifico atteggiamento nei confronti del lavoro, definito da Siegrist "*Overcommitment*", che consiste nella tendenza all'eccessivo coinvolgimento nel lavoro. Questo pattern motivazionale induce le persone a un continuo sforzo verso più alti risultati a causa del bisogno di approvazione e stima nel luogo di lavoro, laddove spesso questi sforzi eccessivi non incontrano ricompense adeguate. Il modello ERI afferma quindi che la mancata corrispondenza tra sforzi e ricompense (*effort-reward imbalance*) unita alla tendenza all'*overcommitment* suscita rilevanti risposte di stress di cui sono state ampiamente evidenziate le correlazioni con aumentati rischi per la salute

psicofisica e, in particolare, con aumentati rischi di sviluppo di malattie cardiovascolari (Steptoe et al., 2004) e di patologie ansiose e depressive (Tsutsumi et al., 2012).

Karasek ha aperto la strada ad altri modelli concettuali di stress lavorativo: vi è ad esempio il cosiddetto “modello transazionale” (Cherniss, 1980), i cui tre stadi sono: fattori di stress sul lavoro (intesi come squilibri tra le richieste lavorative e le risorse dell’individuo), pressione individuale (una risposta emotiva all’esaurimento e all’ansia), e reazione difensiva (cambiamenti nell’atteggiamento e comportamento, come un aumento del cinismo). Successivamente, sono emersi altri due modelli di sviluppo dello stress lavorativo secondo il principio dell’*imbalance* tra richieste e risorse individuali: il modello “richieste-risorse” (*Job Demand - Resources*, JD-R) e il modello della “conservazione delle risorse” (*Conservation Of Resources*, COR). Il modello JD-R si focalizza sulla nozione secondo cui lo stress lavorativo insorge nel momento in cui gli individui fanno esperienza di richieste incessanti, ma senza avere adeguate risorse personali per soddisfare e far fronte a tali richieste (Bakker & Demerouti, 2007). Il modello COR segue invece una teoria motivazionale di base, secondo la quale il burnout insorge come risultato di minacce persistenti alle risorse personali disponibili: nel momento in cui un individuo percepisce che le risorse per lui di valore vengono intaccate, egli lotta per mantenerle; la perdita di tali risorse, reale o imminente, può aggravare lo stress (Hobfoll et al., 1993).

Un’ulteriore concezione di stress lavorativo inteso come squilibrio è il cosiddetto modello delle “aree della vita lavorativa” (*Areas of Worklife*, AW), il quale inquadra i fattori di stress in termini di squilibri (o mancate corrispondenze) tra persona e lavoro, ma identifica sei aree chiave in cui questi squilibri prendono forma: carico lavorativo, controllo, ricompensa, comunità, imparzialità e valori (cfr. 1.3.2. Eziologia del burnout). Mancate corrispondenze tra lavoratore e ambiente di lavoro in queste aree influiscono sul livello di stress di cui un individuo fa esperienza, che successivamente determina vari risultati in termini di performance lavorativa, comportamento sociale e benessere personale: maggiore è lo squilibrio, maggiore è la probabilità di insorgenza e la severità dello stress; al contrario, se sussiste una corrispondenza tra ambiente di lavoro e lavoratore, quest’ultimo si dimostrerà maggiormente impegnato e dedito all’attività, con conseguente miglioramento della performance (Leiter et al., 2004).

Ad oggi una delle definizioni di stress lavorativo più accettate è la seguente: “Insieme di reazioni fisiche ed emotive dannose che si manifesta quando le richieste poste dal lavoro non sono commisurate alle capacità, risorse o esigenze del lavoratore” (*Institute for*

Occupational Safety and Health, 1999). In Italia lo stress lavorativo è un concetto chiave presente nell'art. 28 del "Testo unico sulla sicurezza sul lavoro" (decreto legislativo n.81 del 9 Aprile 2008), il quale attinge la definizione dall'articolo 3 dell'Accordo Europeo dell'8 ottobre 2004, il quale definisce lo stress lavoro-correlato come *"condizione che può essere accompagnata da disturbi o disfunzioni di natura fisica, psicologica o sociale ed è conseguenza del fatto che taluni individui non si sentono in grado di corrispondere alle richieste o aspettative riposte in loro"* (art. 3, comma 1).

Tale squilibrio si può verificare dunque quando il lavoratore non si sente in grado di corrispondere alle richieste lavorative. Tuttavia, non tutte le manifestazioni di stress sul lavoro possono essere considerate come stress lavoro-correlato: lo stress lavoro-correlato è quello causato da vari fattori propri del contesto e del contenuto del lavoro.

Il concetto di "stress lavorativo" è relativamente nuovo nel panorama dello studio dello stress in generale: prima di questa si sono susseguite altre denominazioni a partire dall'era post-industriale (primi anni del '900); si parlava di "stress occupazionale" negli anni Cinquanta, mentre negli anni Settanta la locuzione è stata sostituita dalla cosiddetta "Sindrome da fatica cronica" (Cooper & Dewe, 2004), ma è solo a partire dagli anni Novanta che lo stress lavorativo è stato identificato all'interno di un quadro più complesso, non riferibile solo al singolo individuo, ma all'intera equipe lavorativa, quello della Sindrome da Burnout (Samra, 2018).

1.3 La Sindrome da burnout

Il burnout è una sindrome psicologica inquadrata come una risposta prolungata a fattori di stress interpersonale relativi al lavoro. Non è semplicemente una diagnosi medica formale, ma una sindrome clinica definita: non va intesa come la semplice mancanza di motivazione o la sensazione di "stress" sul luogo di lavoro, ma è definita da un esaurimento motivazionale, psicologico e fisico in alcune specifiche categorie professionali. Ancora oggi, il "Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali" (DSM-5) non considera la sindrome da burnout come condizione clinica a sé stante, ma si limita a considerare i sintomi del burnout come "disturbo dell'adattamento", "disturbo acuto da stress" e "disturbo da stress post-traumatico. La "Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati" (ICD-10) denominava e categorizzava il burnout come "nevrastenia" (F48.0), ed

è soltanto a partire dal 2018 che il burnout viene riconosciuto come patologia ben definita dalla WHO: nell'ICD-11, infatti, la sindrome da burnout (QD85) viene inserita tra i "fenomeni occupazionali" (WHO, 2019).

L'elaborazione del termine "burnout" è tipicamente attribuita allo psicologo tedesco Herbert Freudenberger, il quale, in una delle primissime indagini (Freudenberger, 1974), descriveva come gli operatori sanitari diventassero "inoperanti per qualsiasi intento o scopo": riconosceva inoltre come il problema fosse quasi esclusivo di coloro che lavoravano *pro bono* nelle cliniche pubbliche, definendolo come "uno stato di esaurimento fisico e mentale causato dalla vita professionale". Lo scopo della ricerca di Freudenberger nei confronti della sindrome da burnout era inizialmente di tipo esplorativo, e consisteva per lo più nel riconoscere i segni cardine del quadro clinico, come il distacco interpersonale e la depersonalizzazione, così come segni di tipo prettamente emozionale come la depressione. Solo successivamente è stato posto maggiormente l'accento sulla dimensione lavorativa della sindrome, dal momento che il burnout si manifestava soprattutto nell'ambiente delle cosiddette "*helping professions*": medici, infermieri, professionisti sanitari e assistenti sociali; solo a questo punto il burnout è stato concettualizzato come una forma di stress lavoro-correlata.

Contemporaneamente a Freudenberger, il lavoro di Maslach et al. (1981) fu una pietra miliare nello studio e nella definizione di questo quadro clinico: in uno studio descrittivo, seminale nel campo (Maslach & Jackson, 1981), la sindrome da burnout veniva definita come "*una sindrome di esaurimento emozionale, di depersonalizzazione e di riduzione delle capacità personali che può presentarsi in soggetti che, per professione, si occupano di altre persone*". Nello studio veniva anche elaborato un primo vero modello concettuale del burnout, identificandolo come la risultante di tre dimensioni fondamentali di risposta allo stress lavorativo.

Le tre dimensioni chiave di questa risposta sono rappresentate da sentimenti di esaurimento emotivo, atteggiamenti di cinismo e distacco nei confronti del proprio mestiere e senso di inefficacia lavorativa e/o fallimento professionale.

Il significato di questo modello a tre dimensioni è che pone l'esperienza stressante dell'individuo all'interno di un contesto sociale, e coinvolge la concezione che la persona ha di sé stesso e degli altri.

L'esaurimento fu descritto anche come logoramento, perdita di energie, deperimento, debilitazione e fatica. È importante notare come la dimensione del cinismo fosse

inizialmente chiamata “depersonalizzazione” (dato che i mestieri “vittime” del burnout erano prevalentemente servizi umani), ma anche descritta come un atteggiamento negativo o inappropriato nei confronti dei clienti, di rinuncia, irritabilità e perdita dei propri ideali. La dimensione dell’inefficienza era inoltre chiamata “ridotta realizzazione personale”, intesa come diminuzione della produttività, del tono dell’umore e della capacità di far fronte alle avversità.

Si sono susseguiti nel tempo diversi modelli concettuali riguardo lo sviluppo della sindrome da burnout e le sue conseguenze: inizialmente l’attenzione era posta maggiormente sulla relazione tra le tre dimensioni del burnout, che era spesso descritto in fasi sequenziali; si presupponeva che il primo a svilupparsi fosse l’esaurimento, in risposta ad elevate richieste di lavoro e sovraccarico, e che successivamente il quadro si modificasse con il distacco e le reazioni negative verso persone e il lavoro stesso (cinismo e depersonalizzazione). Se la situazione permaneva, nella terza e ultima fase della sindrome si assisteva a sentimenti di inadeguatezza e fallimento (ridotta realizzazione personale o inefficienza professionale).

1.3.1 Inquadramento diagnostico: fattori di rischio e sintomi di burnout

Il lavoro di Maslach et al. (1996) ha gettato le basi per definire il percorso diagnostico della sindrome da burnout individuando molteplici fattori di rischio, raggruppabili in tre macro-categorie: fattori individuali, fattori socio-demografici e della struttura organizzativa del lavoro.

I fattori individuali comprendono essenzialmente alcune determinate caratteristiche di personalità, come l’introversione (incapacità di lavorare in équipe), tendenza a porsi obiettivi irrealistici, adottare uno stile di vita iperattivo, personalità autoritaria, abnegazione al lavoro (intesa come sostituzione della vita sociale), concetto di sé stessi come indispensabili sul posto di lavoro, motivazione e alte aspettative professionali; tali fattori di rischio possono essere ricondotti ad uno specifico tratto di personalità, il tipo A secondo Friedman e Rosenman (1959), il quale rappresenta un individuo ambizioso, competitivo, esigente sia con sé stesso che con gli altri, puntuale frettoloso e tendente all’aggressività.

Tra i fattori socio-demografici vanno citati il genere (le donne sono più predisposte degli uomini), l’età (nei primi anni di carriera si va maggiormente incontro a episodi di burnout) e lo stato civile (gli individui senza un compagno stabile sembrano essere maggiormente predisposti).

Per quanto riguarda i fattori relativi alla struttura organizzativa, possibili fattori generatori di tensioni e di stress sono l'ambiguità dei ruoli (intesa come mancanza di informazioni precise in relazione ad una determinata posizione lavorativa), i conflitti di ruolo (ovvero la presenza di richieste che il lavoratore ritiene incompatibili con il proprio ruolo professionale), il sovraccarico lavorativo, la mancanza di stimoli, le modalità con cui si stabiliscono i processi decisionali e di controllo nell'ambito lavorativo (un individuo che non si sente partecipe della presa di decisioni professionali andrà più facilmente incontro a burnout), gli orari e i turni di lavoro (più rilevanti per i professionisti sanitari che per le altre categorie professionali) ed una retribuzione inadeguata.

Per quanto riguarda la sintomatologia, la sindrome è caratterizzata da manifestazioni cliniche aspecifiche, le quali possono essere di tipo fisico o psicologico. Le manifestazioni fisiche del burnout includono stanchezza, necessità di dormire, irritabilità, dolore alla schiena, cefalea, dolori viscerali, diarrea, inappetenza, nausea, vertigini, dolori al petto, alterazioni circadiane, crisi di affanno, crisi di pianto; dal punto di vista psicologico, invece, l'individuo può presentare uno stato di costante tensione, irritabilità, cinismo, depersonalizzazione, senso di frustrazione, senso di fallimento, ridotta produttività, ridotto interesse verso il proprio lavoro, reazioni negative verso familiari e colleghi, apatia, demoralizzazione, disimpegno sul lavoro e distacco emotivo. Andando a restringere il campo all'ambito esclusivamente lavorativo, il burnout può essere identificato in un soggetto che mostra un'elevata resistenza ad andare al lavoro tutti i giorni, sentimenti di fallimento professionale, isolamento e ritiro, sensi di colpa, distimia, senso di stanchezza ed esaurimento durante tutta la durata dell'attività lavorativa, che guarda frequentemente l'orologio, che si mostra notevolmente affaticato dopo il lavoro, che nei confronti degli utenti (nel caso del professionista della salute, i pazienti) mostra condotte di evitamento e mancanza di concentrazione ed attenzione, un soggetto che accusa problemi d'insonnia, frequenti raffreddori, influenze, mal di testa e disturbi gastrointestinali, che si prende spesso pause dal lavoro e che fa frequentemente ricorso all'uso di tranquillanti e farmaci.

1.3.2 Eziologia del burnout

La maggior parte delle ipotesi finora affrontate rendono esplicita la teoria eziologica che è sempre stata considerata implicita all'interno del campo della ricerca sul burnout:

determinati fattori, sia situazionali che individuali, provocano nel lavoratore l'esperienza del burnout, la quale, una volta manifestatasi, provoca determinati esiti (o *outcome*), sia situazionali che individuali. Tuttavia, tali ipotesi causali solo raramente sono state testate in maniera diretta: la maggior parte della ricerca sul burnout consta di studi retrospettivi o che utilizza modelli causali statistici, raccolti all'interno di un database che ha fornito nel tempo spunto e supporto per molte delle correlazioni ipotizzate tra il burnout, le sue cause e i suoi effetti, ma non è efficace nel determinare l'effettiva causalità di tali correlazioni. In oltre quarant'anni di ricerca sul burnout è stata identificata una pletora di fattori di rischio organizzativi nel contesto di moltissime occupazioni in altrettanti paesi, i quali sono stati identificati all'interno di sei domini chiave, come menzionato in precedenza: carico lavorativo, controllo, ricompensa, comunità, imparzialità e valori (Leiter et al., 2004).

Il sovraccarico lavorativo contribuisce al burnout diminuendo la capacità individuale di soddisfare le richieste professionali; quando questa tipologia di sovraccarico si verifica in cronico sul posto di lavoro, vi sono scarse possibilità di riposo, recupero e ripristino dell'equilibrio psico-fisico. Per contro, un carico lavorativo gestibile e sostenibile fornisce opportunità per utilizzare e definire le abilità lavorative già conseguite, così come per aumentare la propria efficienza in altri settori di attività.

Esiste una correlazione ben definita tra la perdita del controllo e burnout; al contrario, quando i lavoratori percepiscono una certa misura di autonomia professionale, ovvero prendono coscienza del fatto di avere a disposizione le risorse necessarie per svolgere al meglio il proprio lavoro e che le loro decisioni influenzano il lavoro stesso, risultano più disponibili a mostrare engagement lavorativo.

L'area della ricompensa si riferisce al potere di plasmare il comportamento esercitato da un qualsiasi rinforzo, sia esso positivo o negativo; la mancanza di riconoscimenti e ricompense (siano essi di tipo finanziario, istituzionale o sociale) aumenta la vulnerabilità individuale al burnout, dal momento che si vengono a svalutare sia il lavoro in sé che i lavoratori, il che è intimamente correlato a sentimenti di inefficienza; d'altra parte, una costanza e consistenza delle ricompense offrono al lavoratore sia l'opportunità di soddisfazione personale che di riscontro materiale del proprio operato.

La dimensione della comunità ha a che fare con le relazioni correnti tra il lavoratore, i colleghi e i superiori; quando tali relazioni sono caratterizzate da mancanza di supporto e fiducia, nonché da conflitto le relazioni di stampo lavorativo funzionano al meglio, vi è un maggiore supporto sociale, gli impiegati possiedono mezzi efficaci per gestire i loro

disaccordi, e sono maggiormente disposti a mostrare *engagement* lavorativo.

L'area dell'imparzialità emerge dalla letteratura intesa come equità e giustizia sociale; è un indice di quali decisioni prese sul posto di lavoro vengono percepite come giuste ed eque; gli individui utilizzano la qualità delle procedure e i trattamenti riservati ad ognuno durante il processo decisionale come indice del proprio ruolo nella comunità; nel momento in cui i lavoratori percepiscono di non essere trattati con il dovuto rispetto, possono svilupparsi cinismo, rabbia e ostilità.

In ultimo, il dominio dei valori fa riferimento al potere cognitivo-emozionale delle aspettative e degli obiettivi lavorativi; i valori sono qui da intendere come le idee e le motivazioni che hanno attirato gli impiegati verso i propri mestieri, sono pertanto la connessione motivazionale tra il lavoratore e il posto di lavoro, il che va oltre lo scambio utilitaristico di tempo in cambio di denaro o avanzamento di carriera; quando sussiste un conflitto di valori (e si viene così a creare un distacco tra l'individuo e i valori dell'organizzazione lavorativa), gli impiegati si trovano a giungere a compromessi tra il lavoro che vogliono fare ed il lavoro che devono fare, il che può portare ad un incremento del burnout.

1.3.3 Misurazione del burnout

Man mano che le caratteristiche eziologiche del burnout venivano identificate, lo step successivo era quello di sviluppare metodi di misurazione che potessero valutarle: la prima modalità di misurazione del burnout basata su un programma comprensivo di ricerca psicometrica fu il *Maslach Burnout Inventory* (MBI), del 1981. Il MBI era costruito specificamente per valutare le tre dimensioni dell'esperienza del burnout emerse fino a quel momento dalla ricerca di tipo qualitativo: è stato a lungo considerato lo strumento standard per la ricerca e lo studio in questo campo, ed è stato tradotto e convalidato in svariate lingue; per contro, altre modalità iniziali di misurazione del burnout si focalizzavano, soltanto sulla dimensione dell'esaurimento (Freudenberger et al., 1980; Pines et al., 1981). Tale distinzione tra misure che valutano le diverse dimensioni del burnout e altre che pongono l'attenzione sulla sola dimensione dell'esaurimento continua ancora oggi, e riflette le diverse concezioni del burnout di cui sopra. Ad esempio, il *Bergen Burnout Inventory* (BBI) (Feldt et al., 2014) valuta tre dimensioni del burnout: esaurimento sul posto di lavoro, cinismo nei riguardi del significato del lavoro e senso di inadeguatezza durante il lavoro. L'*Oldenburg*

Burnout Inventory (OLBI) (Halbesleben et al., 2005) valuta le due dimensioni dell'esaurimento e del distacco dal lavoro. Altri metodi di misurazione pongono l'attenzione sul solo esaurimento, sebbene ne differenzino vari aspetti: ad esempio, lo *Shirom – Melamed Burnout Measure* (SMBM) (Shiron et al., 2006) articola il costrutto su tre dimensioni, ovvero fatica fisica, esaurimento emozionale e stanchezza cognitiva; il *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) (Kristensen et al., 2005) compie una distinzione tra esaurimento fisico e psicologico.

Si sono susseguite negli anni altre variazioni e modificazioni nei metodi di misurazione del burnout; dal momento che le osservazioni iniziali nei confronti della sindrome da burnout erano state condotte nell'ambito delle professioni della salute, quali l'assistenza sanitaria e i servizi umanitari, le misure sviluppate negli anni '80 tendevano a riflettere l'esperienza maturata da quelle professioni. Più tardi altri gruppi professionali furono interessati da casi di burnout, come gli insegnanti e impiegati nel settore educativo, ma anche professionisti in servizi che non prevedessero principalmente interazioni sociali: si vennero a creare pertanto delle difficoltà nell'adattare i metodi di misurazione "tradizionali" alla loro situazione lavorativa. Per quanto riguarda il MBI, la soluzione fu rappresentata dallo sviluppo di un sondaggio che potesse essere usato in qualsiasi campo occupazionale, il MBI – *General Survey* (MBI-GS) (Schaufeli et al., 1996): non solo gli *item* originali del MBI furono revisionati in modo da essere più "neutrali", ma la definizione della depersonalizzazione (più specifica dei servizi umani) fu ampliata in modo da riferirsi ad un distacco negativo dal lavoro e fu rinominata "cinismo", mentre la dimensione della realizzazione personale fu allargata e denominata "efficienza professionale". Metodi più recenti di misurazione del burnout utilizzano un lessico più neutrale in modo da riferirsi ad ogni ambito professionale, sono state aggiunte inoltre nuove dimensioni alla concezione del burnout. Ad esempio, lo *Spanish Burnout Inventory* (SBI) (Gil-Monte et al., 2013) identifica quattro dimensioni: entusiasmo verso il lavoro, esaurimento psicologico, indolenza e senso di colpa; rimane una questione tuttora aperta se i sopracitati elementi aggiuntivi costituiscano delle componenti essenziali del burnout o se più semplicemente siano esperienze o condizioni che accompagnano l'esperienza del burnout.

Al fine di migliorare la comprensione del fenomeno del burnout, all'inizio del ventunesimo secolo l'attenzione si è spostata sulla sua antitesi positiva, la quale è stata definita come "*engagement*", ovvero l'impegno. Sebbene ci sia generalmente accordo sul fatto che l'impegno sul lavoro rappresenti uno stato di produttività e operosità all'interno del dominio

occupazionale, vi sono però differenze sulla definizione in senso stretto dell'“*engagement*”. Per alcuni ricercatori, l'impegno è considerato come l'esatto opposto del burnout, e definito nei termini positivi delle sue stesse tre dimensioni: da questa prospettiva, l'*engagement* consisterebbe in uno stato di elevata energia, forte coinvolgimento e sentimenti di efficienza sul lavoro (Maslach et al., 1999). Un approccio differente ha definito l'*engagement* lavorativo come uno stato affettivo-motivazionale, persistente e positivo, di realizzazione caratterizzato dalle tre componenti di vigore, dedizione e profondo interesse: sotto questo punto di vista, l'impegno sul lavoro è un concetto indipendente e distinto dal burnout, del quale non è l'opposto (sebbene vi sia correlato negativamente); Una nuova modalità di misura del burnout, l'*Utrecht Work Engagement Scale* (UWES) (Schaufeli et al., 2006), valuta la dimensione positiva dell'*engagement* piuttosto che il burnout, ed è stata oggetto di ricerca estensiva negli ultimi dieci anni (Bakker et al., 2010). La relazione tra burnout ed *engagement* continua ad essere fonte di dibattito, e uno degli ultimi approcci alla questione suggerisce di utilizzare un modello dialettico per sintetizzare le visioni contrastanti in merito ai due concetti, sviluppando in tal modo una concezione alternativa che comprenda entrambi gli estremi del comportamento in ambito lavorativo (Leon et al., 2015).

Prima di proseguire nella trattazione della sindrome è necessario fare un passo indietro e focalizzarsi nuovamente su quello che è stato a lungo considerato il *gold standard* per la misurazione del burnout: il *Maslach Burnout Inventory*. Nonostante sia stato utilizzato fin dalla sua prima pubblicazione nel 1981 come strumento diagnostico, bisogna puntualizzare che gli autori lo avevano progettato come strumento di ricerca; in tal senso, il burnout era considerato dagli autori un *continuum*, uno spettro di manifestazioni cliniche i cui estremi opposti erano il burnout severo e l'*engagement*. Dal punto di vista degli addetti ai lavori (psicologi, psichiatri e lavoratori nel campo), invece, vi era l'esigenza di uno score che potesse dare risultati dicotomici (burnout sì/no); per questo motivo, nella terza edizione del Manuale MBI (Maslach et al., 1996) furono inseriti dei punteggi di *cut-off* per classificare la popolazione in tre categorie di burnout: “basso”, “intermedio” e “alto”. Tali punteggi, però, erano arbitrari e non avevano validità diagnostica (Maslach, 2017); ogni dimensione del burnout era valutata separatamente, aveva una propria sotto-scala e un proprio punteggio di *cut-off*, per cui la diagnosi di sindrome da burnout era possibile soltanto se il soggetto otteneva un punteggio “alto” in tutte e tre le sotto-scale; nel caso in cui soltanto una delle tre dimensioni risultasse “alta”, non si poteva fare una diagnosi certa, si rimaneva in una “zona grigia”. Pertanto, a partire dalla quarta edizione del Manuale MBI (Maslach et al., 2016) i

punteggi di *cut-off* non sono stati pubblicati e sono stati rimossi da tutto il materiale inerente. Di conseguenza, è stato elaborato un nuovo approccio nella comprensione del burnout (Leiter & Maslach, 2016), in modo da descriverlo più come uno spettro di manifestazioni che come una diagnosi medica formale; a tal proposito, gli autori hanno definito cinque profili di burnout, al fine di categorizzare al meglio i risultati dello score MBI: “*engaged*”, “*ineffective*”, “*overextended*”, “*disengaged*” e “*burnout*”. Questi profili sono stati riconosciuti come validi solo per il MBI-GS (Leiter & Maslach, 2016).

1.3.4 Studi sull'esito del burnout

In termini di *outcome*, la sindrome da burnout è stata frequentemente associata a varie tipologie di reazioni negative e ritiri dal lavoro, inclusi insoddisfazione professionale, ridotto impegno organizzativo, assenteismo, intenzione di lasciare il lavoro e *turnover*: per esempio, è stato riscontrato come il cinismo sia l'aspetto principale della sindrome da burnout in grado di predire il *turnover* lavorativo (Leiter & Maslach, 2009), inoltre il burnout può essere considerato come causa diretta di ritiro tra impiegati vittime di bullismo sul posto di lavoro. Dall'altra parte, coloro che invece rimangono mostrano un calo della produttività e della qualità dell'attività lavorativa, accusano inoltre diminuita soddisfazione ed impegno professionale. È tuttavia errato considerare che la sindrome da burnout interessi soltanto il singolo individuo: i professionisti che fanno esperienza del burnout possono avere un impatto negativo anche sui colleghi, sia determinando un incremento dei conflitti personali che interrompendo l'attività lavorativa; in tal modo, la sindrome da burnout può essere “contagiosa” e perpetuarsi grazie alle interazioni sociali sul posto di lavoro (Leiter et al., 2009).

Il burnout sembrerebbe subire un incremento negli ambienti professionali in cui sono più frequenti le aggressioni interpersonali (Gascon et al., 2013): tali risultati suggeriscono che il burnout debba essere considerato una caratteristica delle *équipes* lavorative piuttosto che una semplice sindrome individuale. Evidenze a sostegno di quest'ultima affermazione provengono da uno studio inglese (Priebe et al., 2004) sull'*outcome* dei pazienti psichiatrici in assistenza domiciliare (volontaria o obbligatoria): tra i vari fattori che inducevano i pazienti a rifiutare la terapia in ospedale (e a richiedere di essere assistiti in un altro ambiente) vi è il burnout all'interno dello staff degli psichiatri. Un altro studio condotto tra i chirurghi americani (Shanafelt et al., 2010) ha evidenziato come burnout e depressione siano

dei fattori indipendenti che incrementano il numero di errori medici e/o chirurgici, e che l'aumento di un solo punto nella scala della depersonalizzazione è associato con un rischio aumentato (11%) di commettere un errore medico grave.

La sindrome da burnout non va intesa come una patologia che interessi soltanto l'aspetto psicologico dell'individuo, intreccia infatti un complesso schema di relazioni con lo stato di salute fisica in senso stretto, in quanto esiste una corrispondenza biunivoca di influenza reciproca tra scarsa salute e burnout (Ahola et al., 2014): delle tre dimensioni della sindrome, è l'esaurimento la più adatta ad essere considerata come un fattore di stress fisico "tradizionale", è perciò più predittiva rispetto alle altre due dimensioni dell'esito del paziente. L'esaurimento è tipicamente correlato con sintomi di stress quali cefalea, fatica cronica, disturbi gastrointestinali, tensione muscolare, ipertensione, episodi influenzali e parainflenziali e disturbi del sonno: il riscontro di tali sintomi corrisponde ad uno stato di stress prolungato. Uno studio longitudinale (Toppinen et al., 2009) ha dimostrato che il burnout può essere considerato un fattore predittivo di ricoveri ripetuti per problematiche cardiovascolari, oltre che di rischio aumentato di ospedalizzazione per malattie mentali.

1.3.5 Burnout e depressione

Quando il concetto di burnout fu proposto per la prima volta nel 1974, il dibattito scientifico si soffermò sul fatto che il burnout non fosse un fenomeno ben definito e distinto, ma piuttosto un'ulteriore denominazione per un fenomeno già descritto e conosciuto; in ogni caso vi erano molte opinioni diverse su quale fosse il suddetto "fenomeno già conosciuto", che includevano insoddisfazione professionale, stress lavoro-correlato, ansia, rabbia, depressione, o una combinazione di tali elementi (Firth et al., 1987; Meier, 1984; Morgan et al., 1985). Ad esempio, da una prospettiva psicoanalitica (Scarfone, 1985) si proponeva che il burnout non fosse distinguibile da qualsiasi forma di stress lavoro-correlato o depressione, ma che rappresentasse il mancato conseguimento di una soddisfazione puramente narcisistica nella ricerca dei propri ideali. Come risultato di tali osservazioni, le ricerche successive si sono spesso focalizzate sul testare la validità discriminatoria della sindrome da burnout valutando se fosse possibile distinguere la sindrome dai fenomeni sopracitati: il risultato di numerosi studi ha portato a stabilire che la sindrome da burnout è un concetto distinto (Schaufeli & Enzmann, 1998). La maggior parte del dibattito prima riportato si focalizzava sulla depressione, il che sollevava la questione se il burnout fosse un elemento precipitante la

depressione (e in tal modo anche un fattore predittivo) o se fosse una malattia mentale al pari della depressione. Lavori successivi hanno dimostrato che i due concetti sono in verità distinti: il burnout è lavoro-correlato e situazione-specifico, agli antipodi rispetto alla depressione, la quale è invece di carattere più generale e slegata da uno specifico contesto. Tuttavia, un articolo (Schonfeld & Bianchi, 2016) ha risollevato il dibattito sulla distinzione tra burnout e depressione sostenendo che a livelli avanzati le due patologie siano di fatto indistinguibili: questa posizione è in netto contrasto con la visione secondo cui il burnout sia una disforia specifica della professione, distinta attraverso solidi concetti dalla depressione come patologia mentale. L'ampio intervallo di correlazioni tra il burnout e la depressione indica una complessa associazione tra i due concetti, i quali sono chiaramente interconnessi: ad esempio, uno studio (Ahola, 2007) ha evidenziato come il 90% dei soggetti con gravi forme di burnout (il quale si manifestava con episodi quotidiani) accusava patologie fisiche e mentali, riportando dolore muscolo-scheletrico e depressione come problematiche più comuni; oltretutto, uno studio longitudinale (Leiter et al., 2013) ha riscontrato come incrementi della frequenza e della severità della sindrome da burnout fossero fattori predittivi di successivi aumenti di prescrizioni di farmaci antidepressivi. Un'ulteriore comprensione di tale collegamento proviene dalla pubblicazione di uno studio longitudinale finlandese (Ahola & Hakanen, 2007), il quale ha messo in risalto la relazione reciproca tra burnout e depressione, in cui l'uno predice sviluppi successivi dell'altra: viene notato come il burnout sia la manifestazione attraverso cui le tensioni provenienti dal posto di lavoro impattano sulla depressione, e come il burnout sia uno step che contribuisce alla depressione qualora quest'ultima si sviluppi in seguito a problematiche lavorative. Le pubblicazioni sopracitate non fanno che confermare il fatto che la sindrome da burnout e il disturbo depressivo maggiore hanno sì implicazioni reciproche, dato che nelle fasi avanzate è difficile distinguere le due realtà patologiche, ma tale relazione è ben lontana dal definire i due quadri come un'unica malattia mentale.

1.3.6 Interventi terapeutici e di sostegno

I costi, sia dal punto di vista individuale che delle organizzazioni professionali, della sindrome da burnout hanno portato nel tempo a diverse proposte di strategie di intervento: alcune suggeriscono di trattare il burnout una volta sviluppatosi, mentre altre si focalizzano su come prevenirlo attraverso la promozione dell'*engagement*, e tali interventi possono

essere condotti sia a livello individuale che di gruppo di lavoro, ma anche a livello dell'intera organizzazione lavorativa. In generale, il primo *focus* è stato di individuare delle strategie individuali piuttosto che sociali o organizzative, sebbene la ricerca abbia già provveduto ad evidenziare il ruolo primario dei fattori situazionali. Molte strategie individuali sono state adattate da altri lavori, al fine di far fronte allo stress e mantenere lo stato di salute; le raccomandazioni più significative (Maslach & Goldberg, 1998) comprendono quelle riportate in Tabella II.

Iniziative volte a moderare il carico lavorativo, implementate da miglioramenti nelle strategie di recupero come l'igiene del sonno, esercizio fisico e nutrizione corretta, hanno un effetto diretto nei confronti della componente dell'esaurimento della sindrome da burnout. Il cinismo, al contrario, è più direttamente riconducibile ad un senso di comunità o alla congruenza tra i valori del luogo di lavoro e quelli personali: ad esempio (Leiter et al., 2011), un intervento esterno che migliori il senso di civiltà tra gli operatori sanitari mostra che la dimensione del cinismo segue un andamento inverso rispetto al mantenimento delle buone norme di civiltà, e che questo cambiamento si mantiene stabile nel tempo (Leiter et al., 2012). Per quanto riguarda la dimensione dell'efficienza lavorativa, potrebbe migliorare grazie a forme di riconoscimento da parte di colleghi e superiori all'interno del contesto professionale. Una proposta terapeutica alternativa sarebbe stata identificata nel cosiddetto "*job crafting*", che consiste nell'apportare vari cambiamenti nelle modalità di svolgimento della professione, e ciò potrebbe portare ad una diminuzione del burnout (Demerouti, 2014). Sfortunatamente, il campo della ricerca che valuta l'efficacia degli approcci fin qui citati è molto ristretto e gli studi controllati randomizzati che si propongono di testare le varie strategie di riduzione del rischio di sindrome da burnout sono particolarmente rari. Più comuni invece sono i trial con un singolo gruppo di intervento composto da partecipanti volontari, ma per i quali raramente sono programmate valutazioni di *follow-up* (Leiter & Maslach, 2014). Allo stato dell'arte, non è ancora chiaro se la sindrome da burnout sia generalmente sensibile ad un insieme di strategie o se invece sia necessario adattare il provvedimento più efficace in base al contesto lavorativo oggetto di studio: una raccomandazione abbastanza comune enfatizza l'importanza di varie forme di sostegno, come gruppi di supporto di pari o aiuto formale attraverso raccolte regolari di feedback e valutazioni delle performance lavorative; un'osservazione interessante è rappresentata dal fatto che sia gli studenti di medicina che gli specializzandi identifichino nel sostegno un fattore cruciale (Chang et al., 2012), incluso il supporto proveniente dalla facoltà, i propri

pari, relazioni personali estranee al contesto lavorativo e servizi di *counseling*. Per quanto riguarda i professionisti del campo della psichiatria, si suggerisce di valutare il carico lavorativo di frequente, oltre che di sviluppare uno stile di vita più versatile, in cui essi possano diversificare il proprio lavoro (ad esempio attraverso insegnamento part-time, la scrittura e l'estensione dei servizi offerti ad altri tipi di clienti oltre ai pazienti d'ospedale) e/o ingaggiare attività al di fuori dell'ambiente lavorativo (*hobby* o altri interessi personali). I professionisti della salute mentale che svolgono le proprie mansioni presso reparti di emergenza e di cure palliative necessitano di ulteriori raccomandazioni su come gestire la sindrome da burnout (Swetz et al., 2009; Katsounari, 2015): l'enfasi è posta principalmente sul prendersi cura di sé, non solo in termini di salute personale e forma fisica, ma anche per quanto riguarda il benessere psicologico; i professionisti che lavorano a stretto contatto con sopravvissuti a traumi devono essere incoraggiati a lavorare sulle proprie esperienze traumatiche per prevenire che essi diventino dei "guaritori feriti" vittime di traumi secondari. Coloro che lavorano negli ospizi e nei reparti di terapia del dolore possono focalizzarsi sulla spiritualità e sulla natura umana, attraverso la preghiera, la meditazione o servizi religiosi; ulteriori metodi per la cura di sé includono regolari pause dal lavoro e focalizzarsi sugli aspetti positivi della vita, sia al lavoro che a casa, in modo da non essere sopraffatti dalle difficoltà e dalla sofferenza. Un gruppo di ricerca svedese (Sandhal et al., 2011) ha messo a confronto due modalità terapeutiche destinate a lavoratori in congedo a lungo termine dalla propria professione con la diagnosi di "depressione lavoro-correlata": entrambi gli approcci (terapia cognitiva di gruppo e terapia psicodinamica di gruppo) si sono mostrati validi nel facilitare il ritorno dei pazienti alla professione, e non è stata riscontrata alcuna differenza di efficacia tra le due modalità.

1.4 Salute e malattia mentale tra gli operatori sanitari

La sindrome da burnout è stata studiata fin dai primi tempi nel contesto delle "*helping professions*", dal momento che il burnout è più frequente quando una relazione intersoggettiva diretta è parte costante del lavoro e quando viene richiesto un coinvolgimento emotivo significativo e sostenuto; non sorprende, perciò, che il burnout sia tipico delle categorie professionali cosiddette "*high-touch*" (Maslach & Leiter, 1997), che prevedono quindi di aiutare gli altri, che richiedono un elevato grado di empatia verso l'altro e di interesse per le persone. Tali categorie professionali si contrappongono ai lavori

cosiddetti “*high-tech*”, i quali richiedono al lavoratore un interesse maggiormente orientato per le “cose”, un elevato grado di cognizione e che pongono in primo piano il fare carriera, senza interesse verso l’altro.

Il più ampio lavoro di indagine sulla prevalenza della sindrome da burnout tra i professionisti sanitari, più nello specifico dedicati alla cura della salute mentale, è rappresentato da una recente metanalisi (O’Connor et al., 2018) la quale prende in esame dati provenienti da 62 studi di 33 differenti paesi. Da questa revisione della letteratura è emerso che la stima complessiva del punteggio medio delle tre dimensioni del burnout (misurato tramite il *Maslach Burnout Inventory Health Services Survey*, MBI-HSS) è di 21,11 per l’esaurimento emotivo, 6,76 per la depersonalizzazione e 34,60 per la realizzazione personale. Tali risultati indicano che il professionista della salute mentale medio ha un “alto” livello di esaurimento emotivo, un “moderato” livello di depersonalizzazione ma detiene un “alto” livello di realizzazione personale: ciò suggerisce che i lavoratori esaminati potrebbero ancora sentirsi competenti nello svolgere la professione, sebbene riportino di essere provati, sfiniti, spossati e disconnessi. Le stime di prevalenza riportano tassi del 40% per l’esaurimento emotivo (range 8%-59%), 22% per la depersonalizzazione (range 8%-65%) e 19% per bassi livelli di realizzazione personale (range 3%-38%): posto che l’esaurimento emotivo può essere visto come la dimensione centrale del burnout (Maslach & Leiter 2016), la metanalisi indica che il 40% degli intervistati negli studi selezionati ha sofferto di sindrome da burnout. La *review* sistematica dei dati ha riscontrato una correlazione ragionevolmente consistente tra l’aumento dell’età e l’aumentato rischio di depersonalizzazione, ma anche di aumentato senso di realizzazione personale; si è evidenziata anche una consistente relazione tra aumento del carico lavorativo e tasso di sindrome da burnout: tale collegamento solleva delle problematiche, particolarmente in coloro che prestano servizio in *équipe* di medicina generale ed enti pubblici, unità di crisi e in ambienti forensi. Il senso di autonomia e di percepita capacità di influenzare le decisioni sul posto di lavoro è stato associato ad un minor tasso di burnout.

I dati elaborati nella citata metanalisi indicano che, in un quadro di relazioni interpersonali sul posto di lavoro caratterizzate da conflitti irrisolti e ambiguità di ruolo, sussiste un maggior rischio di burnout, mentre sembrano essere dei fattori protettivi la gratificazione per il lavoro svolto e un trattamento equo da parte dei superiori.

Un ambiente di lavoro mutevole è risultato essere fonte di maggiore stress per i professionisti in ambito psichiatrico rispetto ad altri fattori, e ciò può perpetuare il burnout

con maggior probabilità: gli psichiatri si trovano spesso ad avere a che fare con i lati più sfaccettati dei pazienti, e ciò può far sì che essi avvertano una mancanza di punti di riferimento nello svolgimento dell'attività lavorativa. Tale incostanza può essere dovuta a sovraccarico lavorativo, lunghi turni di lavoro, carenza cronica di personale e mancanza di supporto gestionale; il tasso di sindrome da burnout tra gli impiegati nel campo della sanità tende ad essere a livelli medio-alti, ed è riconosciuto ormai come il rischio di burnout in ambito sanitario sia più alto rispetto alla popolazione generale.

Alcuni studi hanno portato alla luce la possibilità che gli psichiatri mostrino un profilo di rischio per il burnout addirittura peggiore rispetto ad altre professioni sanitarie (Dennis et al., 2015; Vic'entic et al., 2010; Martini et al., 2004). Lo psichiatra usa sé stesso come "strumento" lavorativo, inoltre il rapporto medico-paziente evoca nel professionista un ampio spettro di emozioni potenti, come il bisogno di salvare il paziente, un senso di fallimento e frustrazione quando la malattia dell'assistito progredisce o non risponde alla terapia, sentimenti di impotenza verso la patologia; questo rapporto peculiare, inoltre, è associato a perdite, lutto, terrore per lo psichiatra di ammalarsi a sua volta e al desiderio di evitare e separarsi dal paziente per scappare da tali emozioni (Meier et al., 2001). Tra i fattori che rendono la professione dello psichiatra stressante (Deahl & Turner, 1997) rientrano la violenza (o la paura di essa), l'affollamento delle cliniche psichiatriche e dei reparti ospedalieri, elevate richieste lavorative, ambiguità dei ruoli, responsabilità senza autorità, conflitti tra le responsabilità che il professionista ha verso i colleghi e quelle che ha verso i pazienti e l'isolamento dello psichiatra in comunità di salute mentale (Thompson, 1998). Una *review* di Kumar (2007), citando a sua volta un lavoro del 2005 (Kumar et al., 2005), ha esaminato l'interazione tra quattro tipologie di fattori responsabili del burnout: predisponenti, precipitanti, perpetuanti e protettivi. Secondo questo modello delle "quattro P", gli psichiatri potrebbero essere predisposti al burnout grazie ai loro tratti di personalità, che li rendono più inclini ad internalizzare le esperienze stressanti. Anche la formazione potrebbe giocare un ruolo significativo nel causare stress e burnout: gli psichiatri in formazione, infatti, sono coinvolti più da vicino nelle difficoltà personali rispetto agli specializzandi in altre discipline, ed accusano spesso sentimenti di insicurezza, paura e affaticamento (Hoop, 2004). Gli specialisti in psichiatria studiano per condurre interventi verbali e a lungo termine, ma vengono invariabilmente impiegati per fornire modalità di trattamento farmacologico a breve termine (Hafner, 2002). In aggiunta, il carico lavorativo dello psichiatra è in aumento a livello globale, non solo per l'aumento della popolazione, ma

anche per l'innalzamento degli standard terapeutici, l'incremento del coinvolgimento in ruoli amministrativi, un aumento delle aspettative nei confronti dei dottori a fronte di una diminuzione del numero di laureati che decidono di specializzarsi in psichiatria (Kennedy & Griffiths, 2001; Brockington & Mamford, 2002). Sullo sfondo di questi fattori predisponenti, gli psichiatri sono inevitabilmente esposti a dei *triggers* che precipitano il burnout: tra questi la violenza perpetrata dai pazienti (Hubschmidt, 1996), il suicidio dei propri assistiti (Alexander et al., 2000), guardie notturne e avere a che fare con parenti ostili (Rathod et al., 2000). La manifestazione finale del burnout dipende anche da fattori individuali, cioè come ognuno percepisce e risponde a situazioni stressanti: tali fattori (definiti perpetuanti) includono il genere (Cartwright, 1987), i tratti di personalità (Fennig et al., 1991) e la gestione del proprio tempo (Fothergill et al., 2004). Kumar ha individuato, però, anche fattori protettivi dal burnout per la categoria degli psichiatri: lo stile di vita (Garfinkel et al., 2001), il lavoro accademico e l'insegnamento (Clark & Vaccaro, 1987); la professione di docente aggiunta a quella di medico comporta un aumento del carico di lavoro, ma incrementa anche il senso di realizzazione professionale (Rutter et al., 2002).

Un lavoro del 2003 ha evidenziato come l'89% degli psichiatri abbia avuto pensieri o abbia fatto esperienza diretta di un burnout grave (Korkeila et al., 2003), ma vi sono anche altri fattori di rischio critici che potrebbero essere riferiti alla categoria professionale degli psichiatri più che ad altre professioni, primo tra tutti la relazione di lavoro che gli psichiatri ed altri professionisti della salute mentale hanno con persone che stanno vivendo un trauma di ordine psicologico. Le richieste impegnative provenienti da questi ed altri tipi di pazienti possono portare ad un aumento dello stress e della frustrazione tra gli psichiatri, il che a sua volta può aumentare l'esaurimento, il cinismo e l'inefficienza tipici della sindrome da burnout: questo processo è stato descritto come "affaticamento da compassione", "stress traumatico secondario" e "traumatizzazione vicaria" (Maslach et al., 2009; Pross, 2006; Deighton et al., 2007); l'esperienza negativa del burnout può diventare particolarmente soverchiante nei casi in cui il terapeuta diventa bersaglio di rabbia, odio, e persino violenza, come risultato di un *transfert* negativo (Dal Pai et al., 2015): gli incidenti di natura violenta con i pazienti possono essere difficoltosi da gestire sul piano emotivo, il che può indurre i terapisti a distanziarsi psicologicamente dalla professione, oltre che provocare in loro un sentimento di mancanza di controllo sul proprio lavoro, minando in tal modo l'efficienza professionale. Elevati livelli di burnout sono correlati con atteggiamenti negativi nei confronti dei pazienti (Holmqvist et al., 2006) e ad una ridotta qualità della cura dei pazienti

(Aiken et al., 2002): tale collegamento tra burnout e scarsa cura è supportato dalle manifestazioni della sindrome, come ad esempio cambiamenti nel modo di apparire (aspetto affaticato), nei comportamenti (condotta di evitamento, minore contatto visivo) e nel tono dell'umore (aumento dell'irritabilità, agitazione e scarsità di comunicazione). I colleghi rappresentano la fonte di informazioni maggiormente rilevante riguardo al senso di efficienza nella vita professionale: quando le relazioni interpersonali tra colleghi risultano tese, risulta difficoltoso trovare una conferma significativa della propria performance lavorativa. La ricerca sul burnout ha da sempre riconosciuto un ruolo centrale alle relazioni sociali nello sviluppo e nella risoluzione della sindrome: inizialmente l'indagine era rivolta maggiormente al rapporto tra il terapeuta e il bacino d'utenza del servizio sanitario, ma con il tempo, numerosi studi hanno evidenziato come le relazioni con colleghi e superiori sono ugualmente (se non maggiormente) rilevanti riguardo la potenziale esperienza del burnout. Ad esempio, in un lavoro sugli stili di attaccamento dell'adulto nei luoghi di lavoro (Leiter et al., 2015) si era evidenziato come un attaccamento eccessivamente ansioso nel relazionarsi era associato più frequentemente a comportamenti incivili da parte dei colleghi, nonché ad esaurimento e cinismo da parte dell'individuo; al contrario, una condotta di evitamento delle relazioni interpersonali aveva portato ad una minore frequenza di interazioni sociali positive sul posto di lavoro, ed era associato ad un maggior senso di inefficienza: riassumendo, interazioni sociali negative sembrano esaurire le energie e distanziare i professionisti dal proprio lavoro, e l'assenza di interazioni sociali positive porta l'individuo allo sconforto.

Un recente studio (Volpe et al., 2014) ha indagato la presenza di sindrome da burnout e depressione tra 140 professionisti della salute mentale all'inizio della loro carriera (70 psichiatri e 70 in campo non medico): il burnout era presente a livelli "moderati-alti" nel 52% degli psichiatri e nel 28% dei professionisti non-medici, confermando l'aumentato rischio tra i professionisti sanitari; la depressione ha registrati tassi di prevalenza nettamente inferiori (sono stati registrati 3 casi nel gruppo degli psichiatri e 4 nel secondo gruppo, tutti di livello "lieve-moderato"), ma la sua presenza può avere serie conseguenze e dovrebbe essere indagata in ogni caso in cui coesista anche un alto livello di insoddisfazione lavorativa, come nel burnout.

Nel 2009 l'Italia ha partecipato allo studio "*BurnOut Syndrome Study*" (BOSS), concepito da un gruppo di ricercatori dell'*European Federation of Psychiatric Trainees* (EFPT) e dell'*European Psychiatric Association* (Jovanovic et al., 2016): scopo dello studio era valutare i tassi di burnout degli specializzandi in psichiatria in una prospettiva multicentrica e

internazionale. Allo studio hanno partecipato 1980 specializzandi provenienti da 22 paesi: sono stati rilevati, nel complesso, moderati livelli di burnout per tutte e tre le sotto-scale e, tra i partecipanti, 1176 (58,9%) hanno superato il *cut-off* del MBI-GS per l'esaurimento emotivo, 892 (45,1%) quello del cinismo e 414 (20,2%) erano sotto il *cut-off* designato per la soddisfazione professionale. Sono stati registrati, inoltre, 726 casi di burnout severo (36,7%). Secondo il BOSS, un rischio aumentato di burnout è determinato da diversi fattori individuali, come non scegliere la psichiatria come prima opzione professionale, non avere figli e giovane età. Anche dopo aver normalizzato i dati per le differenze individuali, di nazionalità e gli anni di formazione, sono rimasti positivamente associati all'aumentato rischio di burnout severo tre fattori correlati al lavoro: lunghi turni lavorativi, mancanza di supervisione clinica e mancanza di adeguato riposo.

Il campione italiano (Ferrari et al., 2015) era composto per la maggior parte (70%) da specializzandi del primo e secondo anno, i quali hanno riportato livelli moderati di burnout per tutte e tre le sotto-scale (esaurimento emotivo, cinismo e ridotta efficienza professionale) secondo il MBI-GS, e livelli addirittura alti di burnout per quanto riguarda l'efficienza professionale. I dati rilevati hanno evidenziato come i sintomi della depressione (indagata attraverso il *Patient Health Questionnaire-9*, PHQ-9; Pfohl et al., 2018), il sovraccarico lavorativo e l'insoddisfazione professionale predicessero elevati livelli di esaurimento emotivo e depersonalizzazione.

1.5 Salute e benessere tra gli studenti di medicina

La ricerca dagli inizi degli anni 2000 ha posto un ulteriore quesito, se cioè il burnout potesse prendere origine già dagli anni dell'università, ancor prima della *residency*, cioè della specializzazione in un ambito specifico della medicina: la maggior parte dei disturbi e delle malattie mentali dà segno di sé durante l'inizio dell'età adulta (De Girolamo et al., 2019), di conseguenza la ricerca epidemiologica in questo contesto assume un ruolo particolarmente importante, ricerca che può essere condotta in modo efficace grazie alle nuove tecnologie attraverso la somministrazione di sondaggi e questionari online. È quindi fondamentale porre l'attenzione su una questione ad oggi non pienamente affrontata: le patologie psichiatriche all'interno della classe medica (e più in generale di tutti i professionisti in ambito sanitario) possono insorgere e manifestare i primi segni già da studenti, i quali ricoprono un ruolo cruciale nel provvedere alla cura della salute della popolazione generale,

in quanto futuri professionisti (Cuijpers et al., 2019).

Il lavoro più recente di *review* e metanalisi su questo *topic* (Frajer mann et al., 2018) raduna i dati provenienti da 24 studi condotti tra il 2010 e il 2017, confrontando i risultati di 17431 studenti di medicina: la prevalenza di sindrome da burnout in atto è risultata essere del 44,2% (range 33,4%-55,0%), prendendo in esame altri fattori. La prevalenza non aveva differenze di sesso, così come non si è riscontrata differenza nei dati nel corso degli anni: ciò potrebbe stare a significare che un lasso di tempo di soli otto anni potrebbe essere insufficiente; tuttavia, è necessario puntualizzare che l'attenzione nei confronti della sindrome da burnout tra gli studenti di medicina ha portato solo recentemente a delle valutazioni e misurazioni dedicate. La localizzazione geografica degli studi ha influenzato la prevalenza del burnout: Oceania e Medio Oriente hanno riportato livelli maggiori di burnout rispetto all'America Centrale, del Sud e dell'Europa. Come già detto, la sindrome da burnout non si instaura come risultato di un'unica causa: i fattori principali che concorrono allo sviluppo del burnout tra gli studenti di medicina indagati in questa metanalisi includono il programma di studi, lo stress associato alla competizione, gli esami ed il costo effettivo degli studi, così come le occasioni di attività didattica ospedaliera attraverso il sovraccarico lavorativo, l'esposizione alle sofferenze e alla morte dei pazienti e la gestione del tirocinio in generale. Altri fattori esterni potrebbero spiegare la variazione dei dati tra i vari paesi, tra cui soprattutto le condizioni di vita (guerra, terrorismo, povertà ecc.) e lo sviluppo socio-economico dei singoli paesi. L'elevata prevalenza di burnout in fase "attiva" non sorprende affatto in un contesto accademico competitivo e stressante come quello della "*medical school*" ed evidenzia l'elevato livello di sofferenza degli studenti di medicina prima ancora di imbarcarsi verso la specializzazione; data la correlazione con la depressione e l'ansia, tali dati sul burnout potrebbero spiegare l'elevata prevalenza tra studenti di medicina di questi sintomi psichiatrici (Rotenstein et al., 2016): di conseguenza, la presenza di comorbidità tra depressione (ma anche pensieri di suicidio) negli studenti e burnout implica che la prevenzione delle malattie mentali debba coinvolgere anche gli ambienti di studio e di lavoro degli universitari.

Ulteriori fattori sono stati proposti per indagare l'elevata prevalenza di burnout, come il carico quantitativo di lavoro, livelli contrastanti di dipendenza, l'equilibrio tra responsabilità e autonomia, giovane età e il confronto con pazienti sofferenti ed in punto di morte. Un report del 2018 da parte del Ministero della Sanità francese sulla qualità della vita degli studenti di medicina e professioni sanitarie raccomanda, oltre alla diminuzione del carico

lavorativo ed altri provvedimenti fin qui già trattati, di istruire i supervisori e i docenti a riconoscere e gestire i sintomi di distress degli studenti. Un esempio di gestione efficace proviene dalla *Saint Louis University School of Medicine*, la quale dal 2011 segue una strategia su più fronti per portare alla luce tali problematiche durante gli anni preclinici, il che ha ridotto con successo il livello dei sintomi di depressione e ansia tra gli studenti (Slavin et al., 2016). Una *review* sistematica del 2016 (Wasson et al., 2016) ha preso in esame numerose tipologie di interventi finalizzate a migliorare il benessere emotivo degli studenti di medicina: programmi di salute mentale, strutturazione del programma di studi, programmi di benessere e di *mentoring* ecc. La componente essenziale di tali interventi sta nella misurazione continuativa degli *outcome* degli studenti in termini di salute mentale durante tutti gli anni dell'università: sono necessari inoltre provvedimenti volti al cambiamento degli ambienti clinici e scolastici, al fine di ridurre fattori di stress non necessari e creare un *setting* positivo per l'apprendimento e la cura della salute del paziente, senza tralasciare il ruolo svolto dalla compagnia e dal supporto dei pari. Alcuni studenti hanno riportato di aver subito atti di bullismo e umiliazioni in ospedale (Auslender, 2017); è stato riportato che il tipo di *leadership* dei supervisori riveste un ruolo fondamentale nel mantenimento del benessere dei dottori che essi sovrintendono (Shanafelt & Noseworthy, 2017); è necessario incoraggiare il miglioramento delle relazioni tra studenti e supervisori, così come la de-stigmatizzazione del distress psicologico, la promozione della prevenzione e il riconoscimento dei sintomi, dal momento che interventi di questo tipo possono essere considerati come un mezzo per scongiurare lo sviluppo di futuri disturbi psichiatrici.

Dalle argomentazioni affrontate finora appare chiaro come tutte le malattie mentali, in particolare la sindrome da burnout, minaccino una fetta di lavoratori e studenti sempre più giovane, soprattutto nell'ambito sanitario: alcuni fattori come il sovraccarico lavorativo e i sintomi depressivi possono impattare sul singolo individuo già durante la formazione e, se non vengono identificati e trattati in tempo, una volta che il giovane professionista della salute entra nel mondo del lavoro vero e proprio possono sfociare in patologie psichiatriche che influiscono negativamente non solo sul singolo lavoratore, ma anche sull'intera *équipe*. Il mantenimento di una buona salute fisica e mentale tra gli studenti assume quindi un ruolo cruciale nel formare la classe medica del domani; un aspetto chiave in tal senso è quello assunto dalla qualità della vita (*Quality of Life*, QoL).

Il termine qualità di vita (o favorevoli condizioni di vita) indica il benessere di uno o più individui, di un *habitat*, ambiente di lavoro, una comunità, città o nazione. Si tratta di un

argomento trasversale e multidisciplinare che interessa una varietà di individui di specie diverse e comprende aspetti studiati in varie discipline.

Il concetto di qualità della vita trae la sua origine e diventa centrale soprattutto in società che non sono afflitte da problemi di sopravvivenza, che quindi vivono in situazioni di benessere economico, politico e sociale. È dunque solamente nelle società industriali (e soprattutto in quelle avanzate) che si discute sul livello di qualità della vita. Essendo un concetto tanto ampio quanto trasversale, da sempre ci si pone il problema se sia possibile misurarlo, e come: se qualche decennio fa si poneva attenzione piuttosto a degli indici oggettivi e quantificabili (status socio-professionale, età, residenza, reddito), ora invece si tiene conto di elementi più qualitativi (grado di soddisfazione, superamento della privazione relativa e, dunque, accesso alle opportunità migliori, atteggiamenti, comportamenti). Felicità e benessere sono, del resto, due concetti difficilmente misurabili in maniera standardizzata; ciononostante, costituiscono il punto di riferimento essenziale per la qualità della vita, o meglio, ne costituiscono l'obiettivo principale. Cercando dei parametri oggettivi, si può dire che il reddito e l'abitazione siano due elementi di prim'ordine ai fini della valutazione della qualità della vita: abitare in città (e in un quartiere di alto livello) è in genere un indicatore di buona qualità della vita, se paragonato con le privazioni relative di chi soggiorna in campagna (sebbene in tempi recenti sia emersa la nuova realtà della vita rurale come privilegio ambito e idealizzato, in alternativa alla residenza urbana e anzi in opposizione a essa proprio in chiave di migliore qualità della vita). Ma spesso è l'uso del tempo libero a segnare la differenza più notevole fra le diverse possibilità di qualità della vita. Indagando altri aspetti su cui basare una misurazione della qualità della vita, il ruolo della qualità percepita del lavoro ha favorito prospettive di ricerca interessanti. Non a caso è sorta anche la nozione di qualità della vita di lavoro, a sottolineare appunto che l'attività lavorativa impegna ogni individuo per gran parte del suo tempo, per cui l'accertamento della qualità della vita deve passare necessariamente attraverso la percezione della gratificazione nel lavoro svolto. In via approssimativa si può sostenere che a fronte di un PIL abbastanza elevato altrettanto lo sarà il livello di qualità della vita, con stili e comportamenti adeguati alle disponibilità finanziarie presenti in un dato ambito sociale. Anche l'appartenenza a una classe sociale gioca evidentemente in chiave di differenziazione della qualità della vita: in linea di massima è scontato che alle classi più privilegiate è dato usufruire di un livello di qualità della vita superiore a quello goduto dalle cosiddette classi medie. *“Si può dire che la qualità della vita è per un verso dipendente dalla quota di reddito che viene investita per*

beni non indispensabili e per un altro dalla parte di tempo a disposizione per attività non lavorative. Reddito e tempo sono dunque due fonti di qualità della vita: il loro esaurirsi per sopperire a necessità impellenti impedisce di fatto la consapevolezza e la praticabilità della qualità della vita” (Cipriani et al., 1994).

La qualità della vita è quindi un concetto utilizzato per indicare il benessere generale degli individui, il quale include la salute fisica e mentale, la ricchezza, l'ambiente, l'impiego, l'istruzione, il tempo libero e l'appartenenza ad un gruppo sociale: è un concetto multidimensionale che coinvolge fattori interni ed esterni, ed è naturalmente soggetto a delle variazioni nell'arco della vita (Bognar, 2005; Nante et al., 1999).

Il benessere e la qualità della vita degli studenti sono quindi dei fattori fondamentali da indagare e migliorare, al fine di ottenere un miglioramento non solo della salute individuale e collettiva, ma anche delle performance lavorative della classe medica e dei professionisti sanitari in generale.

Uno studio dell'università di Siena condotto tra il 2005 e il 2015 attraverso la somministrazione del questionario *Short Form 36* (SF-36) (Ware & Sherbourne, 1992) ha tuttavia riportato che la qualità della vita (QoL) percepita dagli studenti di medicina durante gli anni dell'università risulta essere minore rispetto alla popolazione generale della stessa età (Messina et al., 2016). La qualità della vita percepita da tutti gli studenti universitari è significativamente minore, e tra gli studenti di medicina ciò può essere giustificato dai momenti di crisi che ogni studente medio vive durante il corso di studi (Tempski et al., 2012): il primo insorge nelle fasi iniziali, in cui è necessario un adattamento che richiede cambiamenti sia nello stile di vita che nel metodo di studio; il secondo momento si verifica attorno alla metà del corso, in quanto aumenta il carico di studio e vi è il primo contatto con la realtà clinica; l'ultima fase della formazione universitaria in medicina è caratterizzata da un numero sempre crescente di richieste, requisiti e responsabilità, i quali si vanno ad aggiungere alle insicurezze tipiche della fine del programma di studi.

Lo studio condotto dall'università di Siena ha evidenziato come non solo gli studenti di medicina abbiano una percezione peggiore del proprio stato di salute, ma anche che provino un maggior senso di disagio a causa dell'elevato carico emotivo al quale sono esposti durante il corso dell'istruzione clinica, come è stato evidenziato anche da Piumatti (2018), il quale ha però sottolineato il ruolo della motivazione personale nel prevenire sintomi di tipo depressivo e di esaurimento. Nello specifico, questo studio ha voluto indagare l'importanza attribuita agli obiettivi nella vita, all'impegno profuso per tali obiettivi e alle aspettative di

successo nell'ottenerli come fattori predittivi di sintomi depressivi tra studenti non ancora laureati: i risultati hanno portato alla conclusione che il ruolo ricoperto dalla motivazione a conseguire obiettivi di vita personalmente significativi è cruciale nel predire il distress psicologico, dal momento che tale motivazione è indipendente da altre variabili psicologiche (nello studio erano state prese in esame la soddisfazione per le scelte accademiche, lo stress finanziario e fattori riguardanti lo stile di vita e lo stato di salute): gli individui, mentre perseguono obiettivi per loro importanti, mostrano strategie cognitive e comportamentali adattative che li aiutano a superare eventuali difficoltà e riducono il rischio di uno scadimento delle condizioni di salute mentale. L'abilità di sviluppare tali strategie nel contesto accademico è perciò fortemente correlata con il livello di benessere psico-fisico negli studenti universitari (Piumatti & Rabaglietti, 2015): ciò implica che la prevenzione e i programmi d'intervento mirati ad incoraggiare gli studenti ad investire le proprie energie in obiettivi di vita importanti possa impedire l'insorgenza di sintomi di distress psicologico, come ad esempio la psicoterapia basata sull'auto-determinazione (Ryan & Deci, 2008), grazie alla quale la motivazione autonoma dei pazienti a realizzare i propri *life goals* incrementa i risultati terapeutici e promuove il benessere, oltre a ridurre eventuali sintomatologie di tipo depressivo (Zuroff et al., 2007).

Gli studenti di medicina rappresentano la forza lavoro del domani e svolgono un ruolo cruciale per la salute della popolazione presente e futura (Molodynski et al., 2020). In tutto il mondo, guadagnare l'accesso alla facoltà di medicina è un processo molto competitivo e, spesso, molto stressante. Sebbene i programmi di studio delle varie scuole mediche siano simili e gli studenti siano generalmente brillanti, energici ed entusiasti, a causa di fattori culturali è probabile che ci siano delle variazioni nello stress percepito dagli allievi, sia tra paesi diversi che all'interno dello stesso paese. I criteri di ammissione al corso di studi possono variare, ma il sottostante fattore comune di estrema competitività comporta che, in genere, solo gli individui altamente motivati riescono ad entrare nelle "*medical schools*". In tempi recenti ci sono stati anche dei cambiamenti dal punto di vista sociale, con un numero sempre maggiore di donne che entrano a far parte del mondo medico (si parla negli ultimi anni di un processo di "femminilizzazione" della medicina; Dacre, 2008).

È ben riconosciuto che tre quarti dei disturbi psichiatrici in età adulta si manifestano prima dei 24 anni, esattamente la stessa vulnerabile fascia d'età in cui gli studenti di medicina svolgono i propri studi e, di solito, lasciano in tal senso la propria casa per la prima volta; tali fattori rendono questa categoria eccezionalmente suscettibile allo sviluppo di malattie

mentali.

Una recente *survey* online condotto tra 4300 dottori e studenti di medicina del Regno Unito (Bhugra et al., 2019) ha rilevato elevati livelli di stress e burnout tra i giovani medici e gli studenti: il 27% ha riportato di aver già ricevuto una diagnosi di disturbi mentali; a complicare il quadro vi è anche il fatto che i giovani medici hanno ammesso di non ricevere l'aiuto di cui hanno bisogno nonostante lo abbiano richiesto, e un partecipante su tre ricorre all'uso di droghe o alcool per gestire i propri sintomi. Il maltrattamento e il nonnismo nei confronti degli studenti di medicina sono stati registrati in molti paesi (Castaldelli-Maia et al., 2012; Cook et al., 2014; Wiebe, 2007). Dati provenienti da altri paesi hanno anche mostrato elevati tassi di disturbi psichiatrici e suicidi tra i dottori e studenti di medicina (Dyrbye et al., 2006, 2008; Milic et al., 2019; Oquendo et al., 2019). Il burnout ed elevati livelli di distress emotivo sono da tempo riscontrati a livello globale tra i dottori in tutte le fasi della loro carriera (West et al., 2016) e sono associati a sovraccarico lavorativo, conflitti, scarsa concentrazione sulla qualità del rapporto di cura e ridotta autonomia professionale (Lee et al., 2013).

Il burnout è stato solo di recente riconosciuto come una sindrome clinica definita, e nonostante i quasi cinquant'anni di ricerca sull'argomento, non vi è univocità di pensiero riguardo ai modelli eziologico-fisio-patologici, sintomatologici, diagnostici e terapeutici della malattia. I dati tra i giovani peraltro scarseggiano, soprattutto se si guarda al quadro italiano, in cui i pochi studi disponibili valutano per lo più la situazione di medici già laureati e affacciati sul mondo del lavoro senza indagare il contesto accademico da cui provengono, in cui la ricerca epidemiologica potrebbe portare ad individuare soggetti predisposti o che già vivono l'esperienza del burnout.

1.6 Obiettivi dello studio

Gli scopi del presente studio erano i seguenti: **a)** valutare la presenza di burnout in un campione ampio di studenti universitari di medicina; **b)** specificare il livello di burnout nella stessa popolazione; **c)** studiare le relazioni tra presenza e/o livello di burnout e lo stato di benessere mentale e/o la presenza di disturbi mentali.

2. MATERIALI E METODI

2.1 Soggetti

Sono stati invitati a partecipare allo studio tutti gli studenti regolarmente iscritti al Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche (UNIVPM) e dell'Università di Foggia (UNIFG). Il campione è stato selezionato da una popolazione di riferimento idealmente composta da studenti universitari di medicina tra i 18 e i 25 anni, reclutati attraverso una mail inviata dagli atenei di riferimento che invitava a compilare una *survey* online utilizzando la piattaforma "Typeform". Lo studio è stato condotto durante il mese di Aprile del 2019.

L'unico criterio di inclusione era di essere correntemente iscritti ad un qualsiasi anno del Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico di Medicina e Chirurgia delle sopracitate università, sia in corso che fuori corso, senza limiti di età, genere o residenza.

Sono stati considerati criteri di esclusione il non essere iscritto al CdLMCU di Medicina e Chirurgia e l'essere iscritto a qualsiasi altra università che non fosse UNIVPM o UNIFG.

2.2 Strumenti psicometrici

Tutti i soggetti reclutati compilavano una scheda *ad hoc* per la rilevazione dei dati socio-demografici e clinici di base (cfr. Tabella III), nonché differenti strumenti psicometrici per la valutazione del burnout, della salute mentale, dell'uso di sostanze e dello stato di salute generale.

In particolare, ai partecipanti veniva somministrato l'*Oldenburg Burnout Inventory* (Demerouti, 2007; Halbesleben & Demerouti, 2005) al fine di indagare i livelli di burnout. L'OLBI (Figura 5) è strutturato in *items* volti a valutare le due dimensioni centrali del burnout, ovvero l'esaurimento emotivo e gli atteggiamenti negativi di distacco dal lavoro, a differenza del più tradizionale MBI (Figura 6) che include anche la dimensione dell'efficienza professionale. Secondo gli autori dell'OLBI infatti, il fallimento professionale non è una dimensione centrale dell'esperienza del burnout, quanto piuttosto una sua conseguenza (Shirom, 1989). Lo studente nel compilare l'OLBI deve indicare il

proprio grado di accordo, numerandolo da 1 a 4 (1= fortemente in disaccordo; 4= fortemente d'accordo), con 16 *items*, 8 per l'esaurimento emotivo e 8 per il distacco dal lavoro. Al fine di spiegare le proprietà psicometriche dell'OLBI è necessario paragonarlo nuovamente con il MBI: quest'ultimo, infatti, conteneva 22 *items* progettati in modo che le dimensioni "negative" del burnout (ossia esaurimento e depersonalizzazione) fossero indagate da frasi formulate in senso negativo (ad esempio "mi sento esaurito dal mio lavoro"), mentre la dimensione positiva dell'efficienza professionale veniva indagata soltanto da frasi formulate in senso positivo (ad esempio "mi sento pieno di energie"), pertanto la valutazione dei due estremi dello spettro (burnout e *engagement*) avveniva separatamente. Da un punto di vista psicometrico, queste scale di valutazione "a senso unico" risultano inferiori ad altre scale che presentano *item* formulati sia positivamente che negativamente (Price & Mueller, 1986). L'OLBI, infatti, è progettato in modo da contenere sia *item* formulati positivamente che negativamente, in modo da poter misurare simultaneamente i due estremi del burnout (ad esempio, "Dopo il lavoro, mi sento abitualmente spossato e sfinito" e "Dopo il lavoro, mi sento abitualmente al massimo della forma per le attività nel mio tempo libero"). L'OLBI ha già dimostrato empiricamente la propria efficacia con diversi mestieri: il coefficiente di *re-test reliability* per entrambe le dimensioni del burnout è .85 (Demerouti et al., 2003). Per lo studio condotto presso la nostra università l'OLBI è stato utilizzato per indagare le sottoscale dell'esaurimento e del *disengagement* dello studente, utilizzando come *cut-off* i valori di 2,25 e 2,1 rispettivamente, come raccomandato da Peterson et al. (2008).

Dopo l'OLBI, ai partecipanti veniva somministrato il *General Health Questionnaire-12 items* (GHQ-12; Zulkefly & Baharudin, 2010) allo scopo di individuare due principali categorie di problemi: l'incapacità di eseguire le proprie funzioni normali sane e la comparsa di nuovi fenomeni di natura stressante (Goldberg & Hillier, 1979). L'attenzione è focalizzata sul cambiamento nel normale funzionamento psichico del soggetto; il questionario non vuole indagare la presenza di disturbi psichici gravi, ma valuta disturbi di personalità o meccanismi di adattamento associati al distress. Nello specifico il GHQ (Figura 7) consente di indagare la presenza di quattro elementi di distress: depressione, ansia, deterioramento sociale e ipocondria (indicata con sintomi somatici). L'autore ritiene che un individuo che incorre in uno di questi stati potrebbe dire di essere "disturbato", emotivamente agitato e alterato rispetto al suo normale stato. La scala indaga quindi la presenza di disturbi psichiatrici di tipo non psicotico. Valuta la presenza e la frequenza di una serie di sintomi non cronici di cui il soggetto ha sofferto nelle ultime settimane. Il questionario comprende

items costituiti da affermazioni positive e che quindi descrivono stati psicologici connotati positivamente o attività quotidiane (ad esempio: “capacità a concentrarsi” o “sentirsi utili”), e da affermazioni negative che descrivono sintomi di disagio psicologico (per esempio: “perdita del sonno” o “incapacità a superare le difficoltà”). Al soggetto è richiesto di confrontare la propria situazione attuale rispetto al suo stato psicologico abituale, scegliendo tra quattro modalità di risposta: “come al solito”, “più del solito”, “meno del solito”, “molto meno del solito”: in questo modo è possibile situare gli individui lungo un *continuum* i cui estremi sono costituiti da una condizione di benessere psicologico, visto come assenza di sintomi psichici e da una condizione di disordine psichico con diversi gradi di gravità. Per quanto riguarda le caratteristiche psicometriche, l’attendibilità mostra il coefficiente di *split-half reliability* di .95, mentre il coefficiente di *test-retest reliability* è di .76 (Goldberg & Williams, 1988). La sensibilità del GHQ è del 95.7% e corrisponde alla proporzione di “casi” di disturbi mentali minori non-psicotici correttamente identificati dal questionario, mentre la specificità è del 87,8% e corrisponde alla proporzione di persone “normali” correttamente segnalate dal questionario (Malt, 1989). Il questionario originale possiede 60 *item*, ma per il nostro studio è stata adottata una delle versioni ridotte, il GHQ-12. Per assegnare il punteggio alla scala si è utilizzato il metodo “GHQ”: si procede dicotomizzando i punteggi e attribuendo il valore 0 nel caso di assenza del sintomo ed il valore 1 nel caso della presenza del sintomo: le risposte agli *items* sono codificate 0-0-1-1. Questo metodo permette solo di avere informazioni sul numero totale dei sintomi percepiti dal soggetto. La versione più corta del GHQ, a 12 *items*, è stata oggetto di diversi studi (Kim et al., 2013): in una ricerca avente lo scopo di validare il GHQ-12 in un campione di donne indiane abitanti in Inghilterra, si è dimostrato che le sue soglie hanno una sensibilità del 96,7% e una specificità del 90% (Jacobs et al., 1997). Una ricerca con giovani adolescenti riporta che il GHQ-12 è una misura valida per questo tipo di popolazione (Tait et al., 2003). Per identificare i “casi” di disturbi mentali minori sono stati presi in considerazione due *cut-off* diversi: il *team* di ricerca inglese, per i dati complessivi, ha utilizzato come *cut-off* un punteggio superiore a 2, come da raccomandazione di Kim et al. (2013), ma per il campione italiano descritto nel nostro studio è stato preso come *cut-off* uno *score* di 6, maggiormente adatto a identificare problemi psicologici in una popolazione di studenti universitari (Zulkefly & Baharudin, 2010).

Ai partecipanti veniva somministrato il questionario CAGE (Ewing, 1984) per condurre un veloce screening in merito all’alcolismo tra gli studenti. Il questionario si compone di 4

domande (Figura 8) alle quali si deve rispondere “sì” o “no”: ogni risposta affermativa è valutata con un punto, e per identificare i casi di alcolismo tra gli studenti, sono stati considerati i punteggi maggiori o uguali a 2 (Masur & Monteiro, 1983). Complessivamente, il questionario CAGE dimostra un buon livello di sensibilità e specificità (Ewing, 1984), tuttavia ha dei limiti nelle persone con problemi alcol correlati meno gravi, con le donne bianche e con gli studenti universitari (Dhalla & Kopec, 2007).

In ultimo, venivano poste allo studente delle domande volte ad indagare l'utilizzo di sostanze riportate in Tabella IV.

2.3 Analisi

È stata condotta l'analisi dei dati statistici da parte del *team* di ricerca inglese, *leader* dello studio, il quale ha poi inviato la sintesi dei dati dei singoli campioni alle università che avevano partecipato allo studio sotto forma di medie o percentuali, con deviazioni standard (DS) e intervalli di confidenza al 95% (IC).

3. RISULTATI

3.1 Campione Sperimentale

Hanno risposto volontariamente alla *survey* online 360 studenti di medicina dell'Università Politecnica delle Marche ($n=319$) e dell'Università di Foggia ($n=41$): l'Italia è stata il quinto campione per ampiezza dello studio internazionale. Le caratteristiche socio-demografiche sono riassunte in tabella VI. Gli studenti coinvolti erano iscritti, in ordine decrescente, al sesto anno del corso di studi ($n=109$; 30,28%) > quinto anno ($n=79$; 21,94%) > primo anno ($n=52$; 14,44%) > quarto anno ($n=50$; 13,89%) > terzo anno ($n=37$; 10,28%) > secondo anno ($n=30$; 8,33%). Di tutti i partecipanti, il 58,33% erano donne ($n=210$) e il 41,67% erano uomini ($n=150$). Tre quarti degli studenti non svolgeva un'altra occupazione durante la formazione medica ($n=281$; 78,06%), la restante parte ($n=79$; 21,94%) era impiegata in attività lavorative di altro tipo al fine di supportare il proprio percorso negli studi. La maggioranza degli studenti ha riferito di non percepire alcun salario ($n=274$; 76,11%), di non essere proprietari di una casa ($n=322$; 89,44%) e il 51,11% ($n=184$) non aveva relazioni intime o famiglia propria. Di seguito le risposte degli studenti riguardo al livello d'istruzione dei genitori: diploma di scuola superiore (o meno) ($n=187$; 51,94%) > laurea magistrale ($n=113$; 31,39%) > laurea triennale ($n=40$; 11,11%) > *GCE A-level equivalent* ($n=13$; 3,61%) > *GCSE/O-level equivalent* ($n=1$; 0,28%) > altri titoli.

3.2 Indici di salute generale e salute mentale

Il 16,39% ($n=59$) degli studenti di medicina ha riferito di aver avuto uno o più contatti con medici di medicina generale, psicologi, psichiatri o psicoterapeuti prima dell'inizio degli studi universitari per problemi legati alle loro malattie mentali (Tabella VII); in aggiunta, a 15 di loro (4,17%) era stato diagnosticato un disturbo mentale prima dell'ingresso alla facoltà di medicina. Le diagnosi riportate sono le seguenti: disturbi d'ansia ($n=9$; 2,5%), depressione maggiore ($n=3$; 0,83%), e disturbi dell'alimentazione ($n=3$; 0,83%), disturbo da deficit di attenzione e iperattività motoria (ADHD) e disturbi dello spettro autistico ($n=2$; 0,55%). Inoltre, 18 di loro assumeva farmaci psicotropi prima della "*medical school*": benzodiazepine ($n=14$; 3,88%) > antidepressivi ($n=6$; 1,66%) > antipsicotici ($n=2$; 0,55%).

Trentuno (8,6%) studenti hanno ricevuto una diagnosi di disturbi mentali mentre seguivano gli studi di medicina. Diciotto (5%) di loro sono stati diagnosticati con un disturbo d'ansia, nove con un disturbo depressivo associato ($n=2$) o meno ($n=7$) ad un disturbo di personalità, due con un disturbo dell'alimentazione, uno con un disturbo dello spettro dell'ADHD e uno con la sindrome da burnout, probabilmente correlata con la formazione medica. Ventisei di questi 31 studenti con una diagnosi clinica erano in trattamento psicofarmacologico con: benzodiazepine ($n=13$) > antidepressivi ($n=8$) > altri farmaci (Tabella VII).

Un numero maggiore di studenti ($n=63$; 17,5%), pur non avendo una diagnosi di disturbi mentali, hanno riferito di essere attualmente in contatto con medici di medicina generale o altri professionisti di salute mentale per problemi correlati al malessere o alla malattia mentale.

I dati sulle fonti di stress sono riportati in Tabella VIII.

Per quanto riguarda il punteggio del GHQ-12 (Tabella V-VII), il 74% ha superato il *cut-off* proposto da Molodynski di 2, mentre il 44% ha superato il *cut-off* di 6 scelto da noi; il punteggio medio GHQ-12 è stato di $5,22 \pm 3,17$ (DS), al di sotto quindi del *cut-off* considerato per il nostro studio.

3.3 Indici di burnout

Il 79% ($n=284$) degli studenti (Tabella V) superava il *cut-off* (Peterson et al., 2008) per la sotto-scala del *disengagement*, mentre l'84% ($n=302$) superava il *cut-off* per l'esaurimento. Si è registrata una media dello score OLBI complessivo di $2,59 \pm 0,41$ (DS), con una media di $2,40 \pm 0,43$ per il *disengagement* e $2,78 \pm 0,47$ per l'esaurimento, entrambi leggermente sopra i *cut-off*.

3.4 Uso di sostanze

Tra gli studenti di medicina italiani (Tabella VII), il 13,6% ($n=49$) ha ammesso di avere problemi a smettere di bere, il 5,83% ($n=21$) si è detto innervosito dal fatto che le persone criticassero il fatto che bevessero, il 13,9% ($n=50$) si sentiva in colpa a bere e il 3,1% ($n=11$) ha come primo pensiero appena svegli l'alcool. Nel complesso, l'8,9% degli studenti ($n=32$)

è stato identificato a rischio di problemi di salute correlati all'alcool, avendo superato il *cut-off* ≥ 2 del questionario CAGE. Inoltre, il 7,78% di loro ($n=28$) ha riportato l'assunzione di sostanze non soggette a prescrizione medica o di farmaci soggetti a prescrizione medica fuori dal normale utilizzo; le sostanze riportate sono state le benzodiazepine (2,5%) > iperico (0,8%) > marijuana (0,6%) > altre; la frequenza di utilizzo si è rivelata relativamente bassa, in ordine decrescente una volta l'anno ($n=12$; 3,3%) > diverse volte l'anno ($n=9$; 2,5%) > quotidianamente ($n=3$; 0,8%) > mensilmente=settimanalmente ($n=2$; 0,6%). Il 9,17% degli studenti coinvolti ($n=33$) ha riportato l'utilizzo di farmaci con l'intento di migliorare la propria concentrazione (escludendo bevande a base di caffeina e altri *energy drink*), come integratori multivitaminici (5,5%), modafinil (0,8%) e metilfenidato (0,3%), con bassa frequenza, in ordine decrescente una volta l'anno ($n=15$; 4,17%) > diverse volte l'anno ($n=10$; 2,78%) > quotidianamente ($n=4$; 1,11%) > mensilmente ($n=2$; 0,56%) > settimanalmente ($n=1$; 0,28%). È stato riportato l'utilizzo di altre sostanze illecite, come la cannabis ($n=74$; 20,56%) > cocaina ($n=4$; 1,11%) > ecstasy ($n=3$; 0,8%) > ketamina ($n=2$; 0,6%) > anfetamine=oppiacei ($n=1$; 0,3%) > altre. Soltanto ventuno studenti (5,8%) hanno ammesso preoccupazione riguardo il loro uso sbagliato o abuso di sostanze (Tabella IX).

4. DISCUSSIONE

La *survey* condotta tra gli studenti italiani (Tabelle V-VI-VII-VIII) ha aggiunto delle evidenze in merito ai problemi di salute degli studenti di medicina già indagati nel nostro paese (Piumatti, 2018; Pighi et al., 2018). I dati raccolti dal nostro studio sono stati poi uniti a quelli provenienti da altri 12 paesi (per la sintesi complessiva dei numeri e dei risultati consultare Figura 9 e Tabella V): il campione italiano, formato da 360 studenti, ha costituito circa il 10% del campione complessivo ($n=3766$) dello studio di Molodynski et al. (2020), risultando il quinto paese per numerosità campionaria (Tabella V).

La maggior parte degli studenti di medicina non aveva un secondo impiego, un salario o una propria abitazione, come confermato da altri studi inglesi condotti su popolazioni simili (Bhugra et al., 2019): ciò probabilmente sta a significare che la maggioranza degli studenti vive con la propria famiglia d'origine ed è economicamente supportata dai genitori ($n=184$; 51,11% ha riportato di non avere relazioni intime); si potrebbe anche ipotizzare che gli studenti con problemi di salute mentale che vivono a contatto con la propria famiglia siano più inclini ad essere prontamente identificati, aumentando così le possibilità che cerchino aiuto.

Le diagnosi di disturbi psichiatrici tra gli studenti di medicina italiani variano tra l'8,6% ($n=31$) durante gli studi universitari al 16,4% ($n=59$) prima dell'ingresso alla facoltà di medicina (Tabella VII): questi risultati sembrano più bassi rispetto a quelli registrati nel Regno Unito (Bhugra et al., 2019), in cui il 27% ha ricevuto una diagnosi di malattia mentale nell'arco della vita e il 7% ha ammesso di averla ricevuta nell'ultimo anno.

La formazione medica italiana non è sembrata avere un'influenza significativa sullo sviluppo di nuove malattie mentali: tra le fonti di stress riportate, gli "studi" non hanno raggiunto le percentuali del "denaro" (Tabella VIII), e anche facendo il confronto con gli altri paesi l'istruzione medica nostrana non sembra impattare negativamente sulla salute mentale (a differenza di Marocco e Hong Kong, in cui gli studi sono fonte di stress per il 90% e il 98% degli intervistati, rispettivamente).

Come anche riscontrato tra gli studenti di medicina inglesi, in cui il 67% ha riportato di non fare utilizzo di alcool, droghe o farmaci per gestire la propria salute mentale (Bhugra et al., 2019), nel nostro campione le percentuali di abuso di alcool (inteso come positività al

questionario CAGE), droghe illecite e consumo problematico di sostanze sono risultate basse (da 7,8% a 22,8%): ciò potrebbe essere spiegato dal *background* d'istruzione degli studenti e dal loro atteggiamento di cura della salute. Gli studenti italiani hanno riportato tassi di consumo di alcool e sostanze in linea con la media complessiva (Tabella IX) del lavoro internazionale (Molodynski et al., 2020): la sostanza più utilizzata è risultata la cannabis ($n=74$; 20,56%), il che rende l'Italia un'eccezione tra quei paesi in cui la regione prevalente condanna e vieta il consumo di droghe; conoscendo gli effetti dannosi dell'utilizzo di cannabis sulla salute mentale (*National Academies of Sciences, Engineering & Medicine*, 2017), specialmente nei giovani adulti, tale dato richiede attenzione e deve costituire una fonte di preoccupazione per i docenti ed i responsabili politici. Facendo un altro paragone, nello studio inglese tra coloro che avevano ricevuto una diagnosi psichiatrica il 62% ha ammesso di fare uso di alcool, droghe o farmaci auto-prescritti, confrontato con il 39% che non aveva mai ricevuto una diagnosi di malattia mentale: per questo motivo sono necessarie ulteriori ricerche comparative al fine di esplorare le differenze culturali.

L'uso di *cognitive enhancers* è risultato inferiore tra gli studenti di Ancona e Foggia (33%) rispetto a quelli di Modena, dove un recente studio (Pighi et al., 2018) ha evidenziato come il 74,7% degli studenti di medicina faccia uso di sostanze o farmaci al fine di migliorare le proprie funzioni cognitive e le *performance* nello studio durante il corso dei loro studi.

Inaspettatamente, il livello di sindrome da burnout del campione italiano (Tabella VII), così come misurato dall'OLBI (gli score medi per il *disengagement* e per l'esaurimento sono stati rispettivamente $2,40 \pm 0,43$ e $2,78 \pm 0,47$), è abbastanza basso se confrontato con gli studenti inglesi, tra i quali vi era una maggiore probabilità di essere ad alto rischio di burnout (91%; Bhugra et al., 2019; Jovanovic et al., 2019; Volpe et al., 2014): questo dato potrebbe essere dovuto a diversi fattori non indagati in questa sede, come per esempio la diversa struttura dei corsi di studi medici italiani e inglesi, i livelli di competitività e le differenze nel supporto gestionale delle emozioni e nel supporto familiare. A livello internazionale (Molodynski et al., 2020), diversi paesi hanno mostrato tassi più alti di burnout, indice che sono necessari ulteriori lavori per fare paragoni e contrasti tra studenti di nazionalità diverse: le percentuali di *disengagement* (79%) e di esaurimento (84%) sono risultate simili alla media complessiva dello studio, il che apre la possibilità al fatto che il concetto di burnout possa essere più accettato dall'individuo rispetto ad altri disturbi psichiatrici. Inoltre (Gascon et al., 2013; Priebe et al., 2004; Shanafelt et al., 2010), il burnout potrebbe riflettere una problematica di

sistema piuttosto che individuale: la ricerca qualitativa potrebbe aiutare in tal senso. In ogni caso, il campione italiano ha totalizzato una media dei punteggi di poco superiore ai *cut-off* delle sotto-scale OLBI: sebbene sia accertato che molte categorie professionali abbiano tassi più elevati di burnout (Marek et al., 2017) e di scarso benessere mentale e che la popolazione studentesca sia ritenuta in generale più vulnerabile (Auerbach et al., 2018), tali dati meritano attenzione e vanno approfonditi.

I dati del GHQ-12 degli studenti italiani mostrano un punteggio medio di $5,22 \pm 3,17$ (Tabella VII); a questo punto però non è stato possibile effettuare un confronto ottimale con i dati internazionali, in quanto il *team* coordinatore (Molodynski et al., 2020) utilizzava come *cut-off* per i “casi” di disturbi psichiatrici minori un punteggio molto minore rispetto a quello considerato per il nostro studio (rispettivamente 2 e 6). Su 360 studenti italiani partecipanti, meno della metà ($n=159$; 44%) è stata identificata come “caso” dal GHQ-12: sebbene questo dato sia minore rispetto a quello elaborato da Molodynski per il nostro stesso campione (74% utilizzando come *cut-off* 2) non va trascurato, in quanto riflette una situazione di mancanza di completo benessere e salute mentale tra gli studenti.

Come già puntualizzato precedentemente, sono ben pochi gli studi che indagano la situazione di benessere psico-fisico e la prevalenza di disturbi mentali tra i giovani studenti di medicina, i quali sono peraltro una popolazione doppiamente a rischio da questo punto di vista: sia perché sono studenti, sia perché vivono un contesto lavorativo, quello delle “*helping professions*”, più stressante degli altri. Il nostro studio offre un primo sguardo su una popolazione non ancora caratterizzata a dovere in materia di salute mentale, che infatti risente negativamente della mancanza di strumenti di supporto psicologico proprio in conseguenza del fatto che la malattia mentale è ancora fonte di stigma sociale, diminuendo in tal modo la ricerca di aiuto da parte di chi soffre di disturbi psichiatrici: i dati raccolti mostrano che una certa percentuale di studenti di medicina italiani ha riportato delle condizioni psicologiche, per contrastare le quali fanno ricorso al consumo di alcool e droghe anziché rivolgersi ad un professionista.

Lo studio non è risultato privo di limitazioni: si è basato su una *survey* online che, pur garantendo l’anonimato, comportava l’adesione su base volontaria, di conseguenza coloro che soffrono di un qualsiasi problema di salute mentale sono stati probabilmente più inclini a rispondere (anche se il gran numero di risposte pervenute dagli studenti di Ancona ha ridotto questa possibilità). I dati sulle diagnosi di disturbi mentali, utilizzo di sostanze e medicinali

erano inoltre autodescritti, non supportati da un'intervista *face-to-face*.

Dal momento che gli studenti di medicina saranno i professionisti della salute del domani e che il loro ruolo nello sviluppo della prossima generazione di medici è cruciale, ogni facoltà di medicina dovrebbe adottare una strategia di sorveglianza sulle condizioni di salute dei propri iscritti, considerando anche le malattie mentali in modo da identificare dei fattori di rischio ad uno stadio precoce, mettere a punto degli interventi tempestivi e fornire gli opportuni ed appropriati aiuti nel minor tempo possibile (Christensen et al., 2017; Reynolds e Patel, 2017). Inoltre, sono necessari ulteriori lavori volti ad indagare le possibili associazioni tra le variabili legate alla formazione medica e lo sviluppo di malattie mentali, anche per comprendere meglio i bisogni degli studenti, ridurre i fattori di rischio ed offrire supporto appropriato a coloro che accusano distress emotivo o condizioni cliniche definite (Bhui et al., 2016).

BIBLIOGRAFIA

Ahola K, Hakanen J. Burnout and health. In: Leiter MP, Bakker AB, Maslach C (eds). *Burnout at work: a psychological perspective*. London: Psychology Press, 2014:10-31.

Ahola K, Hakanen J. Job strain, burnout, and depressive symptoms: a prospective study among dentists. *J Affect Disord* 2007;104:103-10.

Ahola K. *Occupational burnout and health*. People and Work Research Reports 81. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, 2007.

Aiken L H, Clarke S P, Sloane D M et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, burnout and job dissatisfaction. *JAMA* 2002;288:1987-93.

Aldridge R W, Story A, Hwang S W, et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2018;391(10117):241-250.

Alexander D A, Klein S T, Gray N M et al. Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *Br Med J* 2000;320:1571-4.

Auerbach R P, Mortier P, Bruffaerts R, Alonso J, Benjet C, Cuijpers P, Demyttenaere K, Ebert D D, Green J G, Hasking P, Murray E, Nock M K, Pinder-Amaker S, Sampson N A, Stein D J, Vilagut G, Zaslavsky A M, Kessler R C WHO WMH-ICS Collaborators. (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence

Auslender V. *Omerta à l'hôpital: le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*. Editions Michalon; 2017.

Bakker A B, Demerouti E. The Job Demands-Resources model: state of the art. *J Manag Psychol* 2007;22:309-28.

Bakker A B, LeBlanc P M, Schaufeli W B. Burnout contagion among intensive care nurses. *J Advanc Nurs* 2005;51:276-87.

Bakker A B, Leiter M P (eds). *Work engagement: a handbook of essential theory and research*. New York: Psychology Press, 2010.

Bennett A, "General Adaptation Syndrome Stages, Phases & Model". Sanesco Blog (2016).

Bhugra D, Sauerteig S O, Bland D, Lloyd-Kendall A, Wijesuriya R, Singh G, Ventriglio A (2019). A descriptive study of mental health and wellbeing of doctors and medical students in the UK. *International Review of Psychiatry*.

Bhui K S, Fiorillo A, Stein D, Okasha T, Ndeti D, Lam L, Maj M (2016). Improving education, policy and research in mental health worldwide: The role of the WPA Collaborating Centres. *World Psychiatry*, 15(3), 300. doi:10.1002/wps.20360

Bognar G. The concept of quality of life. *Soc Theory Pract* 2005; 31(4): 561-80.

Brockington I, Mumford D. Recruitment into psychiatry. *Br J Psychiatry* 2002;180:307-12.

Cartwright L K. Role montage: life patterns of professional women. *J Am Med Women Assoc* 1987;42:142-3.

Castaldelli-Maia J M, Martins S S, Bhugra D, Machado M P, Andrade A G d, Alexandrino-Silva C, Baldassin S, de Toledo Ferraz Alves T C (2012). Does ragging play a role in medical student depression— cause or effect? *Journal of Affective Disorders*, 139(3), 291–297.

Castaldelli-Maia J M, Martins S S, de Oliveira L G, van Laar M, de Andrade A G, Nicastrì S (2014). Use transition between illegal drugs among Brazilian university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(3), 385–394.

Cavanagh J T, Carson A J, Sharpe M, Lawrie S M. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003; 33: 395–405.

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.

Cherniss C. Staff burnout: job stress in the human services. Beverly Hills: Sage, 1980

Christensen H, Reynolds C R, Cuijpers P (2017). Protecting youth mental health, protecting our future. *World Psychiatry*, 16(3), 327–328.

Chrousos G P, Gold P W. The concepts of stress and stress system disorders. Overview of physical and behavioral homeostasis [published correction appears in *JAMA* 1992 Jul 8;268(2):200]. *JAMA*. 1992;267(9):1244-1252.

Clark G H, Vaccaro J V. Burnout among CMHC psychiatrists and the struggle to survive. *Hosp Commun Psychiatry* 1987;38:843-7.

Clement S, Schauman O, Graham T, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol med* 45:11-27. Doi. 2015.

Cole M G, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1147-56.

Cook A F, Arora V M, Rasinski K A, Curlin F A, Yoon J D (2014). The prevalence of medical student mistreatment and its association with burnout. *Academic Medicine*, 89(5), 749-754.

Cooper C L, Dewe P (2004). Blackwell brief histories of psychology. *Stress: A brief history*. Blackwell Publishing.

Cournos F, McKinnon K, Sullivan G. Schizophrenia and comorbid human immunodeficiency virus or hepatitis C virus. *J Clin Psychiatry* 2005; 66 (suppl 6): 27-33.

Cuijpers P, Auerbach R P, Benjet C, et al. Introduction to the special issue: The WHO World Mental Health International College Student (WMH-ICS) initiative. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2019;28:e1762.

Dacre J (2008). Are there too many female medical graduates? No. In *BMJ (Clinical research ed.)*.

Dal Pai D, Lautert L, Souza S B C et al. Violence, burnout and minor psychiatric disorders in hospital work. *Rev Esc Enferm USP* 2015;49:457-64.

De Girolamo G, McGorry P D, Sartorius N (Eds.) (2019). *Age of onset of mental disorders: Etiopathogenetic and treatment implications* Springer.

Deahl M, Turner T. General psychiatry in no-man's land. *Br J Psychiatry* 1997;171:6-8.

Deighton R M, Gurriss 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.

Demerouti E, Bakker A B (2007). The Oldenburg Burnout Inventory: A good alternative to measure burnout and engagement. *Handbook of Stress and Burnout in Healthcare*.

Demerouti E, Bakker A B, Vardakou I, Kantas A (2003). The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 18, 296-307.

Demerouti E. Individual strategies to prevent burnout. In: Leiter M P, Bakker A B, Maslach C (eds). *Burnout at work: a psychological perspective*. London: Psychology Press, 2014:32-55.

Dennis N M, Swartz M S. Emergency psychiatry experience, resident burnout, and future plans to treat publicly funded patients. *Psychiatr Serv* 2015;66:892-5.

Dhalla S, Kopec J A. The CAGE questionnaire for alcohol misuse: a review of reliability and validity studies. *Clin Invest Med*. 2007;30(1):33-41.

Dyrbye L N, Thomas M R, Massie F S, Power D V, Eacker A, Harper W, Durning S, Moutier C, Szydlo D W, Novotny P J, Sloan J A, Shanafelt T D (2008). Burnout and suicidal ideation among US medical students. *Annals of Internal Medicine*, 149(5), 334.

Dyrbye L, Thomas M, Shanafelt T (2006). Systematic review of depression, anxiety and other indicators of psychological distress among US and Canadian medical students. *Academic Medicine*, 81(4), 354–373.

Eaton W W, Armenian H, Gallo J, Pratt L, Ford D E. Depression and risk for onset of type II diabetes. A prospective population-based study. *Diabetes Care* 1996; 19: 1097–102.

Ewing J A (1984). Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA*, 252(14), 1905–1907.

Famlonga A. “Lo stress: le sue origini, gli effetti e le sue soluzioni”. *Essere Integrale* blog. 2018.

Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta regression analysis. *PLoS Med*. 2008;5(12):e225.

Feldt T, Rantanen J, Hyvonen K et al. The 9-item Bergen Burnout Inventory: factorial validity across organizations and measurements of longitudinal data. *Ind Health*

2014;52:102-12.

Ferrari S, Cuoghi G, Mattei G, Carra E, Jovanovic N, Beezhold J, Rigatelli M, Galeazzi G M, Pingani L (2015). Young and burnt? Italian contribution to the international BurnOut Syndrome Study (BOSS) among residents in psychiatry. *Medicina Del Lavoro*.

Firth H, McKeown P, McIntee J et al. Professional depression, "burnout" and personality in longstay nursing. *Int J Nurs Studies* 1987;24:227-37.

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.

Frajerma A, Morvan Y, Krebs M O, Gorwood P, Chaumette B (2019). Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 55, 36–42.

Freudenberger H J (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165.

Freudenberger H J, Richelson G. Burn-out: the high cost of high achievement. Garden City: Doubleday, 1980.

Friedman M, Rosenman R H. Association of specific overt behaviour pattern with blood and cardiovascular findings; blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. *J Am Med Assoc*. 1959;169(12):1286-1296.

Garfinkel P E, Bagby R M, Schuller D R et al. Predictors of success and satisfaction in the practice of psychiatry: a preliminary followup study. *Can J Psychiatry* 2001;46:835-40.

Gascon S, Leiter M P, Andres E et al. The role of aggression suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *J Clin Nurs* 2013;22:3120-9.

Gil-Monte P R, Figueiredo-Ferraz H H. Psychometric properties of the "Spanish Burnout Inventory" among employees working with people with intellectual disability. *J Intell Disabil Res* 2013;57:959-68.

Goldberg D P (1988). A user's guide to the General Health Questionnaire / David Goldberg and Paul Williams. - Version details - Trove. NFER-Nelson Publishing Company Limited.

Goldberg D P, Hillier V F (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*.

Guilliams T, "Is It Adrenal Fatigue? Reassessing the Nomenclature of HPA Axis Dysfunction." ZRT laboratory blog (2017).

Hafner H. Psychiatry as a profession. *Nervenarzt* 2002;73:33-40.

Halbesleben J R B, Demerouti E (2005) The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory, *Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations*, 19:3, 208-220.

Halbesleben J R B, Demerouti E (2005) The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory, *Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations*, 19:3, 208-220.

Henderson C, Noblett J, Parke H, Clement S, Caffrey A, Gale-Grant O, et al. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(6):467-82.

Hobfoll S E, Freedy J. Conservation of resources: a general stress theory applied to burnout. In: Schaufeli W B, Maslach C, Marek T (eds). *Professional burnout: recent developments in theory and research*. New York: Taylor & Francis, 1993:115-29.

Holloway F, Szmukler G, Carson J. Support systems. 1. Introduction. *Advances in Psychiatric Treatment* 2000;6:226-35.

Holmqvist R, Jeanneau M. Burnout and psychiatric staff's feelings towards patients. *Psychiatry Res* 2006;145:207-13.

Hoop J G. Hidden ethical dilemmas in psychiatric residency training: the psychiatry resident as dual agent. *Acad Psychiatry* 2004; 28:183-9.

Hubschmidt T. The prosecution of violent psychiatric inpatients; one respectable intervention. *Psychiatr Prax* 1996;23:26-8.

Human Resources for Health, 11(1), 48.

Jacob K S, Bhugra D, Mann A H (1997). The validation of the 12-item General Health Questionnaire among ethnic Indian women living in the United Kingdom. *Psychological Medicine*.

Jovanovic N, Beezhold J, Tateno M, Barrett E, Vlachos I, Fiorillo A, Podlesek A (2019). Depression and suicidality among psychiatric residents – results from a multi-country study. *Journal of Affective Disorders*, 249, 192–198.

Jovanović N, Podlesek A, Volpe U, Barrett E, Ferrari S, Rojnic Kuzman M, Wuyts P, Papp S, Nawka A, Vaida A, Moscoso A, Andlauer O, Tateno M, Lydall G, Wong V, Rujevic J, Platz Clausen N, Psaras R, Delic A, Beezhold J (2016). Burnout syndrome among psychiatric trainees in 22 countries: Risk increased by long working hours, lack of supervision, and psychiatry not being first career choice. *European Psychiatry*, 32, 34–41.

Karasek R, Baker D, Marxer F, Ahlbom A, Theorell T. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *Am J Public Health*. 1981;71(7):694-705.

Katsounari I. The road less traveled and beyond: working with severe trauma and preventing burnout. *Burnout Res* 2015;2:115-7.

Kennedy P, Griffiths H. General psychiatrists discovering new roles for a new era and removing work stress. *Br J Psychiatry* 2001;179: 283-5.

Kim Y J, Cho M J, Park S, Hong J P, Sohn J H, Bae J N, Jeon H J, Chang S M, Lee H W, Park J-I (2013). The 12-item general health questionnaire as an effective mental health screening tool for general korean adult population. *Psychiatry Investigation*, 10(4), 352–358.

Korkeila J A, Toyry S, Kumpulainen K et al. Burnout and self-perceived health among Finnish psychiatrists and child psychiatrists: a national survey. *Scand J Publ Health* 2003;31:85-91.

Kristensen T S, Borritz M, Villadsen E et al. The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work Stress* 2005;19: 192-207.

Kumar S (2007). Burnout in psychiatrists. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*.

Kumar S, Hatcher S, Huggard P. Burnout in psychiatrists: an aetiological model. *Int J Psychiatry Med* 2005;35:405-16.

Kuper H, Marmot M, Hemingway H. Systematic review of prospective cohort studies of psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease. *Semin Vasc*

Med 2002; 2: 267–314.

Laursen T M, Munk-Olsen T, Nordentoft M, Mortensen P B. Increased mortality among patients admitted with major psychiatric disorders: a register-based study comparing mortality in unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2007; 68:899–907.

Lazarus R S, *Psychological Stress and the Coping Process*, New York, Toronto, London, McGraw-Hill Book Co., 1966.

Lee R T, Seo B, Hladkyj S, Lovell B L, Schwartzmann L (2013). Correlates of physician burnout across regions and specialties: A meta-analysis.

Leiter M P, Day A, Gilin-Oore D et al. Getting better and staying better: assessing civility, incivility, distress and job attitudes one year after a civility intervention. *J Occupat Health Psychol* 2012;17:425-34.

Leiter M P, Day A, Price L. Attachment styles at work: measurement, collegial relationships, and burnout. *Burnout Res* 2015;2:25-35.

Leiter M P, 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.

Leiter M P, Laschinger H K, Day A et al. The impact of civility interventions on employee social behavior, distress, and attitudes. *J Appl Psychol* 2011; 96:1258-74

Leiter M P, Maslach C (2016). Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. *Burnout Research*.

Leiter M P, Maslach C. Areas of worklife: a structured approach to organizational predictors of job burnout. In: Perrewe P L, Ganster D C (eds). *Research in occupational stress and well-being*, Vol. 3. Oxford: Elsevier, 2004:91-134

Leiter M P, Maslach C. Interventions to prevent and alleviate burnout. In: Leiter M P, Bakker A B, Maslach C (eds). *Burnout at work: a psychological perspective*. London: Psychology Press, 2014:145-67.

Leiter M P, Maslach C. Nurse turnover: the mediating role of burnout. *J Nurs Manage* 2009;17:331-9.

Leon M R, Halbesleben J R B, Paustian-Underdahl S C. A dialectical perspective on burnout and engagement. *Burnout Res* 2015;2:87-96.

Mai Q, Holman C D J, Sanfilippo F M, et al. Mental illness related disparities in diabetes prevalence, quality of care and outcomes: a population-based longitudinal study. *BMC Med.* 2011.

Malla A K, Cortese L, Shaw T S, Ginsberg B (1990). Life events and relapse in schizophrenia: A one year prospective study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 221–224.

Malt U F (1989). The validity of the General Health Questionnaire in a sample of accidentally injured adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.

Marek T, Schaufeli W B, Maslach C (2017). Professional burnout: Recent developments in theory and research. Routledge.

Martini S, Arfken C L, Churchill M A et al. Burnout comparison among residents in different medical specialties. *Acad Psychiatry* 2004;28:240-2.

Maslach Burnout Inventory™ Manual 4th Edition by Christina Maslach, Susan E Jackson, and Michael P Leiter Copyright © 1996–2018.

Maslach C (1982). Burnout the cost of caring. Pretenci-Hall, 326.

Maslach C (2017). Burnout: a Multidimensional Perspective. In *Professional Burnout* (pp. 19–32). Routledge.

Maslach C Goldberg J. Prevention of burnout: new perspectives. *App Prevent Psychol* 1998;7:63-74.

Maslach C, Courtois C. Burnout. In: Reyes G, Elhai J, Ford J (eds). *Encyclopedia of psychological trauma*. Hoboken: Wiley, 2009:103-7.

Maslach C, Jackson S E (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*.

Maslach C, Jackson S E, Leiter M P (eds). *Maslach Burnout Inventory manual*, 3rd ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1996

Maslach C, Leiter M P (1997). The truth about burnout. In *Atlantic*.

Maslach C, Leiter M P (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111.

Maslach C, Leiter M P. Burnout and engagement in the workplace: a contextual analysis. In: Urdan T (ed). *Advances in motivation and achievement*, Vol. 11. Stamford: JAI Press, 1999:275-302.

Masur J, Monteiro M G (1983). Validation of the “CAGE” alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*¼ *Revista Brasileira de Pesquisas Medicas e Biologicas*, 16(3), 215–218.

Mathers C D, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006, 3: e442.

Meier D E, Back A L, Morrison R S. The inner life of physicians and care of the seriously ill. *JAMA* 2001;286:3007-14.

Meier S T. The construct validity of burnout. *J Occupat Psychol* 1984;57: 211-9.

Messina G, Quercioli C, Troiano G, Russo C, Barbini E, Nisticò F, Nante N (2016). Italian medical students quality of life: Years 2005-2015. *Annali Di Igiene*, 28(4), 245–251.

Milic J, Skrlec I, Vranjes, I M, Podgornjek M, Heffer M (2019). High levels of depression and anxiety among Croatian medical and nursing students and the correlation between subjective happiness and personality traits. *International Review of Psychiatry*, 31, 653–660.

Molodynski A, Lewis T, Kadhum M, Farrell S M, Chelieh M L, De Almeida T F, Masri R, Kar A, Volpe U, Moir F, Torales J, Castaldelli-Maia J M, Chau S W H, Wilkes C, Bhugra D (2020): Cultural variations in wellbeing, burnout and substance use amongst medical students in twelve countries, *International Review of Psychiatry*.

Morgan S R, Krehbiel R. The psychological condition of burned-out teachers with a nonhumanistic orientation. *J Human Educat Develop* 1985;24:59-67.

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.

Nante N, Groth N, Guerrini M, Galeazzi M, Kodraliu G, Apolone G. Using the SF-36 in a rural population of elderly in Italy. A pilot study. *J Prev Med Hyg* 1999; 40: 1-7.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (NASEM). (2017). The health effects of cannabis and cannabinoids: The current state of evidence and recommendations for research. National Academies Press.

National Institute for Occupational Safety and Health, Stress at Work. 1999, DHHS (NIOSH) Publication No.99-101, <http://www.cdc.gov/niosh/stresswk.html>: Cincinnati, OH.

O'Connor K, Muller Neff D, Pitman S (2018). Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry*, 53, 74–99.

Oquendo M A, Bernstein C A, Mayer L E S (2019). A key differential diagnosis for physicians: Major depression or burnout? *JAMA Psychiatry*, 76(11), 1111.

Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, Geneva, 1986

Peterson U, Demerouti E, Bergstrom G, Samuelsson M, Åsberg M, Nygren Å (2008). Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 84–95.

Pfost G R, Hoffman K, Jackson S, Park J H (2018). Patient health questionnaire-9. In *Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine*.

Piazza P V, Le Moal M (1996). Pathophysiological basis of vulnerability to drug abuse: Role of an interaction between stress, glucocorticoids, and dopaminergic neurons. *Annual Review of Pharmacological Toxicology*, 36, 359–378.

Pighi M, Pontoni G, Sinisi A, Ferrari S, Mattei G, Pingani L, Galeazzi G M (2018). Use and propensity to use substances as cognitive enhancers in Italian medical students. *Brain Sciences*, 8(11), 197.

Pines A, Aronson E, Kafry D. Burnout: from tedium to personal growth. New York: Free Press, 1981

Pingani L, Forghieri M, Ferrari S, Ben-Zeev D, Artoni P, Mazzi F, Corrigan P W (2012). Stigma and discrimination toward mental illness: Translation and validation of the Italian version of the attribution questionnaire-27 (AQ-27-I). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(6), 993–999.

Piumatti G, Motivation, health-related lifestyles and depression among university students: A longitudinal analysis, *Psychiatry Research*.

Piumatti G, Rabaglietti E, 2015. Different “types” of emerging adult university students: The role of achievement strategies and personality for adulthood self-perception and life and education satisfaction. *I. J. Psychol. Psychological Therapy* 15 (2), 241-257.

Price J L, Mueller C W (1986). *Handbook of organizational measurement*. Marshfield, MA: Pitman.

Priebe S, Fakhoury W, White I, et al. Characteristics of teams, staff and patients: associations with outcomes of patients in assertive outreach. *Br J Psychiatry*. 2004;185:306-311.

Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips M R, Rahman A (2007). No health without mental health. In *Lancet*.

Pross C. Burnout, vicarious traumatization, and its prevention. *Torture* 2006;16:1-9.

Rapport du Dr Donata Marra sur la Qualité de vie des étudiants en santé. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018.

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.

Reynolds C R, Patel V (2017). Screening for depression: The global mental health context. *World Psychiatry*, 16(3), 316–317.

Roberto Cipriani - Raffaele CORSO - Silvestro BAGLIONI – *Enciclopedia Italiana* - V Appendice (1994)

Rotenstein L S, Ramos M A, Torre M, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 2016;316(21):2214–2236.

Rutter H, Herzberg J, Paice E. Stress in doctors and dentists who teach. *Med Educ* 2002;36:543-9.

Ryan R M, Deci E L, 2008. A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Can. Psych.* 49 (3), 186-193.

- Samra, Rajvinder (2018). Brief history of burnout. *BMJ*, 363, article no. k5268.
- 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.
- Sartorius N (2007). Stigma and mental health. *The Lancet*, 370(9590), 810–811.
- Scarfone D. Le syndrome d'épuisement professionnel (burnout): y aurait-il de la fumée sans feu? *Ann Med Psychol* 1985;143:754-61.
- Schaufeli W B, Bakker A B, Salanova M. The measurement of work engagement with a brief questionnaire: a cross-national study. *Educ Psychol Meas* 2006;66:701-16.
- Schaufeli W B, Enzmann D. *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London: Taylor & Francis, 1998.
- Schaufeli W B, Leiter M P, Maslach C et al. Maslach Burnout Inventory – General Survey. In: Maslach C, Jackson S E, Leiter M P (eds). *Maslach Burnout Inventory manual*, 3rd ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1996:19-26.
- Schonfeld I S, Bianchi R. Burnout and depression: two entities or one? *J Clin Psychol* 2016;72:22-37.
- Selye H (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British Medical Journal*.
- Selye H (1956) *The Stress of life*. McGraw-Hill (Paperback), New York.
- Selye H (1971) *Hormones and Resistance*. Springer-Verlag, Berlin.
- Selye H (1974). *Stress without distress*. Philadelphia: Lippincott.
- Shanafelt T D, Balch C M, Bechamps G, et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg*. 2010;251(6):995-1000.
- Shanafelt T D, Noseworthy J H. Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. *Mayo Clin Proc* 2017;92:129–46.
- Shirom A. (1989). Burnout in work organizations. In C.L. Cooper & I. Robertson (Eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 25-48). New York:

Wiley.

Shiron 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.

Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*. 1996;1(1):27-41.

Slavin S J, Chibnall J T. Finding the why, changing the how: improving the mental health of medical students, residents, and physicians. *Acad Med J Assoc Am Med Coll* 2016;91:1194-6.

Steptoe A, Siegrist J, Kirschbaum C, Marmot M. Effort-Reward Imbalance, Overcommitment, and measures of cortisol and blood pressure over the working day. *Psychosom Med* 2004; 66: 323-329.

Stratakis C A, Chrousos G P (1995). Neuroendocrinology and pathophysiology of the stress system. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 771, 1-18.

Suhrcke M, de Paz Nieves C (2011) The impact of health and health behaviors on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence. WHO regional Office for Europe, Copenhagen, DK.

Swetz K M, Harrington S E, Matsuyama R K 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.

Tait R J, French D J, Hulse G K (2003). Validity and psychometric properties of the General Health Questionnaire-12 in young Australian adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*.

Tempski P, Bellodi P L, Paro H B, Enns S C, Martins M A, Schraiber L B, et al. What do medical students think about their quality of life? A qualitative study. *BMC Med Educ* 2012; 12: 106.

Thompson C. The mental state we are in: morale and psychiatry. *Psychiatr Bull* 1998;22:405-9.

Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, Koschorke M, Shidhaye R, O'Reilly C, Henderson C (2016). Evidence for effective interventions to reduce

mental-health-related stigma and discrimination. In *The Lancet*.

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.

Tsutsumi A, Kawanami S, Horie S. Effort-reward imbalance and depression among private practice physicians. *Int Arch Occup Environ Health* 2012; 85: 153-161.

Vic'entic' S, Jovanovic' A, Dunjic' B et al. Professional stress in general practitioners and psychiatrists: the level of psychologic distress and burnout risk. *Vojnosanitetski Pregled* 2010;67:741-6.

Volpe U, Luciano M, Palumbo C, Sampogna G, Del Vecchio V, Fiorillo A (2014). Risk of burnout among early career mental health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(9), 774-781.

Ware J E Jr, Sherbourne C D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-483.

Wasson L T, et al. Association Between Learning Environment Interventions and Medical Student Well-being: A Systematic Review. *JAMA* 2016;316:2237– 52.

West C P, Dyrbye L N, Erwin P J, Shanafelt T D (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 388(10057), 2272–2281.

WHO. Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe, 2005.

Wiebe C (2007). Medical student “hazing” is unhealthy and unproductive. *Medgenmed: Medscape General Medicine*, 9(2), 60.

World Health Organisation, W (2019). Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. *International Classification of Disease*.

Zulkefly S N, Baharudin R (2010). Using the 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12) to assess the psychological health of Malaysian college students. *Global Journal of Health Science*, 2(1), 73–80.

Zuroff D C, Koestner R, Moskowitz D, McBride C, Marshall M, Bagby M R, 2007. Autonomous motivation for therapy: A new common factor in brief treatments for depression. *Psychoth. Res.* 17 (2), 137-147.

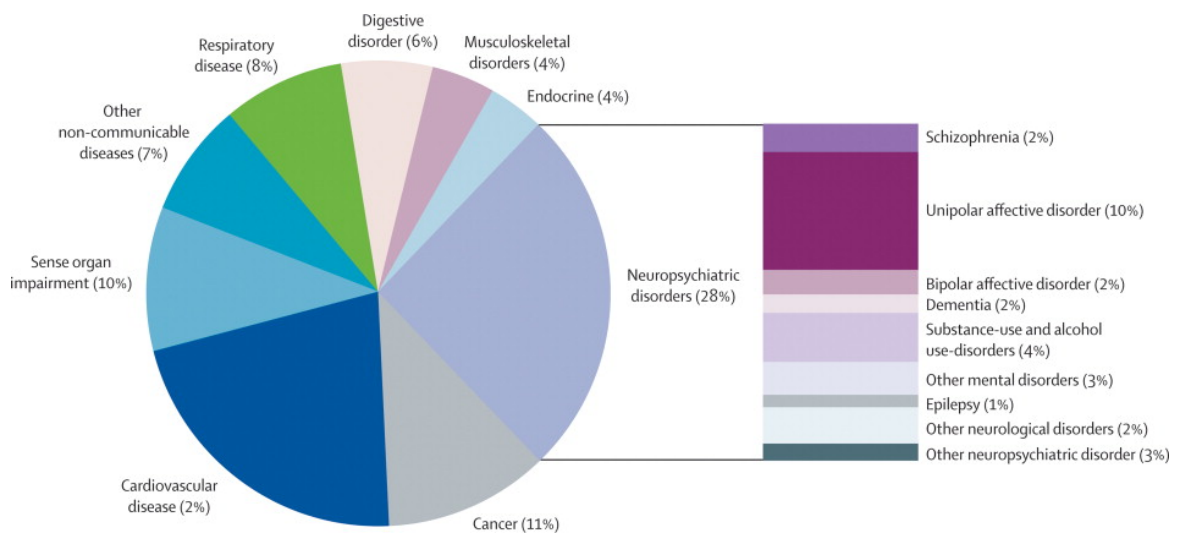


Figura 1. Contributo di diverse malattie non trasmissibili all'attesa di vita corretta per disabilità mondiale nel 2005. Dati adattati da WHO (2005).

General Adaptation Syndrome [GAS]

(Identified by Hans Selye):

Our stress response system defends, then fatigues.

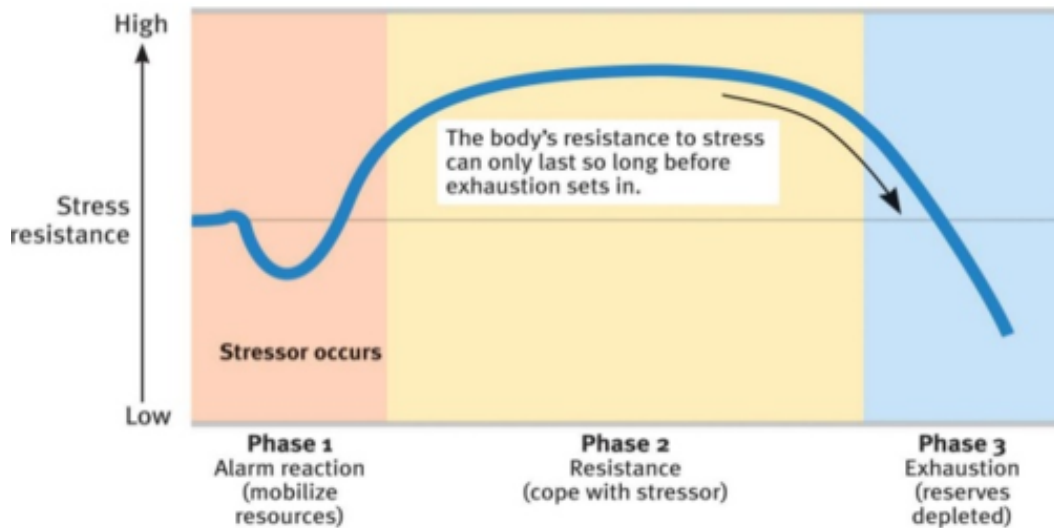


Figura 2. Rappresentazione grafica della Sindrome Generale di Adattamento secondo Hans Selye (Bennett, 2016).

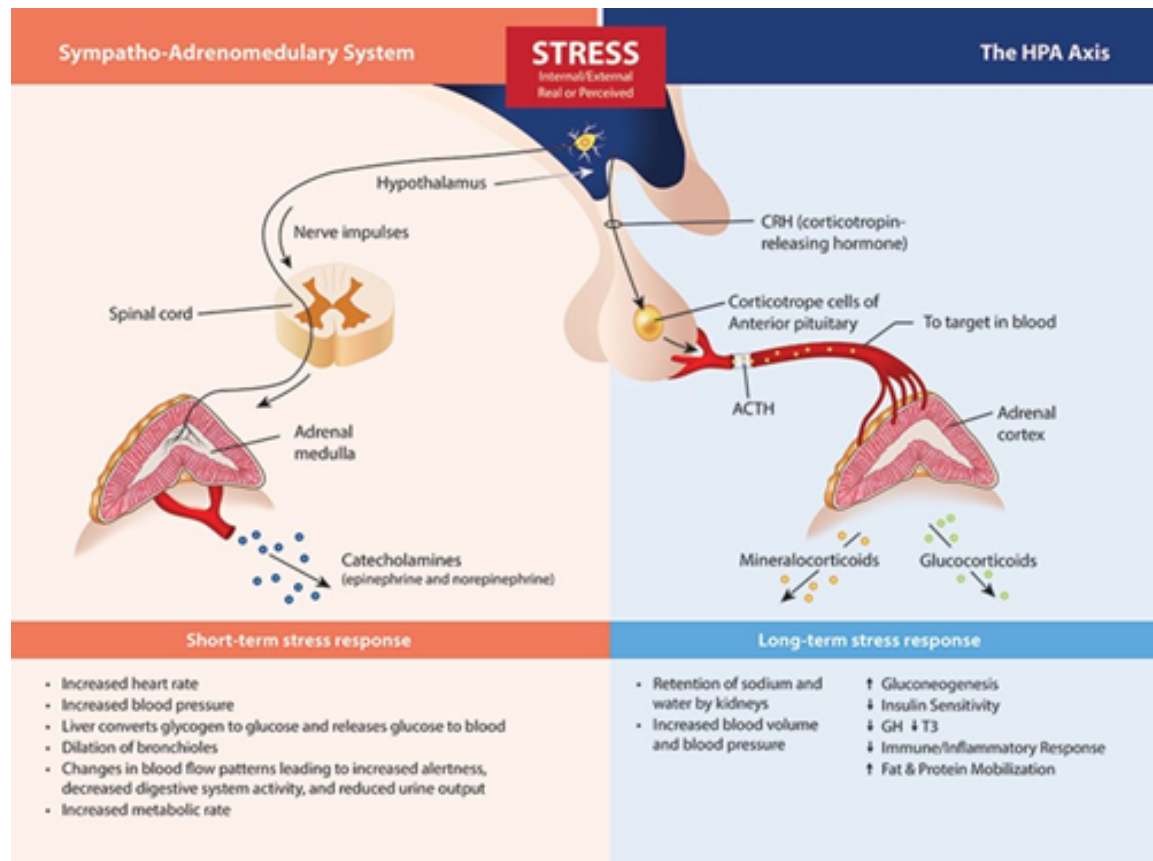


Figura 3. Risposta allo stress dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (Guilliams, 2017).

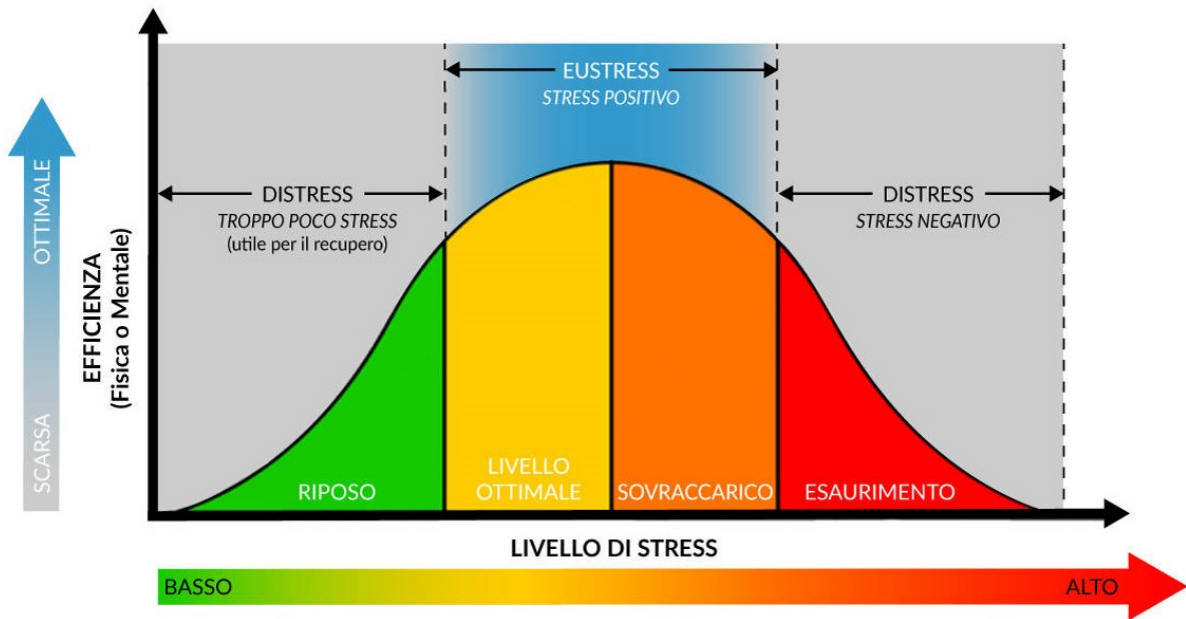


Figura 4. Curva dello stress (Famlonga, 2018).

Oldenburg Burnout Inventory

Instruction: Below you find a series of statements with which you may agree or disagree. Using the scale, please indicate the degree of your agreement by selecting the number that corresponds with each statement

	Strongly agree	Agree	Disagree	Strongly disagree
1. I always find new and interesting aspects in my work.	1	2	3	4
2. There are days when I feel tired before I arrive at work.	1	2	3	4
3. It happens more and more often that I talk about my work in a negative way.	1	2	3	4
4. After work, I tend to need more time than in the past in order to relax and feel better.	1	2	3	4
5. I can tolerate the pressure of my work very well.	1	2	3	4
6. Lately, I tend to think less at work and do my job almost mechanically.	1	2	3	4
7. I find my work to be a positive challenge.	1	2	3	4
8. During my work, I often feel emotionally drained.	1	2	3	4
9. Over time, one can become disconnected from this type of work.	1	2	3	4
10. After working, I have enough energy for my leisure activities.	1	2	3	4
11. Sometimes I feel sickened by my work tasks.	1	2	3	4
12. After my work, I usually feel worn out and weary.	1	2	3	4
13. This is the only type of work that I can imagine myself doing.	1	2	3	4
14. Usually, I can manage the amount of my work well.	1	2	3	4
15. I feel more and more engaged in my work.	1	2	3	4
16. When I work, I usually feel energized.	1	2	3	4

Note. Disengagement items are 1, 3(R), 6(R), 7, 9(R), 11(R), 13, 15. Exhaustion items are 2(R), 4(R), 5, 8(R), 10, 12(R), 14, 16. (R) means reversed item when the scores should be such that higher scores indicate more burnout.

Figura 5. Oldenburg Burnout Inventory (OLBI).

Quanto spesso:	0 mai	1 Qualche volta all'anno	2 Una volta al mese o meno	3 Qualche volta al mese	4 Una volta alla settimana	5 Qualche volta alla settimana	6 Ogni giorno
quanto spesso 0-6							
1) Mi sento emotivamente sfinito dal mio lavoro	0	1	2	3	4	5	6
2) Mi sento sfinito alla fine di una giornata di lavoro	0	1	2	3	4	5	6
3) Mi sento stanco quando mi alzo la mattina e devo affrontare un'altra giornata di lavoro	0	1	2	3	4	5	6
4) Posso capire facilmente come la pensano i miei pazienti	0	1	2	3	4	5	6
5) Mi pare di trattare alcuni miei pazienti come se fossero oggetti	0	1	2	3	4	5	6
6) Mi pare che lavorare tutto il giorno con la gente mi pesi	0	1	2	3	4	5	6
7) Affronto efficacemente i problemi dei miei pazienti	0	1	2	3	4	5	6
8) Mi sento esaurito dal mio lavoro	0	1	2	3	4	5	6
9) Credo di influenzare positivamente la vita delle persone attraverso il mio lavoro	0	1	2	3	4	5	6
10) Da quando ho cominciato a lavorare qui sono diventato più insensibile con la gente	0	1	2	3	4	5	6
11) Ho paura che questo lavoro mi possa indurire emotivamente	0	1	2	3	4	5	6
12) Mi sento pieno di energie	0	1	2	3	4	5	6
13) Sono frustrato dal mio lavoro	0	1	2	3	4	5	6
14) Credo di lavorare troppo duramente	0	1	2	3	4	5	6
15) Non mi importa veramente di ciò che succede ad alcuni miei pazienti	0	1	2	3	4	5	6
16) Lavorare direttamente a contatto con la gente mi crea troppa tensione	0	1	2	3	4	5	6
17) Riesco facilmente a rendere i miei pazienti a proprio agio	0	1	2	3	4	5	6
18) Mi sento rallegrato dopo aver lavorato con i miei pazienti	0	1	2	3	4	5	6
19) Ho realizzato molte cose di valore nel mio lavoro	0	1	2	3	4	5	6
20) Sento di non farcela più	0	1	2	3	4	5	6
21) Nel mio lavoro affronto i problemi emotivi con calma	0	1	2	3	4	5	6
22) Ho l'impressione che i miei pazienti diano la colpa a me per alcuni loro problemi	0	1	2	3	4	5	6

Figura 6. *Maslach Burnout Inventory (MBI).*

How have you been feeling, in general, over the past few weeks?

Have you recently?

	A	B	C	D
1. Been able to concentrate on what you're doing?	Better than usual	Same as usual	Less than usual	Much less than usual
2. Lost much sleep over worry?	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
3. Felt you were playing a useful part in things?	More so than usual	Same as usual	Less useful than usual	Much less useful
4. Felt capable of making decisions about things?	More so than usual	Same as usual	Less than usual	Much less capable
5. Felt constantly under strain?	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
6. Felt you couldn't overcome your difficulties?	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
7. Been able to enjoy your normal day-to-day activities?	More so than usual	Same as usual	Less than usual	Much less than usual
8. Been able to face up to your problems?	More so than usual	Same as usual	Less than usual	Much less able
9. Been feeling unhappy and depressed?	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
10. Been losing confidence in yourself?	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
11. Been thinking of yourself as a worthless person?	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
12. Been feeling reasonably happy, all things considered?	More so than usual	About same as usual	Less than usual	Much less than usual

Figura 7. General Health Questionnaire-12 (GHQ-12).

ALCOHOLISM SCREENING

"CAGE"

	DESCRIPTION	QUESTION
C	CONCERN by the person that there is a problem	Have you ever felt that you should CUT down on your drinking?
A	APPARENT to others that there is a problem	Have you ever become ANNOYED by criticisms of your drinking?
G	GRAVE consequences	Have you ever felt GUILTY about your drinking?
E	EVIDENCE of dependence or tolerance	Have you ever had a morning EYE OPENER to get rid of a hangover?

© 2015 Nurseslabs.com

LEARN MORE: CAGE QUESTIONNAIRE

CAGE questionnaire is a widely used and an extensively validated method of screening for alcoholism. Two "yes" responses indicate that the possibility of alcoholism should be investigated further.



Figura 8. Questionario CAGE.

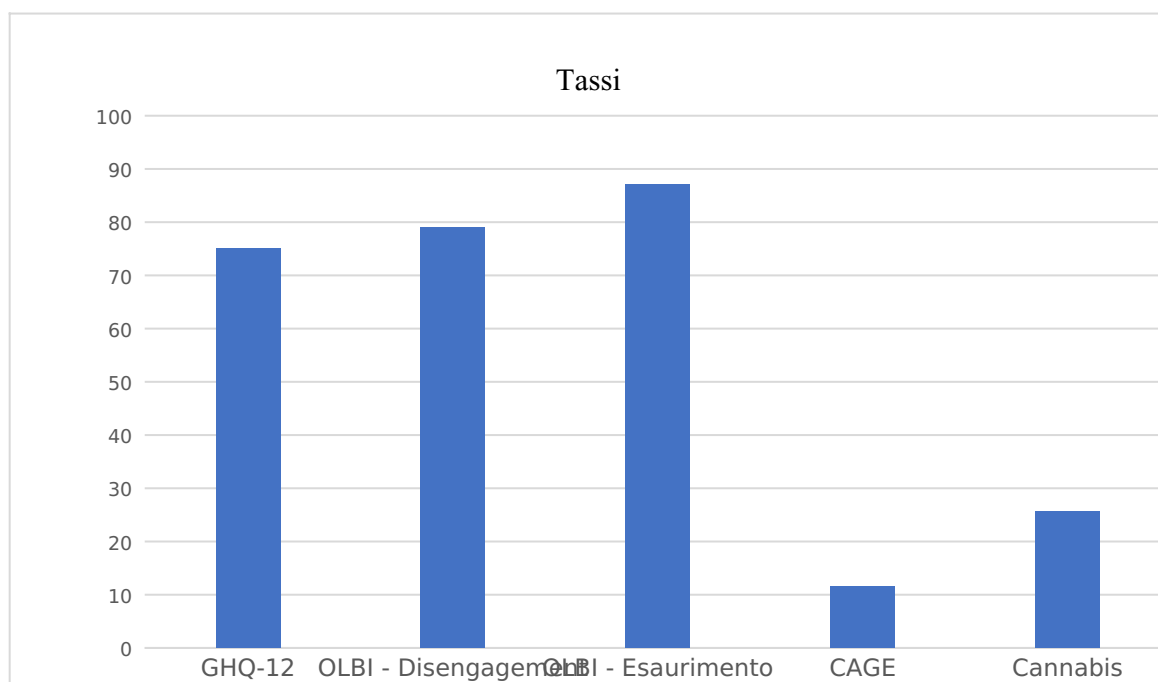


Figura 9. Sintesi dei risultati complessivi degli studenti che hanno partecipato allo studio internazionale (Molodynski et al., 2020).

Lavori ad altissima sollecitazione (alto rischio stress)	i livelli di domanda sono eccessivamente alti rispetto al controllo del lavoratore, questo favorisce elevata attivazione psicofisica con probabili danni per il sistema cardiovascolare e la struttura scheletrica.
Lavori attivi	alti livelli sia di domanda che di controllo. Il lavoratore è stimolato e motivato.
Lavori a bassa sollecitazione (basso rischio stress)	i livelli di domanda sono bassi rispetto al controllo del lavoratore, questa situazione può provocare disagio e senso di inutilità nel lavoratore che non si sente sufficientemente motivato.
Lavoratori passivi	sia le richieste lavorative che il potere decisionale del lavoratore sono ridotti ai minimi termini e il lavoratore non riesce a sentirsi coinvolto e motivato nel proprio lavoro. Si diventa refrattari ad assumersi responsabilità e si tende a sviluppare ansia e tensione.

Tabella I. Situazioni lavorative identificate dal modello *Job-demand-control* (Bakker & Demerouti, 2007).

Cambiare ritmi lavorativi (lavorare meno, prendersi più pause, evitare straordinari, equilibrare l'aspetto lavorativo con il resto delle attività quotidiane);
Sviluppare strategie di adattamento (ristrutturazione cognitiva, risoluzione dei conflitti, gestione del tempo);
Ottenere supporto sociale (sia dai colleghi che dalla famiglia);
Utilizzare strategie di rilassamento;
Promuovere il mantenimento di una buona salute ed attività fisica;
Sviluppare una migliore comprensione di sé (attraverso varie tecniche analitiche, <i>counseling</i> e terapia).

Tabella II. Raccomandazioni più significative per far fronte allo stress lavorativo e mantenere lo stato di salute (Maslach e Goldberg, 1998).

Prima dell'inizio degli studi medici, ha mai preso contatto con un medico di medicina generale, uno psicologo, psichiatra, psicoterapeuta o altri, per questioni riguardanti la sua salute mentale? (inclusi sentimenti di tristezza, stress, ansia, mania, disturbi dell'alimentazione o comportamento ossessivo)
Ha mai ricevuto una diagnosi di malattia mentale prima degli studi medici?
...se sì, quale?
Ha mai ricevuto la diagnosi di disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) o disturbi dello spettro autistico?
In passato le sono mai stati prescritti farmaci per la sua salute mentale (inclusi depressione, ansia, psicosi, ADHD)?
...se sì, quali?
Ha ricevuto una diagnosi di malattia mentale durante gli studi medici?
...se sì, quale?
È attualmente in contatto con un medico di medicina generale, uno psicologo, psichiatra, psicoterapeuta o altri, per questioni riguardanti la sua salute mentale?
Assume attualmente farmaci per la salute mentale?
...se sì, quali?

Tabella III. Domande poste nella sezione dedicata alla salute mentale dello studente. Le domande allineate a destra sono da intendersi come riferite alla domanda immediatamente precedente.

Ha mai assunto una sostanza o un farmaco prescritto fuori dal suo uso abituale con lo scopo di sentirsi meglio o migliorare il suo umore?
...se sì, quale?
...se sì, con che frequenza?
Ha mai assunto farmaci o sostanze con lo scopo di migliorare la concentrazione, lo studio o la performance accademica (esclusi caffè e altri <i>energy drink</i>)?
...se sì, quali?
...se sì, con che frequenza?
Ha mai assunto una delle seguenti sostanze: cannabis, ecstasy, anfetamine, ketamina, cocaina, oppioidi, altro (KHAT, LSD ecc.)?
Qualcuno si è mai preoccupato del suo utilizzo di sostanze?
Il suo utilizzo di sostanze la preoccupa?

Tabella IV. Domande rivolte agli studenti al fine di indagare l'utilizzo di sostanze.

	Dimensione del campione (<i>n</i>)	GHQ-12 > 2 (%)	OLBI – <i>Disengagement</i> (%)	OLBI – Esaurimento (%)
Marocco	637	47	68	93
Portogallo	622	81	81	89
India	597	62	88	81
Giordania	479	83	87	91
Italia	360	74	79	84
Galles	266	89	84	87
Nuova Zelanda	220	53	68	77
Paraguay	180	95	61	99
Brasile	129	73	82	88
Hong Kong	123	87	95	95
Inghilterra	84	77	82	85
Canada	69	75	64	70
Totale	3766	75	79	87

Tabella V. Numero di partecipanti e score medi per GHQ-12, OLBI – *Disengagement* e OLBI – Esaurimento (i paesi partecipanti sono stati ordinati per grandezza del campione).

GHQ-12 = *General Health Questionnaire - 12*. OLBI = *Oldenburg Burnout Inventory*.

Caratteristiche	<i>n</i>	%
Ancona	319	88,61
Foggia	41	11,39
Anno di corso		
Primo	52	14,44
Secondo	30	8,33
Terzo	37	10,28
Quarto	50	13,89
Quinto	79	21,94
Sesto	109	30,28
Genere (femminile)	210	58,33
Impiego (no)	281	78,06
Stipendio (no)	274	76,11
Abitazione (no)	322	89,44
Relazioni intime (no)	184	51,11

Tabella VI. Caratteristiche socio-demografiche del campione italiano.

<i>Prima degli studi medici</i>	<i>Media ± DS</i>	<i>n (%)</i>
Contatti con professionisti per problemi di salute mentale		59 (16,39)
Diagnosi psichiatriche		15 (4,17)
Disturbi d'ansia		9 (2,5)
Disturbo depressivo		3 (0,83)
Disturbi dell'alimentazione		3 (0,83)
ADHD o autismo		2 (0,55)
Psicofarmaci		22 (6,1)
Benzodiazepine		14 (3,88)
Antidepressivi		6 (1,66)

Antipsicotici		2 (0,55)
<i>Durante gli studi medici</i>		
Diagnosi psichiatriche		31 (8,61)
Disturbi d'ansia		18 (5)
Disturbo depressivo		9 (2,5)
Disturbi dell'alimentazione		2 (0,55)
ADHD		1 (0,28)
Sindrome da burnout		1 (0,28)
Psicofarmaci		26 (7,2)
Benzodiazepine		13 (3,61)
Antidepressivi		8 (2,22)
Altri		5 (1,38)
CAGE, positivi		32 (8,89)
Uso problematico di sostanze/farmaci		28 (7,78)
<i>Cognitive enhancers</i> (uso)		33 (9,17)
Droghe illecite (uso)		82 (22,77)
GHQ-12, totale	5,22 ± 3,17	
OLBI		
<i>Disengagement</i>	2,40 ± 0,43	
Esaurimento	2,78 ± 0,47	

Tabella VII. Problemi di salute mentale tra gli studenti di medicina italiani. ADHD = Disturbo da deficit di attenzione/iperattività. DS = Deviazione Standard. GHQ-12 = *General Health Questionnaire - 12*. OLBI = *Oldenburg Burnout Inventory*.

	Denaro (%)	Relazioni (%)	Studi (%)	Alloggio (%)	Stressors cumulativi
Marocco	37	42	90	13	182
Portogallo	72	47	7	12	138
India	18	6	69	42	135
Giordania	68	52	15	10	145
Italia	76	49	17	11	153
Galles	52	23	85	59	219

Nuova Zelanda	51	15	81	51	198
Paraguay	24	28	41	8	101
Brasile	43	57	85	12	197
Hong Kong	27	47	98	12	184
Inghilterra	52	24	83	59	218
Canada	46	64	83	19	212
Totale	47	38	63	26	174

Tabella VIII. Fattori di stress tra gli studenti divisi per nazionalità (i paesi sono ordinati per ampiezza del campione).

	CAGE (% dei positivi)	Cannabis (utilizzo, %)
Marocco	5	28
Portogallo	10	79
India	8	15
Giordania	8	3
Italia	9	21
Galles	24	23
Nuova Zelanda	18	35
Paraguay	20	26
Brasile	28	50
Hong Kong	14	11
Inghilterra	18	29
Canada	22	36
Totale	11,6	25,6

Tabella IX. Dati sull'utilizzo di sostanze da parte del totale degli studenti coinvolti nello studio internazionale (i paesi sono ordinati per ampiezza del campione).