Il *burnout* del medico
Doctor's burnout

Mauro Cozzoli

Il *burnout* del medico
La sindrome del "buon samaritano" deluso (2020)

Mauro Cozzoli

Key Words: empatia - stress - sovraccarico - prevenzione - cura - coping

Citation: Cozzoli M., (2020). Il burnout del medico. La Sindrome del " Buon Samaritano" deluso.

doi.medra.org: 10.48237/LIJ_028

lijedizioniretlis03072018

Copyright:©LIRPA-International Journal

Finanziamento: nessuno

Interessi concorrenziali: nessuno

Autore Corrispondente: Cozzoli Mauro

Abstract: Come ogni attività e professione di aiuto (helping profession), la professione medica può incorrere nella sindrome di burnout. Termine inglese che sta a indicare il motore che fonde.

Il che può avvenire per tre ordini di fattori. Il primo è dato dal forte dispendio di energie e dall'esaurirsi delle cariche motivazionali, per cui il medico che vive come vocazione e totale dedizione la sua professione va incontro a un esaurimento emotivo e spirituale. Il secondo è costituito da una pluralità di condizionamenti legati a un'organizzazione aziendale del lavoro che confligge con una concezione e una prassi olistica ed empatica della relazione di cura. Il terzo è dato da un background emotivo e spirituale disfunzionale del soggetto, segnato, per un verso, da carenze e disturbi psico-affettivi, per altro verso, da un deficit di spiritualità.

La sindrome di burnout va prevenuta e curata sotto un triplice profilo. Psicologico, imparando a gestire l'affettività e le emozioni e mettendo in atto strategie di coping. Spirituale, coltivando una spiritualità dei valori, dei significati e degli scopi della vita. Ambientale, incidendo sui sistemi di organizzazione e gestione del lavoro medico.

Introduzione

C'è una sindrome, una situazione di malessere che, oggi più che mai, colpisce persone che esercitano professioni d'aiuto (*helping professions*) ad elevato investimento relazionale, quando esse non rispondono in maniera adeguata ai carichi eccessivi che il loro esercizio comporta. È la sindrome di *burnout*. Tra tali professioni mi sono occupato della missione sacerdotale e delle religiose e dell'attività di volontariato sociale. Qui prendo in considerazione la professione medica.

La sindrome di *burnout*

Alla sindrome di *burnout* sono esposte professioni, attività, impieghi di estrema dedizione, a forte coinvolgimento empatico, che necessitano, per un verso, di una carica motivazionale forte: carica di valori, di significati e di scopi convincenti e moventi; per altro verso, di una gratificazione e realizzazione di sé attraverso l'impegno profuso. Gratificazione e realizzazione che attivano quel circolo virtuoso tra dedizione e soddisfazione che le alimenta a vicenda. Con l'esaurirsi di questa ricaduta appagante, benefica per il soggetto-*caregiver*, e per carenza o inefficacia di strategie di *coping*[1], si produce la sindrome di *burnout*: termine inglese che sta a indicare il motore che fonde. È tradotto infatti con esaurimento, stress, logorio, crollo.

Il *burnout* è un'affezione sempre più diffusa nella classe medica[2]. Ma ancora poco presa in considerazione da istituzioni e opinione pubblica. È detta anche sindrome del *buon samaritano* deluso, con evidente riferimento alla ben nota parabola evangelica.

La sindrome di *burnout* è un malessere provato come senso di frustrazione da chi, nonostante il prodigarsi per un ideale grande, non vede risultati apprezzabili. È il caso di medici (e più in genere di operatori sanitari) dediti a una missione fortemente assorbente e avvincente, ma che proprio per questo può indurre la condizione di *burnout*. Per essa "una persona che un tempo dava il meglio di sé nel lavoro, a un certo punto si sente svuotata di energie, vive i rapporti con le persone di cui dovrebbe prendersi cura in maniera distaccata e si convince di poter far poco o nulla per loro" (Castegnaro 2010, p. 415).

Il *burnout* causa un'attenuazione delle emozioni, un sentimento di distacco. Denota una condizione di apatia, disaffezione, delusione, stanchezza, perdita di identità e di entusiasmo, mancanza di soddisfazione professionale. Può essere vissuto anche come crisi spirituale:

[1] *Coping*, termine inglese traducibile con "strategia di adattamento", designa "l'insieme dei meccanismi psicologici adattativi messi in atto da un individuo per fronteggiare problemi emotivi ed interpersonali, allo scopo di gestire, ridurre o tollerare lo stress ed il conflitto … Con il termine *coping* spesso ci si riferisce al *coping* reattivo, cioè alla risposta che segue un agente stressante, a differenza di una risposta proattiva, con cui si tende a neutralizzare in anticipo un futuro agente stressante" (*Wikipendia. L'enciclopedia libera*. https://it.wikipedia.org/wiki/Coping).

[2] C'è chi parla di epidemia di *burnout* in campo medico.

crisi di senso, di valori e di fini. Insomma *un esaurimento emotivo e spirituale*: un logoramento di energie e risorse.
Se ad esserne colpito è un medico, si può arrivare ad un'alterazione del rapporto medico-paziente. Se i medici sono scontenti, stressati, demotivati, lavorano male. La relazione con il paziente ne risente in modi diversi: distacco emotivo, mancanza di concentrazione, scontrosità, fino all'errore professionale. "L'operatore in *burnout* non ha più le energie necessarie per affrontare il proprio lavoro e potrebbe non investire l'energia necessaria a fornire assistenza sicura al paziente, ad esempio trascurando l'igiene delle mani o evitando il doppio controllo durante la preparazione del farmaco. Potrebbe anche essere meno attento e pronto ad affrontare situazioni impreviste, come il peggioramento repentino della salute del paziente" (Fontanella et al. 2018).
"La realizzazione personale è concettualmente vicino all'auto-efficacia (*self-efficacy*)" (Fontanella et al. 2018). La convinzione, infatti, di essere in grado di svolgere un compito impegnativo contribuisce a svolgere con successo quel compito. "Le persone con *self efficacy* (fiducia in se stessi) hanno prestazioni migliori, perché vedono il compito da svolgere come una sfida piuttosto che una minaccia", come una soddisfazione piuttosto che una privazione. "Le persone affette da *burnout* hanno una netta diminuzione del senso di realizzazione personale e della convinzione di poter completare il proprio compito, dando un contributo significativo a una causa nobile" (Fontanella et al. 2018).

Tre concause della sindrome

Alla sindrome di *burnout* concorrono tre fattori causali. *Il primo* è intrinseco alla professione medica: professione relazionale ad elevato coinvolgimento empatico. Il medico è un *caregiver*, chiamato a curare (*to cure*), facendosi carico (*to care*) del paziente. Questo ovviamente nella misura in cui il medico si coinvolge personalmente, e non coltivi una concezione e una prassi meramente funzionale della professione.
L'operare medico espone emotivamente il soggetto che è frequentemente a contatto con situazioni umane di sofferenza, di disabilità, di malessere. Comporta inoltre lo stress di affrontare situazioni a volte imprevedibili, spesso non programmabili (Mucci 2007, 476). Il sovraccarico fisico-temporale produce l'intasamento dei tempi di vita quotidiana e si trascina appresso il sovraccarico emozionale. Si tratta di situazioni in cui chi si trova a contatto con molte persone assai diverse tra loro e ha poco tempo e insufficienti possibilità di ascoltarle veramente, chi è nella posizione di dover sempre dare percepisce un divario tra richieste e risorse. Il medico si trova a gestire un carico professionale che lo espone a situazioni di stress e vulnerabilità tali da incidere negativamente sia nel lavoro che nella vita privata. Subisce un logorio psico-fisico. Col risultato di una crescente disaffezione, di un distacco progressivo, un lasciarsi andare, quindi mollare (Castegnaro 2010, 420-421; Rossetti 2011, 82).

A crisi di *burnout* va evidentemente incontro il medico che pensa e vive la sua professione come vocazione e con piena dedizione, il medico che ha maturato un vissuto *samaritano* della sua professione. Medici che non si relazionano ma funzionano, che *curano* ma non *si fanno carico*, medici distanti e apatici, che curano la malattia non il malato, non rischiano la sindrome di *burnout*.

Il secondo fattore all'origine della sindrome di *burnout* è esterno alla professione medica. È un fattore composito, dato da una pluralità di condizionamenti legati all'organizzazione e allo svolgimento del lavoro, quali la pressione lavorativa imposta dalla gestione politico-economica della sanità: gestione intesa come obiettivi aziendali da raggiungere; la burocratizzazione del lavoro medico: ottemperare continuamente a prescrizioni e procedure aziendali; la *deregulation* degli orari di lavoro; l'aumento esponenziale del numero delle prestazioni.

Tutto questo porta a un sovraccarico lavorativo. Il lavoro medico è vissuto come un peso, che mina l'integrità psicofisica degli operatori; con evidenti conseguenze sul rischio clinico. "Se le prestazioni si moltiplicano, la loro routinizzazione è inevitabile. Quanto più si tratta di compiti che richiedono coinvolgimento, tanto più la moltiplicazione delle prestazioni induce distacco e spersonalizzazione. Ciò da un lato produce *burnout*, dall'altro un abbassamento della qualità dei servizi prodotti" (Castegnaro 2010, 416).

Mantenere la salute psicofisica dell'operatore clinico e garantire la sicurezza delle cure ai pazienti sono fenomeni correlati. L'eccessivo carico di lavoro degli operatori mette a repentaglio la sicurezza delle cure. "Il *burnout* è associato all'aumento della possibilità di commettere errori a livello medico". I pazienti soffrono il *burnout* del medico. Lo soffrono "per non sentirsi compresi, ascoltati, o presi a cuore. E se si perde la fiducia del paziente, a causa di un personale sanitario stressato, il costo del *burnout* è inestimabile" (Cavalcanti 2018).

Non si può impostare il lavoro medico-sanitario con criteri meramente aziendali. "In un sistema di organizzazione industriale, inteso come un insieme non solo di uomini ma anche di macchine e attrezzature finalizzato alla produzione e al profitto, l'aumento del carico lavorativo può sicuramente avere dei vantaggi. Ma in un ambito lavorativo dove la forza lavoro è fatta essenzialmente di *persone* e il *prodotto finito* è il paziente, questa programmazione lavorativa comporta solo evidenti criticità" (Fontanella et al 2018).

Lo stress è accresciuto inoltre da micro-fattori di insoddisfazione, ma la cui addizione e reiterazione accumula delusione e amarezza nel medico. "Qual è la parte più difficile del suo lavoro?" è stato chiesto a Eileen Parkes, (2018) medico del reparto di oncologia dell'ospedale di Belfast. "La parte più difficile? Chiedere scusa ogni giorno per cose su cui non ho alcun controllo: Scusi, la sua TAC è stata rimandata. Mi dispiace se l'antidolorifico non ha ancora fatto effetto. Scusi, il suo trattamento è stato cancellato. Scusi, ma questa è la data disponibile più vicina. Mi scusi per averla fatta aspettare" (Cavalcanti 2018).

Di qui il paradosso, l'*impasse* del medico: pressato dall'alto, dall'organizzazione aziendale puntata sulla produttività, ad una attività frenetica; richiesto dal basso, dai bisogni olistici del paziente, ad un modello di prestazione alla persona secondo criteri relazionali di attenzione, di ascolto, di premura, di presenza. Un ruolo importante, secondo la dottoressa Eileen Parkes**,** è quello giocato dal sistema sanitario in questa partita: "Il tempo – lei osserva – da dedicare a pazienti con bisogni complessi è minimo. Se lo dilatiamo risultiamo inefficienti. Se proviamo a riorganizzare gli appuntamenti, il management ci chiede perché sprechiamo così tanto tempo. L'umanità è rimossa, negata ai pazienti e prosciugata nei medici" (Cavalcanti 2018).

Dal medico ci aspettiamo professionalità, competenza ed empatia. Non pensiamo mai al fatto che sia, prima di tutto, un essere umano, che si trova quotidianamente a contatto con malattia, disabilità, dolore e morte.

Il terzo fattore di *burnout* è dato da un *background* emotivo e spirituale disfunzionale del soggetto, segnato, per un verso, da carenze e disturbi psico-affettivi, comunque acquisiti e non sanati, che predispongono al *burnout*; per altro verso, da un deficit d'interiorità, di spiritualità per mancato sviluppo o perdita di quel corredo spirituale fatto di motivazioni, virtù, significati, tempi di raccoglimento, ritmi di riposo, amore e cura di sé che sostengono e tonificano la vocazione e la missione medica, soprattutto quando l'esercizio si fa arduo e penoso.

Una vita spirituale robusta e ben curata rende forti nella difficoltà e nella prova. Senza di essa nessuna missione tiene, tanto meno una missione impegnativa ed estesa nel tempo.

Prevenzione e cura

La sindrome di *burnout* è da prevenire e curare. Prevenire per via educativa. Curare sanando le disfunzioni e colmando i vuoti. Prevenire e curare sotto il profilo psicologico e spirituale insieme.

Sotto il profilo psicologico si deve educare e aiutare a gestire l'affettività e le emozioni. Non subirle ed esserne trascinati, ma assumerle e dirigerle. Formare e curare attraverso strategie e risorse psicologiche di *coping*: termine inglese traducibile con *strategia di adattamento*. Esso indica l'insieme dei meccanismi psicologici adattativi, messi in atto da un individuo, per fronteggiare problemi personali ed interpersonali, allo scopo di prevenire, gestire e guarire lo stress e il conflitto. C*oping reattivo*, con cui risponde a un agente stressante. C*oping proattivo*, con cui tende a neutralizzare in anticipo un agente stressante.

Sotto il profilo spirituale occorre coltivare ed educare a una spiritualità dei valori, dei significati e degli scopi della vita. In una socio-cultura fluida, secolarizzata e frammentata dischiudere orizzonti di beni morali, beni umani e umanizzanti; orizzonti di bontà e bellezza della vita; orizzonti di libertà e di speranza che formano un bagaglio di convinzioni e moti-

vazioni forti, che innervano il conoscere e il volere del medico e favoriscono le strategie di *coping*. Non è solo un problema etero-educativo, di educazione-formazione ricevuta, ma anche auto-educativo, volto a prendersi cura di sé, a mettere ordine nella propria vita interiore ed esteriore, a sanare le ferite curabili, a coltivare il *senso del possibile*, a investire in fiducia. E con animo riconciliato e aperto, far fronte a difficoltà e avversità.
Formare e curare dunque. *Formare* medici consapevoli della qualità e profondità relazionale della professione medica. Relazione di aiuto nella malattia, nella sofferenza, nella disabilità, nella precarietà e nell'epilogo della vita. Relazione di compassione e di consolazione, che si fa carico della *passio* (la sofferenza) del malato, portandogli il *solatium* (il conforto, il sollievo) della medicina. Formare medici in grado di assumere e gestire la relazionalità, non solo donando, ma anche trovando gratificazione e realizzazione in ciò che donano. Gratificazione e realizzazione che attivano quel circolo virtuoso tra dedizione e soddisfazione che le alimenta a vicenda e mette il medico al riparo dal *burnout*.
In secondo luogo *curare* prevenendo e sanando. Curare medici in difficoltà, medici a rischio di *burnout* o già affetti dalla sindrome. Non dimentichiamo che anche il medico può aver bisogno di aiuto. Un curare non meramente individuale: diretto al medico in situazione di bisogno. Ma rivolto al contesto strutturale e istituzionale. "Non dobbiamo limitarci a intervenire su un singolo caso, ma considerarci all'interno di un *ecosistema*" (Re David 2020). Se ci occupiamo del problema individuale e non guardiamo all'organizzazione, affrontiamo solo una parte del problema, perché "la cultura dell'organizzazione forma anche l'intera esistenza dell'individuo" (Re David 2020). Ciò sta a dire che il *burnout* è anche una questione ambientale. Bisogna aggredire il fenomeno, incidere sui contesti, le condizioni, le mentalità e le prassi che lo determinano.
Il che chiama in causa le *gòvernance* e i *mànagement* della sanità. Essi sono chiamati a elaborare progetti di umanizzazione del lavoro, che interessano ambienti e strutture, tempi e carichi di lavoro. *Gòvernance* e *mànagement* devono preoccuparsi di un'organizzazione non solo tecnica e funzionale dell'operare medico ma anche umana e umanizzante.

Conclusione

Medici soddisfatti e gratificati dal loro lavoro non sono solo un valore per se stessi; sono anche una garanzia e una risorsa per i pazienti in cura.

Doctor's *burnout*
Disappointed "good samaritan" syndrome (2020)

Mauro Cozzoli

Key Words: empathy - stress - prevention - care - coping

Citation: Cozzoli M.,(2020). *Doctor's Burnout Disappointed " Good Samaritan" Syndrome*

doi.medra.org: 10.48237/LIJ_029

lijedizioniretlis03072018

Copyright:©LIRPA-International Journal

Funding: None

Competing interests: None

Corresponding author Cozzoli Mauro

Abstract: Like any helping profession, medical profession can suffer from burnout syndrome. Burnout is an English word which means a melting engine. There are three contributing factors for the syndrome. The first consists of energy heavy expenditure and motivational exhaustion. So doctors, who live their profession as vocation and with total dedication, face emotional and spiritual exhaustion. The second consists of a conflict between corporate organization conditions and holistic and empathic conception and practice. The third is produced by subject's dysfunctional emotional and spiritual background, which presents, on one hand, deficiencies and psycho-affective disorders, on the other, spirituality deficit. Burnout syndrome is to be prevented and treated in three ways. Psychologically, by learning to manage affectivity, emotions and implementing coping strategies. Spiritually, by cultivating a spirituality of meanings, values, and purposes of life. Environmentally, by affecting medical work organization and management systems.

Introduction

Burnout syndrome is a situation of stress disorder. It affects people who practice helping professions with high relational involvement, when feedback is not adequate to excessive workload. Among these professions, in the past I dealt with the burnout of priests, nuns and people in social volunteering engaged. In this article I consider doctors' burnout instead.

Burnout syndrome

Burnout syndrome can affect intense-dedication and empathic-involvement professions, activities jobs which need, on one hand, motivation; on the other, gratification and self-realization. Motivation involves values, meanings, convincing and moving purposes, while gratification and self-realization are needed because of efforts made. So dedication–satisfaction self–feeding virtuous circle is activated. When this subject-caregiver beneficial rewarding effect ends, and coping strategies lack or are ineffective, burnout syndrome is produced. Burnout is an English word that indicates engine that melts. It is translated, in fact, with exhaustion, stress, wear and tear.

Burnout is more and more common in medical contexts. Some consider medical *burnout* to be epidemic. Nevertheless, so far it has not been taken into due consideration by institutions and public opinion. It is also called the disappointed "Good Samaritan" syndrome, with evident reference to the well-known Gospel parable.

Burnout syndrome is an uneasiness experienced as a sense of frustration by those who work for a great ideal, but do not think their results are appreciable. Highly demanding and compelling mission dedicated doctors, and more generally health workers, can suffer from *burnout*. It happens that "a person, who once did his best at work, feels drained of energy, lives relationships with patients in a detached way, and thinks to do little or nothing for them" (Castagnaro, 2010: 415).

Burnout causes emotions attenuation and detachment feelings. It denotes apathy, disaffection, disappointment, tiredness, identity and enthusiasm loss, professional satisfaction lack. It can also be experienced as a spiritual crisis: meaning, values and purpose crisis. In short, an *emotional and spiritual exhaustion*: energy and resources wear and tear.

When a doctor suffers from *burnout*, doctor-patient relationship can be altered. In fact unhappy, stressed, unmotivated doctors work poorly. The result is emotional detachment, concentration lack, grumpiness, up to professional error. "*Burnout* operator feels energy depletion or exhaustion in his job and could not provide safe patient assistance, for example by neglecting hand hygiene or avoiding double checks during drug preparation. Unexpected situations, as sudden patient's health deterioration, could also be faced with less care and attention" (Fontanella et al. 2018).

"Self-realization is conceptually close to *self-efficacy*". In fact, self-confident people can more easily be successful. People do better when they consider a task as a challenge rather than a threat, as a satisfaction rather than a deprivation. "People with *burnout* have a marked decrease in their sense of personal fulfilment and in the belief that they can complete their task, making a significant contribution to a noble cause" (Fontanella et al. 2018).

Three contributing factors for *burnout* syndrome

Three main factors contribute to *burnout* syndrome. *The first* is intrinsic to medical profession, which is a relational profession with high empathic involvement. A doctor is a *caregiver*, called to cure, taking care of patients. There is *care* when a doctor is personally involved, and does not have a mere functional conception and practice of his task. Doctors are emotionally exposed to human situations of suffering, disability and illness. They also suffer from the stress of facing some unpredictable and often not programmable emergencies (Mucci 2007, 476). Physical-temporal overload causes the clogging of daily life times and consequent emotional overload. So a gap between requests and resources is perceived: many different people should be helped and there is little time and insufficient possibilities to really listen to them and take care of everybody. Doctors are managing a professional load that exposes them to situations of stress and vulnerability, which negatively affect both work and private life. They suffer from psychophysical wear. With the result of a growing disaffection, a progressive detachment, then letting go, finally giving up (Castegnaro 2010, 420-421; Rossetti 2011, 82).

Obviously only doctors who consider and live their job as a vocation and with full dedication, who achieve a *Samaritan* experience of their profession are exposed to *burnout* crisis. On the contrary, apathetic and distant doctors do not risk *burnout*. They just treat the disease but do not *take care* of sick people.

The second factor behind *burnout* syndrome is outside medical profession. It is a composite factor, made up of several conditions related to work organization and performance, such as working pressure imposed by political-economic management of health (management intended as business objectives to be achieved); bureaucratization of medical work, which requires continuous compliance with company regulations and procedures; deregulation of working hours; exponential increase in the number of services. All these conditions cause work overload. Medical work is experienced as a burden, which undermines operators' psychophysical integrity, with obvious consequences on clinical risk. "If performances multiply, routine is inevitable. The more tasks require involvement, the more performances multiplication causes detachment and depersonalization. All this, on one hand, produces *burnout*, on the other, lowers produced services quality" (Castegnaro 2010, 416).

Keeping medical operators' psychophysical health and ensuring patients safe treatment are related phenomena (Fontanella et al 2018). Operators' excessive workload jeopardizes care safety. "*Burnout* is associated with possible medical errors increase". Patients suffer from doctor's *burnout*. They suffer "from not feeling understood, listened to, or taken to heart. And if patient's confidence is lost, due to stressed healthcare personnel, *burnout* cost is invaluable" (Cavalcanti 2018). Medical-health work cannot be set up with purely corporate criteria. "In an industrial organization system, considered as a set not only of men but also of machines and equipment aimed at production and profit, the increase in workload can certainly have advantages. But in a work environment where workforce is essentially made up of *people*, and the *finished product* is the patient, this work schedule involves obvious critical issues" (Fontanella et al 2018).Stress is also increased by micro-dissatisfaction factors, whose addition and reiteration increases doctor's disappointment and bitterness. "What's the most difficult part of your job?" Eileen Parkes, a doctor from the oncology department of Belfast hospital, was asked. "The most difficult part? Apologizing every day for things, I have no control over: Sorry, your CT scan has been postponed. I'm sorry if the painkiller has not yet taken effect. Excuse me, your treatment has been cancelled. Sorry, but this is the closest available date. I'm sorry for making you wait" (Cavalcanti 2018).

Hence the paradox, the doctor's *impasse*. He is pressed from above - by the company organization, that is focused on productivity - to a frenetic activity; at the same time requested from below - by the holistic needs of the patient - to a model of performance to the person according to the relational criteria of attention, listening, concern, presence. An important role, according to Dr. Eileen Parkes, is played by health system: "Time - she observes - to devote to the complex needs of patients is minimal. If we increase it, we are inefficient. If we try to reorganize the appointments, the management asks us why we waste so much time. Humanity is removed, denied to patients and dried up in doctors" (Cavalcanti 2018).

We expect professionalism, competence and empathy from doctors. We never think that they are, first, human beings, who are in daily contact with disease, disability, pain and death.

The third cause of *burnout* lies in dysfunctional emotional and spiritual background. It is marked, on one hand, by acquired and not remedied deficiencies and psycho-affective disorders which predispose to *burnout*; on the other hand, by interiority and spirituality deficit, due to lack of development or loss of a spiritual outfit. Outfit made up of motivations, virtues, meanings, and recollection times, rhythms of rest, self-love and self-care that support and tone the medical vocation and mission, especially when the exercise becomes difficult and painful.

Robust and well-cared spiritual life strengthens people in difficulty and trial. Without it, no mission holds, much less a demanding and extended mission over time.

Prevention and cure

Burnout syndrome is to be prevented and cured. Preventing through education. Curing by healing dysfunctions and filling gaps. Preventing and curing psychologically and spiritually together.

On the psychological side, we must educate and help manage affectivity and emotions. Do not suffer them and be dragged by them, but take them and direct them. Training and curing through strategies and psychological resources *of coping*: English term translatable with *adaptation strategy*. It denotes adaptive psychological mechanisms, implemented by an individual, to solve personal and interpersonal problems, in order to prevent, manage and heal stress and conflict. *Reactive coping* is the response to a stressor. *Proactive coping* is the attempt to neutralize a stressor in advance.

On the spiritual side, it is necessary to cultivate and educate to a spirituality of values, meanings and purposes of life. In a fluid, secularized and fragmented socio-culture, we need to open up horizons of moral goods, human and humanizing goods; horizons of goodness and beauty of life; horizons of freedom and hope that form a store of strong convictions and motivations, which innervate the knowledge and the will of the doctor and favor coping strategies. It is not only hetero-education, concerning education/training received; but also self-education, which aims to take care of oneself, to put one's inner and outer life in order, to heal the treatable wounds, to look for possible things, to invest in trust, and, with a reconciled and open mind, to face difficulties and adversities.

To train and *to cure*, then. *To train* first, making doctors aware of relational quality of their profession. Medical profession is a "helping relationship" in disease, in suffering, in disability, in weakness, in terminal life. It is a compassion and consolation relationship, which takes care of patient's *passio* (suffering), giving them the *solatium* (comfort, relief) of medicine To train doctors who can take on and manage relationships. To train doctors who can take on and manage relationships; doctors who not only give, but who feel gratified and fulfilled in giving. Gratification and realization activate a virtuous circle between dedication and satisfaction that feeds each other and shelter the doctor from *burnout*. Secondly *to cure*, by preventing and healing. We need to treat doctors who are in difficulty, doctors at risk of *burnout* or already suffering from the syndrome. Let us not forget that even doctors may need help. Not mere individual treatment, directed to doctors in need, but addressed to structural and institutional contexts too. "We must not limit ourselves to intervening on a single case, but consider ourselves within an *ecosystem*" (Re David 2020). If we deal with individual problems and do not look at the organization, we only face a part of the problem, because "the culture of organization also shapes individual whole existence" (Re David 2020). That is to say, that *burnout* is also an environmental issue. We must attack the phenomenon, affect contexts, conditions, mentalities and practices that determine it.

In this perspective, sanitary system *governance* and health *management* are involved. They are called to elaborate projects of work humanization, affecting environments and structures, times and workloads. Governance and management must provide an organization not only technical and functional for medical operations but also human and humanizing.

Conclusion

Doctors who are satisfied and gratified by their work are not just a value for themselves; they are also and even more a guarantee for patients.

Bibliografia

Castegnaro A. (2010), Fare il prete: disagio e trasformazione. Ridare forma al presbiterio, in *Il Regno* 12,414-421.

Cavalcanti G. (2018), "Sono un medico e non provo emozioni". Ecco cos'è il *burnout*, in Sanità Informazione - Sanità internazionale, 23 Aprile 2018, https://www.sanitainformazione.it/sanita-internazionale/*burnout*-medico-parkes/

Fontanella A., Gnerre P., Montemurro D., Palermo C. (2018), *Allarme 'burnout' per i medici: così l'eccessivo carico di lavoro aumenta il rischio clinico*, in *Sanità 24,* inserto di *Il Sole 24 Ore*, 10 settembre 2018.

Mucci G. (2007), *Il 'burnout' tra i preti*, in *La Civiltà Cattolica*, 3774.

Re David F. (2020), *Le suore e la sindrome di 'burnout'*, in *Donne Chiesa Mondo*, Mensile del *L'Osservatore Romano*, 85.

Rossetti S. J., (2011), Why Priests Are Happy. *A Study of the psychological and spiritual health of priests*, Ave Maria Press, Notre Dame.