

Aspetti medico legali della sindrome del burn-out

M. M. MILANO

BURN-OUT SYNDROME: A MEDICO-LEGAL VIEW

The author, referring to an ample scientific literature review, concerning the researches about the burn-out syndrome (BOS), and particularly lingering on its psycho-dynamic distinctive features and social peculiarities, points some basic themes out, really significant by the medico-legal criterions to the forensic medicine, trying to delineate the principles that could constitute the general guidelines to come to an equitable compensation of the psychic biologic damage, caused by a syndrome actually strongly wide-spreading, especially in health-related and helping professions.

Key words: **Burn-out Syndrome - Forensic medicine - Helping professions - Job stress.**

La letteratura inerente al burn-out, oggi estremamente ricca, ha consistentemente aumentato la sua vastità negli ultimi anni, a fronte di un fenomeno il cui frequente manifestarsi ha determinato nuovi contesti conoscitivi e operazionali di interesse multidisciplinare. All'interno di tali contesti, si è rivelato essenziale focalizzarne gli elementi di innovazione, determinando e classificando la natura e gli aspetti fondamentali della sindrome, in modo da renderne riconoscibili

Pervenuto il 6 dicembre 2004.
Accettato il 21 febbraio 2005.

Indirizzo per la richiesta di estratti: Dott. M. M. Milano,
Corso Francesco Ferrucci 89, 10138 Torino.
E-mail: mm.milano@fastwebnet.it


Dipartimento di Anatomia,
Farmacologia e Medicina Legale
Scuola di Specializzazione in Medicina Legale
Università degli Studi di Torino, Torino

cause, sintomi, conseguenze e da mettere in atto tempestivamente opportune misure preventive.

Sotto il profilo medico legale, si rende necessario determinare una metodologia che consenta di correlare causalmente il burn-out alle situazioni lavorative che in maniera caratteristica lo generano, l'ambito all'interno del quale la sindrome assume rilevanza ai fini di un eventuale risarcimento e i parametri che possono essere utilizzati per la quantificazione del danno biologico eventualmente derivante.

La sindrome del Burn-out

Definizione

Sebbene la sindrome del burn-out (*burn-out syndrome*, BOS) abbia elementi in comune con numerosi altri disturbi a carattere depressivo, legati allo stress occupazionale — infatti, come ricorda De Silvestri, esso potrebbe essere associato ad altre sindromi quali l'occupational stress e il post traumatic stress disorder (PTSD)¹ — essa si configura

come un fenomeno dotato di caratteristiche peculiari, la più importante delle quali è il suo manifestarsi con maggiore frequenza all'interno di particolari realtà operative, proprie di ambienti lavorativi specifici (*helping professions*): queste ultime si definiscono come professioni d'aiuto, che contengono implicitamente nel loro mandato una finalità di aiuto, basata sul contatto interumano, e che fanno leva sulle capacità personali in misura spesso più consistente rispetto alle abilità tecnico-professionali ².

Il termine BOS ^a fu introdotto in letteratura per la prima volta da Freudenberg nel 1974³ per indicare una sindrome caratterizzata da un particolare tipo di reazione allo stress, sperimentata dagli operatori sanitari, che si trovavano a contatto con pazienti affetti da patologie di marcata gravità o inseriti all'interno di contesti lavorativi, caratterizzati da situazioni reiteranti (sofferenza, morte e via dicendo). Tale termine incontrò notevole approvazione nella seconda metà degli anni '70, sia per la sua icastica immediatezza rappresentativa (anche la traduzione italiana del termine — bruciato, scoppiato, esaurito — definisce efficacemente l'esaurimento psicofisico tipico di chi ne è affetto), sia per il substrato socio-culturale caratteristico di quel periodo. Il DSM-IV ⁴ non fa alcun riferimento alla BOS; la sua sintomatologia, tuttavia, secondo alcuni Autori ⁴, potrebbe trovare una collocazione nosografica tra i disturbi post-traumatici da stress, come precedentemente accennato.

Il burn-out è stato variamente definito; tutte le definizioni, comunque, evidenziano, in forma differente, l'esaurimento psicofisico dell'operatore, che poco per volta, perde la capacità di adattamento nel quotidiano confronto con la propria attività lavorativa. Sebbene, negli ultimi 25 anni, siano stati proposti numerosi modelli esplicativi — si pensi che tra il 1974 e il 1990 sono state edite circa 2 500 pubblicazioni inerenti al problema —

^a) Il termine burn-out proviene probabilmente dal gergo sportivo: negli anni '30 del secolo scorso era utilizzato per indicare la condizione degli atleti che, dopo un periodo di successi, si trovavano improvvisamente in crisi, risultando quindi incapaci di competere a livello agonistico in maniera significativa.

buona parte di essi è nata per contribuire all'integrazione dei diversi approcci in un'unica struttura di sintesi. La definizione ancora oggi più diffusamente adottata è quella elaborata dalla Maslach, in seguito ripresa e rivisitata da quest'ultima in collaborazione con Jackson, secondo cui il burn-out è "una sindrome di esaurimento emozionale, di personalizzazione e di riduzione delle capacità personali che può presentarsi in soggetti che per professione «si occupano della gente»" ⁵. In buona sostanza, quindi, è possibile definire il burn-out come una situazione di stress occupazionale, caratterizzata dal fatto che lo stress che causa la sindrome nasce dal rapporto che si instaura tra l'operatore e il destinatario dell'aiuto; tale considerazione implica, quindi, l'osservazione necessaria del contesto in cui si sviluppa il fenomeno, anche se tale osservazione non costituisce un parametro unico. Infatti, va sottolineato come le variabili che intervengono nella genesi della sindrome siano molteplici e differenti: l'idea centrale, che sta alla base della definizione del fenomeno stesso, implica un'interazione dinamica tra i diversi elementi che sono coinvolti nel determinarsi del conflitto — le singole figure professionali in rapporto reciproco e singolarmente con la struttura organizzativa — pur tenendo presente le difficoltà derivanti dal tentativo di tracciare un confine tra una condizione lavorativa normale e una situazione in cui si verifica il burn-out.

A partire dai primi studi, che, nella fase esplorativo-descrittiva del fenomeno ⁶, ne indagarono le caratteristiche macroscopiche, apparve chiaro che, benché qualsiasi ambito lavorativo sia fonte, seppur in diversa misura, di stress e tensioni (in particolar modo per quanto concerne le *helping professions*), non esiste necessariamente una diretta correlazione causa-effetto tra questi ultimi e burn-out.

La BOS si può, quindi, definire come una condizione di disadattamento nella quale "un professionista, precedentemente impegnato, si disimpegna dal proprio lavoro in risposta allo stress ed alla tensione sperimentati sul lavoro" ⁷; una sindrome caratterizzata da una "progressiva perdita di idea-

lismo, di energia, di obiettivi”⁸ e “...di motivazioni e di aspettative a esser bravi nel fare del bene”⁹: si può quindi considerare come il passo conclusivo “di una progressione di tentativi senza successo per far fronte ad una serie di condizioni negative o stressanti”¹⁰.

Non si deve dimenticare che la sindrome non insorge repentinamente, ma, proprio secondo le modalità peculiari del processo dinamico a cui si è fatto cenno sopra, essa è il risultato di uno stress lavorativo, che, attraverso successivi episodi negativi e frustranti, conduce a una ridotta produttività e a un declino delle risorse emotive, esitando conclusivamente in un esaurimento psicofisico globale, soprattutto nel caso in cui l'operatore non reagisca efficacemente, mediante soluzioni attive ai problemi generatori della sindrome.

Con particolare riferimento alla metodologia medico legale, va dunque sottolineato che, benché in letteratura siano reperibili diverse descrizioni cliniche del burn-out, si rende tuttavia necessario inscrivere correttamente quest'ultimo nel più ampio quadro dei disturbi di natura psichica. Non va, comunque, dimenticato che qualsiasi operatore sanitario o qualunque soggetto impegnato in professioni d'aiuto può presentare sintomi e manifestazioni cliniche di patologie di natura psichica che nulla hanno a che vedere con la sindrome in oggetto, come ricorda giustamente Frighi¹¹.

È pertanto essenziale, anche da un punto di vista psichiatrico-forense, identificare le cause e le dinamiche della BOS, al fine di definirne le caratteristiche che la individuano come entità clinica autonoma.

Modelli e cause del burn-out

Come già accennato, uno degli obiettivi degli studi effettuati negli ultimi 15 anni è stato delineare un'unica struttura di sintesi tra i diversi modelli concettuali proposti nel corso del tempo. Questo intento, tuttavia, non ha trovato sempre un riscontro concreto nell'analisi concettuale dei diversi Autori, i quali hanno continuato — per motivi legati prevalentemente all'identità del loro cam-

po di interesse — a sottolineare, più o meno selettivamente, una particolare dimensione del problema: da quella individuale a quella sociale, da quella psicologica a quella clinica e così via.

La Maslach riprese, fin dai primi studi condotti in collaborazione con Pines^{12, 13}, il modello di risposta allo stress di Selye¹⁴, formulando una teoria che prevedeva 3 momenti successivi:

1) Esaurimento emotivo (*emotional exhaustion and fatigue*).

2) Depersonalizzazione (*depersonalisation and cynical attitude*).

3) Ridotta realizzazione personale (*lack of personal accomplishment*).

Rielaborata da Folgheraiter¹⁵, che introdusse un quarto fattore, descritto come perdita della capacità di controllo (smarrimento del senso critico che permette di valutare e inquadrare l'esperienza lavorativa nel suo giusto contesto), questa concezione tripartita — scaturita da diversi studi di ricerca e ripresa in seguito da altri Autori¹⁶⁻¹⁸ — ha assunto poco per volta un'importanza notevole, in ragione, peraltro, dell'elaborazione di una vera e propria scala di misurazione^{19, 20} che la Maslach propose nel 1981 e perfezionò nel 1986: la MBI^b.

Sostanzialmente, quindi, se si pone il problema sotto la luce psico-sociale propria degli studi della Maslach e Jackson, il burn-out assume le caratteristiche di un'esperienza nella quale, all'interno di un continuum adattativo, si passa da una condizione di adattamento produttivo (*eustress*) a una condizione di disadattamento (*distress*), coincidente — nei suoi gradi estremi — con la BOS; in pratica, sarebbero proprio gli elementi di stress relazionale sperimentati dagli operatori a determinare, nel tempo, il sovraccarico emozionale che conduce all'esaurimento.

Una soluzione frequentemente adottata, seppur inconsciamente, consisterebbe nel diminuire in larga misura il contatto con la gente, creando una sorta di barriera, potenzial-

^{b)} Si fa riferimento alla nota scala Maslach del burn-out (*Maslach Burnout Inventory*), che consente un'indagine psicometrica del paziente affetto da burn-out.

mente nociva, che lasci filtrare esclusivamente atteggiamenti di cinico disinteresse, coincidenti con una versione negativa dell'interessamento distaccato (*detached concern*), proprio dell'ideale medico, volto a evitare un'attivazione emotiva iper-acuta, incompatibile con un efficace espletamento della propria attività professionale. Sinteticamente, quindi, l'esaurimento emotivo sembrerebbe determinare in seconda battuta una reazione di depersonalizzazione difensiva, che costituirebbe le basi per l'emergere di una sensazione di ridotta realizzazione professionale. Questo modello, di sviluppo dinamico sequenziale, ha trovato conferma nei risultati empirici di una ricerca realizzata da Maslach in collaborazione con Leiter²¹, ricerca che evidenziò, inoltre, il ruolo svolto dal contesto interpersonale, inteso come rapporto tra operatore e colleghi-superiori; un altro elemento di importanza causale è, infine, la struttura operativa in cui viene espletata la professione, che, in relazione a diversi fattori, tra cui le norme — soprattutto quando troppo rigide — che all'interno di essa vigono, conduce al sovraccarico precedentemente descritto.

Pines, a fronte di una serie di studi tra i quali spicca per importanza quello del 1988 in collaborazione con Aronson²², sottolinea come le diverse definizioni della sindrome — pur mantenendo l'idea che essa rappresenti uno stato di esaurimento emozionale, a seguito di un processo graduale di progressiva disillusione — non concordino sulle cause della stessa, che andrebbe ricercata in un coinvolgimento personale profondo, da parte di professionisti che si identificano con il proprio lavoro in maniera eccessiva; il burn-out viene quindi definito come “il risultato di una costante o ripetuta pressione emotiva, associata ad un intenso coinvolgimento con altre persone, per lunghi periodi di tempo”²³. Pines non considera il burn-out come sindrome peculiare delle *helping professions*, ammettendo, tuttavia, che, in questo ambito, si rileva una maggiore frequenza di casi, in ragione del forte coinvolgimento richiesto dalle relazioni operatore-utente caratteristiche del settore.

Pines evidenzia, inoltre, come individui

fortemente motivati intraprendano carriere tese al raggiungimento di obiettivi specifici — spinti da motivazioni di diverso tipo, ma riconducibili in ogni caso a 3 categorie generali (universali, specifiche e personali) — il cui mancato raggiungimento genera la BOS^c; se l'aspettativa in questione potrà avverarsi dipende in buona parte dalle caratteristiche del contesto organizzativo in cui viene espletato il lavoro. In ogni caso, non conterebbero tanto le caratteristiche oggettive dell'ambiente di lavoro, quanto la predisposizione personale e il modo in cui la situazione lavorativa viene percepita individualmente: non è il fallimento in sé a determinare l'insorgenza del burn-out, quanto la percezione di inadeguatezza o inutilità, a realizzare tale condizione; condizione, in ogni caso, che non appare irreversibile, bensì modificabile, proprio in ragione della sua natura dinamica²⁴.

Oltre a Beck e Gargiulo²⁵, Schwab e Iwanicki²⁶ e Kyriacou²⁷, uno degli Autori che ha contribuito maggiormente allo studio della BOS è stato Cherniss⁷.

Insistendo sulla rilevanza che il problema del burn-out riveste, incidendo sul benessere psicologico dello staff, e sulle implicazioni che tali effetti generano in ambito sociale e sanitario, Cherniss definisce il burn-out come un processo transazionale, caratterizzato da 3 fasi successive:

- 1) stress lavorativo: definibile come squilibrio che viene a crearsi tra risorse disponibili e richieste provenienti dall'esterno;
- 2) tensione (*strain*): reazione emotiva immediata allo squilibrio citato;
- 3) conclusione difensiva (*coping*): modificazione dell'atteggiamento in senso negativo (ad esempio rigidità, distacco emotivo, cinismo ...).

Le modifiche di atteggiamento e gli elementi associati al burn-out (perdita di entusiasmo e di interesse) generano in seguito una fuga psicologica del soggetto coinvolto, rappresentando quest'ultima un tentativo di

^{c)} Sotto questo profilo, il modello di Pines condivide alcuni elementi con le teorie di Cherniss (in particolare in relazione alla componente motivazionale personale) discusse più avanti.

limitare il livello di stress generatore del fenomeno: “Quanto più stress [omissis] l'operatore subisce, tanto è minore l'energia che resta disponibile per l'empatia e l'aiuto all'utente”⁷. Un esempio dei meccanismi di difesa, intesi alla preservazione delle energie psichiche, frequentemente riscontrabile in ambito sanitario è il distacco psicologico dall'utente, prescindendo, tra l'altro, dalla considerazione che l'origine dello stress risieda nella relazione con l'utente in questione; tale meccanismo, simile per certi versi al fenomeno della burocratizzazione^d definito dalla Maslach²⁸, innesca una demotivazione che si auto-alimenta mediante un circolo vizioso: alla fuga dall'ambiente stressante, si associa una diminuzione dell'efficacia della prestazione professionale, che riporta ciclicamente a un incremento della frustrazione. In tempi molto recenti, Griffith *et al.* hanno analizzato le molteplici tipologie di coping utilizzate da chi insegna, come risposta all'instaurarsi della BOS²⁹.

Lo stress lavorativo, in ogni caso, non genera imprescindibilmente il burn-out: esso è il risultato di particolari modalità di coping, che includono ritiro, distacco e così via; le cause della BOS vanno quindi ricercate in tutti quei fattori che favoriscono questo tipo di reazione. Concordemente con Pines, Cherniss fa notare come, in letteratura, vi sia la tendenza a focalizzare l'attenzione su singoli elementi d'indagine, quando invece sarebbe più opportuno analizzare il problema secondo la prospettiva multidisciplinare che gli appartiene; inoltre, Cherniss sottolinea che il burn-out non si configura come situazione necessariamente permanente, in base alla reversibilità degli effetti che il distress genera⁷.

A differenza di Pines, tuttavia, Cherniss pone l'accento sull'analisi del contesto organizzativo in cui si svolge l'attività pro-

fessionale, citando le ricerche di Burke *et al.*³⁰ a sostegno di questa tesi e ricordando come un intervento a livello strutturale sia più semplice ed economico rispetto a un intervento rivolto a risolvere — volta per volta — i casi individuali. Le caratteristiche della situazione lavorativa chiamate in causa sono gli elementi normativi, la struttura di ruolo (conflitto/potenziale motivazionale), la struttura di potere (autonomia/controllo), lo stile di leadership e supervisione e l'interazione sociale all'interno dello staff.

Quest'ultimo elemento, che ben si riallaccia al problema del mobbing, è stato ripreso da molti Autori^{31, 32} e acquisisce un'importanza fondamentale in ambito medico legale, in quanto evidenzia un relazione per cui mobbing e burn-out potrebbero configurarsi come eventi paralleli, generatisi all'interno di situazioni lavorative stressanti.

Quanto sembra emergere è l'importanza del successo psicologico, che deriva dalla percezione personale piuttosto che dai riconoscimenti esterni: nel momento in cui venga a mancare un grado sufficiente di discrezionalità, basato sul parziale controllo del proprio ambiente di lavoro, è possibile che si sviluppi una forma di “impotenza appresa” (termine introdotto per la prima volta da Seligman³³), ovvero un'incapacità di controllare anche gli eventi che riguardano l'operatore da vicino.

Associando questi 2 elementi a un terzo concetto mutuato dalle teorie di Bandura e Schunk³⁴ — la *self-efficacy* (aspettativa di efficacia prestazionale all'interno del contesto lavorativo) — Cherniss elabora un teoria accomunabile per certi aspetti ai costrutti della Maslach, in cui la mancanza di feedback positivo da parte di colleghi e superiori, la reiterazione di eventi stressogeni e l'assenza di tempi di ricarica emotiva, svolgono un ruolo determinante.

In relazione alle strategie di coping, vanno ricordati, infine, Cooper *et al.*, che nel 1993 proposero una classificazione delle stesse, basata su uno studio condotto su 2 638 direttori scolastici del Regno Unito³⁵.

Tale classificazione comprende azioni di diverso tipo:

^d) Secondo la Maslach⁵, al fine di ridurre il contatto con la gente al minimo indispensabile per portare a termine il proprio lavoro, l'operatore “...si trasforma in un burocrate arido, le cui relazioni con gli altri sono strettamente aderenti ai regolamenti. Classifica la gente in varie categorie e poi risponde alla categoria anziché all'individuo. Applicando una formula, invece di una risposta specifica, la persona evita l'obbligo di conoscere l'altro e di coinvolgersi emotivamente”.

a) dirette (*direct*), tese alla gestione positiva della situazione stressante;

b) diversive (*diversionary*), dirette a evitare l'evento (l'atteggiamento di distacco, descritto dalla Maslach);

c) di fuga o di abbandono dell'attività (*withdrawal*);

d) palliative, ovvero basate sull'utilizzo di sostanze psicoattive (quali farmaci, alcool, caffè...).

Nello stesso lavoro, Cooper *et al.* identificarono elementi di correlazione diretta tra personalità impulsive e impazienti, dotate di forte impegno competitivo (personalità di tipo A – Type A behaviour), e incidenza di patologie psichiatriche. Richardsen *et al.* erano pervenuti alle stesse conclusioni già un anno prima ³⁶.

In relazione alle cause del burn-out, si potrebbe elencare una molteplicità di fattori che intervengono nella genesi della sindrome, che risulterebbe francamente troppo estesa; come accennato da Lodolo d'Oria nel celebre Studio Getsemani ³⁷ e, da una rivisitazione della letteratura è stato possibile focalizzare più di 40 fattori che danno origine al burn-out ³⁸; questi ultimi sono classificabili in 3 grandi categorie:

a) fattori individuali (sociali e personali);

b) fattori organizzativi (inerenti alla struttura di lavoro e all'organizzazione che all'interno di essa vige);

c) tipologia di attività svolta (stress addizionale).

Senza voler approfondire più del necessario tale tripartizione causale ³⁹, è comunque opportuno sottolinearne le caratteristiche per identificarne le componenti dinamiche, oggetto di un'eventuale programma terapeutico-preventivo, inteso alla corretta gestione delle risorse umane.

L'importanza dei fattori individuali fu sottolineata già nei primissimi studi dalla stessa Maslach, che tentò persino di definire un profilo dell'individuo a rischio di BOS, ovvero una "...persona debole e non assertiva

nel trattare con la gente... un soggetto sottomesso, ansioso, [che] teme il coinvolgimento, ha difficoltà nel definire i limiti nell'ambito della relazione d'aiuto... [omissis] non ha fiducia in se stessa, ha poca ambizione, è riservata e convenzionale... [omissis] si rassegna e si adatta alle limitazioni imposte dalla situazione, anziché affrontare le difficoltà..." ⁵. Tra i fattori più frequentemente segnalati, che hanno tra l'altro subito una parziale ridefinizione nel corso degli studi sul burn-out, quelli di maggiore importanza, sembrano essere: perfezionismo, eccessiva dedizione al lavoro, vita privata poco soddisfacente, eccessiva ambizione, personalità ansiosa, impulsività, personalità di tipo A, eccessiva introversione o estroversione, sistema motivazionale inadeguato e pulsioni ossessive al raggiungimento di una meta.

Tuttavia, tale sequenza di elementi facilitanti, che esercitano la loro azione anche singolarmente, risultano difficilmente individuabili, in quanto spesso attinenti alla sfera personale e privata dell'individuo; in questo senso, appare opportuno porre l'attenzione sulla necessità di valutare l'individuo nel suo insieme di valori (compresi quelli relativi al retroterra culturale, all'estrazione sociale, ecc.); così come è possibile individuare le caratteristiche dei soggetti a rischio di sviluppare la BOS, è possibile, per contro, definire profili psicologici altamente protettivi in questo senso (soggetti con alti livelli di autostima), difficilmente influenzabili e indipendenti dalle circostanze esterne, come riconosciuto e ben descritto da Maslow ⁴⁰.

In questo senso, va segnalato che, secondo studi effettuati più di recente da Marck, risulterebbero maggiormente predisposti a sviluppare burn-out i soggetti dotati di una ridotta hardiness (resistenza individuale agli stimoli esterni) ^f, che consentirebbe — nella normalità — di reagire con determinazione, controllando lo stress ³⁹.

^f) L'individuo dotato di *hardiness*, secondo Marck è consapevole di se stesso (*commitment*: questo permette di collocare adeguatamente le esperienze di vita), è dotato di *control* (ovvero di un'attitudine al controllo degli eventi, senza esserne sopraffatto) e percepisce le innovazioni in maniera stimolante, invece che come elemento potenzialmente pericoloso o stressante (*challenge*).

^e) Indagine condotta dall'INPDAP di Milano su circa 3 000 domande di inabilità al lavoro, presentate da insegnanti della scuola materna, elementare, media e superiore nel periodo gennaio 1992-dicembre 2001 (10 anni).

Tuttavia, a fronte di un difficile riconoscimento del burn-out basato su elementi per lo più statistici ⁸, la stessa Maslach riordinò le cause oggettive del burn-out in 6 classi, giungendo alla conclusione — divergente dalle sue stesse valutazioni iniziali — che il burn-out sia dovuto più alle condizioni lavorative (oggettive) che alla predisposizione individuale ⁴¹.

Pur non essendo da sottovalutare la capacità di adattamento dell'individuo, assumono quindi un ruolo primario i fattori organizzativi che gli consentono, tra l'altro, di apportare cambiamenti, anche significativi, alla struttura organizzativa.

Nelle *helping professions*, il problema della gestione delle risorse umane è inscindibilmente connesso a variabili di complessa definizione, in quanto le prestazioni sono intese ad assicurare interventi sullo stato di salute dell'utente o sulla sua condizione socio-assistenziale, campi in cui la variabilità di risposta è ancora più ampia.

Regolamenti rigidi, mancanza di rapporto tra colleghi, cattiva gestione amministrativa e operativa della struttura lavorativa, sovraccarico di lavoro, scarsa retribuzione, impossibilità di fare carriera, esercizio della professione in settori non affini alle proprie competenze e impossibilità di pianificare e organizzare il lavoro in modo autonomo, oltre alla già citata mancanza di feedback positivo, sono alcuni dei fattori chiamati in causa. In buona sostanza, emerge l'impressione che, all'interno di un contesto lavorativo fortemente mutato negli ultimi anni, anche in Italia (le USL sono divenute aziende, il lavoro è frequentemente espletato in équipe spesso non funzionali, l'utenza — più partecipe — richiede maggiore preparazione a livello terapeutico), l'operatore sanitario — in particolar modo — sia poco valorizzato e dunque più soggetto di un tempo ai fenomeni di stress lavorativo ^{42, 43}.

La terza categoria di fattori organizzativi che causano il burn-out comprende lo stress addizionale. Il tipo di lavoro che viene svol-

to implica un maggiore o minore carico emotivo, causato dal frequente contatto con le persone che la natura stessa del lavoro implica. Da moltissimi Autori viene infatti sottolineato lo stress aggiuntivo sopportato da chi opera in particolari settori (AIDS ^{44, 45}, terapia intensiva ⁴⁶, reparti oncologici ⁴⁷⁻⁴⁹ e psichiatrici ^{50, 51}), connesso alla particolare natura delle patologie da cui sono affetti i pazienti dei quali gli operatori si occupano.

Un'ulteriore categoria di cause, descritta da Cherniss, comprende i fattori socio-culturali, tra cui l'introduzione di modelli di valutazione degli operatori da parte degli utenti, il maggior valore attribuito al guadagno economico in ragione della competenza professionale e così via.

In generale, dunque, il burn-out riduce l'efficacia prestazionale dell'operatore, esponendolo a un elevato rischio professionale, con possibili conseguenze negative per gli utenti e incrementa il verificarsi di errori dovuti a negligenza o imprudenza, con risvolti da valutare in sede medico-legale ⁷.

Clinica e conseguenze del burn-out

Nel 1992, la Maslach fu la prima a segnalare come l'operatore sanitario esaurito abbia "la predisposizione a problemi di salute, disturbi psicologici, perdita dell'autostima, crescente insoddisfazione nel lavoro..." ⁵; tuttavia il quadro psicopatologico in questione non è di così rapida definizione. La tensione cronica, lo stress e la stanchezza — se perduranti nel tempo — possono rendere gli individui affetti più esposti all'eventuale insorgenza di patologie, oltre che potenziali utilizzatori di sostanze come alcool, tranquillanti e altri farmaci. Cherniss ⁷ indicò i sintomi e i segni principali del burn-out, tra cui sensazione di fallimento, senso di colpa e disistima, isolamento, senso di affaticamento e stanchezza, immobilismo e rigidità di pensiero, assenteismo, comportamento stereotipato con gli utenti e mancanza di sentimenti positivi verso questi ultimi, diminuzione della capacità di concentrazione, progressiva perdita di memoria, insonnia, sindromi influenzali e parainflenziali ricorrenti, cefalea, disturbi gastrointestinali (ad esem-

⁸) Sesso (maggiore esaurimento emozionale per le donne, più casi di depersonalizzazione per gli uomini), gruppo etnico, età (massimi livelli di BOS nei giovani), stato civile e livello di istruzione.

pio ulcera peptica), uso (o abuso) di farmaci, di alcool, di sostanze stupefacenti e disturbi di natura psichiatrica (episodi depressivi, paranoia...) ^h.

Nel 1995, Burisch riassunse i possibili quadri clinici in 7 categorie principali, riconoscibili per la loro peculiarità sintomatologica: sintomi premonitori (aumento dell'impegno, a seguito del primario esaurimento delle risorse), riduzione dell'impegno, reazioni emotive e colpevolizzazione (diminuzione del tono dell'umore fino alla depressione vera e propria), declino (perdita della capacità di concentrazione, della creatività fino all'apatia), appiattimento (demotivazione, indifferenza e cinismo), reazioni psicosomatiche (cefalee, ipertensione, disturbi gastrointestinali, e uso di psicofarmaci, tabacco e caffè) e disperazione (angoscia esistenziale) ⁵².

Il disagio lavorativo, quindi, tende a manifestarsi in modi differenti e molteplici, talora subdolamente, assumendo connotazioni e intensità diverse a seconda dello stadio in cui si trova la sindrome e portando, infine, al *breakdown* dell'operatore.

In un interessante lavoro del 2000, Farber classificò il burn-out in 3 sottocategorie ⁵³: per quanto tale classificazione sia stata proposta a fini terapeutici, essa consente un inquadramento più specifico delle diverse tipologie di burn-out, in funzione dei sintomi presentati ⁱ:

a) burn-out classico: l'individuo reagisce aumentando a dismisura la propria attività professionale, giungendo — non di rado — fino all'esaurimento;

b) *underchallenged burn-out*: causato dal-

^h) In proposito, va ricordato come in Giappone sia stato osservato un peculiare fenomeno clinico, chiamato «Karoshi», ricollegabile allo stress da lavoro: la medicina nipponica ha identificato nell'eccesso di lavoro la causa dello stress che ha generato (o più semplicemente aggravato), le patologie ischemiche e cardiache insorte in soggetti operanti in ambiti professionali all'interno dei quali era richiesto di espletare abnormi quantità di lavoro.

ⁱ) Farber, inoltre, ritiene assunto non del tutto condivisibile, che l'intervento terapeutico debba essere *tailored* (tagliato su misura) in relazione alla storia personale del singolo, procedimento che appare piuttosto dispersivo, nella convinzione che, per quanto sia innegabile che il processo di disadattamento da stress si genera e si evolve diversamente da individuo a individuo, estremizzare tale considerazione impedisce di superare l'impasse già descritta da Santinello ⁶.

la routine della professione, non più sufficiente alla motivazione attiva dell'individuo (effetto demotivante);

c) *wornout*: reazione a un lavoro produttivo un sovraccarico di stress, in relazione agli insufficienti riconoscimenti che ne risultano (il soggetto riduce la propria attività, al fine di prevenire l'insorgenza del burn-out classico).

In ogni caso, la più diffusa descrizione dei sintomi e delle conseguenze generate dal fenomeno è quella delineata da Maslach e integrata da Folgheraiter nel 1994 ¹⁵.

Non va dimenticato, infine, che la salute fisica non è la sola che sia condizionata dal burn-out: al collasso della motivazione e delle energie psichiche e alla perdita di controllo e autostima, si aggiungono spesso comportamenti che deteriorano i rapporti familiari oltre a quelli, già compromessi, con i colleghi; Maslach avverte che «i medici possono trattare in modo inumano non solo il paziente, ma anche i suoi familiari» ⁵.

Il rifiuto di parlare della propria attività con la famiglia e gli orari di lavoro prolungati a spese del tempo libero implicano frequentemente una scomparsa pressoché totale della vita privata, perché il lavoro «inizia ad occupare tutte le ore della veglia». La reperibilità continua e lo stacanovismo sono utilizzati per mascherare il desiderio di isolamento: chi è affetto da BOS tende a isolarsi sempre più, fino a perdere l'affetto dei propri cari.

A questo proposito, Maslach riporta il caso di William Van Buskirk, il direttore di una scuola pubblica superiore di Denver, che lavorando 7 giorni su 7 e 5 notti a settimana, finì per incorrere in una BOS piuttosto accentuata, giungendo a esaurirsi fisicamente e psichicamente, limitando sempre più la propria vita privata, fino all'inevitabile conclusione che lo portò al divorzio ⁵.

Cenni di terapia e prevenzione

Risultano piuttosto numerosi, in letteratura, gli interventi operativi proposti per la terapia e la prevenzione del burn-out. Il dato su cui tutti gli Autori concordano è quello secondo cui la BOS può essere curata solo mediante mutamenti radicali nella vita pro-

fessionale dell'operatore «esplosivo». Tuttavia, poiché si tratta frequentemente di interventi piuttosto drastici, appare più realistico e accessibile mettere in atto un programma di prevenzione (motivo per cui quest'ultima costituisce la base di ogni successiva terapia).

Occorre sottolineare che il problema risiede principalmente nella mancanza di informazione e nell'inadeguata formazione degli operatori^l.

Maslach ritiene che la gestione del fenomeno sia possibile a livello individuale e, a livello socio-istituzionale⁵: individualmente è essenziale stabilire obiettivi realistici, modificare la metodologia di lavoro senza modificare l'attività professionale (fare la stessa cosa in modo diverso), creare dei momenti di pausa, privilegiando l'autoanalisi allo scopo d'individuare capacità e debolezze personali prima di incorrere nel burn-out (tracciare i confini)^m. Dal lato istituzionale, è importante basare sulla fiducia la solidarietà tra colleghi (un elemento essenziale è la comparazione emozionale tra professionisti), richiedere e fornire un feedback positivo a questi ultimi, condividendo con essi quelli che vengono definiti ritualiⁿ, pur mantenendo la propria identità, all'interno del gruppo di condivisione; non va dimenticata l'importanza di ridistribuire il lavoro in maniera da evitare sovraccarichi e situazioni stressogene, nonché modificare il rapporto con gli utenti, utilizzando la loro valutazione come critica costruttiva e non fine a se stessa.

Secondo Cherniss⁷, invece, è possibile individuare 5 aree di intervento: sviluppo dello staff (in cui l'operatore prenda coscienza delle problematiche e delle relative soluzioni

^l) In tema di interventi formativi, è utile richiamare il lavoro di Leiter²¹ che mise in relazione di proporzionalità diretta l'incidenza del burn-out e il lasso di tempo intercorso dall'ultimo corso di aggiornamento professionale.

^m) Maslach⁵ propone l'interessante metafora del palombaro: un subacqueo che torni troppo rapidamente in superficie, sarebbe potenzialmente soggetto a embolia; per evitarla, sono necessarie alcune pause di decompressione. Analogamente, chi lavora in ambienti ad elevata pressione emozionale, necessita di pause di recupero (hobby, svago ecc.), prima di poter entrare nella pressione normale della vita privata.

ⁿ) Con questo termine, Maslach⁵ si riferisce ad "...azioni che [l'individuo] ritiene ottimali per se stesso, ma che non avrebbe il coraggio o le risorse di compiere da solo".

ni al burn-out), interventi sull'organizzazione lavorativa (informazione e sensibilizzazione degli amministratori sulla problematica), sviluppo del management (formazione dei dirigenti), incremento della partecipazione (maggiore interazione tra gli operatori) e definizione degli obiettivi e dei modelli di gestione (al fine di ridurre i carichi di lavoro eccessivi e stressanti).

Mentre altri Autori focalizzano la loro attenzione sulle strategie di coping, Grosch *et al.*⁵⁴ evidenziando la rilevanza della componente emotivo-sociale, sottolineano l'importanza della gestione, da parte degli operatori, delle dinamiche emotive personali, in modo da evitare il burn-out.

Santinello *et al.* sottolineano l'importante ruolo svolto dal corretto coordinamento in équipe professionali⁵⁵, mentre Celani *et al.* propongono un duplice livello di intervento, che riassume meglio di altri l'idea generalmente accettata di prevenzione della BOS⁵⁶:

a) formazione degli operatori: dalla formazione dello studente universitario (acquisizione della consapevolezza delle influenze emozionali nel futuro rapporto con il paziente) all'addestramento al lavoro in équipe, dall'adozione di meccanismi di controllo e supervisione all'individuazione di elementi indicativi di cedimenti psichici preliminari al burn-out;

b) organizzazione del lavoro: pianificazione dei livelli di intervento, possibilità per l'operatore di sviluppare spazi creativi e garanzia, per lo stesso, di un discreto margine di autonomia decisionale oltre a un incremento della partecipazione attiva ai programmi di gestione.

Altri Autori, riprendendo Maslach, Santinello *et al.*, propongono l'utilizzo di strategie attive di intervento, direttamente a livello del gruppo di lavoro: l'importanza dei feedback positivi e il sostegno reciproco consentono di ridurre gli effetti dei vissuti stressanti e prevenire la BOS⁵⁷.

Messineo *et al.* propongono un progetto di prevenzione a più livelli: primaria (promozione politica della tutela dello stato di salute della collettività, basata su supporti normativi adeguati e univoci), secondaria (indi-

viduazione precoce dei sintomi, mediante l'eliminazione dei conflitti creatisi tra operatori e struttura lavorativa) e terziaria (fase terapeutica per recuperare l'individuo in burn-out) ⁵⁸.

Allo stesso modo, Friedman ⁵⁹ — riallacciandosi peraltro alle teorizzazioni di Pithers *et al.* ⁶⁰ — propone 3 stadi di prevenzione, con interventi formativi specifici: a livello professionale (organizzazione di workshop con casi reali e simulati), a livello interpersonale (tecniche di stress management) e a livello organizzativo (attivazione di servizi di counselling e tecniche di comunicazione interna).

Studi e indagini: il punto sul burn-out

I risultati ottenibili dai diversi studi portano a concludere che il burn-out, diversamente dallo stress individuale, sia un fenomeno multidimensionale a carattere fondamentalmente psico-sociale, in relazione al quale sono stati individuati fattori di rischio personali, relazionali e ambientali. Indipendentemente dai progressi e dalle ricerche proposte negli ultimi anni, tuttavia, tale fenomeno necessita ancora di un approfondimento specifico su numerosi punti chiave.

Ad esempio, non è ancora stato definitivamente chiarito se il burn-out sia una sindrome riferibile esclusivamente alle *helping professions* o se invece sia l'espressione di un fenomeno di maggior portata, riscontrabile anche in altri settori; a questo proposito, diversi Autori hanno letto nel burn-out la manifestazione di una più ampia tipologia di disagio, al punto da ridefinirlo come job burn-out ⁶¹; inoltre, Golembiewski *et al.* hanno equiparato il ruolo svolto dal rapporto con l'utente a quello della relazione tra colleghi in professioni diverse da quelle tipiche in cui si sviluppa il burn-out ⁶². Tale possibilità non appare comunque in linea con un'interpretazione del burn-out quale quella comunemente intesa, in quanto ne altera pesantemente le teorizzazioni fondamentali.

Un altro elemento interessante, cui è stata posta maggiore attenzione, come confermato dai numerosi studi in merito, è quello che

potrebbe essere definito «genesi dinamica». Buona parte dei ricercatori, infatti, si sofferma esclusivamente sull'osservazione dei sintomi, perdendo di vista il contesto che conduce all'estrinsecarsi del quadro patologico osservabile; tale limitazione concettuale, non consente di discriminare il burn-out da altri stati di disagio lavorativo (ad esempio gli stati depressivi). Dal 1986 in poi — anno in cui fu pubblicata la seconda edizione della MBI ²⁰ — si passa, quindi, da una fase descrittiva a una fase più propriamente esplicativa, in cui vengono pubblicati i primi studi di tipo longitudinale ⁶³, che attestano la necessità di comprendere la dinamica vera e propria del burn-out e la cinetica della sua genesi, ovvero il burning-out.

Sono stati quindi proposti diversi modelli dinamici, tra cui spicca quello a fasi, sviluppato da Golembiewski *et al.*, secondo cui il soggetto che sviluppa la BOS, passa, secondo un preciso ordine cronologico, attraverso fasi successive, all'interno delle quali le 3 componenti di Maslach compaiono parallelamente e senza influenzarsi a vicenda ⁶⁴. Tale posizione, tuttavia, è stata fortemente criticata da Leiter, che ha proposto, in un primo tempo, un modello in cui le diverse componenti della BOS sono embricate in maniera da produrre l'insorgenza dell'uno o dell'altro fattore, e, in seguito, un modello misto in cui la realizzazione personale si evolve singolarmente, in parallelo all'evoluzione inter-dipendente dei primi 2 fattori, esaurimento emozionale e depersonalizzazione ⁶⁵.

Dunque, mentre risultano ancora molto rari i casi in cui teoria ed esame longitudinale si associano in un comune disegno di ricerca ^{66, 67}, sono numerosi gli studi finalizzati ad approfondire l'insorgenza del burn-out all'interno dei differenti contesti lavorativi delle *helping professions*. Oltre al già citato Studio Getsemani, condotto dall'INPDAP, in tema di burn-out in ambito scolastico vale la pena di ricordare il lavoro di Di Nuovo *et al.*, che ha focalizzato come le «correlazioni significative tra dimensioni del burnout e aspetti sociodemografici [siano] abbastanza limitate» ⁶⁸; in questo ambito, inoltre, non si può non citare il recentissimo Studio Golgota, condotto da Lodolo d'Oria *et al.*, che prose-

gue e approfondisce l'analisi iniziata nello Studio Getsemani, inerente al rischio di patologia psichiatrica per la categoria professionale degli insegnanti⁶⁹. Gli studi di Cafaro *et al.* sottolineano invece come sia "confermata l'ipotesi del ruolo predominante dei problemi organizzativi e di quelli inerenti alle caratteristiche dell'utenza, nell'insorgenza dei fenomeni di stress e malessere psicologico degli operatori sanitari"⁷⁰.

Per quanto riguarda lo studio del fenomeno in ambito sanitario, infine, le ricerche sono molteplici; vale certamente la pena di ricordare il lavoro di Olkinuora *et al.*, che rappresenta un notevole passo avanti, in considerazione dell'ampio campione utilizzato per lo studio: mediante un questionario somministrato a più di 2 600 medici finlandesi per rilevare il livello di burn-out, furono evidenziati alcuni elementi di notevole interesse; in particolare, il valore massimo si trova nel gruppo dei medici di medicina generale, seguiti quindi dagli psichiatri, dagli internisti e dagli oncologi. Risultano più a rischio gli operatori che trattano pazienti con prognosi sfavorevoli (psichiatri e oncologi), il che conferma quindi l'importanza del quarto fattore introdotto da Folgheraiter: lo stress addizionale⁷¹.

Quindi, tali dati spingono, tra le altre cose, a individuare strumenti utili al riconoscimento delle motivazioni sottostanti la scelta di uno specifico ambito professionale, che comporta, nel tempo, il potenziale sviluppo di burn-out in ragione dei fattori sopra richiamati.

Considerazioni medico legali e conclusioni

Sebbene i diversi studi presentati finora consentano di concludere, con una certa probabilità, che le implicazioni del burn-out siano di pertinenza prevalentemente psichiatrica e psicologica, tale aspetto non deve far tuttavia dimenticare il ruolo che esso riveste in ambito medico generale e in ambito medico legale.

A distanza di poco più di un trentennio dai primi studi sul burn-out, si rende necessario rivedere la definizione del fenomeno, al fine di ridurre ad un *unicum* le diverse ana-

lisi che, nel corso degli anni, hanno privilegiato una o più prospettive d'indagine. A fronte, infatti, delle continue modifiche occorse in ambito scolastico, sanitario e sociale, risulta evidente che purtroppo la BOS continuerà a rivestire un ruolo centrale nel panorama dei disturbi legati allo stress professionale, nello specifico contesto delle *helping professions*.

Come si è evidenziato, gli Autori che si sono interessati al fenomeno burn-out, hanno sottolineato, senza alcuna eccezione, la complessità degli aspetti caratterizzanti e determinanti la sindrome, e le mutue connessioni interdisciplinari tra i differenti settori di indagine scientifica: dalla psicologia, alla psichiatria, dalle teorie sulla gestione delle risorse umane a quelle inerenti allo stress generato dal contesto lavorativo. Quindi, risulta necessario sviluppare un modello dinamico pluridimensionale, non soltanto descrittivo, ma anche operativo, che consenta — a seguito dell'integrazione dei molteplici dati empirici con le considerazioni teoriche — di gestire e soprattutto prevenire efficacemente il verificarsi di nuovi casi di BOS.

Rivisitando buona parte degli studi finora compiuti, infatti, resta comunque valida una parte significativa delle obiezioni addotte sulla natura empirica dei modelli finora proposti. Queste sono attribuibili in massima parte a problemi di misurazione dello stress, oltre che all'incremento costante dei diversi fattori di rischio legati alla variabilità dei contesti sociali (nuove tecnologie, era informatica, ecc.) e alla già più volte citata importanza rivestita dai fattori personali.

Attualmente, sulla base della sola MBI, non sembra possibile individuare parametri soglia definiti, che permettano di chiarire, in maniera inequivocabile, se un soggetto sia affetto o meno da burn-out: tale deficienza conoscitiva si rivela in tutta la sua gravità, nell'assenza di strumenti d'indagine raffinati, in grado di diagnosticare con certezza i casi di burn-out. A tale proposito, in passato sono state utilizzate equazioni strutturali complesse secondo il metodo Lisrel, in relazione all'affidabilità predittiva del livello di disagio lavorativo esperito dagli operatori.

Si rende, inoltre, necessario indagare il

burn-out, non soltanto dal punto di vista del singolo soggetto, ma anche e soprattutto come effetto generato dal lavoro e dall'organizzazione.

Fatte queste premesse finalizzate a inquadrare il fenomeno del burn-out, appare con tutta evidenza come le problematiche che si pongono al Medico Legale debbano essere affrontate con rigore scientifico e sulla base di una ben precisa metodologia, senza la quale una qualsiasi conclusione verrebbe inevitabilmente a essere condizionata da un arbitrario soggettivismo.

Essenzialmente, sono 2 gli aspetti che il Medico Legale si trova a dover affrontare: il primo è rappresentato dalla necessità di stabilire se il soggetto in esame sia affetto da BOS e, in caso positivo, se la stessa sia stata determinata da un comportamento ingiusto altrui (ad esempio cattiva organizzazione del lavoro o turni frequenti e prolungati, come può accadere ai medici di guardia, ai chirurghi, ecc.); il secondo consiste nell'accertare se sia presente una patologia di carattere psichiatrico e, qualora la risposta sia affermativa, se la stessa derivi dalla BOS, se sia insorta autonomamente o preesistesse al fenomeno, costituendo fattore predisponente per la BOS, o ancora se da questa ultima sia, invece, stata aggravata.

Si tratta di un'indagine particolarmente delicata, per la quale il Medico Legale deve necessariamente rivolgersi a uno psichiatra, che, a sua volta, potrà avvalersi della collaborazione di uno psicologo, affinché si giunga a una diagnosi precisa.

La difficoltà dell'indagine psichiatrica è dovuta anche al fatto che si rende necessario, innanzi tutto, filtrare le situazioni che non costituiscono una vera e propria patologia, ma solo un peggioramento della qualità della vita o una sofferenza morale e ancora quelle situazioni particolari costituite dai vari aspetti della simulazione (disturbi fittizi, pretestazione, ecc.). Lo psichiatra inoltre, una volta individuata la presenza di una patologia psichica, deve, a richiesta del Medico Legale, approfondirne lo studio, al fine di accertare se la stessa preesistesse o meno alla BOS e se sia stata da quest'ultima riacutizzata o influenzata in senso negativo.

Nell'eventualità che sia invece evidenziato un concreto danno psichico, è necessario approfondire l'indagine in modo da comprendere se esso sia senza alcun dubbio correlabile in maniera esclusiva o concausata al burn-out, oppure se vi siano stati altri fattori stressanti — di natura psichica o di altro genere — di rilevanza tale da aver reso pressoché trascurabili quelli che generano il burn-out.

Il successivo stadio di analisi richiederà la verifica delle cure praticate fino a quel momento per la patologia psichica in esame e, in caso non ne sia stata effettuata alcuna, quale sarebbe stata l'efficacia di una corretta terapia; risulta, infatti, evidente che, a parità di quadro patologico accertato, riveste un'importanza maggiore quello che presenta gli stessi sintomi nonostante la terapia, rispetto a quello che non è stato oggetto di alcun trattamento.

Le conseguenze patologiche del burn-out possono essere — come già accennato — di diverso tipo: appare opportuno concentrare specificamente l'attenzione sulle diagnosi che più frequentemente vengono formulate in correlazione alla BOS, ovvero il disturbo post-traumatico da stress e il disturbo acuto da stress.

Queste patologie, in base a quanto stabilito dai criteri diagnostici del DSM-IV⁴, possono essere riconosciute a patto che il soggetto sia stato esposto a un evento traumatico, così caratterizzato:

- a) il soggetto deve aver vissuto o assistito a uno o più eventi che abbiano implicato una reale minaccia dell'integrità fisica propria o altrui, lesioni gravi a se stessi o ad altri, o, ancora, la morte;
- b) il soggetto deve aver vissuto tali situazioni con reazione di intensa paura, sentimenti di impotenza o orrore.

Le condizioni appena citate, come risulta evidente, non possono verificarsi in conseguenza dei fattori patogenetici tipici della BOS; pertanto, tali quadri patologici non soddisfacendo il criterio medico legale della compatibilità scientifica, non possono essere correlati causalmente con l'evento in esame (burn-out).

La patologia che più comunemente può manifestarsi come conseguenza del burn-out è il disturbo dell'adattamento acuto o cronico, nelle sue differenti estrinsecazioni (secondo il DSM-IV)^o. Alla base del disturbo dell'adattamento, infatti, vi sono spesso eventi stressanti, alcuni dei quali possono insorgere in ambito lavorativo (dal cambiamento della sede di lavoro al mancato raggiungimento degli obiettivi professionali), ma che possono emergere anche in ambiti diversi, come, ad esempio, la vita coniugale.

I sintomi insorgono, spesso in maniera subdola, nell'arco di 3-6 mesi dal momento in cui inizia l'azione dei fattori stressogeni; la sindrome in sé si risolve entro 6 mesi al cessare degli stessi fattori che hanno determinato l'insorgenza dello stress.

Da quanto esposto emerge quindi, con evidenza, come il danno psichico conseguente al burn-out sia una patologia che può di solito generare esclusivamente una condizione temporanea di malattia, senza dar luogo al verificarsi di un danno biologico permanente.

Dunque, si tratta di individuare quale sia stata l'effettiva durata del periodo di malattia, demandando al magistrato la decisione sul risarcimento eventualmente da riconoscere, per la situazione di sofferenza subita.

In alcune situazioni particolari, la sindrome non giunge a risoluzione completa, ad esempio per il perdurare nel tempo dell'azione dei fattori stressogeni o per i meccanismi di reiterazione ciclica cui si è fatto cenno. In tale caso, può anche concretizzarsi un danno biologico di lieve-modesta entità, con i caratteri della permanenza.

Nei casi in cui, invece, la sindrome del burn-out, agendo su un terreno predisponente di origine a una diversa patologia psichiatrica, quest'ultima dovrà essere valutata come ogni altra malattia costituente una compromissione dell'integrità psichica di un soggetto (danno biologico di natura psichica), tenendo ben presente il ruolo che la sindrome del burn-out ha esercitato nella genesi della stessa, agendo o come semplice fattore rivelatore o come concausa.

^o) La sindrome del burn-out si potrebbe inquadrare tra i disturbi dell'adattamento.

Parimenti qualora la BOS si manifesti in un soggetto già affetto da una patologia psichiatrica, aggravandola, sarà da tenere in considerazione, ai fini della valutazione, non soltanto la lesione all'integrità psichica del soggetto derivante dalla BOS, ma anche l'aggravamento che questa ultima ha determinato nella preesistente patologia.

A questo punto, qualcuno potrebbe tirare in ballo il cosiddetto danno esistenziale, che inerisce prevalentemente all'alterata qualità della vita; poiché non si tratta di un danno biologico, tale fattispecie non è, per ora, di competenza del Medico Legale, bensì del giurista. Si può prevedere, altresì, per il futuro, la definizione clinica e medico legale di questa particolare forma di danno.

Riassunto

L'Autore, muovendo da un ampio excursus inerente agli studi e alle ricerche sulla sindrome del burn-out e soffermandosi, in particolare, sui relativi aspetti relazionali e psico-dinamici, pone in luce alcune tematiche, care alla criteriologia medico legale, al fine di delineare gli elementi che possano costituire le linee guida per giungere a un giusto risarcimento del danno biologico di natura psichica, causato da una sindrome ormai sempre più diffusa, in particolar modo in ambito sanitario e socio-assistenziale.

Parole chiave: Sindrome del burn-out - Medicina legale - Professioni d'aiuto - Stress lavorativo.

Bibliografia

1. De Silvestri C. Appunti Profilattici. In: Pellegrino F, editor. La Sindrome del Burn-Out. Torino: Centro Scientifico Editore; 2000.p.81-91.
2. Gabassi PG, Mazzon M. Burn-out: 1974-1994, Venti anni di ricerche sullo stress degli operatori socio-sanitari. Milano: Franco Angeli; 1995.
3. Freudenberger HJ. Staff burn-out. J Social Issues 1974; 30:159-65.
4. DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Masson; 2002.
5. Maslach C. Burnout, the cost of caring. New York: Prentice Hall Press Inc.; 1982 (traduzione italiana: La sindrome del burnout, il prezzo dell'aiuto agli altri. Assisi: Cittadella Editrice; 1997).
6. Santinello M. Introduzione alla sindrome del burnout: aspetti e modelli teorici. In: Di Maria F, Di Nuovo S, Lavanco G, editors. Stress e aggressività, studi sul burnout in Sicilia. Milano: Franco Angeli; 2001.p.11-44.
7. Cherniss C, Staff burnout, Job stress in the Human Service. Beverly Hills, CA: Sage Publications Inc.; 1980 (trad. italiana: La sindrome del burn-out. Centro Scientifico Editore: Torino; 1983).

8. Brodksy A, Edelwick J. Burn-out. Doubleday: Ancor Press; 1980.
9. Harrison WD. A social competence model of burnout. In: Faber BA, editor. Stress and burnout in the human service profession. New York: Pergamon Press; 1983. p.207-21.
10. Marchesini GC, Costa M. Rapporti a rischio se bruciati dallo stress. *L'infermiere* 1992;36:61-5.
11. Frighi L. La sindrome del burn-out: aspetti clinici e preventivi. *Vaso di Pandora* 1995;3:23-9.
12. Maslach C, Pines A. The burn-out syndrome in day care setting. *Child Care Q* 1977;6:100-13.
13. Maslach C, Pines A. Characteristics of staff burn-out in mental health settings. *Hosp Community Psychiatry* 1978;29:233-7.
14. Selye H. *The Stress of Life*. New York: McGraw Hill; 1956.
15. Folgheraiter F. Introduzione all'edizione italiana. In: Bernstein G, Halaszyn J, editors. *Io operatore sociale*. Trento: Centro Studi Erickson; 1994.
16. Belcastro PA, Gold RS, Hays LC. Maslach Burnout Inventory: factor structures for samples of teachers. *Psychol Rep* 1983;53:364-6.
17. Lee RT, Ashforth BE. On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *J Appl Psychol* 1990;75:743-7.
18. Walkey FH, Green DE. An exhaustive examination of the replicable factor structure of the Maslach Burnout Inventory. *Educ Psychol Measur* 1992;52:209-323.
19. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 1981;2:99-113.
20. Maslach C, Jackson SE. *The Maslach Burnout Inventory ("Human Service Survey")*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1986. 2nd ed.
21. Leiter MP, Maslach C. Burnout as a function of communication patterns. *Group Organization Studies* 1988; 13:111-28.
22. Pines AM, Aronson E. *Career burnout: causes and cures*. New York: Free Press; 1988.
23. Pines AM, Aronson E, Kafry D. *Burnout*. New York: Free Press; 1981.
24. Pines AM. Burnout: an existential perspective. In: Farber BA, editor. *Stress and burnout in the human service professions*. New York: Elmsford, Pergamon Press; 1993.
25. Beck CL, Gargiulo RM. Burnout in teachers of retarded and non retarded children. *J Educ Res* 1983;76:169-73.
26. Schwab RL, Iwanicki EF. Who are our burned out teachers? *Educ Res Q* 1982;7:5-16.
27. Kyriacou C. Teacher stress and burnout: an international review. *Educ Res* 1987;29:146-52.
28. Maslach C, Jackson SE. Burned-out cops and their families. *Psychol Today* 1979;12:59-61.
29. Griffith J, Steptoe A, Cropley M. An investigation of coping strategies associated with job stress in teachers. *Br J Educ Psychol* 1997;69:517-31.
30. Burke JR, Greenglass ER. It may be lonely at the top but it's less stressful: psychological burnout in public schools. *Psychol Rep* 1989;61:615-23.
31. Milano MM. Il fenomeno del mobbing. *Torino Medica* 2002;13:7-8.
32. Ege H, Lancioni M. *Stress e Mobbing*. Bologna: Pitagora Editrice; 1998.
33. Seligman MEP. *Helplessness: on depression development and death*. San Francisco: Freeman Press; 1975.
34. Bandura A, Schunk DH. Cultivating competence, self-efficacy and intrinsic interest through proximal self-motivation. *J Personality Social Psychol* 1981;41:586-98.
35. Cooper CL, Kelly M. Occupational stress in head teachers: a national UK study. *Br J Educ Psychol* 1993;63: 130-43.
36. Richardsen AM, Burke RJ, Leiter MP. Occupational demands, psychological burnout and anxiety among hospital personnel in Norway. *Anxiety, stress and coping*. *Int J* 1992;5:55-68.
37. Lodolo D'Oria V, Pecori Giralardi F, Vitello A, Cantoni S, Cattaneo G, Vanoli C *et al*. Quale correlazione tra patologia psichiatrica e fenomeno del burnout negli insegnanti? (Studio Getsemani). *Difesa Sociale (Rivista dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale)* 2002;4.
38. Nagy S, Nagy MC. Longitudinal examination of teachers' burnout in a school district. *Psychol Rep* 1992;71:523-31.
39. Marck C, Pierce B, Molloy GN. Psychological and biological differences between secondary school teachers experiencing high and low levels of burnout. *Br J Educ Psychol* 1990;60:37-51.
40. Maslow AH. *Motivazione e personalità*. Roma: Armando Edizioni; 1973.
41. Maslach C, Leiter MP. *The truth about burnout*. San Francisco: Jossey-Bass; 1997.
42. Cosmàcini G. *Storia della medicina e della sanità in Italia*. Roma-Bari: Laterza Editore; 1987.
43. Pellegrino F, Celani T. Medici, burn-out e formazione psicologica. In: Trombini G, editor. *Come logora curare*. Bologna: Zanichelli Editore; 1994. p.62-77.
44. Di Giannantonio M, Mattioni T, Favetta S, Tempesta E, Ortona L, Fantoni M *et al*. Burnout, helping professions and AIDS. The stressing care of AIDS patients. *Ital J Psychiatry Behav Sci* 1991;1:85-93.
45. Starace F, Minaci F, Nasti G, Lorenzo E, Calfaro L, Castello A. Burnout e malessere psicologico negli operatori dei reparti AIDS. LX Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale. 24-27 Settembre 1997, Palermo.
46. Duval M, Mastronardi P. L'anestesista oggi: auto-definizione psicologica dello specialista sempre più ideale. *Rivista Medica Italiana di Psicoterapia ed Ipnosi* 1992;11:171.
47. Pellegrino F, Celani T. Burn-out: modelli di prevenzione negli operatori dei reparti oncologici. In: Grassi L, editor. *Il disagio psichico in Oncologia*. Ferrara: Spazio Libri Editore; 1993. p.223-34.
48. De Falco F, D'Aiuto G, Dama L, Matera S. Il burnout in oncologia: aspetti teorici, clinici e terapeutici. In: Grassi L, editor. *Il disagio psichico in oncologia*. Ferrara: Spazio Libri Editore; 1993. p.49-58.
49. Whippen DA, Canellos GP. Burnout syndrome in the practice of oncology. *J Clin Oncol* 1991;9:1916-20.
50. Giusti E, Montanari C, Iannazzo A. Psicoterapia integrata, piani di trattamento per psicoterapeuti con interventi a breve, medio e lungo termine. Milano: Masson; 2000.
51. Varma VP. *Stress in psychotherapist*. New York: Routledge; 1997.
52. Burisch M. Burnout. *Psicologia Contemporanea* 1995; 127:34-41.
53. Farber BA. Introduction: understanding and treating burnout in a changing culture. *J Clin Psychol* 2000;56: 589-94.
54. Grosch WN, Olsen DC. *When helping starts to hurt: a new look at burnout among psychotherapists*. New York: W.W. Norton; 1994.
55. Santinello M, Furlotti R. *Servizi territoriali e rischio di burn-out*. Milano: Giuffè Editore; 1992.
56. Celani T, Pellegrino F, Migliozi S. La Psichiatria di consultazione e collegamento: il suo ruolo nella prevenzione del Burn-out. Atti XIV Congresso Nazionale della SIMP Firenze: Edizioni Fisiory; 1995. p.99-107.
57. Zani B, Polmonari A. *Manuale di psicologia di comunità*. Bologna: Il Mulino; 1996.
58. Messineo F, Messineo E. Strategie preventive del burn-out. In: Pellegrino F, editor. *La sindrome del burn-out*. Torino: Centro Scientifico Editore; 2000. p.253-8.

59. Friedman IA. Burnout in teachers: shattered dreams of impeccable professional performance. *J Clin Psychol* 2000;56:595-606.
60. Pithers RT, Fogarty GJ. Symposium on teacher stress. *Br J Educ Psychol* 1995;65:3-14.
61. Bacharach S, Bamberger P. Causal models of role stressor antecedentes and consequences: the importance of occupational differences. *J Vocat Behav* 1992;31:13-34.
62. Golembiewski RT, Munzenrider RF. Phases of burnout: development in concepts and applications. New York: Praeger Press; 1988.
63. Wade DC, Cooley E, Savicki V. A longitudinal study of burn-out. *Child Youth Serv Rev* 1986;8:161-73.
64. Golembiewski RT, Boudreau R, Goto K, Murai T. Transactional perspectives on job burnout: replication of phase model results among japanese respondents. *Int J Organ Anal* 1993;1:7-27.
65. Leiter MP. Burnout crisis in self-efficacy: conceptual and practical implications. *Work Stress* 1992;6:107-15.
66. Wolpin J, Burke RJ, Greenglass ER. Is job satisfaction an antecedent or a consequence of psychological burnout? *Hum Relat* 1991;44:193-207.
67. Martin A, Pedrabissi L, Santinello M, Vidotto G. Il processo di burnig-out: una ricerca longitudinale. *G Ital Psicol* 1998;4:801-22.
68. Di Nuovo S, Carfi S. Burnout e caratteristiche di personalità: una ricerca empirica. In: Di Maria F, Di Nuovo S, Lavanco G editors. *Stress e aggressività, studi sul Burnout in Sicilia*. Milano: FrancoAngeli; 2001.p.67-78.
69. Lodolo D'Oria V, Pecori Giralí F, Della Torre M, Iossa Fasano A, Vizzi F, Fontani S, Vitello A *et al*. Quale rischio di patologia psichiatrica per la categoria professionale degli insegnanti (Studio Golgota). *La Medicina del Lavoro* 2004;5 (allegato).
70. Cafaro L, Starace F. Sindrome da burn-out e infezione da HIV. In: Pellegrino F editor. *La Sindrome del Burn-Out*. Torino: Centro Scientifico Editore; 2000.p.73-80.
71. Olkinuora M, Asp A, Juntunen J, Kauttu K, Striol L, Aarimaa M. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990;25:81-6.