

La Sindrome del Burn-out: responsabilità professionale e profili giuridici

■ Manlio M. Milano ¹

¹ Scuola di Specializzazione in Medicina Legale, Dipartimento di Anatomia, Farmacologia e Medicina Legale, Università degli Studi di Torino

ABSTRACT

The Author, after a rapid clinic and gnoseologic setting of the BOS (Burn-Out Syndrome), and particularly focusing on the etiologic features and the relational peculiarities, discusses the clinic case of a 36 years-old nurse affected by BOS, analyzing and evaluating its medico-legal aspects, particularly referring it to professional responsibility. Subsequently, some normative important references are proposed as to give a more exhaustive comprehension of the case and of its concerning legal implications. Finally, some useful management and legal general indications are provided to prevent this currently fast growing occupational-related phenomenon.

Keywords: Burn-out Syndrome, Forensic Medicine, helping professions, job stress, professional responsibility

The burn-out syndrome: professional responsibility and legal implications.

Pratica Medica & Aspetti Legali 2007; 1(1): 23-32

■ INTRODUZIONE

Come spesso accade in ambito medico per quelle condizioni patologiche di recente individuazione che ancora non abbiano trovato una precisa collocazione sotto il profilo nosologico, la *Burn-out Syndrome* (BOS) è stata oggetto di molteplici tentativi di definizione, a partire dal 1974, quando Freudenbergler individuò il concetto di *Staff Burn-out* come sindrome caratterizzata da una peculiare tipologia di reazione allo stress, sperimentata principalmente dagli operatori sanitari che si trovavano a contatto con pazienti affetti da patologie di marcata gravità con prognosi sfavorevole o inseriti all'interno di contesti lavorativi, caratterizzati da situazioni reiteranti (sofferenza, decesso e via dicendo) [1].

Questa iniziale caratterizzazione categoriale, che trovò – ai suoi esordi – un'ampia approvazione in ragione della sua immediatezza (il termine “Burn-

out” – bruciato, esaurito¹ – definisce efficacemente l'esaurimento psicofisico tipico di chi ne è affetto), è andata via via estendendosi ad altre categorie professionali (basti pensare, a titolo esemplificativo, agli operatori scolastici e, più in generale alle cosiddette *helping professions*), trovando nuovi elementi utili alla sua individuazione. Sotto il profilo squisitamente nosografico, il DSM-IV [2] non fa riferimento alcuno alla BOS, benché la sua sintomatologia, secondo alcuni Autori [3], potrebbe trovare una sua collocazione nel gruppo del *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD – Disturbo Post Traumatico da Stress) e dell'*Occupational Stress* (stress occupazionale). Tale impostazione, tuttavia, appare – allo scrivente – se non altro im-

¹ Il termine “Burn-out” proviene presumibilmente dal gergo sportivo: negli anni Trenta 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 e di conseguire risultati prestigiosi

propria, in ragione del fatto che nel Burn-out non possono verificarsi le drastiche sollecitazioni psico-stressanti, peculiari invece del PTSD, dato che l'esperienza negativa si determina solo in ambiti specifici, come perfettamente ricordato di recente da Buzzi e Vanin [4].

Nel corso degli anni, sono state proposte numerose e differenti definizioni per il fenomeno, volte a individuare un'unica struttura esplicativa di sintesi, a partire dal lavoro condotto elettivamente da Maslach, che ha prodotto numerosi contributi scientifici di rilievo a partire dalla seconda metà degli anni Settanta; tutte le definizioni tendono a porre in evidenza, anche se con aspetti differenti, l'esaurimento psicofisico dell'operatore, che perde gradualmente la propria capacità di adattamento nel quotidiano confronto con la propria attività lavorativa.

La definizione più adottata, in ogni caso, rimane quella proposta da Maslach *et al.*, che riassume con precisa incisività gli elementi distintivi della Sindrome e i suoi effetti stressanti a livello psichico: «Esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale, che può insorgere in individui impegnati in attività cosiddette di aiuto, che si esplicano mediante un continuo ed intenso contatto con la gente e con le peculiari caratteristiche esigenze di ogni singolo soggetto» [5]. Conclusivamente, quindi, è possibile definire il Burn-out come l'esito patologico di un processo stressogeno, innescato da una risposta inadeguata allo stress occupazionale derivante da molteplici fattori (carico e tipologia di lavoro, condizioni ambientali, presupposti personali), tipici di alcune professioni (psichiatri, psicologi, insegnanti, infermieri e via dicendo).

In riferimento, dunque, agli aspetti medico-legali del Burn-out, è indispensabile sottolineare come si renda necessario inscrivere correttamente quest'ultimo nel più ampio quadro dei disturbi di natura psichica, onde poter conseguentemente delineare gli aspetti giuridici che ne derivano, anche sotto il profilo della responsabilità professionale.

■ DESCRIZIONE DEL CASO

Nel caso in esame, una giovane donna di 36 anni, infermiera professionale presso uno degli ospedali maggiori di una città del Piemonte, si presenta presso lo studio del proprio medico di medicina generale in ragione di una sintomatologia aspecifica, consistente in ripetuti attacchi di emicrania accompagnati da parestesie agli arti superiori (manifestatesi da una a due volte la settimana), unitamente ad algie addominali ed epigastralgie.

Viene primariamente esclusa la possibilità che il soggetto sia in stato di gravidanza e prescritta terapia sintomatica con antalgici e inibitori di pom-

pa protonica; contestualmente, vengono prescritti esami ematochimici e radiografici, volti ad accertare le condizioni generali del soggetto, che – una volta sottoposti agli esami prescritti – risulta essere lievemente anemico e affetto da minima iposideremia e ancor meno marcata linfocitosi (va sottolineato, a questo punto, che l'infermiera non presentava alcun altro sintomo, oltre a quelli descritti, eccezion fatta per una generale sensazione di affaticamento fisico, che durava da qualche tempo).

Il curante prescrive, quindi, un'esofago-gastro-duodenoscopia (EGDS), che risulta assolutamente nella norma ed esclude la presenza di ulcere peptiche e altre condizioni patologiche (successiva visita specialistica gastroenterologica nella norma); viene quindi effettuata una seconda visita medica, più approfondita, in seguito alla quale il curante esclude patologie di rilievo, limitandosi a registrare la sintomatologia lamentata dalla paziente e confermando la terapia sintomatica precedentemente prescritta.

Successivamente la sintomatologia si attenua fino a scomparire. Tuttavia, trascorso un mese e mezzo circa dalla data della seconda visita del curante, la paziente accusa nuovamente gli stessi sintomi; poiché la terapia non induce la scomparsa della sintomatologia, e anzi, gli attacchi di emicrania – in particolar modo – aumentano di entità e di frequenza, la donna decide di rivolgersi al Centro Cefalee di Torino, ove – a seguito di un accurato esame clinico e della disamina dell'anamnesi prossima e remota – viene prescritta terapia farmacologica specifica, che consente alla paziente di ridurre gli attacchi cefalalgici, che pur continuano a manifestarsi.

La paziente, quindi, anche a seguito della graduale insorgenza (nell'arco di circa sei mesi) di una serie di sintomi accessori (riduzione della capacità di concentrazione, difficoltà nel memorizzare le cose, ecc.), la cui estrinsecazione risulta discontinua e saltuaria, decide di sottoporsi ad approfondimento diagnostico, per escludere patologie maggiori: TAC cranio ed esami ematochimici di controllo risultano nuovamente nella norma.

Trascorsi ulteriori tre mesi e mezzo circa, le condizioni della paziente si deteriorano con maggiore accentuazione: nuovi episodi di epigastralgie (più frequenti e intensi rispetto a quelli trascorsi), episodi di nausea e vomito, emicrania persistente nonostante la terapia, parestesie agli arti superiori e inferiori, tinnito e acufeni, tachicardia, sudorazione algica, aumento dei valori pressori (pre-ipertensione), improvvise perdite di memoria e appiattimento del tono dell'umore. Si verifica, inoltre, un episodio di attacco di panico, in seguito al quale i familiari della donna le consigliano di rivolgersi a uno psicologo, consiglio che viene, dopo qualche titubanza, preso nella giusta considerazione.

La paziente si rivolge quindi a un conoscente psicologo, che dopo un'analisi dei dati emersi da tre colloqui successivi (la paziente lamenta di essere divenuta agitata e piuttosto irrequieta: «qual-

che volta, ad esempio, mi rendo conto di essere preoccupata eccessivamente e anche per cose di poca importanza: spesso sono agitata, nervosa... Anche mio marito mi trova cambiata, dice che sto diventando intrattabile e che "scatto" senza motivo. Io non capisco. Non riesco a capire da dove mi arrivi anche tutta questa rabbia: qualche volta me la prendo anche con i pazienti; sa, quelli molto rigidi, in particolare. Non mi era mai successo.» e sulla scorta della documentazione clinica esibita, le consiglia di rivolgersi a uno psichiatra, che possa prenderla in carico.

Trascorse poche settimane, in cui le condizioni della paziente, lentamente ingravescenti, continuano a comportare difficoltà nei rapporti lavorativi e personali, con perdita della creatività, demotivazione e chiusura emotiva, la stessa – anche e soprattutto in ragione di un episodio depressivo – decide di rivolgersi a uno psichiatra dell'area metropolitana della città di residenza.

Il medico specialista che la prende in carico, dopo alcuni colloqui volti a inquadrare la condizione psicofisica della paziente e sulla base di attenta disamina della condizione lavorativa della medesima, che risulta essere iperstressante (anche in ragione di una variazione di incarichi datante da alcuni mesi, che vedono impegnata la donna all'interno di un reparto di oncologia pediatrica), pone diagnosi di «Disturbo dell'adattamento, imputabile a Sindrome da Burn-out».

Da questo momento in poi, lo specialista psichiatra prescrive la relativa terapia psicofarmacologica che, unitamente al supporto derivante dai colloqui psicologici mai interrotti e a una provvidenziale richiesta di trasferimento ad altra struttura ospedaliera ove svolgere mansioni meno stressogene (richiesta accolta), risolve l'episodio depressivo e ristabilisce (a distanza di circa 18 mesi dalla prima visita psichiatrica), l'omeostasi psicofisica della paziente.

■ GLI ASPETTI CLINICI

MODELLI ESPLICATIVI ED EZIOLOGIA DEL FENOMENO

In relazione ai **modelli esplicativi**, un obiettivo fondamentale che, in buona sostanza, si proponevano gli studi effettuati negli ultimi anni, era stato quello di pervenire a una sintetica definizione unitaria, derivante dai diversi modelli concettuali proposti nel corso del tempo. Tuttavia, l'analisi dei diversi Autori si è concentrata su aspetti settoriali del problema (elemento sociologico, componente psicologica, aspetti clinici e così via), senza mai pervenire a un inquadramento sistematico ed esaustivo; com'è noto la tendenza comune, in

letteratura, è quella di focalizzare l'attenzione su specifici elementi di indagine.

La teoria iniziale, proposta in origine da Maslach, sulla base del lavoro di ricerca condotto in collaborazione con Pines [6,7], riprendeva il modello di risposta allo stress proposto da Selye [8], formulando una teoria tripartita, così organizzata:

- esaurimento emotivo (*emotional exhaustion and fatigue*);
- depersonalizzazione (*depersonalisation and cynical attitude*);
- ridotta realizzazione personale (*lack of personal accomplishment*).

Nel 1994, Folgheraiter [9], introdusse la perdita della capacità di controllo (smarrimento del senso critico, che consente di valutare e inquadrare l'esperienza lavorativa nel suo giusto contesto) come quarto fattore della teoria proposta dalla stessa Maslach; questa concezione quadripartita fu ripresa in seguito da altri Autori [10-12], assumendo – in maniera graduale – una notevole importanza, anche sulla base dell'elaborazione di una vera e propria scala di misurazione [13,14], proposta nel 1981 e perfezionata, in seguito, nel 1986: la MBI (*Maslach Burn-out Inventory*).²

Tuttavia, va fatto un piccolo passo indietro. Tra i diversi Autori che si occuparono della materia, alle sue origini [15-17], quello che certamente contribuì con maggior forza allo studio della BOS fu Cherniss (1980).

Riprendendo le idee iniziali proposte da Freudenberg [1], Cherniss insiste sulla rilevanza che la BOS riveste nel contesto dello staff lavorativo e sulle implicazioni della medesima in ambito socio-sanitario; da questa ricerca emerge una nuova definizione di Burn-out, inteso come processo transazionale, caratterizzato da tre fasi [18]:

- stress lavorativo: squilibrio (solitamente in difetto) tra risorse disponibili e richieste provenienti dall'esterno;
- tensione (*strain*): reazione emotiva allo squilibrio citato, immediata e di breve durata, caratterizzata da sintomatologia psichica aspecifica (ansia, affaticamento, esaurimento, ecc.);
- conclusione difensiva (*coping*): modificazione psicologica dell'atteggiamento in senso negativo (ad es. rigidità, distacco emotivo, cinismo, ecc.).

In sostanza, le modifiche di atteggiamento (perdita di entusiasmo e di interesse) generano una "fuga psicologica" del soggetto coinvolto, tesa a 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» [18].

Già nel 1974 Seyle aveva definito lo stress, in generale, come una perturbazione alterante la normale omeostasi psichica e fisica dell'organismo, ovvero

² Sono stati proposti, successivamente al 1986, altri test volti a individuare e a quantificare la Burn-out Syndrome: di essi si dirà più avanti

come «la risposta non specifica a qualsiasi sollecitazione ambientale rivolta all'organismo» [19].

Nel 1988, il modello di sviluppo dinamico sequenziale di Cherniss, in cui si passa da una condizione di adattamento produttivo (*eustress*) ad una condizione di disadattamento (*distress*), coincidente – nei suoi gradi estremi – con la BOS e, ancor più, a uno stato di esaurimento emotivo determinante una successiva reazione di depersonalizzazione difensiva, trovò adeguate conferme nei risultati empirici del progetto di ricerca condotto da Maslach e Leiter [20]. La ricerca pose in evidenza il ruolo fondamentale che gioca il contesto interpersonale (rapporto tra operatore e colleghi-superiori) e la struttura operativa ove si svolge la professione e le cui norme interne – se troppo rigide – conducono al sovraccarico psico-emozionale, tipico della BOS.

In questo senso, va necessariamente ricordato un elemento sul quale convergono, sostanzialmente, tutti gli Autori, ovvero il fatto che lo stress lavorativo non genera imprescindibilmente il Burn-out: esso è il risultato di modalità particolari di *coping*, che includono l'isolamento, il distacco e così via; ecco perché le cause della BOS vanno ricercate in tutti quei fattori che favoriscono questo tipo di reazione.

Altro elemento di ragguardevole importanza risulta essere l'ambito in cui, con maggior frequenza, si osserva l'incidenza del Burn-out; Pines non considera la BOS quale situazione patologica peculiare delle *helping professions*, ammettendo tuttavia che in questo ambito si rileva una maggiore frequenza di casi, anche in ragione del naturale e incisivo coinvolgimento richiesto dalle relazioni operatore-utente, caratteristiche del settore [21]. In questo senso, un pregevole contributo alla ricerca sulla BOS è stato più volte fornito da Lodolo d'Oria, che – sulla scorta di numerosi lavori contraddistinti da minuziosità ed efficacia – ha delineato, tra le altre cose, un possibile schema causale originante la BOS, che trova – in concreto – evidenti riscontri [22].

Ancora, a differenza di Pines, Cherniss sottolinea l'importante e decisivo ruolo che gioca il contesto organizzativo in cui si svolge l'attività professionale, rifacendosi – peraltro – alle ricerche di Burke e Greenglass [23] a sostegno di tale posizione; gli elementi coinvolti nel determinismo causale sotto il profilo lavorativo sono i dianzi citati elementi normativi interni, 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 [18].

Va quindi chiarito che, se è vero che la condizione tipicamente connessa all'attività lavorativa rappresenta il substrato utile al verificarsi del Burn-out, è altrettanto vero che non sempre tale condizione è imputabile, sotto il profilo della responsabilità, a dirigenti mediocri (o coloro che ne sostituiscono le funzioni), che non abbiano gestito efficace-

mente le risorse umane; al contrario, essa può verificarsi anche in quelle condizioni in cui la consueta "normalità" del carico psico-fisico di lavoro, pur integrante quel necessario controllo delle reazioni empatiche che le *helping professions* prevedono, sia adeguatamente rispettato. Si entra, qui, nel campo del particolarismo individuale, che rende piuttosto nebulosi i confini tra la tollerabilità di una situazione lavorativa da parte del singolo e la responsabilità professionale connessa alla situazione lavorativa in cui le relative mansioni professionali vengono svolte. In relazione a questo punto, di straordinaria importanza sotto il profilo nosologico oltre che giuridico, lo scrivente non può che concordare con la posizione eccellentemente espressa da Buzzi e Vanin, in uno dei loro ultimi, pregevolissimi lavori [4].

In relazione alle cause della BOS, molteplici fattori, tra loro dinamicamente intercorrelati, concorrono a determinare l'instaurarsi della Sindrome [24,25]; questi ultimi sono classificabili in tre grandi categorie:

- fattori individuali (sociali e personali);
- fattori organizzativi (inerenti alla struttura di lavoro e all'organizzazione che all'interno di essa vige);
- tipologia di attività svolta (stress addizionale).

Un approfondimento di tale tripartizione causale risulterebbe, di fatto, incompatibile con gli scopi del presente articolo; tuttavia, risulta essenziale focalizzarne l'importanza, anche ai fini dell'identificazione delle componenti dinamiche, che potrebbero essere oggetto di un'eventuale programma terapeutico-preventivo. Infine, un'ulteriore causa generatrice del fenomeno – ricordata da Cherniss – comprende alcuni fattori socio-culturali, tra i quali rivestono non poca importanza i modelli di valutazione degli operatori da parte degli utenti, il maggior valore attribuito al guadagno economico in ragione della competenza professionale e così via.

ELEMENTI CLINICI E PREVENZIONE

Il quadro psicopatologico della BOS non risulta essere di immediata definizione. Sebbene la più diffusa descrizione dei sintomi e delle conseguenze generate dal fenomeno sia quella delineata da Maslach e integrata da Folgheraiter (1994) [9,15], fu Cherniss ad indicare, per primo e in maniera strutturata, 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, diminuzione della capacità di concentrazione, progressiva perdita di memoria, insonnia, cefalea, disturbi gastrointestinali (ad esempio, ulcera peptica), uso (o abuso) di farmaci, di alcol, di sostanze stupefacenti e disturbi di natura psichiatrica (episodi depressivi, paranoia, ecc.) [18].

Più di recente, è stato possibile identificare alcune fasi consequenziali, legate al manifestarsi della Sindrome [4,26]:

- Fase iniziale: entusiasmo idealistico derivante da una forte spinta motivazionale legata all'impegno sociale;
- Fase Pre-sindromica o di Stagnazione: riduzione dell'impegno, legato al non soddisfacimento delle attese gratificazioni, con conseguenti reazioni emotive e colpevolizzazione (diminuzione del tono dell'umore fino alla depressione vera e propria);
- Fase di Declino o di Frustrazione: demotivazione professionale ingravescente, tale da determinare una vera e propria depersonalizzazione (perdita della capacità di concentrazione, appiattimento emotivo), oltre a disturbi psicosomatici di varia natura (si veda sopra);
- Fase Terminale o di Apatia: apatia, legata all'esaurimento delle energie e degli elementi motivazionali, determinanti – talora – ripercussioni anche gravi nella vita di relazione. Questa fase rappresenta lo stadio di effettivo esaurimento, di Burn-out vero e proprio: si giunge al cosiddetto *breakdown* dell'operatore.

Quanto non va, in ogni caso, dimenticato è la rilevanza delle modalità reattive individuali – sottolineate peraltro dalla stessa Maslach [5] – di cui si è fatto cenno sopra: la BOS colpisce preferibilmente i soggetti caratterizzati da «ridotta *hardiness* (resistenza individuale agli stimoli esterni), che consentirebbe – nella “normalità” – di reagire con determinazione, controllando lo stress» [27,28].

Analogamente, il ruolo giocato dai fattori organizzativi assume un ruolo centrale: regolamenti rigidi, mancanza di rapporto tra colleghi, sovraccarico di lavoro e cattiva gestione amministrativa e operativa della struttura lavorativa sono alcuni dei fattori chiamati in causa.

Sotto il profilo della **prevenzione**, quindi, si tratta di adottare misure volte a garantire un ambiente lavorativo adeguatamente gestito, in cui l'operatore non sia sottoposto a sovraccarichi di lavoro e che si iscriva in un panorama regolato da norme flessibili. In questo senso, alcuni Autori [29,30] hanno recentemente proposto misure volte a garantire la formazione di ambiti di lavoro “a prova di Burn-out”, misure tra le quali si distinguono, oltre a quelle dianzi citate, un'adeguata supervisione dell'organizzazione del lavoro, l'agevolazione delle dinamiche interne di gestione (onde consentire lo sviluppo di reazioni consone all'ambiente) e la promozione del lavoro di *équipe*, nell'intento di favorire lo scambio di idee e di bloccare, sul nascere, eventuali dinamiche stressogene o determinanti reazioni di *coping*.

Per quanto attiene, invece, alle implicazioni giuridiche del mancato rispetto di tali misure preventive, si rimanda al paragrafo relativo agli aspetti medico-legali.

CONCLUSIONI E CONSIDERAZIONI AL CASO IN OGGETTO

Il Burn-out, a differenza dello stress individuale, si configura come un fenomeno multidimensionale a carattere fondamentalmente psico-sociale, in rapporto al quale sono stati individuati fattori di rischio personali, relazionali e ambientali [26].

A tutt'oggi, non è ancora stato chiarito in maniera definitiva se il Burn-out sia una condizione patologica riferibile esclusivamente alle *helping professions* o se invece esso sia la “punta dell'iceberg” di un fenomeno di più ampie proporzioni, riscontrabile – quindi – anche in altri ambiti lavorativi. Alcuni Autori hanno riferito al Burn-out la manifestazione di una più ampia tipologia di disagio, tanto da coniare la più esaustiva definizione di *job burn-out* [31].

Uno dei limiti della ricerca è risultato essere, in passato, l'attenzione focalizzata selettivamente all'osservazione dei sintomi, il che ha determinato la sottovalutazione delle modalità in cui determinati contesti e specifici presupposti conducono all'estrinsecarsi del quadro patologico peculiare della BOS; tale limitazione concettuale non ha permesso di discriminare in maniera efficace il Burn-out da differenti stati di disagio lavorativo (ad esempio, gli stati depressivi). Ciò non di meno, a partire dal 1986 (anno della pubblicazione della seconda edizione della MBI) si pergiunse ad una fase più propriamente esplicativa, volta a creare modelli dinamici, utili alla comprensione della cinetica della genesi del fenomeno (*burning-out process*). Leiter propone, ad esempio, un modello in cui le diverse componenti della Sindrome sono interconnesse in maniera da produrre l'insorgenza dell'uno o dell'altro fattore e, in uno studio successivo, un modello “misto” in cui la realizzazione individuale si evolve singolarmente, in parallelo all'evoluzione inter-dipendente dei primi due fattori, esaurimento emozionale e depersonalizzazione [26,32].

In ambito sanitario, poi, le ricerche sono state molteplici: risulterebbero più a rischio gli operatori coinvolti nel trattamento di pazienti con prognosi sfavorevoli (psichiatri e oncologi), il che confermerebbe, dunque, l'imprescindibile importanza del quarto fattore introdotto da Folgheraiter: lo stress addizionale [9].

In ogni caso, indipendentemente dai progressi e dalle ricerche condotte negli ultimi anni, il fenomeno del Burn-out necessita comunque di un approfondimento specifico e organico su numerosi punti cardine.

In relazione al caso presentato, quindi, quanto appare evidente è come la storia clinica descritta possa effettivamente rappresentare una delle più frequenti situazioni che portano al riconoscimento della BOS da parte del medico. Spesso, infatti, i sintomi presentati sono del tutto aspecifici e il curante provvede a escludere patologie “più serie”, solitamente di tipo organico, prima di congetturare possibili implicazioni di ordine psichico.

A dispetto del volume di studi in merito, che in Italia sta aumentando via via di entità, la BOS non ha – come prima evidenziato – una sua collocazione nosologica ben definita, il che rende conto, tra le altre cose, delle difficoltà che si incontrano nella diagnosi differenziale; alcune condizioni patologiche che possono derivare dalla Sindrome del Burn-out (ad esempio il Disturbo dell'Adattamento), complicano ulteriormente la questione, ma si tratta di diagnosi di ordine specialistico, in relazione alle quali si rimanda la discussione ad ambiti specifici. Quanto è importante tenere a mente è la possibilità di individuare prontamente una situazione di stress da lavoro, sulla base di alcuni epifenomeni, che spesso gettano luce sulle reali condizioni del paziente: sintomi ansiosi o depressivi, abuso di farmaci, alcolici e caffè, irrequietezza, sudorazione algida e tachicardia possono essere le potenziali “spie” di un disagio di ordine psichico. Ancor di più, non va dimenticata – come in ogni pratica medica ben effettuata – l'importanza essenziale che riveste l'anamnesi (prossima e remota): conoscere la situazione familiare e lavorativa di un paziente, approfondire – pur con colloqui non specialistici – il suo vissuto personale, individuando le cause del suo disagio, sono elementi preziosissimi per individuare l'origine di qualsiasi condizione patologica, incluso il Burn-out.

Nel caso preso in esame, quindi, il curante mantenne un atteggiamento che – se pur non può dirsi francamente scorretto (in ragione della finalità volta ad escludere patologie maggiori), neppure può essere indicato come tempestivo, nel momento in cui – soprattutto nel corso della seconda visita effettuata – detto curante si limitò a “registrare” i sintomi della paziente, prescrivendole terapia sintomatica; tale atteggiamento è di certo deprecabile, in quanto esprime – anche al di fuori del “discorso Burn-out” – una sufficienza e una superficialità di intervento potenzialmente dannose, denunciando una mancanza di professionalità quanto mai evidente. È pur vero che una neoplasia, sotto il profilo ideativo, può rappresentare una minaccia più sentita rispetto ad uno stato patologico da stress, cui – in qualche modo – l'attuale ambiente sociale ci abitua, ma non va mai dimenticato, soprattutto dalla parte della buona pratica medica, che un sintomo apparentemente banale come la tachicardia può esitare – se trascurato – in situazioni di forte gravità, in cui la terapia e il successivo ritorno del paziente alla condizione di “salute” possono risultare ardui e complessi.

Ci si deve chiedere, quindi, cosa sarebbe accaduto se la diagnosi del curante fosse stata più tempestiva e di quali giovamenti avrebbe potuto godere la paziente nel caso in cui i colloqui psicologici – la cui fondamentale importanza è ben ricordata, anche sotto altri aspetti, da Freilone [33] – fossero iniziati prima. La risposta è ovvia: condizione patologica e relativi sintomi non si sarebbero aggravati e la paziente stessa non avrebbe dovuto probabilmente essere sottoposta a interventi tera-

peutici maggiori; né si può sostenere – quale scusante – che la BOS sia condizione regredibile, non necessariamente permanente e quindi tale da non risultare allarmante.

Ora, come è stato detto, non si può riconoscere un'effettiva colpa in capo al curante per diagnosi errata o intempestiva, ma qualche aspetto da discutere, sotto il profilo della negligenza, c'è ed è più che evidente.

Quanto avrebbe dovuto mettere sull'avviso il curante, ad esempio, è la particolare condizione lavorativa della paziente, operante nell'ambito dell'oncologia pediatrica. Tale situazione comporta effettivamente un carico di stress addizionale, talora non adeguatamente controllabile dagli operatori, come ricordano efficacemente Abate e De Falco: «Il doversi confrontare con un malato grave, che nonostante i massicci interventi terapeutici continua a peggiorare, o con un paziente moribondo può far scattare nel medico reazioni di difesa di cui il malato può diventare vittima» [34]. In questa direzione, domande apparentemente superficiali, volte a chiarire quale fosse la situazione della paziente sul lavoro, avrebbero potuto risultare inaspettatamente illuminanti.

Altro punto di rilievo è l'ausilio dello specialista psichiatra, che può contare – oltre che sull'esperienza professionale – anche su specifici test di valutazione e quantificazione psicometrica (oltre alla MBI, già citata, il PJB, *Perceptual Job Burn-out Inventory*, e il BM, *Burn-out Measure*); quest'ultimo, infatti, può riconoscere con forte anticipo rispetto a chi “non è addetto ai lavori” una condizione lavorativa stressogena e aiutare il paziente a non incorrere in situazioni di maggior gravità.

In ultimo, non si può non dire come – paradossalmente – anche il medico di medicina generale possa incorrere nel Burn-out. Belleri e Casolari affrontano il tema, denunciando come talora, e soprattutto nelle grandi città, il medico di medicina generale possa sentirsi ingiustamente collocato in una posizione marginale rispetto all'universo della sanità [35]. La talora minore soddisfazione degli utenti per la medicina generale e strutture specialistiche e private che fanno “concorrenza” alla medicina generale da una posizione di vantaggio rendono conto dei sentimenti di squalifica professionale, frustrazione e demotivazione, talvolta esperite dal medico di MG, che si sente declassato a “medico della mutua”, nel senso deterioro del termine. Questo tipo di situazione, ben riassumibile con la nozione di *powerlessness*, mutuata dalla psicologia della comunità, può – pur rimanendo generalmente sopito e manifestandosi di solito con somatizzazione, generici atteggiamenti di insofferenza o episodi depressivi – sconfinare occasionalmente nella sindrome da Burn-out, rendendo evidentemente più macchinoso e complesso il rapporto con i pazienti.

■ GLI ASPETTI LEGALI

CONSIDERAZIONI MEDICO-LEGALI

In relazione e sulla base di quanto sopra detto, rimane la questione – peraltro piuttosto spinosa – inerente agli aspetti giuridici della responsabilità professionale connessa alla Sindrome del Burn-out. Da alcuni anni a questa parte, scorrendo le pagine delle riviste di giurisprudenza, di psichiatria e medicina legale, è possibile reperire una notevolissima quantità di materiale relativa al fenomeno del *mobbing*, rispecchiante la vastità delle sentenze pubblicate sul tema; se, quindi, è vero che il termine *mobbing* è ormai divenuto, nel linguaggio medico-legale, di uso comune, altrettanto non si può dire per il fenomeno del Burn-out.

Al contrario, un'analitica ricerca pazientemente condotta al fine di individuare materiale relativo nei maggiori repertori giurisprudenziali si è rivelata priva di significativi risultati: quanto emerge da tale ricerca è che mentre – da una parte – la BOS e le sue implicazioni sono state già da tempo studiate e discusse in ambito psichiatrico e medico-legale, in quello giuridico l'Italia sembra non aver ancora recepito l'importanza di un problema le cui proporzioni – anche in ragione dello stile di vita cui generalmente sono sottoposti gli operatori dei settori a rischio – sono destinate inevitabilmente a crescere. Basti pensare che, secondo la celebre ricerca *Working Conditions*,³ lo stress lavorativo colpirebbe ogni anno circa 40 milioni di lavoratori nell'Unione Europea, risultando essere, al secondo posto dopo la lombalgia, il problema più ampiamente diffuso [36].

Ciò non di meno, questo non significa che i magistrati italiani non si siano mai occupati degli effetti del problema: è possibile reperire sentenze che si riferiscono genericamente allo “stress lavorativo” e alla “tutela della salute psichica” del lavoratore. Esistono, infatti, alcune sentenze che – prendendo in esame fenomeni di stress da lavoro – sottolineano la connessione nessologica tra quest'ultimo ed episodi patologici, talora di rilevante gravità, occorsi al dipendente.

Un caso emblematico di questo tipo si riferisce a uno dei capi ufficio dell'Ente Fiera del Levante di Bari, obbligato a lavorare a lungo e sotto forte stress per carenza di organico, con conseguenti sovraccarichi di lavoro (il consulente del tribunale pose in relazione l'infarto con lo stress accumulato); questo caso diede corpo a due importanti sentenze della Corte di Cassazione: la prima sentenza [37] ha stabilito che il datore di lavoro è responsabile ex art. 2087 c.c. [38],⁴ nel caso in cui il dipen-

dente subisca danni alla salute, determinati da un sovraccarico occupazionale sul lavoro. La seconda sentenza [39], invece, si riferisce all'obbligo di organizzare il lavoro adottando misure adeguate a tutelare l'integrità psichica e fisica dei dipendenti. In questo senso, risulta quindi chiaro che violazioni di questo genere (sovraccaricare di lavoro un dipendente, a titolo esemplificativo) risultino impugnabili, sul piano giudiziario, dal dipendente il cui deterioramento psicofisico sia causalmente legato alle conseguenze di dette violazioni (ovviamente, il lavoratore deve dimostrare che l'azienda non ha adottato le misure di sicurezza adeguate a garantire la sua integrità).

Altra situazione di interesse, per le implicazioni più ampie che la sentenza stessa suggerisce, è quella di un dipendente investito da un'autovettura, al termine dell'orario di lavoro, mentre attraversava la strada per ritornare a casa. In sostanza la Corte di Cassazione [40] ha affermato che il generico rischio della strada può diventare rischio specifico da lavoro quando a esso si accompagnino componenti suppletive, in ragione delle quali l'infortunio su strada venga a trovarsi in rapporto di stretta connessione con gli obblighi lavorativi: un turno di lavoro troppo lungo, un sovraccarico di mansioni e via dicendo possono determinare uno stress psicologico grave, che rende meno vigile il lavoratore, compromettendo conseguentemente il suo equilibrio psicofisico.

Fatte queste imprescindibili puntualizzazioni, va conseguentemente osservato che il presente momento storico, anche sotto il profilo socio-culturale, apre le porte a una nuova frontiera che probabilmente garantirà in maniera più efficace la salute psicofisica del lavoratore. È evidente, infatti, che la tutela della salute psichica lesa o posta in pericolo da un'inadeguata gestione delle risorse umane possa determinare l'insorgenza di una situazione psico-patologica in quelle categorie di lavoratori maggiormente esposte al rischio relativo, proprio in virtù della peculiarità della professione svolta. Nell'ambito delle professioni sanitarie, poi, gli effetti negativi del Burn-out coinvolgono non solo il lavoratore (che manifesta la congerie di sintomi sopra descritti), ma anche e soprattutto l'utente, oggetto di un servizio inadeguato; da qui deriva essenzialmente la stessa rilevanza della questione in ambito giuridico, rilevanza sulla quale è possibile intervenire, proprio in base a quell'art. 2087 del Codice Civile [41]⁵ dianzi citato, che a sua volta affonda le radici nel solido terreno garantista offerto dalla Costituzione (art. 32) [42].⁶

Una sentenza di particolare interesse in riferimento alla problematica della tutela della salute del

³ Tale lavoro di ricerca fu pubblicato già nel 1996 dalla Fondazione Europea di Dublino

⁴ Art. 2087 c.c.: «L'imprenditore è tenuto ad adottare, nell'esercizio dell'impresa, le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro»

⁵ Tale norma di legge, essendo norma a carattere generale estensibile a situazioni non ancora disciplinate da altre norme, risulta applicabile in ogni caso

⁶ Costituzione Italiana, art. 32, comma 1: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti»

lavoratore è quella pronunciata dal tribunale di Torino nel 2002 (Sentenza Uccellini) [43], in cui il giudice monocratico ritenne che il responsabile dell'Istituto di Vigilanza Privata di Torino fosse colpevole del reato di lesioni personali colpose gravi cagionate a un lavoratore, colpito da ischemia miocardica acuta (IMA); in sostanza, il datore di lavoro risultava responsabile nell'aver omesso di effettuare la valutazione del rischio dello stress psico-fisico inerente all'attività di vigilanza, adottando – consequenzialmente – opportune misure tecniche utili a evitare il rischio specifico riportato dal lavoratore in questione.

Ora, se è pur vero che il caso in questione risulta di più facile interpretazione per via della palese evidenza della lesione (un infarto miocardico rappresenta, di certo, una lesione personale), è anche vero che esso offre alcuni interessanti spunti. Il primo, di tutta evidenza, consiste nell'aver riconosciuto, quale causa determinante la lesione dell'integrità fisica, una cattiva gestione del lavoro, generatrice a sua volta di un deterioramento della salute del lavoratore (va sottolineato come il giudice abbia ritenuto che la lesione in questione sia stata cagionata dal datore di lavoro per colpa, sottovalutando i rischi connessi alle mansioni specifiche cui era addetto il dipendente). Ecco, quindi, come anche il *distress* generato dalla Sindrome del Burn-out sia derivabile – sempre ove si rispetti il criterio causale medico-legale – dalla colpa del datore di lavoro insita nella cattiva organizzazione dell'attività lavorativa stessa. Ma occorre spingersi più oltre.

Se infatti ci si trova nell'ambito giuridico della colpa, occorre distinguere se questa sia “generica” (colpa determinata da negligenza, imperizia o imprudenza) o specifica (con violazione delle norme, nel caso specifico, poste a tutela della salute del lavoratore). Le basi normative della questione affondano le loro radici nel Decreto Legislativo n. 626 del 19 settembre 1994,⁷ attuativo degli orientamenti europei finalizzati alla tutela dell'integrità psicofisica dei lavoratori e citato in tal senso da più Autori [44]; esso si riferisce, tra gli altri aspetti, alla predisposizione «di misure atte, secondo le comuni tecniche di sicurezza, a preservare i lavoratori dalla lesione dell'integrità psicofisica che può derivare come rischio connesso dall'esecuzione dell'attività lavorativa» [45], rischio che – come è stato sopra più volte detto – risulta essere peculiare nelle *helping professions*.

⁷ Di pubblicazione più recente è la direttiva del Dipartimento Funzione Pubblica (24.03.2004), contenente le misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle pubbliche amministrazioni. Come giustamente ricordato da Messineo e Dimitri: «Sebbene si applichi solo alle pubbliche amministrazioni, è un importante punto di riferimento per le definizioni che introduce, per la novellazione di concetti correlati al benessere, alla valutazione dei rischi ed agli interventi utili per migliorare le condizioni operative in ogni comparto o settore» [44]

In particolare, gli artt. 3 e 4 del sopracitato D. Lgs. impongono al datore di lavoro la valutazione del rischio specifico inerente all'attività lavorativa che si traduce, in relazione all'attività sanitaria, nella valutazione del rischio specifico da stress psicofisico connesso all'esercizio di tale genere di attività – e qui sta il punto – cui è essenziale che segua una corretta organizzazione delle risorse umane, indispensabile a scongiurare il rischio stesso.

Risulta quindi di tutta evidenza che ogni qual volta l'organizzazione del lavoro non abbia correttamente incluso la valutazione dello stress lavorativo (ovvero del rischio specifico) si potrà configurare una responsabilità penale colposa del datore di lavoro (in questo caso il Direttore Sanitario). Tale valutazione non potrà in alcun modo prescindere dal criterio della prevedibilità (ovvero dalle probabilità che l'evento rischioso si verifichi) e dalle conoscenze scientifiche disponibili al momento; dovranno, inoltre, essere considerate con attenzione le caratteristiche specifiche del soggetto interessato, dalla sua condizione psicofisica (e qui il discorso diventa notevolmente spinoso: basti pensare ai possibili risvolti di un tale accertamento nell'ambito della *privacy*) alla situazione lavorativa specifica (si fa riferimento al precedentemente citato “stress addizionale”) [8,24,25]. Di converso, la responsabilità del datore di lavoro sarà esclusa – pur nel caso in cui si verifichi effettivamente una patologia a carico del lavoratore – qualora egli abbia adottato tutte le misure cautelari necessarie a tutelarne l'integrità psichica e fisica.⁸

In tale sede sarebbe improprio e inutilmente pleonastico aprire il capitolo inerente all'accertamento, da parte del magistrato, dell'effettiva sussistenza dei fatti tipici descritti dalle norme vigenti, tuttavia va assolutamente sottolineata l'importanza che si accerti il nesso causale tra lo stato di stress lavorativo e il comportamento antidoveroso tenuto dal datore di lavoro: la sussistenza di tale nesso di causa deve essere valutata dal perito specialista medico-legale nominato dal giudice – di volta in volta – in relazione al caso concreto.

OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

In buona sostanza, tutti gli Autori che si sono interessati al fenomeno Burn-out hanno sottolineato la sua complessità e le connessioni interdisciplinari tra i differenti settori di indagine scientifica in relazione a tale Sindrome: dalla psicologia, alla psichiatria, dalle teorie sulla gestione delle risorse umane a quelle inerenti allo stress generato dal contesto lavorativo. Risulta quindi «necessario sviluppare un modello dinamico pluridimensionale, non soltanto descrittivo, ma anche operativo, che consenta – a seguito dell'integrazione dei

⁸ Recenti studi epidemiologici hanno posto in correlazione le malattie cardiovascolari con il lavoro notturno; un lavoratore a rischio accertato di tale tipo di patologia andrà quindi destinato ad altre mansioni

molteplici dati empirici con le considerazioni teoriche – di gestire e soprattutto prevenire efficacemente il verificarsi di nuovi casi di sindrome da Burn-out» [27]. Tale inquadramento noseologico consentirebbe di stabilire con certezza quali siano i parametri soglia utili per porre la diagnosi di BOS, che attualmente – sulla sola base delle scale di quantificazione psicometrica finora proposte – risultano piuttosto indistinti, il che – ovviamente – comporta difficoltà valutative e di connessione causale in sede giuridica.

L'atteggiamento consigliato è quindi, anche sulla base dell'attuale situazione normativa (ancora piuttosto inadeguata alla notevole fluidità degli eventi), volto alla prevenzione.

Fermo restando che alcune tipologie comportamentali predispongono *ab origine* alle patologie stress-correlate [46], è possibile individuare caratteristiche parametriche fondamentali, utilizzabili come linee guida nella corretta gestione del lavoro. Sulla scorta di quello che negli Anni Settanta veniva definito *job design* (riformare le attività lavorative, conferendo loro un senso, utile ad aumentare la soddisfazione e la motivazione sul lavoro), diversi Autori [40,47] hanno delineato alcuni elementi che contribuirebbero certamente a migliorare la condizione lavorativa in generale: «ambiente di lavoro idoneo e consono a supportare effettivamente le attività fisiche e cognitive del lavoratore, [omissis] tale da garantire lo svolgimento delle attività lavorative nella tutela della salute [omissis], che soddisfi nel modo più ampio possibile il bisogno di autodeterminazione delle regole e dei principi da seguire nello svolgere le attività lavorative, [omissis] che permetta il controllo e la valutazione dei risultati raggiunti e dei criteri soddisfatti durante l'attività lavorativa, [omissis] che favorisca lo sviluppo della sfera relazionale e sociale del lavoratore (comunicazione, supporto, collabo-

razione, clima), [omissis] organizzazione del lavoro che permetta l'affermazione e la crescita personale e professionale del lavoratore (formazione, crescita e promozione, valorizzazione)» [40].

In questo senso, è necessario operare un'analisi precisa dell'organizzazione del lavoro: a tal fine è possibile applicare il “Metodo delle Congruenze Organizzative”, mirato allo studio della relazione tra lavoro organizzato e benessere [47].

Si rende, conclusivamente, necessario definire un sistema di gestione volto al controllo e al contenimento dell'accettabilità dei livelli di rischio. Sotto questo profilo, si potrebbe **istituire la figura di un medico competente** (preferibilmente uno specialista in medicina legale, considerata la natura della questione) che, lavorando in sinergia con il rappresentante del servizio di previdenza e protezione di ogni singola azienda, potrebbe provvedere a coadiuvare il datore di lavoro (il rappresentante legale dell'azienda, l'amministratore delegato, il primario e così via) a gestire efficacemente l'organizzazione dell'attività lavorativa, controllando e contenendo sul nascere i rischi specifici connessi ai diversi ambiti lavorativi.

Un'efficace opera di prevenzione, consistente in una maggiore attenzione alle condizioni in cui si svolge la prestazione lavorativa e sostenuta dall'indispensabile apporto di un medico specialista in medicina legale, rappresenta quindi – ad avviso dello scrivente – la più efficace soluzione percorribile. Tale presa di coscienza, da parte delle strutture complesse, dell'amministrazione delle strutture ospedaliere e delle imprese in generale – che avrebbe tra l'altro l'effetto di ridurre significativamente se non di evitare – possibili ricorsi strumentali al giudice penale, rappresenterebbe un enorme passo in avanti, non soltanto dal punto di vista medico e giuridico, ma anche nell'ambito di una prevenzione sociale più efficace e funzionale.

■ BIBLIOGRAFIA

1. Freudenberger HJ. Staff Burn-out. *J Soc Issues* 30; 1974: 159-65
2. AA.VV. DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Masson, 2002
3. De Silvestri C. Appunti Profilattici. In: Pellegrino F. La Sindrome del Burn-Out. Torino: Centro Scientifico Editore, 2000; pagg. 81-91
4. Buzzi F, Vanin M. Guida alla valutazione psichiatrica e medico legale del danno biologico di natura psichica. Milano: Giuffrè Editore, 2006; pag. 233
5. Maslach C. Burnout, the cost of caring. New York: Prentice Hall Press Inc., 1982 (trad. italiana: La sindrome del burnout, il prezzo dell'aiuto agli altri. Assisi: Cittadella Editrice, 1997)
6. Maslach C, Pines A. The burn-out syndrome in day care setting. *Child Care Q* 1977; 6: 100-3
7. Maslach C, Pines A. Characteristics of staff burn-out in mental health settings. *Hosp Community Psychiatry* 1978; 29: 233-7
8. Selye H. The Stress of Life. New York: McGraw Hill, 1956
9. Folgheraiter F. Introduzione all'edizione italiana. In: Bernstein G, Halaszyn J. Io operatore sociale. Trento: Centro Studi Erickson, 1994
10. Belcastro PA, Gold RS, Hays LC. Maslach Burnout Inventory: factor structures for samples of teachers. *Psychol Rep* 1983; 53 (2): 364-6
11. Lee RT, Ashforth BE. On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *J Appl Psychol* 1990; 75: 743-7

12. Walkey FH, Green DE. An exhaustive examination of the replicable factor structure of the Maslach Burnout Inventory. *Educ Psychol Meas* 1992; 52: 209-323
13. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 1981; 2: 99-113
14. Maslach C, Jackson SE. The Maslach Burnout Inventory ("Human Service Survey"). Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1981
15. Beck CL, Gargiulo RM. Burnout in teachers of retarded and non retarded children. *J Educ Res* 1983; 76: 169-73
16. Schwab RL, Iwanicki EF. Who are our burned out teachers? *Educ Res Q* 1982; 7: 5-16
17. Kyriacou C. Teacher stress and burnout: an international review. *Educ Res* 1987; 29: 146-152
18. Cherniss C. Staff burnout, Job stress in the Human Service. Beverly Hills, California: Sage Publications Inc., 1980 (trad. italiana: La sindrome del burn-out, Torino: Centro Scientifico Editore, 1983)
19. Selye H. Stress in Health and disease. Boston: Butherworths, 1974
20. Leiter MP, Maslach C. Burnout as a function of communication patterns. *Group and Organization Studies* 1988; 13: 111-28
21. Pines AM, Aronson E. Career burnout: causes and cures. New York: Free Press, 1988
22. Lodolo D'Oria V, Pecori Giralì F, Della Torre M, Iossa Fasano A, Vizzi F, Fontani S et al. Quale rischio di patologia psichiatrica per la categoria professionale degli insegnanti? (Studio Golgota). *Med Lav* 2004; 5: 339-53
23. 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
24. Lodolo D'Oria V, Pecori Giralì F, Vitello A, Cantoni S, Cattaneo G, Vanoli C et al. Quale correlazione tra patologia psichiatrica e fenomeno del burnout negli insegnanti? (Studio Getsemani). *Dif Soc* 2002; 4
25. Nagy S, Nagy MC. Longitudinal examination of teachers' burnout in a school district. *Psychol Rep* 1992; 71: 523-31
26. Burisch M. Burnout. *Psicologia Contemporanea* 1995; 127: 34-41
27. Milano MM. Aspetti medico legali della Sindrome del Burn-out. *Min Med Leg* 2004; 124: 73-87
28. Marck C, Pierce B, Molloy GN. Psychological and biographical differences between secondary school teachers experiencing high and low levels of burnout. *Br J Educ Psychol* 1990; 60: 37-51
29. Pellegrino F, Celani T. Burn-out: modelli di prevenzione negli operatori dei reparti oncologici. In: Grassi L. Il disagio psichico in Oncologia. Ferrara: Spazio Libri Editore, 1993; 223-34
30. Messineo F, Messineo E. Strategie preventive del burn-out. In: Pellegrino F. La Sindrome del Burn-Out. Torino: Centro Scientifico Editore, 2000: 253-8
31. Bacharach S, Bamberger P. Causal models of role stressor antecedentes and consequences: the importance of occupational differences. *J Vocat Behav* 1992; 31: 13-34
32. Leiter MP. Burnout crisis in self-efficacy: conceptual and practical implications. *Work Stress* 1992; 6 (2): 107-15
33. Freilone F. Quali spazi ha la psicologia clinica nelle discipline forensi? In: Fornari U, Delsedime N, Milano MM. Percorsi clinici e discipline forensi. Torino: Centro Scientifico Editore, 2004
34. Abate V, De Falco F. Burn-out in oncologia. In Pellegrino F. La Sindrome del Burn-Out. Torino: Centro Scientifico Editore, 2000; 283-6
35. Belleri G, Casolari L. Il disagio del medico di medicina generale e il burn-out: analisi psicosociale e prospettive. In: Pellegrino F. La Sindrome del Burn-Out, Torino: Centro Scientifico Editore, 2000; 283-6
36. Casula D. Medicina del Lavoro. Osteria Grande (BO): Monduzzi Editore, 2003; 187-201
37. Corte di Cassazione, sez. Lavoro, 1 settembre 1997, sentenza n. 8267
38. Il Codice Civile e le leggi complementari. La Tribuna, 2007
39. Corte di Cassazione, 5 febbraio 2000, sentenza n. 1307
40. Corte di Cassazione, 21 aprile 1999, sentenza n. 3970
41. Corte di Cassazione, sez. IV, 28 aprile 1982, sentenza n. 5063
42. Celotto A. Costituzione annotata della Repubblica Italiana. Bologna: Zanichelli, 2006
43. Tribunale di Torino, Giud. Leo, Imp. Uccellini Leopoldo, 1 Agosto 2002
44. Messineo DA, Dimitri L. Lavoro, organizzazione, condizioni di benessere e di stress. *Bollettino dell'Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri* 2006; 4/58
45. Decreto Legislativo n. 626 del 19 settembre 1994
46. Rosenmen RH, Friedman M. A predictive study of coronary heart disease. *JAMA*; 1964; 189: 113-24
47. Maggi B. Razionalità e benessere. Milano: Etas, 1991

CORRESPONDING AUTHOR

Dott. Manlio Marcello Milano
 Corso Francesco Ferrucci, 89 – 10138 TORINO
 Tel. +39 (011) 430.89.51, fax +39 (011) 433.80.24
 E-mail: mm.milano@fastwebnet.it