



**SOCIETÀ SCIENTIFICA dei MEDICI  
LEGALI delle AZIENDE SANITARIE  
del SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
COMLAS**

**1° CONGRESSO  
NAZIONALE**

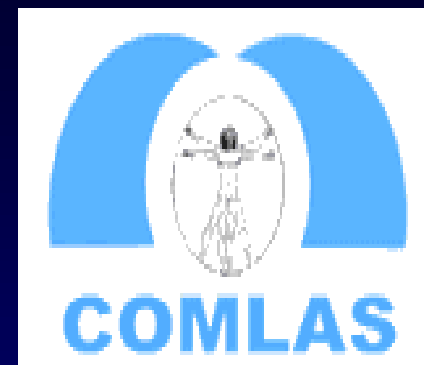
**MEDICINA LEGALE ED  
ALLOCAZIONE DELLE RISORSE:  
PROPOSTE DI RAZIONALIZZAZIONE**

**Siena 9- 10- 11 ottobre 2014**

**Centro Didattico del Policlinico "Santa Maria alle Scotte"**



Università degli Studi di Perugia



# ***SINDROME DA BURN OUT : IMPLICAZIONI MEDICO-LEGALI***

***Luigi Carlini***

---

**Sezione di Medicina Legale e di Medicina Specialistica dello Sport  
Direttore: Prof. Mauro Bacci**

Il termine **Sindrome da Burn-Out** (acronimo B.O.S.) fu coniato per la prima volta da Freudenbergel nel 1974 per indicare una sindrome caratterizzata da un particolare tipo di reazione allo stress, sperimentata dagli operatori sanitari

La B.O.S. ha elementi in comune con altri disturbi a impronta psico-depressiva legati allo stress lavorativo-professionale-occupazionale

E' un fenomeno dotato di caratteristiche peculiari: il suo manifestarsi con maggiore frequenza all'interno di particolari realtà operative, come le **helping professions**

La definizione di B.O.S. adottata è quella elaborata dalla Maslach, poi rivisitata dall'Autrice insieme a Jackson:

*"la sindrome da burn out è una sindrome di esaurimento emozionale, di spersonalizzazione e di riduzione delle capacità personali che può presentarsi in soggetti che per professione «si occupano della gente»"*

**La B.O.S. scaturisce da un sostanziale squilibrio tra le richieste professionali e la capacità individuale di affrontarle.**

**Tale stato esprime una sollecitazione emozionale di frustrazione e demoralizzazione, con difese inadeguate e comportamenti maladattativi.**

**La B.O.S. è sostanzialmente una sindrome da stress lavoro correlato che si fonda su tre componenti**

- Lo stato di **"esaurimento emotivo"**: mancanza dell'energia necessaria ad affrontare la realtà quotidiana, sentimenti di apatia e distacco emotivo nei confronti del lavoro; il soggetto si sente svuotato, le sue risorse emozionali sono appunto "esaurite".
- La **"depersonalizzazione"**: atteggiamento di ostilità, che coinvolge primariamente la relazione professionale d'aiuto, vissuta invece con fastidio, freddezza, cinismo; l'operatore tenta di sottrarsi al coinvolgimento, limitando la quantità e la qualità dei propri interventi professionali, al punto da rispondere evasivamente alle richieste d'aiuto, e sottovalutare, o negare, i problemi dell'utente.
- La **"ridotta realizzazione professionale"**: sentimento di fallimento professionale per la percezione della propria inadeguatezza nell'ambiente lavorativo, sottesa dalla consapevolezza del disinteresse e dell'intolleranza verso la sofferenza degli altri, con il conseguente senso di colpa per le modalità impersonali e disumanizzate che hanno ormai sostituito l'efficacia e la competenza nel trattare con i pazienti

# B.O.S. = STRESS LAVORO CORRELATO

- ❖ Il concetto di ***stress lavoro-correlato*** si riferisce all'esperienza emozionale negativa (caratterizzata da modificazioni fisiologiche, comportamentali e cognitive) percepita dalla persona sul luogo di lavoro come conseguenza della difficoltà a far fronte a richieste interne o esterne valutate come eccessive in relazione alle risorse possedute, siano esse personali o ambientali (Baum A. 1990).
- ❖ Il potere stressante di ogni stimolo è determinato dalla ***valutazione cognitiva*** che ogni singolo individuo dà della situazione stessa e delle competenze che egli sente di possedere per affrontarla. La valutazione cognitiva determina lo ***strain***, ossia l'impatto negativo (che si esprime con disagio psichico e/o malattia) che la situazione potenzialmente stressante ha sull'individuo (Maslach, 1977).

## STRESS LAVORO CORRELATO: TEORIE E MODELLI PATOGENETICI

Karasek (1979) ha elaborato un modello teorico, secondo il quale la relazione tra elevata domanda lavorativa (*job demand*) e bassa libertà decisionale (*decision latitude*) può determinare una condizione di "job strain" (stress lavorativo percepito).

Il modello è stato poi esteso alla constatazione che il **sostegno sociale** sul luogo di lavoro è un potente fattore moderatore dello stress. È stata quindi aggiunta una terza variabile: il *supporto sociale*.

Questa estensione ha portato a un nuovo modello a tre dimensioni, in cui il maggiore rischio incombe su coloro che si trovano in condizioni di "isostrain", cioè stress percepito ed isolamento sociale.



# FONTI DI STRESS LAVORO CORRELATO

Taylor (1999) ha classificato le principali fonti di stress lavoro-correlato:

- ❑ **Fattori intrinseci al lavoro:** pericoli fisici, chimici, biologici; sovraccarico o sottocarico di lavoro; ritmo eccessivo; monotonia.
- ❑ **Fattori legati al ruolo nell'organizzazione:** responsabilità per le persone; conflitto di ruolo ed ambiguità di ruolo; partecipazione alle decisioni; mancanza di controllo sul proprio lavoro.
- ❑ **Fattori inerenti i rapporti con gli altri ed il clima organizzativo:** relazioni personali insoddisfacenti; problemi relazionali con colleghi, superiori, subordinati.
- ❑ **Fattore carriera:** percezione di uno sviluppo di carriera inadeguato; non raggiungimento degli obiettivi lavorativi; mancanza di sicurezza del posto di lavoro.
- ❑ **Fattori di interfaccia tra vita privata/vita lavorativa.**

# EZIOPATOGENESI B.O.S.: TEORIA PSICHICA

La B.O.S. è una patologia multifattoriale in cui interviene l'interazione tra **fattori di rischio socio-ambientali** e **fattori di rischio determinanti individuali** (Schaufeli, 1993).

Tra i primi: le condizioni dell'ambiente lavorativo, quali l'eccessivo carico di lavoro, la burocratizzazione, l'imprecisa definizione di ruoli e competenze in un contesto sociale caratterizzato da forte tendenza individualistica e da notevole motivazione al successo ed alla competitività (Maslach et al., 2001).

Tra i fattori di rischio individuali: il significato attribuito al proprio lavoro, la spiccata tendenza a responsabilizzarsi, le aspettative eccessive o irrealistiche, le scelte guidate da bisogni conflittuali, sentimenti di onnipotenza o idealizzazioni di tipo narcisistico (Maslach et al., 2001).

# **EZIOPATOGENESI B.O.S.: TEORIA BIOCHIMICA**

**Bassi livelli di cortisolo, dopamina e/o serotonina possono essere coinvolti nella B.O.S. con conseguente aumento dei livelli di prolattina (i livelli di prolattina nel plasma sono sensibili all'attività dopaminergica e serotoninergica ed alla fatica).**

**I soggetti affetti da B.O.S. o sono caratterizzati da una bassa funzione serotoninergica o da una bassa funzione dopaminergica, e che il secondo gruppo beneficia dell'increzione-somministrazione di cortisolo.**

**La differenziazione biochimica tra i due gruppi eziologici può risolvere le problematiche diagnostiche e la selezione di una adeguata strategia di trattamento.**

**La fenomenologia della B.O.S. indica un ruolo importante al decremento della funzione dopaminergica. Insieme all'esaurimento emozionale e al decremento della realizzazione personale percepita, uno dei caratteri definenti la B.O.S. è il distaccamento/depersonalizzazione: funzione dopaminergica e attaccamento mostrano evidenti interazioni tra loro.**

❖ Bassi livelli di dopamina sono implicati nei sentimenti/sensibilità di fatica acuta e svogliatezza, così come nella fatica cronica delle sindromi comprendenti le simili B.O.S. e la depressione atipica.



❖ Nelle sindromi da fatica cronica, comprendenti la B.O.S. e la depressione atipica, sono riscontrati bassi livelli di cortisolo: il trattamento con il cortisolo dei pazienti affaticati diminuisce i sentimenti di fatica ed incrementa quelli di forza.

❖ Nella sindrome da fatica cronica si registra un aumento dei livelli di prolattina nel siero: la prolattina è stata correlata con la severità della fatica giornaliera, dando conforto all'ipotesi del decremento del tono dopaminergico nella sindrome da fatica cronica.

# **B.O.S.: PROFILI DIAGNOSTICI**

**Il fattore stressante principale deriva dal contesto socio-lavorativo in cui si opera.**

**Si può tuttavia correlare con altri eventi stressanti extraprofessionali, unici o multipli, (marcate difficoltà economiche, problemi coniugali, disabilità, malattia, etc.).**

**La B.O.S. si esprime clinicamente per lo più con un disturbo dell'adattamento, anche se sono possibili altre manifestazioni psicopatologiche**  
**B.O.S. indotte**

## **B.O.S.: SVILUPPO E DECORSO DEL DISTURBO DELL'ADATTAMENTO CONSEGUENTE**

**Per definizione, un disturbo dell'adattamento inizia 3 mesi dall'insorgenza di un evento stressante e non dura più di 6 mesi dopo la cessazione dell'evento stressante o delle sue influenze.**

**Se l'evento stressante è un evento acuto (es. licenziamento dal lavoro), l'insorgenza del disturbo dell'adattamento è immediata (entro pochi giorni) e la durata è relativamente breve (non più di qualche mese).**

**Se l'azione stressante o le sue conseguenze persistono (anche mediante meccanismi di reiterazione ciclica), anche il disturbo dell'adattamento può continuare a essere presente e diventare una forma persistente.**

**I disturbi dell'adattamento (anche quelli B.O.S. correlati) sono associati ad un aumentato rischio sia di tentativi di suicidio che di suicidio attuato.**

# DSM V: FORME DEL DISTURBO DELL'ADATTAMENTO

- ❑ **Acuto:** se il disturbo dura meno di 6 mesi.
- ❑ **Persistente (cronico):** se il disturbo dura più di 6 mesi.

**Il disturbo dell'adattamento persistente si manifesta nelle seguenti forme:**

- **con umore depresso:** umore basso, facilità al pianto o disperazione sono predominanti
- **con ansia:** nervosismo, inquietudine, agitazione o ansia da separazione sono predominanti
- **con ansia e umore depresso misti:** una combinazione di depressione e di ansia è predominanti
- **con alterazione della condotta:** un'alterazione della condotta è predominante
- **con alterazione mista dell'emotività e della condotta:** sia sintomi emotivi (per es. depressione, ansia) sia un'alterazione della condotta sono predominanti
- **non specificati:** per le reazioni disadattive che non sono classificabili come uno dei sottotipi specifici di un disturbo dell'adattamento.

# DSM V: CONSEGUENZE FUNZIONALI DEI DISTURBI DELL'ADATTAMENTO

Il DSM V non inserisce la B.O.S. tra le cause di un disturbo dell'adattamento, anche se segnala che

«la sofferenza soggettiva o la compromissione del funzionamento associate ai disturbi dell'adattamento si manifestano spesso con ridotte prestazioni lavorative o scolastiche e cambiamenti temporanei nelle relazioni sociali»



# **B.O.S.: STRUMENTO DI VALUTAZIONE SPECIFICA**

## **Questionario Maslach Burnout Inventory (MBI)**

**E' composto da 22 item che misurano 3 dimensioni indipendenti della sindrome di burnout:**

- ❖ - esaurimento emotivo,**
- ❖ - depersonalizzazione,**
- ❖ - realizzazione personale.**

**La frequenza con cui il soggetto sottoposto al test prova le sensazioni relative a ciascuna scala è saggiata usando una modalità di risposta a 6 punti, i cui estremi sono definiti da "mai" ed "ogni giorno".**

## **B.O.S.: STRUMENTI DI VALUTAZIONE GENERICA DELLO STATO DI SALUTE MENTALE E DI BENESSERE PSICOLOGICO**

### **General Health Questionnaire (GHQ, Goldberg, 1972)**

**E' uno dei questionari più ampiamente utilizzati per la rilevazione del rischio di disturbi psichiatrici minori a carattere acuto o per la misurazione del benessere psicologico a breve termine.**

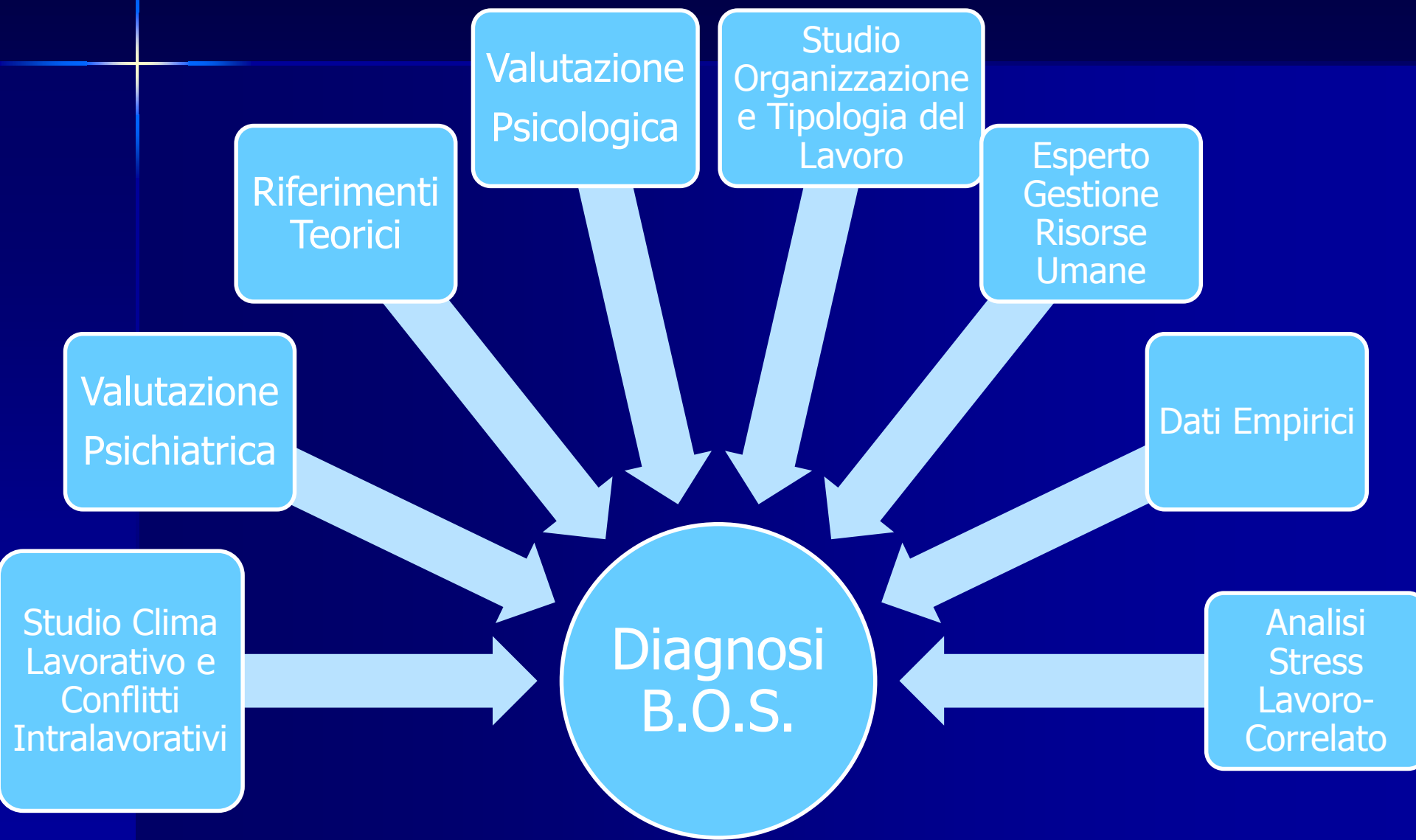
**Si è rivelato efficace a monitorare nel tempo lo stato di salute mentale di una popolazione lavorativa in dipendenza di un evento esterno che esplica la sua azione nel tempo**

### **Nottingham Health Profile (NHP)**

**E' costituito da una serie di domande che mirano ad accertare il grado di disagio fisico, emotivo e sociale del soggetto.**

**Il questionario, formato da 38 items, è suddiviso in sei parti che riguardano: reazioni emotive, grado di energia, mobilità fisica, dolore, sonno, disagio sociale**

# B.O.S.: Prevenzione e Accertamento: Modello di Studio Dinamico Pluridisciplinare Integrato (descrittivo e operativo)



# **B.O.S.: SPECIFICA METODOLOGIA MEDICO-LEGALE DI ANALISI-GIUDIZIO**

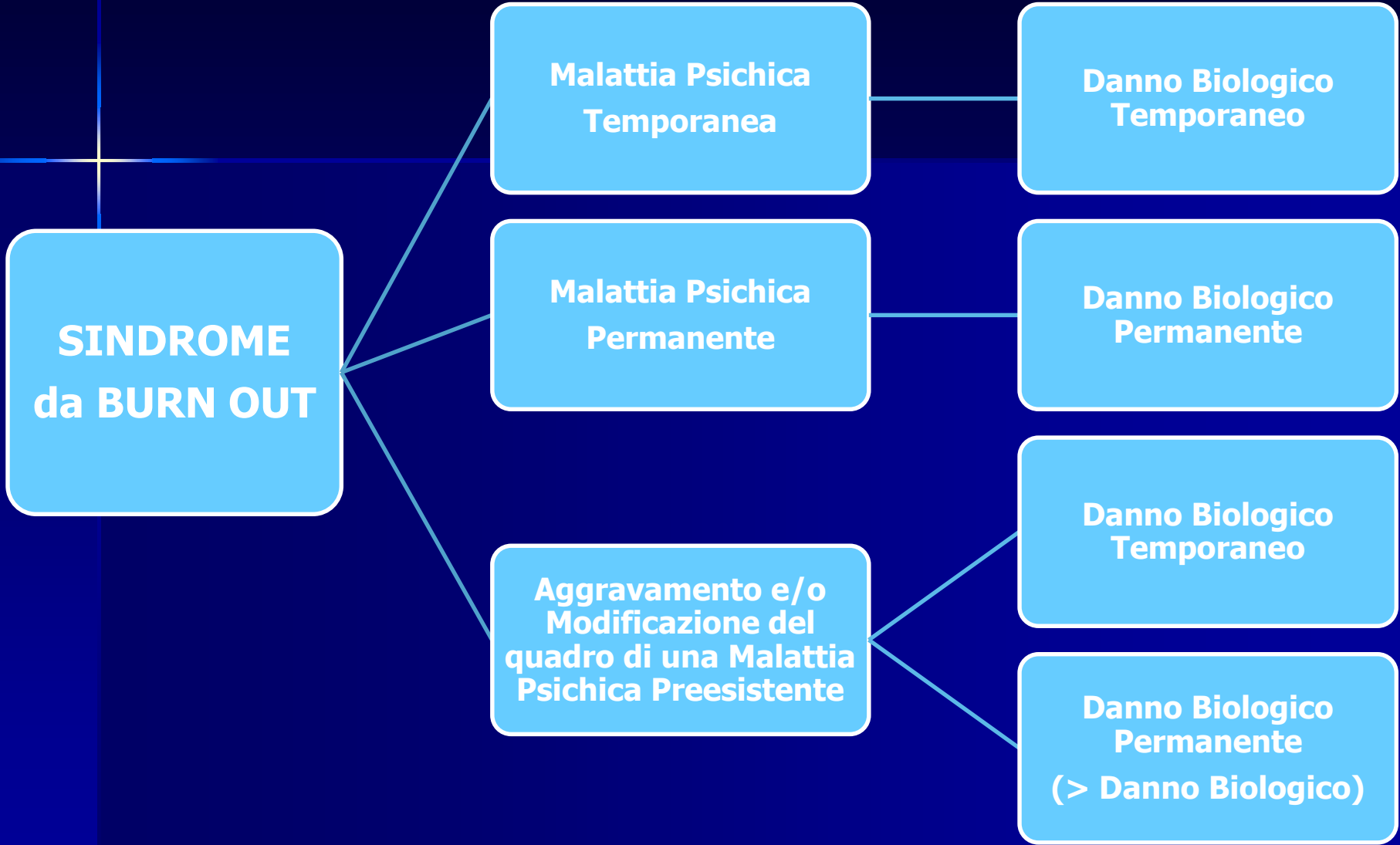
- **Conoscenza sia giuridica che scientifica dominante del fenomeno B.O.S.**
- **Analisi del caso con rigore obiettivo e spirito critico**
- **Sintesi corretta e puntuale di tutti gli apporti derivanti dal modello di studio pluridisciplinare**
- **Criteriologia accertativa e metodologia valutativa specifiche per il B.O.S.**
- **Formulazione corretta e fondata della diagnosi di B.O.S.**
- **Diagnosi di disturbo dell'adattamento B.O.S. correlato, o altro**
- **Patogenesi della B.O.S.: se riferita al contesto delle helping professions, se sia stata indotta da un comportamento ingiusto altrui (incongrua organizzazione del lavoro, turni frequenti, turni prolungati, come può accadere ai medici di guardia, ai chirurghi);**
- **Patogenesi della B.O.S.: se 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 del burn-out, soltanto agente slatentizzante.**
- **Verifica di preesistenti patologie psichiche e del ruolo della B.O.S. nel processo di slatentizzazione e/o aggravamento del quadro psicopatologico attuale**

**Disturbo dell'adattamento  
(acuto o cronico)**

**Manifestazioni  
Psicopatologiche  
B.O.S.**

**Disturbo Post-Traumatico da Stress (acuto o cronico)**

**Altre  
Psicopatologie**  
(qualora la B.O.S. si innesti su un quadro psicopatologico strutturato, pre-esistente)



# Tabella Valutativa per il **Disturbo dell'Adattamento Cronico** (Proposta Originale: I parte)

<b>GRADO DI ESPRESSIVITA' CLINICA</b>	<b>D. A. CON SINTOMI ANSIOSI</b>	<b>D. A. CON SINTOMI DEPRESSIVI</b>	<b>D. A. CON SINTOMI MISTI ANSIOSI E DEPRESSIVI</b>
<b>GRADO LIEVE</b>	<b>D.B. ≤5% (in base a espressività clinica e a efficacia della terapia)</b>	<b>D.B. 5-10% (in base a espressività clinica e a efficacia della terapia)</b>	<b>D.B. +2%/+3% da aggiungere alla valutazione del disturbo dell'adattamento cronico di fondo</b>
<b>GRADO MODERATO</b>	<b>D.B. 6-10% (in base a espressività clinica e a efficacia della terapia)</b>	<b>D.B. 11-15% (in base a espressività clinica e a efficacia della terapia)</b>	<b>D.B. +2%/+3% da aggiungere alla valutazione del disturbo dell'adattamento cronico di fondo</b>
<b>GRADO SEVERO</b>	<b>D.B. 11-15% (in base a espressività clinica e a efficacia della terapia)</b>	<b>D.B. 16-20% (in base a espressività clinica e a efficacia della terapia)</b>	<b>D.B. +2%/+3% da aggiungere alla valutazione del disturbo dell'adattamento cronico di fondo</b>

# Tabella Valutativa per il **Disturbo dell'Adattamento Cronico** (Proposta Originale: II parte)

GRADO DI ESPRESSIVITA' CLINICA	D. A. CON ALTERAZIONE DELLA CONDOTTA	D. A. CON ALTERAZIONE MISTA DELL'EMOTIVITÀ E DELLA CONDOTTA	D. A. NON SPECIFICATO
<b>GRADO LIEVE</b>	D.B. 5-10% (in base a espressività clinica e a efficacia della terapia)	D.B. +2%/+3% da aggiungere alla valutazione del disturbo dell'adattamento con alterazione della condotta di fondo	D.B. +2%/+3% da aggiungere alla valutazione del disturbo dell'adattamento con alterazione della condotta di fondo
<b>GRADO MODERATO</b>	D.B. 11-15% (in base a espressività clinica e a efficacia della terapia)	D.B. +2%/+3% da aggiungere alla valutazione del disturbo dell'adattamento con alterazione della condotta di fondo	D.B. +2%/+3% da aggiungere alla valutazione del disturbo dell'adattamento con alterazione della condotta di fondo
<b>GRADO SEVERO</b>	D.B. 16-20% (in base a espressività clinica e a efficacia della terapia)	D.B. +2%/+3% da aggiungere alla valutazione del disturbo dell'adattamento con alterazione della condotta di fondo	D.B. +2%/+3% da aggiungere alla valutazione del disturbo dell'adattamento con alterazione della condotta di fondo



**Tabella Valutativa per il**  
**Disturbo Post-Traumatico da Stress Cronico**  
**(Proposta Originale)**

<b>GRADO DI ESPRESSIVITA' CLINICA</b>	<b>PERCENTUALE DI DANNO BIOLOGICO PERMANENTE</b>
<b>GRADO LIEVE</b>	<b>10-20% (in base a espressività clinica e a efficacia della terapia)</b>
<b>GRADO MODERATO</b>	<b>21-25% (in base a espressività clinica e a efficacia della terapia)</b>
<b>GRADO MODERATO COMPLICATO</b>	<b>26-30% (in base a espressività clinica e a efficacia della terapia)</b>
<b>GRADO GRAVE e/o COMPLICATO</b>	<b>31-35% (in base a espressività clinica e a efficacia della terapia)</b>

# Health Desk Sanità

Martedì 23 Settembre 2014, 15:18

## *Medici sull'orlo di una crisi di nervi*

**Stanchi, economicamente insoddisfatti, emotivamente sfiniti. Così si descrivono i dottori italiani. Senza cambiamenti è a rischio la qualità dell'assistenza**



**SINDROME DA BURN OUT:**  
**TUTELA INAIL**  
**COME MALATTIA PROFESSIONALE**  
**TIPICA DELLE**  
**PROFESSIONI SANITARIE**

**Circolare INAIL 17.12. 2003 n.71:**  
**estensione della tutela INAIL alle**  
**psicopatologie indotte da «costrittività**  
**organizzative» (mobbing)**



SOCIETÀ SCIENTIFICA dei MEDICI  
LEGALI delle AZIENDE SANITARIE  
del SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

**COMLAS**

**1° CONGRESSO  
NAZIONALE**

**MEDICINA LEGALE ED  
ALLOCAZIONE DELLE RISORSE:  
PROPOSTE DI RAZIONALIZZAZIONE**

**GRAZIE PER  
L'ATTENZIONE E ....  
PER LA PAZIENZA**