

Rassegne

Analisi e valutazione medico-legale della sindrome da burnout nell'ambito delle helping profession e della tutela INAIL per i casi di malattia e suicidio

Burnout syndrome. Legal medicine: analysis and evaluation INAIL protection in cases of suicide induced by burnout within the helping professions

LUIGI CARLINI¹, LUCA FIDENZI², GIACOMO GUALTIERI², GIULIA NUCCI², ANDREA FAGIOLINI³, ANNA COLUCCIA⁴, MARIO GABBRIELLI²

E-mail: giacomogualtieri2000@gmail.com

¹Istituto di Medicina Legale Azienda Ospedaliera Santa Maria, Terni

²Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Neuroscienze, Università di Siena; UOC Medicina Legale, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Siena

³Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Università di Siena; UOC Psichiatria, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Siena

⁴Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Neuroscienze, Università di Siena; UOC Soddisfazione Utenza e Sociologia Sanitaria, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Siena

RIASSUNTO. La combinata osservazione della sindrome da burnout (BOS) quale malattia professionale degli appartenenti alle cosiddette "helping profession", specie di quelle che operano nell'ambito delle patologie psichiatriche, e dell'elevata frequenza di suicidi in queste stesse categorie professionali, ha evidenziato una correlazione causale tra suicidio e BOS. Tale evento drammatico può essere inquadrato, in termini medico-giuridici, come epifenomeno della malattia professionale, ma anche come vero e proprio infortunio sul lavoro. È stata effettuata una revisione della letteratura con particolare riferimento ai casi di autosoppressione tra gli appartenenti alle specializzazioni mediche che operano nell'ambito delle patologie psichiatriche, conseguenti a eventi stressanti lavoro-correlati acuti e cronici. Il burnout è una sindrome da stress lavoro-correlata che si presenta con maggiore incidenza nelle helping profession, dove la sollecitazione emozionale negativa può essere all'origine di una depersonalizzazione e di una ridotta realizzazione professionale. Clinicamente, la BOS si esprime come un disturbo dell'adattamento o un disturbo post-traumatico da stress acuti che, se l'azione stressante persiste, cronicizzano con un aumentato rischio di suicidio. Nella valutazione della BOS il medico legale deve individuare le valenze nosografiche inducenti lo stato patologico e stimare il conseguente danno biologico. La statistica epidemiologica mostra la diffusione della BOS a tutte le specializzazioni mediche, con un aumento del rischio tra gli psichiatri. Sotto un profilo medico-giuridico la BOS si esprime in forma di malattia professionale, meritevole di un'adeguata tutela INAIL, che deve essere estesa anche ai casi di suicidi burn-indotti. Considerata la lacunosità di voci valutative medico-legali applicabili alle psicopatologie proprie della BOS, si è ritenuto necessario esprimere un nuova proposta valutativa con un'ampia articolazione del danno biologico.

PAROLE CHIAVE: sindrome da burnout, stress lavoro-correlato, valutazione del danno biologico, responsabilità civile, helping profession, tutela INAIL.

SUMMARY. After a survey of the definition and etiopathogenesis of burnout syndrome (BOS) carried out with the support of the most reliable available literature on the subject, the essay focuses on clinical evaluation (psychometric identification and quantification) of burn-out. In accordance with Circular 71/2003 of INAIL, it is assumed to be essential both legally and scientifically knowledge that the syndrome of burnout, knowledge, which involves an analysis of the case conducted with objective strictness and critical sensibility. It is carried out by collecting data on work history, physiological history, remote and proximal pathological history and performing a physical examination including neuro-psychiatric and psycho-diagnostic tests surveys. Only after the ascertainment of an effective existence of a psychiatric syndrome related to burnout phenomenon indeed, it will be possible (and necessary) to quantify the period of illness and the potential temporary biological damage or, more rarely, a permanent one. Given the difficulty of applying the forensic methodology to BOS (among which: the evaluation of the previous state of the person, the assessment of the causal link, the difficulties of nosographic of mental illness, the near impossibility of adequate prognostic evaluation, the difficulty to identify suitable criteria for establishing the importance and nature of limitations of daily living), in order to quantify the damage as objective as possible, it will be necessary to: 1) reconstruct the previous mental state of the subject; 2) assess the psychopathological condition following the event which the action of recognition focuses on; 3) express the clinical severity graduation judgment of the framework as well as a prognosis regarding the mental disorder found. The second part of the analysis focuses on the relationship between BOS and "helping profession"; specific attention is paid, in this section of work, to the analysis of the relationship between a typical BOS work-related stress and suicide.

KEY WORDS: burnout syndrome, work-related stress, evaluation of biological damage, civil liability, helping professions, INAIL protection.

SINDROME DA BURNOUT: DEFINIZIONE E PATOGENESI

Il termine sindrome da burnout (BOS) fu coniato per la prima volta da Freudenberg nel 1974¹ per indicare una sindrome caratterizzata da un particolare tipo di reazione allo stress, sperimentata dagli operatori sanitari, concetto successivamente ampliato ad altre categorie di “helping profession”. Storicamente, del burnout si è occupato in maniera elettiva il gruppo di ricerca capeggiato dalla Maslach²⁻⁵ che, oltre a produrre uno specifico test finalizzato all’individuazione e alla quantificazione psicometrica del burnout (Maslach Burnout Inventory - MBI), ha coniato la definizione di tale fenomeno, riassuntiva di tutti gli elementi che contraddistinguono la cornice professionale e gli effetti psico-stressanti: «La sindrome da burnout è una sindrome di esaurimento emozionale, di depersonalizzazione e di riduzione delle capacità personali che può presentarsi in soggetti che, per professione, “si occupano della gente”». In altre parole, la BOS scaturisce da un sostanziale squilibrio tra le richieste professionali e la capacità individuale di affrontarle, ed esprime una sollecitazione emozionale di frustrazione e demoralizzazione, con difese inadeguate e comportamenti maladattativi. La BOS, pertanto, è sostanzialmente una sindrome da stress lavoro-correlato.

Come affermato da Santinello⁶⁻⁸, «perché e come questo processo si verifichi sono questioni intorno alle quali ferve ancora un intenso dibattito. È certo, invece, che si tratta di un fenomeno che, per la sua notevole diffusione e le evidenti ripercussioni che può avere sulla salute e sulla produttività di qualsiasi sistema organizzativo di servizi alla persona, non può essere ignorato né sottovalutato».

Secondo Cherniss^{9,10}, il burnout è costituito da un processo transazionale caratterizzato da tre fasi:

1. stress lavorativo: squilibrio in eccesso o in difetto tra richieste dell’istituzione lavorativa e risorse disponibili;
2. tensione (*strain*): risposta emotiva allo squilibrio immediata e di breve durata, caratterizzata da sensazione di ansietà, nervosismo, affaticamento ed esaurimento;
3. conclusione difensiva (*coping*): accomodamento psicologico caratterizzato da una serie di cambiamenti nell’atteggiamento e nel comportamento (rigidità, cinismo, ritiro, distacco emotivo).

A tal proposito giova ribadire che, come affermato da Baum nel 1990¹¹, 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. 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’individuo¹². In definitiva, il burnout può verificarsi in condizioni di carichi di lavoro ordinari secondo consuetudine e normalità statistica, efficacemente ammortizzabili da parte di quella determinata categoria di lavoratori, ma può anche verificarsi in condizioni nelle quali ta-

li presupposti di consuetudine e di normalità siano stati “violati”, con conseguente sovraccarico psico-fisico in capo al lavoratore per responsabilità di coloro che, in veste di dirigenti, non abbiano strutturato e gestito l’utilizzo delle “risorse umane” in maniera rispettosa delle necessità di pausa/recupero e di adeguata distribuzione dei carichi mansionistici. L’importanza dell’adozione, da parte dei dirigenti, di misure preventive contro il fenomeno del burnout (la cui trascuratezza può essere impugnata, sul piano giudiziario, da parte dei lavoratori che siano andati incontro a tale disturbo), è sottolineata dall’ampia letteratura¹³⁻¹⁷ ormai esistente sul tema, in cui vengono annotate le più accreditate misure protettive:

- favorire il lavoro di équipe, con incontri di gruppo, atti a consentire ai lavoratori di esprimere i propri vissuti problematici e di fruire di assistenza psicologica;
- prevedere una supervisione dell’organizzazione del lavoro, per identificare e correggere i fenomeni di costrittività e di frustrazione e agevolare il coping;
- promuovere la mobilità interna dei lavoratori, in modo da equilibrare gli eventuali squilibri mansionistici settoriali e di rimuovere le situazioni di stress;
- agevolare la conoscenza delle dinamiche relazionali e delle loro modalità gestionali, onde evitare lo sviluppo di “reazioni perverse”.

Da ciò parte tutta la questione della suscettibilità individuale allo stress lavoro-correlato.

A tale proposito giova puntualizzare che, negli anni, sono stati sviluppati modelli teorici che hanno lo scopo di individuare la suscettibilità allo stress lavoro-correlato; tra questi, quello di Karasek¹⁵, secondo il quale la relazione tra elevata domanda lavorativa (*job demand*), bassa libertà decisionale (*decision latitude*) e inadeguato sostegno sociale sul luogo di lavoro (*isolamento sociale*) può determinare una condizione di “job strain” (*stress lavorativo percepito*).

Alcuni studi¹⁷ hanno inoltre dimostrato che il burnout colpisce gli individui caratterizzati da condizioni di «[...] ridotta hardiness (resistenza individuale agli stimoli esterni) che consentirebbe, nella normalità, di reagire con determinazione controllando lo stress», calati in contesti caratterizzati da «[...] regolamenti rigidi, mancanza di supporti tra colleghi, cattiva gestione amministrativa e operativa della struttura, sovraccarico di lavoro, scarsa retribuzione, impossibilità di fare carriera, esercizio della professione in settori non affini alle proprie competenze, impossibilità di pianificare e organizzare il lavoro in modo autonomo, mancanza di feedback positivo».

Secondo Corrente¹⁴, altre caratteristiche di personalità che possono riscontrarsi in soggetti che hanno sviluppato la BOS sono le seguenti:

- iperattività con tensione di questi individui a impegnare ogni momento della giornata in maniera produttiva, ma con corrispettiva insicurezza che, per quanti sforzi facciano, le loro capacità non saranno mai sufficienti a raggiungere gli obiettivi, o a correggere condizioni che giudicano negativamente;
- tendenza ad autopunirsi di fronte a un insuccesso, con propensione a cedere di fronte all’incertezza dei risultati di quanto perseguito sul piano lavorativo;
- spiccata introversione, con incapacità di collaborare armoniosamente con altri al perseguimento dello scopo lavorativo.

Analisi e valutazione medico-legale della sindrome da burnout

Le principali fonti di stress lavoro-correlato secondo Taylor¹⁸ e Corrente¹⁴ sono indicate nella Tabella 1.

Per quanto riguarda l'eziopatogenesi della BOS, esistono diverse teorie:

- teoria psichica secondo cui la BOS è una patologia multifattoriale in cui interviene l'interazione tra fattori di rischio socio-ambientali e fattori di rischio determinanti individuali¹⁹. Tra i primi ci sono 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 e alla competitività²⁰ e tra i secondi è possibile individuare: 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 narcisistico²⁰;
- teoria biochimica secondo cui bassi livelli di cortisolo, dopamina e/o serotonina possono essere coinvolti nella BOS con conseguente aumento dei livelli di prolattina (i livelli di prolattina nel plasma sono sensibili all'attività dopaminergica e serotoninergica e alla fatica). I soggetti affetti da BOS o sono caratterizzati da una bassa funzione serotoninergica, o da una bassa funzione dopaminergica, con conseguente diversa strategia di trattamento (questo secondo gruppo beneficia dell'increzione-somministrazione di cortisolo). Infatti, insieme all'esaurimento emozionale e al decremento della realizzazione personale percepita, uno dei caratteri definenti la BOS è il distacco/depersonalizzazione (la funzione dopaminergica e "l'attaccamento" mostrano evidenti interazioni tra loro).

A tal proposito è da puntualizzare che:

- bassi livelli di dopamina sono implicati nei sentimenti/sensibilità di fatica acuta e svogliatezza, così come nella fatica cronica delle sindromi comprendenti le simili BOS e la depressione atipica;

- nelle sindromi da fatica cronica, comprendenti la BOS e la depressione atipica, sono riscontrati bassi livelli di cortisolo: il trattamento con il cortisolo dei pazienti affaticati diminuisce i sentimenti di fatica e 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.

La BOS si esprime clinicamente per lo più con un disturbo dell'adattamento (DA), eventualmente complicato da sintomi ansiosi e depressivi, che consiste generalmente nella frustrazione di non vedere realizzato/riconosciuto il proprio investimento personale sul lavoro nello sviluppo di un vissuto di inadeguatezza/inutilità dei propri sforzi, con compromissione dei processi di coping rispetto al lavoro. Non sono escluse, però, drastiche sollecitazioni psico-stressanti che possono dare luogo a un disturbo post-traumatico da stress (DPTS).

Per definizione, secondo il DSM-5, un DA 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 (per es., licenziamento dal lavoro), l'insorgenza del DA 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 DA può continuare a essere presente e diventare una forma persistente (cronico).

In particolare, il burnout si sviluppa solitamente attraverso quattro fasi:

1. fase dell'entusiasmo idealistico, caratterizzata da elevate motivazioni all'impegno nel sociale, generalmente improntate da utopistiche aspettative di corrispettive gratificazioni personali;

Tabella 1. Le principali fonti di stress lavoro-correlato secondo Taylor¹⁸ e Corrente¹⁴

Classificazione di Taylor	Classificazione di Corrente
<ul style="list-style-type: none"> • Fattori intrinseci al lavoro: <ul style="list-style-type: none"> • pericoli fisici, chimici, biologici; • sovraccarico o sottocarico di lavoro; • ritmo eccessivo; • monotonia. • Fattori legati al ruolo nell'organizzazione: <ul style="list-style-type: none"> • responsabilità per le persone; • conflitto e ambiguità di ruolo; • partecipazione alle decisioni; • mancanza di controllo sul proprio lavoro. • Fattori inerenti i rapporti con gli altri e il clima organizzativo: <ul style="list-style-type: none"> • relazioni personali insoddisfacenti; • problemi relazionali con colleghi, superiori, subordinati. • Fattori carriera: <ul style="list-style-type: none"> • percezione di uno sviluppo di carriera inadeguato; • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Troppo, o troppo poco da fare. • Estrema rigidità, o eccessiva ambiguità dei compiti. • Assenza o esasperazione dei conflitti di ruolo. • Responsabilità nulla o eccessiva. • Ripetitività e monotonia delle mansioni. • Monotonia delle mansioni associata ad alto livello di vigilanza. • Elevato carico psicofisico a causa della tipologia dell'orario/turni di lavoro e dell'intensa richiesta di contatto umano. • Alta responsabilità nei confronti dell'incolumità di terzi.

2. fase della stagnazione, caratterizzata dalla prosecuzione dei propri compiti, ma in maniera non più entusiastica, per mancato raggiungimento delle attese gratificazioni, e con progressivo disimpegno;
3. fase della frustrazione, caratterizzata da sensazione di inutilità in relazione al proprio lavoro e da altrettanto progressiva depersonalizzazione professionale, con scarico delle proprie responsabilità sui colleghi o sull'istituzione, si da ingenerare tensioni e conflittualità all'interno dell'ambiente di lavoro e da derivarne disturbi psicosomatici;
4. fase dell'apatia, caratterizzata dall'esaurimento delle motivazioni professionali e da importanti ripercussioni negative sulla vita di relazione.

Infatti, i disturbi dell'adattamento (anche quelli BOS correlati) sono associati a un aumentato rischio sia di tentativi di suicidio sia di suicidio attuato.

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, ecc.).

VALUTAZIONE CLINICA E MEDICO LEGALE DELLA SINDROME DA BURNOUT

Come sopra accennato, per la valutazione clinica (individuazione e quantificazione psicometrica) del burnout esistono diversi test specifici tra cui:

- Questionario Maslach Burnout Inventory (MBI), composto da 22 item che misurano 3 dimensioni indipendenti della BOS: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e 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" e "ogni giorno".
- Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBSHP).
- Perceptual Job Burnout Inventory (PJBVI).
- Burnout Measure (BM).

A essi si aggiungono strumenti di valutazione generica dello stato di salute mentale e di benessere psicologico:

- General Health Questionnaire (GHQ), che è 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, rivelatosi 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), che è costituito da una serie di domande che mirano ad accertare il grado di disagio fisico, emotivo e sociale del soggetto e consiste in un questionario formato da 38 item; è suddiviso in 6 parti che riguardano: reazioni emotive, grado di energia, mobilità fisica, dolore, sonno, disagio sociale.

Da un punto di vista medico-legale, l'analisi-giudizio di un'eventuale BOS non può prescindere da uno studio accurato multidisciplinare dei singoli casi. È la circolare n. 71/2003 dell'INAAIL, con la quale è stata estesa la tutela assi-

curativa sociale alle "malattie da costrittività organizzativa", che indica la circospetta metodologia da usare ai fini della ricognizione di eventuali condizioni di "costrittività organizzativa", in particolare il burnout. È essenziale la conoscenza sia giuridica sia scientifica dominante del fenomeno del burnout, l'analisi del caso con rigore obiettivo e spirito critico, raccogliendo dati su anamnesi lavorativa, fisiologica, patologica remota e prossima ed effettuando un accurato esame obiettivo comprensivo di indagini neuropsichiatriche e test psicodiagnostici, con questionari di personalità e scale di valutazione per ansia e depressione, aggressività, DPTS, amplificazione dei sintomi psicosomatici e test proiettivi, al fine di avere sia criteriologia accertativa e metodologia valutativa specifiche per la sindrome da burnout, sia la possibile formulazione corretta e fondata della diagnosi di BOS e la diagnosi di DA o DPTS BOS-correlati. Inoltre, è importante la conoscenza della patogenesi della BOS, se sia riferita al contesto delle helping profession e se sia stata indotta da un comportamento ingiusto altrui, in violazione dei precetti di cui all'art. 2087 C.C., secondo il quale «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»²¹ (incongrua organizzazione del lavoro, turni frequenti, turni prolungati, come può accadere ai medici di guardia, ai chirurghi). E ancora, se sia correlabile in maniera esclusiva o concausata al burnout, se vi siano stati altri fattori stressanti (di natura psichica o di altro genere) di rilevanza tale da aver reso pressoché trascurabili quelli del burnout, soltanto agente slatentizzante, e verificare le eventuali preesistenti patologie psichiche e il ruolo della BOS nel processo di slatentizzazione e/o aggravamento del quadro psicopatologico attuale.

A tal proposito è da segnalare una puntualizzazione fatta da Milano¹⁷, in cui viene commentata la sezione della circolare INAAIL in cui si fa un distinguo eziologico tra le dinamiche psicologico-relazionali comuni agli ambienti di lavoro e a quelle di vita, e in cui si stressa il concetto che «si deve tener debito conto delle possibili interferenze dovute ad atteggiamenti di disadattamento lavorativo, non necessariamente determinati dall'ambiente, ma legati alle caratteristiche di personalità individuale»: non va 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. È pertanto essenziale, anche da un punto di vista psichiatrico-forense, identificare le cause e le dinamiche della BOS, al fine di riconoscere le caratteristiche espressive che possiedono concrete valenze nosografiche e che possono determinare eventuali riverberi invalidanti temporali e/o permanenti.

Una volta accertata l'esistenza di una sindrome psichiatrica correlata al fenomeno del burnout, è necessario fare una quantificazione del periodo di malattia e dell'eventuale danno biologico permanente.

Come affermato da Milano¹⁷ e Cherniss⁹, considerato che è molto frequente che la reazione psichica della BOS sia esclusivamente legata alle estemporanee difficoltà incontrate dall'individuo in quel determinato ambiente di lavoro, e che si attenui, una volta usciti da tale ambiente, anche fino all'estinzione, nella maggior parte dei casi viene valutata come danno biologico temporaneo.

Analisi e valutazione medico-legale della sindrome da burnout

Non è esclusa però, nei casi più gravi, la permanenza di un qualche disturbo, valutabile quindi in qualità di danno biologico permanente, che può sfociare, in sporadici episodi, nel suicidio del paziente, quale epifenomeno della patologia psichiatrica.

Per quanto riguarda la quantificazione dell'eventuale danno biologico permanente, considerato che nei singoli casi la BOS può essere assimilata al DA o al DPTS, come precedentemente riportato, si possono prendere a riferimento le percentuali indicate nei più accreditati barèmi, riferite a tali categorie nosografiche, da utilizzarsi nei diversi ambiti valutativi (RC, INAIL).

Come emerge dalle più utilizzate guide alla valutazione del danno biologico²¹⁻²⁵, le alterazioni afferenti la sfera psichica hanno sempre comportato un compito particolarmente difficile nell'ambito della valutazione del danno alla persona, soprattutto per la variabilità delle manifestazioni cliniche. Le principali difficoltà nell'applicazione della metodologia medico-legale sono: la valutazione dello stato anteriore della persona, l'accertamento del nesso causale (derivanti dalla polifattorialità che caratterizza e connota il danno di interesse psichiatrico, e le possibili concause esogene ed endogene di lesione), le difficoltà di inquadramento nosografico della patologia psichica (a tal proposito il manuale DSM-5 costituisce un valido strumento per l'inquadramento diagnostico rispondente alle attuali acquisizioni della psichiatria), la quasi impossibilità di una valutazione prognostica adeguata alle manifestazioni di tale patologia, in particolare per la loro stabilizzazione, e l'applicabilità, alle sindromi psichiche, dei criteri valutativi adottati per la quantificazione delle menomazioni fisiche e cioè la problematica di individuare criteri idonei per stabilire entità e caratteristiche delle limitazioni del vivere quotidiano derivanti dal manifestarsi di tali disturbi (le più apprezzate guide alla valutazione del danno forniscono soltanto generici suggerimenti valutativi con percentuali latamente indicative).

In definitiva il compito del medico legale, al fine di una quantificazione del danno il più possibile oggettiva, se necessario con il supporto di uno psichiatra, è quello di:

- ricostruire lo stato psichico anteriore del soggetto;
- valutare la condizione psicopatologica successiva all'evento su cui si concentra l'azione di riconoscimento e correlare causalmente il disturbo psichico all'evento in esame;
- esprimere un giudizio di graduazione della gravità clinica del quadro nonché un giudizio prognostico relativamente al disturbo psichico riscontrato.

A tal proposito, il DSM specifica i criteri atti a distinguere il disturbo in lieve (minima presenza quantitativa ed

espressività qualitativa dei sintomi e lieve riduzione del funzionamento personale e socio-lavorativo), moderato e grave (molti sintomi aggiuntivi rispetto a quelli strettamente richiesti per l'inquadramento diagnostico e marcata riduzione del funzionamento personale e socio-lavorativo); consente di individuare condizioni cliniche associate nonché complicanze del disturbo in esame, atte a meglio qualificarlo nella sua specifica gravità, propone criteri cronologici e prognostici di fondamentale pregnanza ai fini della graduazione del danno e indica scale di valutazione riferite al funzionamento personale e socio-lavorativo (ex. VGF o Scala di valutazione Globale Funzionale, SVSFL o Scala di Valutazione del Funzionamento sociale e lavorativo).

In ambito di responsabilità civile, per quanto riguarda le percentuali da attribuire ai postumi permanenti derivanti dal fenomeno del burnout (DA e DPTS), i più accreditati barèmi indicano una generica valutazione che non tiene conto di tutte le variabili sopra riportate, implicate nelle sindromi psichiatriche.

Per quanto riguarda i DA, la guida redatta da Buzzi et al.²⁵ dà un'indicazione percentuale fino al 15% se associato a sintomi ansiosi e tra 15% e 20% nel caso in cui si verificano complicanze fobico-ossessive, mentre il manuale di Bolino et al.²⁴ dà un valore compreso tra 6 e 10% per le forme moderate (associate a umore depresso, con ansia, con ansia e umore depresso misti, con alterazioni della condotta, con alterazioni miste della emotività e della condotta), un valore tra 11 e 15% per le forme gravi e un valore tra il 16 e 20% nelle forme complicate da sintomi fobico-ossessivi (Tabella 2).

Il DPTS viene valutato da Buzzi et al.²⁵ con valori diversi a seconda della gravità del quadro clinico: lieve dal 16 al 20%, moderato o complicato dal 21 al 25%, moderato e complicato o grave dal 26 al 30%, grave e complicato dal 31 al 35% e con ideazione paranoide fino al 45%. Bargagna et al.²³ e Bolino et al.²⁴ invece fanno un distinguo tra forme lievi a cui viene attribuita una percentuale dal 5 al 10% e forme gravi valutabili fino al 30% (Tabella 3).

In ambito INAIL, invece, l'unico riferimento utilizzabile per quantificare postumi permanenti da burnout è la Tabella INAIL ex D.M. Lavoro del 12.07.2008, promulgata sulla base di quanto disposto dal D. Lgs.vo. n. 38 del 23.02.2000, in cui non si fa menzione del DA ma, ai punti 180 e 181, si individuano le voci "Disturbo post-traumatico da stress cronico moderato", a cui viene attribuita una valutazione fino al 6% (a seconda dell'efficacia della psicoterapia) e "Disturbo post-traumatico da stress cronico severo" da valutarsi fino al 15% (a seconda dell'efficacia della psicoterapia).

Per far fronte alla lacunosa disponibilità di più precisi riferimenti valutativi nei diversi ambiti, che rispecchino

Tabella 2. Il disturbo dell'adattamento secondo Buzzi²⁵ e Bolino et al.²⁴

Guida Buzzi	Manuale di Bolino et al.
Fino al 15% se associato a sintomi ansiosi.	Tra 6% e 10% per le forme moderate (associate a umore depresso, con ansia, con ansia e umore depresso misti, con alterazioni della condotta, con alterazioni miste dell'emotività e della condotta), tra 11% e 15% per le forme gravi.
Tra 15% e 20% nel caso in cui si verificano complicanze fobico-ossessive.	Un valore tra il 16% e il 20% nelle forme complicate da sintomi fobico-ossessivi.

Carlini L et al.

Tabella 3. Il disturbo post-traumatico da stress secondo Buzzi²⁵, Bargagna²³, Bolino et al.²⁴ e INAIL

Guida Buzzi	Manuale Bargagna	Manuale Bolino	Tabella INAIL ex D.M. lavoro del 12.07.2008
Lieve dal 16% al 20%	Forme lievi a cui viene attribuita una percentuale dal 5% al 10%	Forme lievi a cui viene attribuita una percentuale dal 5% al 10%	180 "Disturbo post-traumatico da stress cronico moderato", a cui viene attribuita una valutazione fino al 6% (a seconda dell'efficacia della psicoterapia)
Moderato o complicato dal 21% al 25%	Forme gravi valutabili fino al 30%	Forme gravi valutabili fino al 30%	181 "Disturbo post-traumatico da stress cronico severo", da valutarsi fino al 15% (a seconda dell'efficacia della psicoterapia).
Moderato e complicato o grave dal 26% al 30%.			
Grave e complicato dal 31% al 35%			
Con ideazione paranoide fino al 45%			

l'estrema variabilità clinico-sintomatologica delle sindromi psichiatriche, in particolare da burnout, sono state da noi elaborate proposte valutative percentuali più particolareggiate, nel tentativo di sistematizzare e ampliare gli spunti valutativi disponibili nella letteratura medico-legale. Qui di seguito viene declinata la nostra proposta valutativa sul "disturbo dell'adattamento cronico" e sul "disturbo post-traumatico da stress cronico", agevolmente applicabile alle BOS (Tabelle 4 e 5).

IL BURNOUT E LE PROFESSIONI D'AIUTO

Come sopra riportato, la BOS colpisce in particolare le helping profession. Tra queste, una netta prevalenza è riconosciuta nei contesti lavorativi delle professioni a contatto con le malattie e i disturbi psichici, quali quella del medico psichiatra e dello psicologo. Tuttavia, il fenomeno non è poi così circoscritto: negli USA, per esempio, la depressione e il suicidio tra i medici tirocinanti di diverse discipline, anche

Tabella 4. Disturbo dell'adattamento cronico

Valutazione del danno biologico permanente	Con sintomi ansiosi	Con sintomi depressivi	Con sintomi ansiosi e depressivi misti	Con alterazione della condotta	Con alterazione mista dell'emotività e della condotta	Non specificato
Grado lieve	≤5% (in base a espressività clinica e a efficacia della terapia)	5%-10% (in base a espressività clinica e a efficacia della terapia)	+2%/+3% da aggiungere alla valutazione del disturbo dell'adattamento cronico di fondo	5%-10% (in base a espressività clinica e a efficacia della terapia)	+2%/+3% da aggiungere alla valutazione del disturbo dell'adattamento con alterazione della condotta di fondo	+2%/+3% da aggiungere alla valutazione del disturbo dell'adattamento con alterazione della condotta di fondo
Grado moderato	6%-10% (in base a espressività clinica e a efficacia della terapia)	11%-15% (in base a espressività clinica e a efficacia della terapia)	+2%/+3% da aggiungere alla valutazione del disturbo dell'adattamento cronico di fondo	11%-15% (in base a espressività clinica e a efficacia della terapia)	+2%/+3% da aggiungere alla valutazione del disturbo dell'adattamento con alterazione della condotta di fondo	+2%/+3% da aggiungere alla valutazione del disturbo dell'adattamento con alterazione della condotta di fondo
Grado severo	11%-15% (in base a espressività clinica e a efficacia della terapia)	16%-20% (in base a espressività clinica e a efficacia della terapia)	+2%/+3% da aggiungere alla valutazione del disturbo dell'adattamento cronico di fondo	16%-20% (in base a espressività clinica e a efficacia della terapia)	+2%/+3% da aggiungere alla valutazione del disturbo dell'adattamento con alterazione della condotta di fondo	+2%/+3% da aggiungere alla valutazione del disturbo dell'adattamento con alterazione della condotta di fondo

Analisi e valutazione medico-legale della sindrome da burnout

Valutazione del danno biologico permanente	% danno biologico permanente
Grado lieve	10%-20% (in base a espressività clinica e a efficacia della terapia)
Grado moderato lieve	21%-25% (in base a espressività clinica e a efficacia della terapia)
Grado moderato complicato (bipolarismo)	26%-30% (in base a espressività clinica e a efficacia della terapia)
Grado grave complicato (bipolarismo)	31%-35% (in base a espressività clinica e a efficacia della terapia)

non psichiatriche, sono un motivo di grande preoccupazione. Un gruppo di specialisti della Columbia University²⁶, ribadendo la necessità di affrontare adeguatamente il fenomeno, propone delle linee-guida per un'adeguata opera di educazione, screening e trattamento, ricordando che negli Stati Uniti, ogni anno, si tolgono la vita dai 300 ai 400 medici (American Foundation for Suicide Prevention). A questo proposito è importante ricordare che, nella popolazione medica totale, gli uomini hanno una probabilità 1,4 volte superiore di morire per suicidio rispetto alla popolazione generale, e le donne di 2,27 volte rispetto alla popolazione generale²⁷. Da questa evidenza statistico-epidemiologica, e anche dal rilievo della diffusione del problema BOS, come fenomeno ormai esteso a tutte le categorie mediche (come emerge chiaramente da una recente indagine, la terza Survey di ANAAO-ASSOMED, svolta tra i medici italiani e lanciata on-line tra l'8.10.2014 e il 28.02.2015), deriva che, quando la BOS insorge in un soggetto che svolge da anni l'attività di medico o comunque di operatore sanitario, specie in ambiti ad alto rischio quale quello psicologico-psichiatrico, questa debba (doverosamente) essere qualificata in forma di malattia professionale, con conseguente adeguata tutela offerta dall'INAIL. In queste evenienze, tale patologia viene in effetti contratta "a causa e nell'esercizio del lavoro". La BOS del medico psichiatra e/o dello psicologo si delinea nettamente come malattia professionale perché caratterizzata dal riscontro sistematico dei tre elementi medico-giuridici essenziali: l'elemento eziologico, quello circostanziale e quello consequenziale, elementi propri, qualificanti e connotanti della malattia professionale.

L'elemento eziologico (presenza nell'ambiente lavorativo di una specifica "noxa" patogena, riconosciuta dalla letteratura scientifica come tale) è, nel caso specifico, rappresentato dal fatto che il medico psichiatra opera in condizione di "stress lavoro-correlato"^{28,29}, sia per problemi strettamente assistenziali (pazienti difficili da gestire³⁰ con patologie difficili da controllare, fallimenti professionali), sia per problemi organizzativi^{31,32} connessi a necessità di risparmio (riduzione dei posti letto nei reparti di psichiatria con il conseguente arduo compito di gestire i pazienti a domicilio, riduzione del personale sanitario di reparto e chiusura di molte strutture di psichiatria territoriale con conseguente eccessivo carico di lavoro ed emotivo, ecc.), con amplificazione, qualora sia *in fieri* una BOS, dei suoi effetti:

- uno stato di "esaurimento emotivo"^{33,34}: 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";

- una "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;
- una "ridotta realizzazione professionale"³⁵: 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.

Lo stress lavoro-correlato può pertanto indurre, mediante un'azione nociva cosiddetta "lenta", pesanti effetti psicologici^{36,37}.

L'elemento circostanziale (dimostrazione di un'avvenuta esposizione al rischio patogeno, valida sia in termini qualitativi sia quantitativi sia modali, per intensità, frequenza e durata) è sostanzialmente rappresentato dalla stessa attività professionale di medico psichiatra³⁸, protratta nel corso di anni, se non di decenni (che nelle helping profession costituisce una vera e propria "professionalità del rischio"), sia in condizioni di stress lavorativo sia in contatto con tutta una serie di molteplici e polimorfe problematiche di tipo psichico e di patologie psichiatriche (integrante una vera e propria "finalità lavorativa").

Si ricorda poi che, in ambito INAIL, vige il principio dell'equivalenza delle concause; tale puntualizzazione è doverosa per il riconoscimento di malattia professionale nei casi in cui la BOS si instauri su un substrato di personalità, già gravato da disturbi della sfera psichica lavoro-indipendenti.

Su questa specifica questione non risultano pronunce giurisprudenziali; merita però di essere segnalata una sentenza della Corte dei Conti della Regione Marche (Corte dei Conti, Sez. reg. Marche sentenza n. 1135 del 28/12/2005) riguardante l'ambito della pensionistica privilegiata da causa di servizio, che può essere utilizzata per analogia a supporto del riconoscimento dell'attività lavorativa, come concausa nel determinismo della BOS. A tal proposito va ricordato che, nell'ambito previdenziale, la concausa lavorativa, al fine del riconoscimento della causa di servizio, deve essere "necessaria e preponderante" e/o "efficiente e determinante", pertanto più stringente rispetto all'ambito INAIL.

In particolare, la sentenza riguarda il caso di una dipendente della ASL n. 13 di Ascoli Piceno, operante con mansioni di infermiera generica all'interno del reparto di psichiatria, affetta da "disturbo di personalità con manifestazioni psicotiche e ansioso-depressive", la quale aveva richiesto il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio della malattia psichiatrica. Sottoposta la questione al Collegio Medico Legale presso il Ministero della Difesa (dopo che la CMO presso la II Commissione Medica Ospedaliera aveva riconosciuto il nesso di causa, respinto poi dal Comitato tecnico dell'INPDAP), questo riconosce che la patologia psichica da cui è afflitta la parte ricorrente dipende dal servizio

prestato ovvero da “carichi di lavoro rilevanti e disagi fisici e stress psichici ripetuti e protratti, che potevano fungere da concausa, unitamente a fattori eredo-costituzionali predisponenti, della malattia diagnosticata (derivanti da otto anni di servizio presso un ospedale psichiatrico). Invero, il Comitato Medico Legale, dopo aver esaminato approfonditamente le cause della patologia, tra cui un non corretto funzionamento del metabolismo idro-elettrolitico e alterazioni del sistema immunitario ed endocrino, ha peraltro puntualizzato come «la scienza medica abbia da tempo accertato l’influenza dello stress lavorativo (tra cui la BOS) specie nelle helping profession, tra cui rientra l’attività di infermiera della ricorrente». Ed ancora: «È notorio che la cura di persone in condizione disagiata, nel tempo, finisce per influire sulla psiche degli operatori, i quali, specie se dotati di particolare sensibilità, finiscono per farsi carico, almeno in parte, delle problematiche degli assistiti, con l’insorgenza conseguente di sentimenti di angoscia. Se poi si pone mente al particolare servizio prestato dalla ricorrente per lungo periodo in ospedale psichiatrico, con le connesse implicazioni, si può certamente concludere per una sicura influenza, di rilievo concausale, del servizio stesso su di una psiche predisposta».

L’elemento consequenziale (sviluppo di una patologia causalmente compatibile con la “noxa” patogena presente nell’ambiente lavorativo e con la esposizione a rischio) è nel caso specifico rappresentata dalla BOS³⁹ e dai suoi equivalenti psicopatologici (DA e DPTS sia acuto sia cronico e in tutte le sue diverse forme di espressività clinica).

Una volta definita la natura professionale della BOS, qualora insorta in un medico psichiatra e/o in uno psicologo, e affermata la dignità di una sua tutela in un contesto di assicurazione sociale INAIL, va presa in considerazione la possibilità che sussista una responsabilità del datore di lavoro, per violazione delle norme in materia di sicurezza dei luoghi di lavoro e della salute, nonché di prevenzione, in contrasto con il dettato di cui all’art. 2087 del Codice Civile: «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» e con il D. Lgs.vo 81/2008 (ex 626).

In tali casi, pertanto, qualora si ravvedano profili di responsabilità civile del datore di lavoro, una volta conseguita la tutela INAIL quale BOS come malattia professionale, si può verificare o che il lavoratore/medico psichiatra adisca la Magistratura del Lavoro per il riconoscimento (e il risarcimento) del cosiddetto “danno biologico differenziale” o che l’INAIL si rivalga direttamente sul datore di lavoro.

La combinata osservazione del ricorrere della BOS quale malattia professionale tra i medici psichiatri e/o gli psicologi, e dell’elevata frequenza di suicidi⁴⁰ in suddette categorie professionali, ha messo in evidenza una precisa correlazione causale tra suicidio e BOS con DA o DPTS.

Tale evento può essere inquadrato, in termini medico-giuridici, non solo come epifenomeno della malattia professionale, ma anche come un vero e proprio infortunio sul lavoro.

Infatti, quando una malattia professionale, quale una BOS produttiva di un DA e/o di un DPTS, ingenera un evento connotato da causa violenta (sia essa traumatica o tossica), come il suicidio, questo potrebbe connotarsi come un infortunio sul lavoro, meritevole di un’adeguata tutela INAIL ed, eventualmente, nei casi di violazione dell’art. 2087 del Codici

ce Civile e con il D. Lgs.vo 81/2008, di risarcimento in ambito civile.

La differenza di inquadramento medico-giuridico tra tali due fattispecie, deriva, pertanto, dalle modalità quali-quantitative e temporali di manifestazione della BOS.

Nel caso di una tipica BOS stress lavoro-correlata, è evidente che l’epilogo autosoppressivo perviene al termine di una lunga esposizione ai fattori causali e in presenza di un’anamnesi positiva per malattia/manifestazioni psichiatriche.

È interessante notare che, nel caso, invece, di un soggetto che presenta una BOS produttiva di un DA e/o di un DPTS, in cui la costruzione ideativa e la messa in atto del progetto suicidario vengono a essere innescati non dalla psicopatologia BOS-correlata (presente e in atto), ma da un evento acuto, sempre lavoro-correlato e comunque di tipo professionale, quale potrebbe essere un’aggressione da parte di un paziente e/o il suicidio di un paziente stesso per insuccesso terapeutico, il suicidio deve necessariamente qualificarsi come infortunio sul lavoro, per il sopravvenire di un *quid pluris*, cioè di un causa unica, esclusiva, sopravvenuta, che costituisce vero e proprio innesco della definitiva causa violenta autosoppressiva posta in essere (sia essa tossica o traumatica), che agisce su una condizione favorente l’azione, rappresentata dalla psicopatologia BOS-correlata.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano l’assenza di conflitto di interessi.

BIBLIOGRAFIA

1. Freudenberger HJ. Staff burn-out. J Social Issues 1974; 30: 159-65.
2. Maslach C, Jackson SE. Burned-out cops and their families. Psychol Today 1979; 12: 59-62.
3. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Occup Behav 1981; 2: 99-113.
4. Maslach C. Burnout: the cost of caring. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1982.
5. Maslach C, Laiter MP. The truth about burnout. San Francisco: Jossey-Bass, 1997.
6. Santinello M. La sindrome del burnout. Pordenone: Erip, 1990.
7. Santinello M, Furlotti F. Servizi territoriali e rischio di burnout. Milano: Giuffrè, 1992.
8. Santinello M. Strumenti operativi per riconoscere il burnout e indicazioni per la sua prevenzione. Pavia: Atti della Giornata di Studio Fondazione Salvatore Maugeri, 2003.
9. Cherniss C. Staff burnout: job stress in the human service. London: Sage Publishing, 1980.
10. Cherniss C. Role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T (eds). Professional burnout: recent developments in theory and research. Washington, DC: Taylor and Francis, 1993.
11. Baum A. Stress, intrusive imagery, and chronic distress. Health Psychology 1990; 9: 653-75.
12. Maslach C, Pines A. The burnout syndrome in day care setting. Child Care Q 1977; 6: 100-14.
13. Venuto G. La sindrome del burnout. Antologia Medica Italiana 2000; 6: 57.
14. Corrente A. La sindrome del burnout. Una condizione soggettiva che si trasforma in malattia professionale. Pavia: Atti della Giornata di Studio Fondazione Salvatore Maugeri, 2003.
15. Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. Administrative Science Quarterly 1979; 24: 285-308.
16. Sarti M. Il burnout. Medico e Società 2005; 3-4: 26.

Analisi e valutazione medico-legale della sindrome da burnout

17. Milano MM. Aspetti medico legali della sindrome del burnout. *Minerva Med Leg* 2004; 124: 73-87.
18. Taylor SE. *Health Psychology*. 4th edition. Boston: Mc Graw Hill, 1999.
19. Schaufeli WB, Van Dierendonck D. The construct validity of two burnout measures. *J Organ Behav* 1993; 14: 631-47.
20. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001; 52: 397-422.
21. Triola R. *Codice Civile. Annotato con la giurisprudenza*. Terza edizione. Milano: Giuffrè, 2003.
22. Luvoni R, Mangili F, Bernardi L. Guida alla valutazione medico-legale del danno biologico e dell'invalidità permanente. Milano: Giuffrè, 2002.
23. Bargagna M, Canale M, Consigliere F, Palmieri L, Umani Ronchi G. Guida orientativa per la valutazione del danno biologico. Milano: Giuffrè, 2001.
24. Bolino G, Fedeli P, Palmieri L, Umani Ronchi G. La valutazione medico-legale del danno biologico in responsabilità civile. Milano: Giuffrè, 2006.
25. Buzzi F, Vanini M. Guida alla valutazione psichiatrica e medico legale del danno biologico di natura psichica. Milano: Giuffrè, 2006.
26. Goldman ML, Shah RN, Bernstein CA. Depression and suicide among physician trainees: recommendations for a National Response. *JAMA Psychiatry* 2015; 72: 411-2.
27. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry* 2004; 161: 2295-302.
28. Moore KA, Cooper CL. Stress in mental health professionals: a theoretical overview. *Int J Soc Psychiatry* 1996; 42: 82-9.
29. Elovainio M, Sinervo T. Psychosocial stressors at work, psychological stress and musculoskeletal symptoms in the care of elderly. *Work Stress* 1997; 11: 351-61.
30. Coverdale J, Gale C, Weeks S, Turbott S. A survey of threats and violent acts by patients against training physicians. *Med Educ* 2001; 35: 154-9.
31. Fothergill A, Edwards D, Burnard P. Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: findings from a systematic review. *Int J Soc Psychiatry* 2004; 50: 54-65.
32. Margison FR. Stress in psychiatrists. In: Payne R, Firth-Cozens J (eds). *Stress in health professionals*. Chichester: Wiley, 1987.
33. Nolan P, Soares J, Dallender J, Thomsen S, Arnetz B. A comparative study of the experiences of violence of English and Swedish mental health nurses. *Int J Nurs Stud* 2001; 38: 419-26.
34. Kumar S, Fisher J, Robinson E, Hatcher S, Bhagat RN. Burnout and job satisfaction in New Zealand Psychiatrists: a national study. *Int J Soc Psychiatry* 2007; 53: 306-16.
35. Sturm R. Datapoints: are psychiatrists more dissatisfied with their careers than other physicians? *Psychiatr Serv* 2001; 52: 581.
36. Deary IJ, Agius RM, Sadler A. Personality and stress in consultant psychiatrists. *Int J Soc Psychiatry* 1996; 42: 112-23.
37. Naisberg-Fenning S, Fenning S, Keinan G, Elizur A. Personality characteristics and proneness to burnout: a study among psychiatrists. *Stress medicine* 1991; 7: 201-5.
38. Heponiemi T, Aalto AM, Puttonen S, Vänskä J, Elovainio M. Work-related stress, job resources, and well-being among psychiatrists and other medical specialists in Finland. *Psychiatr Serv* 2014; 65: 796-801.
39. Bressi C, Porcellana M, Gambini O, et al. Burnout among psychiatrists in Milan: a multicenter survey. *Psychiatr Serv* 2009; 60: 985-8.
40. Hawton K, Clements A, Sakarovich C, Simkin S, Deeks J. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 296-300.