

L'orribile verità: mito del burn-out e rappresentazioni della psicologia nella cultura del Legislatore italiano. Riflessioni su un paradosso etico-giuridico

di Pietro Stampa*

Et ego ipse, propter diffugere infamiam, non fui ausus recedere.
E io stesso, se non abbandonai il campo, fu solo per evitarmi il disonore.

Guy de Chauliac, medico di papa Clemente VI, a proposito della peste di Avignone del 1348¹

Nella più ampia cornice del dibattito politico e delle iniziative istituzionali per la tutela dei lavoratori esposti a condizioni di lavoro riconoscibili come “stressanti”, una posizione specifica è occupata dall’area delle professioni d’aiuto, alle quali vengono ricorrentemente attribuiti fattori di rischio per così dire “intrinseci”, connessi non tanto con la dimensione di contesto in cui tali attività si vengono a situare, quanto con l’oggetto stesso della loro operatività *in qualunque condizione organizzativa*.

Qui di seguito verranno esaminati i testi di due iniziative legislative sul tema — per altro mai giunte a compimento — che come si vedrà non si pongono nella prospettiva della promozione di condizioni di benessere né in quella della prevenzione (nella logica del quadro normativo che si riferisce al c.d. “stress lavoro-correlato”²), quanto in quella di una compensazione “a valle”, considerando appunto il danno a carico degli operatori come non evitabile, e gli operatori pertanto bisognosi o almeno meritevoli di specifiche attenzioni previdenziali. Tale approccio fin qui seguito dal nostro Parlamento, tanto in area (per così dire) “progressista” che “conservatrice”, è di particolare interesse, dal nostro punto di vista, proprio per il suo *carattere spiccatamente anti-psicologico* — nel senso di essere *preclusivo di qualsiasi intervento psicologico*: carattere del tutto a-contestuale, rivendicativo e segnato da evidenti, marcate influenze di poteri lobbystici, cui una psicologia pervasa da modelli medici e di senso comune, oscillante fra *fausse naïveté* e compiacenza, ha fornito ragioni, apparato concettuale e lessico.

Si noterà, a riguardo, il completo svincolamento di tali iniziative dal quadro generale e dalla *ratio legis* delle norme sullo “stress lavoro-correlato” che negli stessi anni prendevano forma — a riprova di una logica istituzionale non orientata alla soluzione di una complessa problematica

* Psicologo clinico libero professionista, professore incaricato di Psicologia delle organizzazioni e delle istituzioni, Università di Chieti.

In origine questo intervento è nato come traccia per esercitazioni degli allievi di un Istituto di specializzazione in psicoterapia analitico-transazionale. l’Auximon di Roma, nel quale da molti anni insegno Etica professionale; nello svilupparlo ho tenuto conto di indicazioni emerse qua e là dagli elaborati degli allievi (in particolare: G. Badalà, S. D’Amanti, V. Di Donato, B. Loi, G. Parisi); ho poi “saldato” il testo risultante con quello del mio intervento al convegno “Il setting in psicoterapia: teoria e clinica del confine e delle sue violazioni” (Roma, 17-18 ottobre 2008) organizzato dall’Istituto di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica SIRPIDI, nel quale anche insegno la stessa disciplina.

¹ in H. Haeser, *Lehrbuch der Geschichte der Medizin und der epidemischen Krankheiten – II Buch*, Jena, 1865, pp. 36-38.

² A partire dal DL 9 aprile 2008, n. 81.

sociale e organizzativa, bensì alla protezione di categorie professionali via via, come si vedrà, sempre più improbabili.

Da un almeno quarto di secolo, come è noto, un intenso dibattito internazionale si è sviluppato intorno al tema dello stress lavorativo degli operatori delle relazioni d'aiuto; nel nostro Paese tale dibattito ha interessato soprattutto l'area dei Servizi pubblici, e alcuni parlamentari si sono spinti sino a presentare Disegni di Legge per sostenere i professionisti in difficoltà a causa appunto dell'eccessivo coinvolgimento emozionale, e della relativa ricaduta psicopatologica, nelle attività di assistenza e di cura in campo medico, psicologico, sociale, educativo e non solo.

Obiettivo del presente contributo è dunque mostrare come tale visione del problema sia inappropriata e ambigua, e contribuisca ad alimentare la già notevole confusione che attraversa il dibattito, estendendola dal campo clinico a quello giuridico e deontologico. Cercherò infine di abbozzare una indicazione di carattere generale per la revisione delle regole di condotta dei professionisti a fronte di situazioni complesse, implicanti un incrocio di temi clinici, etici e giuridici³.

La letteratura tecnica sulla Sindrome di/del *burn-out*⁴ è immensa, e il quadro psicopatologico di riferimento vi è ampiamente e ripetitivamente descritto: eviterò quindi di riassumerlo, rimandando il lettore agli autori che più accuratamente ne hanno trattato. Fra questi certamente Maslach (1982 [1992]), Pyne e Firth-Cozens (1987 [1999]), Maslach e Leiter (1997 [2000]).

La prima proposta parlamentare in tema di *burn-out*, a firma dei senatori De Luca, Ripamonti e Cortiana (gruppo Verdi-Unione, XIII Legislatura, Disegno di Legge n. 3450 del 20 luglio 1998, "Norme di tutela previdenziale per i mestieri e le professioni di aiuto"), identificava all'art. 1 (*Âmbito di applicazione*), comma 1, le categorie "a rischio":

- (a) medici operanti in reparti di rianimazione, pronto soccorso, chirurgia d'urgenza, terapia intensiva e in cliniche psichiatriche;
- (b) assistenti sociali;
- (c) psicologi;
- (d) psicoterapeuti;
- (e) assistenti domiciliari;
- (f) psichiatri;
- (g) educatori di comunità terapeutiche.

Il secondo comma recitava:

Gli appartenenti alle categorie di cui al comma 1 beneficiano dei trattamenti disposti dalla presente Legge a condizione che svolgano l'attività professionale in situazioni di contatto diretto e continuativo con soggetti bisognosi di intense cure e assistenza per disagi patologici che siano particolarmente gravi o abbiano un decorso prolungato nel tempo.

In questa visione – che a suo tempo aveva riscosso un elevato e per certi versi comprensibile successo tra gli addetti ai lavori⁵ – la Sindrome di *burn-out* veniva così assimilata a una vera e

³ Per una prospettiva metodologica su questo complesso interfaccia cfr. Stampa, 2008.

⁴ Ho scelto di unificare in *burn-out*, per i fini del presente contributo, anche la altrettanto frequente dizione *burnout*, priva del trattino. Propendo inoltre per l'uso della preposizione semplice anziché di quella articolata.

⁵ La proposta venne presentata al pubblico nel corso della giornata di studio "Guaritori feriti" che si svolse a Roma il 4 ottobre 1999 con interventi di numerosi rappresentanti delle comunità professionali interessate. Sul quotidiano *La Repubblica* del 15 novembre successivo, in un articolo di M.S. Conte intitolato "Quelle vite bruciate dal dolore degli altri – Aiutano chi soffre ma in migliaia si ammalano", veniva illustrata la tematica della giornata di studio, fornendo al lettore non meglio precisate «stime americane» secondo le quali il 60% degli operatori delle relazioni di aiuto «si ammala» appunto della *Burn-out Syndrome* (citata in inglese nel testo dell'articolo).

propria malattia professionale, che avrebbe interessato a pieno titolo gli psicologi e gli psicoterapeuti, sopra indicati alle lettere (c) e (d).

I benefici di Legge riservati agli operatori "colpiti" dalla Sindrome di *burn-out* non erano poca cosa: si veda a riguardo l' art. 2 (*Dichiarazione di attività usurante*).

Il Governo è delegato a emanare [...] un Decreto modificativo della tabella A allegata al Decreto legislativo 11 agosto 1993, n. 374,⁶ al fine di inserire tra le tipologie di lavori particolarmente usuranti le attività di cui all'art. 1 della presente Legge, caratterizzate da un impegno psicofisico particolarmente intenso e continuativo, condizionato da *fattori che non possono essere prevenuti con misure idonee* [corsivo mio].

Quanto meno singolare, qui, la potenziale assimilazione del *burn-out* degli operatori socio-sanitari alla silicosi dei minatori o alla leucemia mieloide degli addetti alle raffinerie: ma soprattutto, l'idea che si tratti di una sorta di inevitabile maledizione che accompagna la pratica delle professioni di aiuto, quando vengano svolte in modo continuativo e protratto nel tempo, senza che si possa nemmeno ipotizzare una qualche forma di prevenzione basata sullo studio e lo sviluppo adeguato di misure organizzative e più in generale di contesto.

L'idea, come è normale, era già chiaramente espressa nella presentazione del Disegno di Legge, che qui di seguito si riporta integralmente.

ONOREVOLI SENATORI – La volontà del Legislatore di adottare le necessarie misure a difesa della salute e dell'integrità fisica dei lavoratori, in adempimento del disposto dell' articolo 35, primo comma, della Costituzione, si è manifestata da tempo, attraverso una serie di atti e provvedimenti legislativi. Tuttavia tale esigenza deve trovare ancora una adeguata risposta, in particolare per le categorie professionali che svolgono opera di aiuto ed assistenza a soggetti che versano in stato di bisogno psicologico o fisico. Questi «operatori dell'aiuto» svolgono un compito socialmente rilevante, prezioso e delicato, ma spesso indiscutibilmente logorante, per la natura e le *modalità con cui si debbono svolgere necessariamente tali funzioni* [corsivo mio].

Il presente Disegno di Legge intende dunque provvedere ad una attenzione mirata verso le esigenze di questa categoria di operatori sanitari e sociali, proprio perchè il loro ruolo è essenziale: con la definizione "mestieri e professioni d'aiuto" ci rivolgiamo a quanti, autonomamente o con vincolo di subordinazione o collaborazione, sono impegnati ad assistere soggetti deboli, il più delle volte anziani, malati cronici o terminali, pazienti in terapia intensiva, persone con disagi psichici o che versano in condizioni che richiedono un lungo decorso. Sono psicologi o psicoterapeuti, assistenti sociali e domiciliari, e su di essi si riversano i problemi e il dolore di quanti sono oggetto delle loro cure. In particolare, a causa del contatto interpersonale prolungato per lunghi periodi, a volte ininterrotto, si possono manifestare effetti deleteri per gli operatori dell'assistenza: in letteratura si parla di "Sindrome del *burn-out*" appunto per mettere in rilievo il grave *stress* che colpisce tali categorie, manifestandosi in sintomi sia fisici che psicologici, i quali possono giungere ad un livello tale da causare l'impossibilità per l'operatore di continuare a svolgere il proprio compito. Si tratta dunque di *una patologia che è strettamente collegata alla natura della professione* [corsivo mio] e deve pertanto trovare attenzione e tutela. *Potremmo definirlo il prezzo dell'aiuto agli altri: crescente spersonalizzazione, esaurimento emozionale, riduzione o annullamento delle capacità relazionali e lavorative* [corsivo mio]. Ma il danno è apprezzabile anche sotto il profilo sociale: *i lavoratori che dedicano il proprio tempo ad offrire sostegno agli altri, presto giungono all' impossibilità di offrire un supporto valido per coloro che ne hanno bisogno* [corsivo mio].

Si tratta dunque di tutelare non solo il lavoratore vittima della patologia, ma anche il soggetto che si avvale delle cure dell'operatore. Ovviamente i benefici previsti dal Disegno di Legge sono condizionati al riscontro effettivo di modalità di lavoro particolarmente intenso e gravoso e rientrano per lo più nei vantaggi in materia di età pensionabile e tutela previdenziale, previsti dalle Leggi generali (in particolare dalla Legge 8 agosto 1995, n. 335, estesa al lavoro autonomo con il Decreto legislativo 1.febbraio 1996, n. 103). Costituiscono invece una significativa innovazione, ormai indifferibile anche alla luce della tendenza più recente emersa nei Paesi europei, l'estensione alle professioni e ai mestieri d'aiuto del concetto di lavoro particolarmente

⁶ Con Decreto ministeriale 9 aprile 2008 (G.U. n. 169 del 21 luglio 2008) sono state pubblicate le "Nuove tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura", che si possono consultare in <http://www.inail.it/Portale/appmanager/portale/desktop>, di lì seguendo la procedura di interrogazione.

usurante, nonché il riconoscimento delle forme più gravi di *stress* quale malattia professionale, dato che tali forme di esaurimento, al pari di qualsiasi altra patologia fisica, possono determinare nei soggetti che ne siano affetti notevoli danni, fino a causare l'impossibilità di proseguire nell'attività lavorativa.

La visione del problema, come si vede, è caratterizzata da un assunto individualista per un verso, e medico-legale per un altro: non potendosi evitare con strumenti organizzativi l'insorgere della "patologia" negli operatori, ed essendo pertanto affidata alla sorte la possibilità che alcuni fortunati fra di essi ne siano risparmiati — «A chi la tocca, la tocca», ripete come un disco rotto Tonio, l'amico di Renzo Tramaglino istupidito dalla peste⁷ — parrebbe dunque che si possa solo procedere appunto "a valle" con misure di natura previdenziale.

L'art. 3 (*Malattia da lavoro*), comma 1, prevedeva così l'assegnazione di tali misure per l'invalidità e la malattia professionale, nei seguenti casi:

- (a) riscontrate diminuzione o annullamento delle capacità professionali dipendenti da grave forma di esaurimento [corsivo mio] psicofisico;
- (b) riscontrata connessione causale tra l'insorgenza della sindrome e le modalità di esercizio della attività professionale di aiuto.

Sorvoliamo su quel termine "esaurimento", che richiama una neuropsichiatria *d'antan* e oggi (ma già, ovviamente, nel 1998) può far sorridere: il parametro tecnicamente più improbabile da applicare era quello della "connessione causale", considerato che l'art. 1, come abbiamo visto, poneva quali condizioni operative atte a determinarla solamente il «contatto diretto e continuativo con soggetti bisognosi di intense cure e assistenza per disagi patologici che siano particolarmente gravi o abbiano [quindi, anche se non "particolarmente gravi"? — inciso mio] un decorso prolungato nel tempo».⁸

La XIII Legislatura si concludeva nel maggio 2001 senza che il Disegno di Legge 3450 andasse oltre un primo e unico esame della Commissione Lavoro e previdenza sociale del Senato.

Otto anni più tardi, nella XV Legislatura, il modello veniva ripreso da forze politiche di segno opposto, in persona del sen. Costa (Forza Italia); il Disegno relativo, rubricato con il n. 443 e comunicato alla Presidenza del Senato in data 18 maggio 2006, recava il titolo "Norme a tutela dei mestieri e delle professioni di aiuto alla persona dalla Sindrome di *burn-out*".

Le categorie interessate, in aggiunta a quelle indicate nell'art. 1, comma 1 del disegno precedente, erano:

- (g) educatori professionali
- (h) psicopedagogisti
- (i) insegnanti di sostegno e assistenti educativi comunali
- (l) terapisti della riabilitazione e terapisti occupazionali
- (m) infermieri professionali, assistenti sanitari e vigilatrici d'infanzia⁹

⁷ *I Promessi Sposi*, cap. XXXIII.

⁸ Come dire che la categoria più esposta in assoluto sarebbe quella degli psicoanalisti classici, segnatamente in ambito privato: anni e anni di indefesso, tenace lavoro (*gutta cavat lapidem...*), tre sedute a settimana per ogni paziente — "esaurimento psicofisico" garantito, pre-pensionamento assicurato (con le pensioni dell'ENPAM e dell'ENPAP, poi, un vero lusso...).

⁹ Forse non priva di significato la scelta, da parte di un esponente della Destra parlamentare, dell'alfabeto italiano tradizionale, privo delle lettere "j" e "k"... ma su questo non merita qui dilungarsi: lo rilevo di passaggio, come elemento folclorico (o folklorico, con la *k*?) di sfondo.

Già da questa nuova, più ampia elencazione è possibile evincere alcuni elementi subentrati nel tempo trascorso dalla presentazione e dall'esaurimento procedurale del Disegno De Luca e altri.

Perché, appunto, appare evidente come dal 1998 si siano fatte sentire sulla materia spinte lobbystiche provenienti dal mondo della Scuola e degli Enti locali, oltre che evidentemente dalla stessa Sanità: sicché sono incluse categorie afferenti all'area delle relazioni professionali di aiuto, ma certamente con livelli di impegno e presumibilmente di esposizione alla Sindrome di *burn-out* non equiparabili a quelle elencate nei primi 6 item.

Come vedremo, per altro — e come cercherò di dimostrare — il punto non sta qui. Ma andiamo con ordine.

Il comma 2, *ad abundantiam*, chiariva l'intenzione del proponente:

La presente Legge si applica comunque a tutte le altre categorie che operano nel mondo scolastico, sanitario, giudiziario e carcerario, nei settori dell'assistenza alla persona, in cooperative sociali e organismi non lucrativi di utilità sociale, che siano in possesso dei requisiti di cui ai commi 1 e 3.

Il quale comma 3 conteneva la precisazione, ripresa dal testo di De Luca e altri:

Le categorie di cui ai commi 1 e 2 beneficiano dei trattamenti disposti dalla presente Legge a condizione che dimostrino di svolgere l'attività professionale in situazione di contatto diretto e continuativo per lunghi periodi¹⁰.

Per il resto, il Disegno prevedeva per gli aventi diritto misure previdenziali e di tutela analoghe a quelle già presenti nel Disegno del 1998; vi erano bensì delle differenze, ma in questa sede — tanto più che nessuna Legge è stata poi promulgata in relazione alla materia, e anche questo Disegno è decaduto con la XV legislatura (2008) — non sarebbe rilevante un approfondimento.

Interessa invece riportare, questa volta per stralci, il testo introduttivo del proponente, che contiene alcune considerazioni di merito non altrettanto esplicite in De Luca e altri, tali da caratterizzare il Disegno di Legge in senso non solo più spiccatamente individualistico e medico-legale, ma anche, in qualche modo, in un suo idiosincratico senso morale.

ONOREVOLI SENATORI – Il presente Disegno di Legge si rivolge a tutte le figure professionali che operano in stretto e prolungato contatto con persone bisognose di continua assistenza a causa di disagi patologici psico-fisici e sensoriali che richiedono l'assidua presenza di quelli che possiamo definire gli operatori dell'aiuto. Li incontriamo nei più diversi settori della vita sociale: nel mondo scolastico e sanitario, oppure nel campo giudiziario e carcerario, lavorano per la pubblica amministrazione e il settore no profit oppure sono liberi professionisti. Come migliaia tra loro potrebbero testimoniare, anche l'aiuto al prossimo ha un prezzo: i lavori usuranti, in una società moderna che cerca di ricostruire l'orizzonte dello Stato sociale, non sono solo quelli che comportano uno sforzo fisico-muscolare e si svolgono a contatto con luoghi o con sostanze pericolose.

L'espressione *burn-out* compare per la prima volta negli anni Trenta nel gergo sportivo per indicare *il fenomeno per il quale un atleta, dopo alcuni anni di successi, si esaurisce, si brucia e non può più dare nulla agonisticamente* [corsivo mio]. La trasposizione terminologica in ambito lavorativo avviene negli anni Settanta quando comincia a svilupparsi la letteratura specifica sulle "malattie delle professioni d'aiuto".

Più precisamente il *burn-out* (tra le cui cause possono annoverarsi eccessivo impegno, *dedizione sacrificale*,

¹⁰ Una redazione più corretta avrebbe qui richiesto che si dicesse in modo esplicito quali soggetti definissero il "contatto diretto": si suppone gli "utenti", ma non sarebbe difficile argomentare che nella determinazione del complesso di reazioni che possono portare al *burn-out* di un operatore abbia il suo peso il contatto diretto con i colleghi, con le famiglie degli utenti, con il pubblico in genere... E, parimenti, non si può fare a meno di chiedersi quali sarebbero i parametri atti a definire il carattere "continuativo" di questi "contatti" e i "lunghi periodi" in cui essi si dispiegherebbero. L'indeterminatezza del testo — voluta o meno — sembra prefigurare un'estensione senza limiti delle possibili applicazioni di una tale Legge.

non consapevolezza dei propri limiti, mancato riconoscimento, confusione tra vita lavorativa e vita privata [corsivi miei], assenza di supporto, non realizzazione delle aspettative) è una sindrome di esaurimento emozionale, di spersonalizzazione e di riduzione delle capacità professionali che può presentarsi in soggetti che per mestiere si occupano degli altri, e si esprime in una costellazione di sintomi quali somatizzazioni, apatia, eccessiva stanchezza, risentimento, incidenti. Si tratta di una reazione alla tensione emozionale cronica creata dal contatto continuo con l'utenza, in particolare quando questa è portatrice di problemi o di motivi di sofferenza, sia essa fisica, psichica o sociale. Il nucleo del *burn-out* è uno schema di sovraccarico emozionale seguito dall'esaurimento emozionale.

[...]

Perché questo Disegno di Legge? Innanzitutto va chiarito che il *burn-out* va prevenuto, nel senso che è necessario apprestare tutta una serie di misure preventive per eludere l'instaurarsi e il cronicizzarsi della sindrome in oggetto. Ad esempio, nei servizi va potenziata la varietà, l'autonomia, la significatività del lavoro che, peraltro, va affiancato dalla presenza costante di sostegno e stimolo. In tale prospettiva *le strutture organizzative devono essere rese abbastanza flessibili tanto da adattarsi all'individuo e non viceversa* [corsivo mio]. Va consolidata la condivisione tra gli operatori e il lavoro d'équipe, quali antidoti alla solitudine, e garantita una supervisione di buona qualità, esaustiva ma non permanente, intesa nella dimensione di una relazione d'aiuto (per chi fa un mestiere d'aiuto) che sappia raggiungere l'obiettivo ultimo di formare gruppi di autosupervisione. Inoltre non va sottovalutato l'aspetto economico, e più specificamente la *bassa retribuzione di questi mestieri, soprattutto nell'aspetto simbolico di agente di conflitto di ruolo* («sono utile e forse importante ma valgo poco ...») [corsivo mio]. Vanno, insomma, garantite ed attuate tutta una serie di norme ecologiche nei mestieri di aiuto, rispetto alle quali il presente Disegno di Legge serve anche a promuovere un dibattito intorno alla *necessità di istituzionalizzare la rotazione, intesa non nel già citato senso di più presenze intorno al medesimo utente, ma come norma ecologica di introduzione di un cambiamento contestuale capace di bilanciare l'effetto usurante dei mestieri d'aiuto* [corsivo mio]. Noi siamo contrari ad ogni forma di terapia invasiva (e ne sono testimonianza le nostre battaglie contro l'elettroshock e l'uso massiccio, indiscriminato e consumistico, di psicofarmaci) e riteniamo che la cura vada affidata al positivo rapporto operatore-paziente e non alle medicine miracolistiche o alle «scorciatoie» chimiche, ragione per cui le persone vanno tutelate sotto ogni profilo anche perché la bassa qualità delle relazioni (che sono l'anima dell'aiuto non invasivo), e di conseguenza il fallimento dell'intervento, gioca a favore del ripristino dei modelli organicistici. *Oggi in Italia si vendono già in un anno 42 milioni di confezioni di psicofarmaci che, essendo divenuti gratuiti, potrebbero essere prescritti con maggiore disinvoltura e in modo indiscriminato per «contenere» la malattia creando assuefazione e dipendenza, inibendo le risorse psicologiche dei pazienti, annullando il faticoso lavoro di psicoterapia tra paziente e medico che resta fondamentale per risolvere le cause della malattia* [corsivo mio]. *La somministrazione di psicofarmaci ai giovani è particolarmente rischiosa in quanto legittima l'assunzione di sostanze chimiche per risolvere problemi del disagio giovanile, il che potrebbe legittimare anche l'uso di droghe* [corsivo mio]. Inoltre tutelare l'operatore significa, in prima istanza, tutelare e garantire l'utente, il paziente, l'assistito, altrimenti costretto a pagare un prezzo altissimo che, in alcuni casi, può colludere psicologicamente con le stesse premesse del suo disagio (la colpa, il rifiuto, la disconferma, il mancato ascolto).

Infine l'idea del riconoscimento del *burn-out* come malattia professionale introduce per gli operatori, per i servizi, per lo Stato, il concetto di limite dell'operatore, contro *pericolose e, a volte, strumentali ipotesi onnipotenziali che fanno leva sull'entusiasmo e sulla dedizione che caratterizzano la scelta di tali mestieri* [corsivo mio]. L'idea di limite si fonda sull'assunto di compatibilità e di sostenibilità, ormai nota per quanto riguarda gli assetti urbanistici e ambientali, ma ancora tutta da valorizzare a livello umano e relazionale. Credere in una forma di aiuto compatibile, nell'*ecologia della mente* [corsivo mio], significa creare le condizioni perché queste possano realizzarsi, tutelando sincreticamente operatore e paziente [...].

Vediamo di mettere un po' d'ordine in questa eterogenea e poco coerente elencazione di temi, nella quale sono riconoscibili tratti dei codici ideologici e linguistici — e in qualche modo dei *miti* — propri dei gruppi di pressione che con tutta evidenza ispiravano il sen. Costa nella sua iniziativa.

Una prima osservazione potrebbe riguardare l'accostamento dell'espressione *burn-out* riferita allo sport (secondo capoverso), con la successiva «dedizione sacrificale» che davvero poco sembra avere a che fare con un sistema di relazioni professionali. O vi è forse, in sottotesto, un inconsapevole residuo di pregresse letture agiografiche? I vari *Acta Martyrum* della tradizione sia cattolica che greco-ortodossa insistentemente utilizzano la metafora sportiva per esaltare i cristiani immolatisi nei giochi circensi o nelle più feroci torture: così Perpetua, unta di olio e massaggiata

nell' arena da assistenti angelici, prima della impari lotta contro un possente gladiatore egiziano¹¹; Così Blandina, che sfinisce i carnefici con la sua resistenza sovrumana di «valente atleta di Cristo»¹²; così Crescentino, «valoroso atleta», celebrato dai seguaci e compagni di sacrificio come «il loro campione»¹³; così i soldati della XII Legione detta «La Fulminante», fedeli a Costantino e alla fede cristiana, che «allo stesso modo degli atleti quando si iscrivono nel giorno della competizione» si presentano uno a uno al governatore della Cappadocia Agricola, rifiutando orgogliosamente l'abiura che veniva loro richiesta in nome dell'antagonista Licinio¹⁴; e a lungo si potrebbe continuare nelle citazioni.

Torniamo però al testo. Un'ulteriore, più pregnante osservazione potrebbe riguardare la visione delle professioni d'aiuto — e in particolare dell'attività psicoterapeutica (qui per altro attribuita, in apparenza, alla sola classe medica) — come opzioni oblativo, quasi di ispirazione missionaria, che gli operatori perseguono con generosa e un po' incosciente donazione di sé, spingendosi fin oltre i confini della propria stessa energia vitale: e qui invece che Tonio ci sembra di vedere fra' Cristoforo che si aggira indomito, allo stremo delle forze, fra i giacigli cenciosi e infetti del lazzaretto di Milano¹⁵.

L'estensore del testo, per altro, non è di certo sul libro-paga dell'industria farmaceutica, stante la sua financo esagerata contrarietà all'uso di prodotti medicinali per contrastare — così sembra — qualsiasi forma di disagio emotivo, soprattutto nei più giovani: addirittura se ne sospetta la pericolosità quali «precursori» psicologici dell'uso di «droghe».

Difficile decifrare a chi siano riferibili le allusioni contenute nell'espressione «pericolose e, a volte, strumentali ipotesi onnipotenziali», nella quale a un codice ideologico-linguistico cattolicheggiante se ne sovrappone uno di derivazione psicodinamica o forse sistemico-relazionale, come potrebbe leggersi fra le righe e dedursi dall'altra locuzione sopra evidenziata, «ecologia della mente».

La differenza però più interessante con il Disegno del 1998 è nell'assunzione di un punto di vista sedicente «contestuale» quanto alla prevenzione. Salvo che la soluzione prospettata, «istituzionalizzare la rotazione», oltre a emanare un sentore di vetero-sindacalismo (la *job rotation* era uno dei temi di discussione nei Consigli di fabbrica verso la fine degli anni 1970), sembra davvero alquanto bizzarra se la si immagina applicata all'attività psicoterapeutica: per la natura stessa della relazione professionale che essa comunque mette in pratica in qualsiasi ambiente si svolga — e per non dire degli studi privati, dove un libero professionista si troverebbe per lo più a dover ruotare con se stesso.

Amenità? Il Legislatore italiano non è nuovo a queste grossolane approssimazioni quando si trova a trattare una materia delicata come la psicologia e la psicoterapia senza riuscire a trovare convergenze soddisfacenti fra le spinte e contospinte dei diversi interessi lobbystici — non pochi dei quali portati avanti da professionisti di modesto profilo culturale, quando non da piccoli arrivisti che guardano esclusivamente al proprio tornaconto particolare¹⁶.

Non è facile prevedere se o meno vi sarà, in prosieguo di tempo, un terzo tentativo di legiferare in materia di *burn-out*, né con quali altre comunità professionali saranno abbinate quelle già presenti nelle intenzioni del Legislatore.

¹¹ Passione di Perpetua e Felicità, X in *Atti e passioni dei martiri*, Milano, Mondadori (Fondazione Lorenzo Valla), 2009.

¹² Atti dei martiri di Lione, I, 16-19, in *Idem*.

¹³ Cfr. L. Ceccarelli, *L'evangelizzazione dell'alta Valtiberina. San Crescentino martire, soldato romano, Patrono di Urbino*, in <http://www.prourbino.it/Urbinatillustri/Crescenziario/Ceccarelli.htm>.

¹⁴ Vedi in http://www.ortodoxia.it/synaxarion/03_09_quaranta.php

¹⁵ *I Promessi Sposi*, cap. XXXV.

¹⁶ Per quanto concerne la tormentata storia della psicoterapia quale terreno di scontro fra interessi politici, economici e culturali si veda Stampa, 1995a, 1995b, 1996b.

Leggiamo per altro curiosando nel web¹⁷ che due Società scientifiche, quella di psicologia e psicoterapia relazionale e quella di terapia comportamentale e cognitiva, avrebbero sollecitato la ripresa di iniziative parlamentari in favore degli operatori esposti al *burn-out*¹⁸. Recentemente si è però mostrata più attiva, in questa direzione, la categoria degli insegnanti. Si veda per es. negli Atti della Camera dei Deputati l'Interrogazione a risposta scritta n. 4-05374 presentata dall'on. Daniela Sbröllini del Partito Democratico in data 11 dicembre 2009 (seduta n. 257).

SBROLLINI - Al Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca; al Ministro dell'economia e delle finanze; al Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali; al Ministro per le pari opportunità; al Ministro per la pubblica amministrazione e l'innovazione. Per sapere

premessi che

i Ministeri dell'istruzione e delle pari opportunità hanno opportunamente patrocinato una ricerca nazionale sulla categoria professionale degli insegnanti, i cui risultati risultano essere pubblicati sul n. 3/09 dell'autorevole rivista scientifica *La Medicina del Lavoro*;

la categoria professionale degli insegnanti (costituita all'82 per cento da donne) rientra — secondo la bibliografia scientifica internazionale — tra le cosiddette *helping professions* ed è soggetta a un rischio specifico di usura psicofisica;

il *disagio mentale professionale* [corsivo mio] negli insegnanti risulta essere un problema di livello internazionale come confermato dalle istituzioni francesi i cui dati constatacono come si tratti della *categoria professionale col più elevato rischio suicidario tra i dipendenti della pubblica amministrazione* [corsivo mio];

in virtù dei suddetti rilievi, i dicasteri transalpini della Salute e della Pubblica istruzione hanno reputato opportuno — già nel 2006 — assegnare d'ufficio agli insegnanti uno psichiatra (ogni 300 docenti) cui fare riferimento in caso di necessità;

dei docenti presi in carico dai servizi di psichiatria francesi nell'ambito della suddetta iniziativa, il 50 per cento risultava affetto da problemi di adattamento con manifestazioni depressive, mentre il 10 per cento da Sindrome post-traumatica da stress¹⁹;

in Giappone un recente studio retrospettivo effettuato dai Ministeri della pubblica istruzione e della salute ha osservato che la percentuale delle assenze dal lavoro per causa psichiatrica era passata dal 34 per cento del 1995 al 54,6 per cento del 2004;

pur non disponendo di alcun dato istituzionale in proposito, recenti ricerche italiane — come lo studio pubblicato sul n. 5/04 de *La Medicina del Lavoro* — mostrano che nei grossi centri urbani del nostro Paese la categoria professionale degli insegnanti è soggetta a una frequenza di patologie psichiatriche pari a due

¹⁷ Cfr. per es. la fonte CISL: <http://www.626.cisl.it/Contenuti/Allegati/Mobbing/Burn-out.pdf>.

¹⁸ Nulla per altro, almeno di accessibile dall'esterno, nei siti ufficiali delle due Società.

¹⁹ Tanto per chiarezza: ho fatto notare in una precedente occasione (Stampa 2009, nota 3), come il Disturbo di personalità borderline sia diventato in psicopatologia l'equivalente della "voce rifugio" sotto cui nelle biblioteche vengono collocati i volumi di argomento bizzarro o incerto che non si sa a quale categoria assegnare. Da un po' di tempo ho anche notato un altro fenomeno grottesco: la ricorrenza della diagnosi di Disturbo post-traumatico da stress in molta letteratura (evito qui per brevità di dilungarmi in citazioni bibliografiche) e in molte perizie relative a mobbing e a danno esistenziale. Ora, come non rilevare che il *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994 [1996]) limita tale diagnosi a condizioni ben peggiori di quelle cui si può venire a trovare nella propria attività professionale un normale dipendente pubblico o privato, ancorché sottoposto a ogni genere di vessazioni da parte di capireparto, primari, dirigenti, utenti, colleghi, scolari indemoniati? Recita il *DSM-IV* (pp. 468-469): «La caratteristica essenziale del Disturbo Post-traumatico da Stress è lo sviluppo di sintomi tipici che seguono l'esposizione a un fattore traumatico estremo che implica l'esperienza personale diretta di un evento che causa o può comportare morte o lesioni gravi o altre minacce all'integrità fisica [...] Gli eventi traumatici vissuti direttamente includono [...] combattimenti militari, aggressione personale violenta [...], rapimento, essere presi in ostaggio, attacco terroristico, tortura, incarcerazione come prigioniero di guerra o in un campo di concentramento, disastri naturali o provocati, gravi incidenti automobilistici, ricevere una diagnosi di malattie minacciose per la vita». Di fronte all'attribuzione di un Disturbo Post-traumatico da Stress a un insegnante logorato dal contatto quotidiano con scolaresche turbolente, dalla correzione di montagne di compiti o dalle troppe riunioni degli organismi di rappresentanza, torna in mente il telegramma di Mark Twain al giornale che per equivoco aveva pubblicato un suo necrologio: «Notizia mio decesso grossolanamente esagerata»...

volte quella degli impiegati, due volte e mezzo quella del personale sanitario e tre volte quella degli operai;

ulteriori dati a oggi disponibili mostrano inoltre che, dopo le quattro riforme previdenziali dagli anni novanta ad oggi, la percentuale di accertamenti medici per l'inabilità al lavoro recanti una diagnosi psichiatrica è costantemente e cresciuta tra gli insegnanti passando dal 30 per cento del 1992 al 70 per cento del 2006;

lo studio oggi pubblicato su *La Medicina del Lavoro* (n. 3/09), per altro patrocinato dai Ministeri dell'istruzione dell'università e della ricerca e delle pari opportunità mostra come quasi 1/4 dei docenti faccia ricorso all'uso di psicofarmaci per affrontare lo stress lavoro-correlato;

[...]

i reiterati episodi di cronaca nera riportati dai mass-media (maestra che taglia la lingua ad alunno, professore investe di proposito due suoi studenti eccetera) meritano di essere attentamente considerati quale eventuale espressione di disagio mentale professionale anziché venir liquidati come fatti sporadici;

è in fase iniziale il dibattito sull'innalzamento dell'età pensionabile delle donne, pur non disponendo di alcun dato nazionale sul disagio mentale professionale degli insegnanti;

se i Ministri interpellati non ritengano doveroso intervenire in merito alla problematica in oggetto, per tutelare la salute degli insegnanti e l'incolumità dell'utenza; se, in particolare, non ritengano opportuno intraprendere tempestivamente le seguenti iniziative:

A) attivare ricerche epidemiologiche per conoscere l'entità del disagio mentale professionale degli insegnanti accertando urgentemente: a) l'incidenza della patologia psichiatrica nelle assenze per malattia e negli accertamenti sanitari operati dalle Commissioni mediche di verifica afferenti al Ministero dell'economia e delle finanze; b) il consumo di psicofarmaci (antidepressivi, ansiolitici, ipnotici) con l'aiuto dei medici di medicina generale; c) il tasso suicidario della categoria come per altro già avviene in Francia;

B) avviare, a livello nazionale e regionale, iniziative formative omogenee e standardizzate a favore dei dirigenti scolastici per una corretta prevenzione, il riconoscimento precoce dei segnali di disagio e soprattutto la gestione appropriata del disagio mentale professionale (attraverso il ricorso alle competenti Commissioni mediche di verifica del Ministero dell'economia e delle finanze);

C) valutare nel tempo l'andamento dell'incidenza dei casi di patologia psichiatrica negli insegnanti, accertarne l'effettiva correlazione con la menopausa (le donne rappresentano l'82 per cento dei docenti e l'età media è di 50 anni), prima di ipotizzare una riforma dell'età pensionabile;

[...]

Ancora una volta, dunque, non viene avanzata alcuna ipotesi di intervento in un'ottica di sistema e in una prospettiva psicosociale, ma si chiede alle Istituzioni preposte di agire una fantasia (questa sì, "onnipotenziale"): mettere a disposizione degli attuali circa 800.000-850.000 insegnanti italiani di ruolo²⁰ qualcosa come 2.600-2.800 psichiatri (1/300) per il trattamento medico di *disturbi mentali professionali* cronici e presumibilmente "inguaribili" (almeno fino alla pensione, meglio se anticipata, e grazie a essa...).

Ma per ora, ponendo come focus del problema la professione di psicologo, limitiamoci a tentare di comprendere quale contraddizione di fondo si istituisca, non tanto entro le specifiche istanze fin qui analizzate, quanto nella visione ideologica implicita che le accomuna malgrado il diverso orientamento politico dei rispettivi proponenti: visione che, evidentemente, è loro trasmessa dalle categorie di soggetti interessati a eventuali provvedimenti di Legge a propria tutela. Una contraddizione di fondo nella categorizzazione di eventi definiti complessivamente come *burn-out*, che si pone poi come il primo elemento di un imbarazzante paradosso etico-giuridico.

Parlo di contraddizione a misura che, mi sembra, ho potuto fin qui mostrare come in quella categorizzazione vi siano lacune e sovrapposizioni, sottovalutazione di taluni aspetti e

²⁰ Cfr. http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_DOCENTI#, di lì seguendo le procedure di interrogazione. Il dato costituisce però una stima, approssimata non si sa se per difetto o per eccesso di circa il 5%. Cfr. l'ultimo aggiornamento disponibile (2007) nel *Quaderno bianco sulla Scuola* a cura congiunta del Ministero dell'Economia e delle Finanze e di quello della Pubblica Istruzione consultabile sul sito dell'INVALSI, Istituto nazionale per la valutazione del sistema educativo di istruzione e di formazione, all'indirizzo http://www.invalsi.it/download/quaderno_bianco.pdf.

ipervalutazione di altri: e insomma ci troviamo in presenza di un quadro che non persuade perché non spiega abbastanza, e quello che spiega lo spiega in modo a dir poco rozzo e superficiale.

E intendo parlare di paradosso a misura che — come mi riprometto di mostrare — un dispositivo logico (i Disegni del Legislatore) si trova accoppiato a un altro dispositivo logico, di pari forza argomentativa anche se di rango giuridico inferiore (il Codice deontologico della professione di psicologo), che si ritrova ad avere con esso una relazione incongruente.

Abbiamo visto infatti che il Legislatore, nelle due occasioni in cui si è voluto cimentare con la Sindrome di *burn-out*, ha incluso fra gli operatori esposti gli psicologi e gli psicoterapeuti. Per quanto riguarda queste due categorie di professionisti (meglio diremmo: una sola categoria, di cui è definito un ampio sotto-insieme di specialisti), non si può ignorare quanto nel loro ordinamento sia riferibile alla materia in questione.

Ora il Codice deontologico degli psicologi italiani, all'art. 26 recita testualmente:

Lo psicologo si astiene dall'intraprendere o dal proseguire qualsiasi attività professionale ove propri problemi o conflitti personali, interferendo con l'efficacia delle sue prestazioni, le rendano inadeguate o dannose per le persone cui sono rivolte.

E all'art. 27:

Lo psicologo valuta ed eventualmente propone l'interruzione del rapporto terapeutico²¹ quando constata che il paziente non trae alcun beneficio dalla cura e non è ragionevolmente prevedibile che ne trarrà dal proseguimento della cura stessa.

Naturalmente, si può affermare *sic et simpliciter* che il rispetto di tali norme deontologiche è salvo quando lo psicologo, ai primi indizi del proprio cedimento emozionale, si attenga a una adeguata procedura di sospensione dell'intervento e di trasferimento della relativa incombenza ad altro professionista. Ma se si considera il *burn-out* come conseguenza dell'essersi *già* troppo addentrati in una relazione distorta, al punto che si sia *già* prodotto un danno *per il professionista*, è difficile sostenere che la condotta del professionista accorto sarebbe eticamente ineccepibile quando egli sia stato in grado di sospendere tempestivamente l'intervento: nell'insorgenza della sindrome, per definizione, non vi è stata una cessazione tempestiva delle attività che ne sono la fonte, e proprio per questo il professionista è caduto nella patologia (questo, almeno, sembra essere il *rationale*).

Dunque, l'argomento sopra invocato non appare valido: esso riguarda infatti solo quei casi in cui il professionista è sufficientemente padrone di sé da agire tempestivamente sulla relazione, per correggerla e/o sospenderla *prima che subisca una deformazione tale da produrre il burn-out*.

Si pone a questo punto un interessante dilemma: al di là di ogni considerazione di carattere tecnico-clinico (su cui per altro tornerò più avanti), il professionista che cada, per così dire, "vittima" del *burn-out*, verrebbe considerato al tempo stesso bisognoso di assistenza e di cura, ma anche deontologicamente in difetto per le eventuali (ma io direi: inevitabili) conseguenze negative del proprio crollo emozionale sullo stato emozionale e sui processi di sviluppo del cliente/paziente. E se poi tali conseguenze comportassero per quest'ultimo un vero e proprio danno psicofisico, e in seconda battuta (ma in prima battuta se il cliente è, per es., un'organizzazione produttiva) un danno professionale, patrimoniale o altro, vi sarebbero anche gli estremi della responsabilità civile a carico del professionista?

Si tratta dunque di stabilire se, almeno in linea teorica e per alcuni casi ben definibili, la Sindrome di *burn-out* non finisca per essere, in sostanza, *espressione di una negligenza da parte del*

²¹ Non è ben chiaro perché il Codice faccia qui menzione del solo rapporto terapeutico, e non di tutti i tipi di rapporto che il professionista psicologo può contrarre. È ben ragionevole pensare che anche rapporti di formazione, di sostegno, di consulenza organizzativa etc. possano soffrire della medesima condizione di temporanea inabilità del professionista.

professionista, conseguente al mancato rispetto di limiti quantitativi e qualitativi della propria capacità di lavoro.

Ma, volendo, c'è dell'altro. L'art. 3, comma 4 del Codice deontologico recita:

Lo psicologo è responsabile dei propri atti professionali e delle loro prevedibili dirette conseguenze.

E come la mettiamo con le conseguenze non prevedibili, e nondimeno rilevanti, che dovessero occorrere in talune circostanze? E con le conseguenze indirette anziché dirette? E con quelle di atti dall'esito preterintenzionale? In ogni caso, a chi verrebbe in capo la "previsione"? Chi giudicherebbe *ex post* se le conseguenze di qualsivoglia tipo fossero o meno "prevedibili"? In ogni caso, scrivevo con il giurista Mario Battaglini anni addietro (Battaglini & Stampa, 1997, p. 3),

di tutte [le possibili, diverse conseguenze] non si comprende come lo psicologo potrebbe *non* rispondere.

Vediamo ora come si articola il paradosso etico-giuridico. I due Disegni di Legge — i quali, lo ricordiamo, ci interessano non per sé stessi, ma per la rappresentazione della psicologia che vi è sottesa e per le loro implicazioni ideologiche — propongono in realtà un cortocircuito: assumendo che il *burn-out* sia una specie di male inevitabile connesso al semplice fatto di prendersi cura in modo sistematico e prolungato di soggetti problematici, prestano maggiore attenzione alle compensazioni dei danni subiti dagli operatori, che non a possibili strategie di prevenzione. Se si esclude infatti la raccomandazione del sen. Costa a proposito della "rotazione", l'articolato di entrambi i Disegni prevede solo benefici previdenziali, si potrebbe dire, a danno avvenuto.

Per sfuggire a questo cortocircuito sarebbe bastata l'intuizione mostrata, per es., da quanti in ambito medico, pur attribuendo al *burn-out* quasi il carattere di un destino individuale, ipotizzavano possibili soluzioni centrate sulla formazione e su interventi psicologici mirati. Così Pellegrino (1991), coordinatore di una ricerca di cui dava notizia sul *Medico d'Italia*, rivista ufficiale della FNOMCeO:

[...] possiamo affermare che il 35 per cento dei medici di base interpellati si trova nella prima fase della Sindrome, che il 14 per cento si trova nella seconda fase e che il 7 per cento è affetto da *burn-out* conclamato.

[...] appare evidente che il rischio di incorrere nel *burn-out* per il medico di base è molto concreto. Sorge allora spontaneo il bisogno di pensare a possibili forme di prevenzione di questo insidioso fenomeno.

Una prima misura preventiva che viene in mente è quella correlata al problema delle eccessive richieste della clientela e dell'eccessivo carico burocratico. Ben il 70 per cento dei medici ha infatti indicato questa come la maggiore causa di disagio lavorativo.

Seguivano alcuni accenni a una possibile riforma del servizio reso dai medici di base, che tuttavia — se mai si fosse attuata — non si riteneva sufficiente, in quanto

le difficoltà che il medico incontra nel rapporto con il paziente frequentemente sono indipendenti dal contesto ambientale ed insite nella stessa natura, così profondamente coinvolgente, del rapporto medico/paziente.

A questo proposito forse non è superfluo ricordare come il medico, nella maggior parte dei casi, si presenti all'incontro con il paziente munito di un valido bagaglio di conoscenze tecniche ma *psicologicamente impreparato* [corsivo mio]. Nel caso della medicina di base questa carenza di formazione psicologica può rivelarsi ancora più pesante se si tiene conto del fatto che, al pari di uno psicoterapeuta, il medico di medicina generale prende in carico il proprio paziente in maniera continuativa, nella globalità della sua persona e per un periodo di tempo indeterminato ma comunque lungo.

La soluzione proposta comprendeva, oltre che una formazione psicologica dei medici, anche una diffusione della pratica dei Gruppi Balint. Nessuna ipotesi, dunque, di previdenza speciale per lavori usuranti, malattie professionali e simili, ma “solo” l’implementazione di metodi idonei alla costruzione di una più pertinente consapevolezza dei propri limiti, delle proprie risorse, delle proprie competenze in relazione al contesto.

Venti anni dopo: uno studio canadese presentato di recente sul *Lancet* (Wallace, Lemaire & Ghali, 2009) pone in evidenza il «sovraccarico emozionale» connesso all’esercizio della professione, al peso della burocrazia e ai conflitti di colleganza. La stima della Canadian Medical Association è che il 18% dei professionisti si trovi in stato di *burn-out*, e che solo 1 su 4 prenda in seria considerazione di farsi aiutare: all’esito, solo il 2% si cura effettivamente. Nel commentare questi dati di ricerca per il *Corriere della Sera*, alcuni studiosi del problema e dirigenti dell’associazionismo medico italiano sottolineavano la gravità del fenomeno anche nel nostro Paese, citando una stima quantitativa di circa 42.000 professionisti dediti ad abuso di alcol e sostanze psicotrope come reazione al *burn-out*: un progetto di soccorso-recupero *ad hoc*, già implementato con discreto successo in Catalogna, sarebbe sul punto di essere varato anche da noi (Villa, 2010).

Ma come è possibile — si chiederà quanto meno perplesso, a questo punto, un ipotetico lettore che entri per la prima volta in contatto con il problema del *burn-out* — che una professione ne sia “ontologicamente” affetta? Che l’ordine di grandezza del fenomeno sia così impressionante? Che in tanti anni non sia mutato nulla?...

E fra i lettori quelli che sono psicologi o hanno in qualsiasi modo a che fare con gli psicologo, si chiederanno in che misura la questione riguardi anche loro...

In una diffusa e molto citata opera sulla materia, gli studiosi che più hanno legato il proprio nome al *burn-out* individuavano l’origine del problema in fattori organizzativi di cornice, propri della fase attuale di sviluppo del capitalismo:

La Sindrome del *burn-out* sta oggi raggiungendo proporzioni epidemiche tra i lavoratori dei Paesi occidentali a tecnologia avanzata. [...] Oggigiorno il posto di lavoro è spesso un ambiente freddo, ostile, esigente in termini sia economici sia psicologici. Le persone sono sfinite a livello emozionale, fisico e spirituale. Le richieste quotidianamente avanzate dal lavoro, dalla famiglia e da tutto il resto consumano la loro energia e il loro entusiasmo.

[...] Nel clima attuale, il *burn-out* prospera negli ambienti di lavoro. La Sindrome del *burn-out* ha sempre maggiori probabilità di svilupparsi quando si è in presenza di una forte discordanza tra la natura del lavoro e la natura della persona che svolge tale lavoro (Maslach & Leiter, 1997 [2000: pp. 9-17])

Il riferimento generale, come si vede, è quanto di più ampio si possa immaginare: vediamo in particolare cosa viene detto a proposito del lavoro clinico in psicologia.

Stan è uno psicologo che agli inizi della sua carriera era una persona entusiasta, mentalmente aperta ed empatica, che voleva aiutare gli altri. Era il tipo di terapeuta che chiunque, alle prese con problemi, avrebbe voluto vedere. Tuttavia, con il passare del tempo Stan è diventato un individuo cinico e frustrato, che avverte la progressiva perdita di controllo sul suo lavoro in termini finanziari, professionali ed etici, e che inizia a prospettare il ritiro dal lavoro.

«Non c’è più gioia in questo lavoro. Lo odio. Dopo aver trattato con il dolore dei pazienti per un’intera giornata, sono sfinito e desidero soltanto non avere più a che fare con le persone. I clienti si aspettano che io sia disponibile ventiquattr’ore al giorno, e se ne hanno a male se al mio posto trovano un messaggio registrato. L’attuale tendenza alla managerializzazione nei servizi, poi, peggiora il tutto. Personalmente non ho più alcun tipo di controllo sul genere e sulla qualità del trattamento che fornisco: un qualche ispettore di un qualche ente, che non conosce il paziente e che non possiede la mia esperienza e la mia formazione, decide il numero delle sedute che posso fare. Ciò che conta è tenere bassi i costi, e non il bene del paziente. È molto duro convivere con questo. A volte arrivo a mentire per poter ricevere maggiore attenzione, ma

anche con questo è difficile convivere. Inoltre, nonostante lavori più che mai vengo pagato meno. È vita questa?».

Alcune considerazioni dalle quali non ci si può esimere a proposito del paradigma che questo Stan — personaggio di invenzione ma realistico, cui va tutta la comprensione e la solidarietà di Maslach e Leiter — impersona nel modello presentato dal libro.

Primo. Si parla da molti anni delle rigidità poste dalle compagnie di assicurazione americane rispetto al rimborso delle psicoterapie, e dei limiti che ne riverberano sul lavoro negli studi privati come negli ambulatori delle fondazioni, nei consultori scolastici e universitari e in quelli finanziati da Enti pubblici e privati etc. (Stampa, 1992). Ne sono derivate limitazioni non solo quantitative come quelle che sembrano affliggere il nostro collega Stan, ma anche polemiche in merito alla necessità di “garantire” in qualche modo l'efficacia dei trattamenti e sul come misurarla, sempre ammesso che la cosa sia possibile (Stampa, 1991, 1992, 1993, 1994; Grasso & Stampa, 2006, 2007, 2008). Lo scivolamento della psicologia-psicoterapia americana (e dietro di lei, della nostra) in senso cognitivo-comportamentale, e soprattutto in senso medico o aspirante o presunto tale, parte di lì; e tutto questo può essere oggetto semmai di una bella battaglia culturale, piuttosto che delle lamentele alla Stan, cui Maslach e Leiter sembrano dare grande credito. D'altra parte, l'economicità del lavoro svolto dagli psicologi è un problema reale, che non si può liquidare semplicemente sostenendo che sia un atteggiamento sbagliato quello del management nel cercare di «tenere bassi i costi». Anche la fantasia delle “risorse illimitate” è una vecchia insidia delle psicoterapie...

Secondo. «I clienti si aspettano che io sia disponibile ventiquattr'ore al giorno, e se ne hanno a male se al mio posto trovano un messaggio registrato». Stan dovrebbe chiedersi come mai i clienti hanno queste pretese nei confronti suoi e del servizio in cui lavora. Qual è il mandato sociale di questo servizio? Neanche la Chiesa è a disposizione dei fedeli *around the clock*, tranne che per le estreme unzioni: per tutto il resto occorre aspettare l'ora della prima funzione mattutina. In questa tipica contrapposizione fra il cliente che pretende e il fornitore del servizio che fa la vittima, riconosciamo due figure neo-emozionali²² che con grande cura evitano di cercare di stabilire un rapporto reale e un reale incontro domanda/offerta. Insomma, il nostro Stan più che un idealista frustrato sembra essere la pedina inconsapevole di un gioco di simulazione, in cui un sistema istituito riproduce se stesso e il proprio mandato sociale schivando la domanda di servizio di un'utenza che continua a rappresentarsi nei termini di quel mandato, senza riuscire a esprimere una committenza — ciò che potrebbe avvenire solo se il servizio (e Stan nel servizio) fosse strategicamente orientato alla sua costruzione. Ha scritto a riguardo Carli (1997):

Mandato sociale per la psicologia: intendo con questo termine una rappresentazione sociale diffusa nella società, secondo la quale determinati fenomeni sono espressione di processi e variabili riferibili alla psicologia; di conseguenza l'intervento su detti fenomeni è considerato competenza dello psicologo. Il mandato sociale, quindi, non coincide con la domanda della committenza, nei singoli casi in cui si verifica. Si tratta piuttosto di un modello culturale diffuso, una rappresentazione sociale condivisa che, per l'appunto, fa sì che un determinato bisogno, un dato fenomeno sia visto ed interpretato come associabile ad una specifica competenza professionale. Un modello culturale che consente l'incontro tra domanda ed offerta di servizi professionali. E' questo il motivo per cui una psicoterapia "psicologica", se fondata su modelli e riferimenti "medici" non troverà mai mandato sociale per lo psicologo e costringerà lo psicologo stesso a "diventare qualcosa d'altro" per esercitare la psicoterapia; in questo, per altro, incontrando i limiti non più del mandato sociale, bensì della legittimazione ad occupare uno spazio professionale che non gli compete.

E ancora:

Pensiamo, ad esempio, al fallimento della collusione vissuto dai medici che, in un SERT, intendano "curare"

²² (Come definite nella teorizzazione di Carli & Panaccia, 1999, 2002, 2003, 2005).

il tossicodipendente come "malato"; senza riuscire ad evocare le dimensioni caratterizzanti la relazione medico/paziente entro il loro rapporto con il tossicodipendente stesso: il tossicodipendente non "dipende" dal medico, quindi non è un paziente; il medico non persegue la reversibilità del "male" nel paziente, quindi non lo può curare; il metadone non è un "farmaco", nel senso terapeutico, ma un sostituto controllato della sostanza tossica. L'équipe medica operante in un SERT, quindi, va incontro ad un fallimento dei processi collusivi che caratterizzano la simbolizzazione affettiva del contesto medico tradizionale. Si potrebbe dire che le reazioni ad un analogo fallimento collusivo erano alla base della vecchia psichiatria ospedaliera manicomiale²³.

Terzo. «Inoltre, nonostante lavori più che mai vengo pagato meno», si lagna Stan. Non saprei dire degli aspetti contrattuali e giuslavoristici americani che fanno da sfondo alla questione: forse Stan ce la mette tutta per essere disponibile al di là delle proprie forze e dei carichi di lavoro concordati con l'organizzazione, e naturalmente questa disponibilità a oltranza non gli viene riconosciuta come tempo-lavoro. Forse potrebbe esserlo come tempo-sacrificio (a proposito della mitologia degli *Acta Martyrum*) ma come tale perché dovrebbe essere remunerata? «A volte arrivo a mentire per poter ricevere maggiore attenzione», confessa Stan, ma sembra che questo espediente per così dire "affiliativo" funzioni poco...

Insomma, Stan agisce troppo e pensa troppo poco. Qualcuno (Maslach e Leiter?) dovrebbe dirglielo.

Così, se Stan è *fenomenicamente* il prototipo dello psicologo nella rappresentazione che sostanzia il modello teorico del *burn-out*, potremmo dire che per il Legislatore italiano è un malato cronico senza speranza, per l'Ordine degli Psicologi un trasgressore deontologico, e nel ritratto di Maslach e Leiter un commovente ingenuo che non capisce dove si trova e con chi ha a che fare.

Ben più sofisticato il tradizionale approccio al problema proposto dal modello Tavistock. Rabbia, frustrazione, tedio per il lavoro, disaffezione hanno un'origine inconscia, che accomuna i singoli operatori e l'organizzazione che li ricomprende. Come è noto, nella visione di questa storica linea di ricerca e di intervento, l'organizzazione sanitaria viene vista — tanto dai fruitori che dagli operatori — come un «servizio per tenere la morte sotto controllo»:

[...] mentre il compito dichiarato è il trattamento della malattia, c'è anche un compito inconscio consistente nel fornire a ogni membro della società l'illusione che la morte possa essere evitata²⁴. Molti dei sentimenti estremi riguardo ai provvedimenti dei sistemi sanitari possono essere compresi più a fondo se si considera che traggono origine dalle ansie sulla morte; si nega che la morte sia uno degli esiti inevitabili del lavoro in ospedale. In un caso, questo si verificò addirittura con la costruzione a Londra di un ospedale senza camera mortuaria. Si scoprì che l'architetto si era dimenticato di progettare, e nessuno se ne accorse. La spinta a preservare la vita come imperativo organizzativo diventa allora dominante, spesso senza considerare la qualità di vita che il paziente potrà poi sostenere.

Il modello di cura medico, trasferito nel campo della malattia/salute mentale, facilmente produrrà uno svilimento dell'assistenza ordinaria (che in realtà ne sarebbe il *core business*): scrive ancora, a seguire, J. Stokes (1994 [1998, pp. 96-97])

Ciò che viene idealizzato sono le ultime mode nel campo delle cure, che si susseguono a una velocità maniacale. Il risultato è fortemente autodistruttivo, sia per il compito primario consapevole

²³ Merita qui una citazione, almeno per l'impegno nel condurre una ricerca sul campo con attitudine critica, il lavoro di Barbo (2007), dedicato appunto al *burn-out* negli operatori dei SERT. L'autrice, se pure in una visione più ampia di quella tradizionalmente riservata al tema, non sembra tuttavia aver centrato la questione qui evocata dello scollamento fra mandato sociale del servizio e reali possibilità per gli operatori di tradurlo in una costruzione di committenza.

²⁴ Ecco qui un'altra connessione con la mitologia fondativa della religione — la vita eterna —, così come si pone in Freud ne *L'avvenire di un'illusione* (1927 [1978]) e in altri passi delle sue opere e del suo carteggio.

dell'organizzazione²⁵ che viene disgregato da questa enfasi più inconscia sul compito di cura, visto come superiore a quello di assistenza, sia anche per il morale del personale, le cui abilità di prendersi cura e di agire in modo realistico piuttosto che onnipotente vengono conseguentemente minacciate.

Come ha scritto A. Obholzer (1994 [1998, p. 158]),

Perdere di vista la funzione di “contenimento dell'ansia”²⁶ del servizio comporta un aumento di tensione. Considerate, per esempio, quando nei Paesi industrializzati le tecnologie mediche avanzate non possono essere rese disponibili a tutti; o quando si creano speranze infondate nelle cure sperimentali; o come ci si sente ingannati quando gli interventi falliscono. In tutte queste situazioni, sia gli individui che la società nel suo insieme sono veloci nell'attribuire le colpe, come se cure mediche sufficientemente buone potessero prevenire la malattia e la morte. Pazienti e medici colludono in questo per proteggere i primi dall'affrontare la paura della morte e i secondi dalla loro fallibilità.

Non spetterebbe proprio agli psicologi — al “povero Stan” — sviluppare e mettere a disposizione un pensiero su questa dimensione inconscia delle organizzazioni, a cominciare dal *proprio* lavoro all'interno di esse?

Un altro interessante approccio, per altro complementare a quello ora accennato, è avanzato da G. Guerra (2006); esso si riconnette per un verso al lavoro di Jacques appena citato in nota (1955) e per un altro alla concettualizzazione dell'inconscio di Matte Blanco (1975). Scrive questo autore:

[...] all'immagine del *burn-out* come esaurimento, come usura, possiamo contrapporre l'ipotesi del *burn-out* come pieno di emozioni non elaborabili.

[...]

Per esporre la nostra tesi in modo sintetico, potremmo dire che il *burn-out* [...] è in relazione a un processo di adattamento “fallito” o “disadattivo”. Ma poiché l'adattamento [...] è la costruzione di un ambiente e non l'adesione a un universo già dato, il *burn-out* come disadattamento deve essere pensato in relazione all'ambiente costruito da quel gruppo [il sistema organizzativo] di cui le fantasie e le difese costituiscono un elemento fondamentale.

[...]

Potremmo riassumere il nostro punto di vista con questa domanda: il *burn-out* è il risultato di un fallimento del processo adattivo, cioè del processo di costruzione dell'ambiente e di sé (dell'individuo e/o del gruppo)? Il *burn-out* è un prodotto culturale, cioè un'esperienza individuale e, al contempo, una dimensione collettiva (organizzativa)?

Mantenendo aperte le domande, riteniamo che, in questa prospettiva psicosociologica clinica, anche il concetto di fattore di rischio vada rivisitato.

Va bene, diranno ora fra sé e sé i lettori del presente intervento, la questione è stata finora mal posta: ma è pur sempre necessario che un Ordine professionale emetta norme in grado di orientare la condotta degli iscritti in situazioni di emergenza, eventualmente prevedendo sanzioni per i trasgressori, diversamente calibrate se la trasgressione sia in qualche modo involontaria o dovuta a pervicace ignoramento di indicatori dell'emergenza stessa. Compito difficile, certo, ma non per questo eludibile.

Vorrei, anche qui, proporre un approccio puramente metodologico, senza addentrarmi nel merito. Ogni professionista della psicoterapia ha sperimentato fasi, o almeno momenti, di sovraccarico: svogliatezza, dubbi, sentimenti di impotenza — a volte facilmente identificabili come reazioni a eventi di vita dolorosi che assorbivano energie in misura superiore a standard consolidati; a volte

²⁵ Nel sistema concettuale Tavistock, si tratta della *mission* esplicita dell'organizzazione, che la orienta per obiettivi dichiarati e accettati socialmente.

²⁶ Tale funzione è stata teorizzata per la prima volta da E. Jacques (1955).

connessi con meno evidenti, semi-consapevoli idee di depauperazione energetica per difficoltà fisiche o esistenziali; a volte per misteriosi, imprevisi cali della capacità di *performance*, probabilmente spunti depressivi attraverso i quali l'inconscio avverte che si è prossimi a un limite di disponibilità di quelle risorse energetiche, forse solo perché il dispendio è stato ultimamente molto elevato.

In ognuno di questi casi una buona formazione personale allo studio in tempo reale delle proprie emozioni sul campo, e una adeguata competenza organizzativa (Carli, 2002)²⁷, avranno impedito che il professionista valichi un limite oltre il quale l'agito emozionale prende il posto dell'azione strategica, l'impulso il posto della riflessione nell'interesse del cliente — e del professionista stesso, se l'efficacia e la correttezza dell'intervento è costitutiva dell'identità e dell'autostima professionale.

Dunque: come fissare a riguardo una criteriologia condivisa, che valga anche da orientamento etico e clinico insieme, prima ancora che da norma eventualmente corredata di sanzioni per i trasgressori?

Il Codice deontologico degli psicologi italiani — non staremo qui a ripercorrerne la storia — è stata una tipica operazione top down, nella quale un ristretto “comitato di saggi”, auto-proclamatisi tali su investimento del Consiglio nazionale dell'Ordine, ha emanato un complesso confuso e in certa misura arbitrario di proposizioni: alcune delle quali sono effettivamente norme, altre sono raccomandazioni, altre constatazioni o enunciati descrittivi. Il risultato, come ho cercato di far notare in più occasioni (Lombardo & Stampa, 1994, Stampa, 1994, 1996; Battaglini & Stampa, 1997; Stampa, 2008) ha rischiato e rischia di apparire un ibrido incoerente che rispecchia la confusione nella quale versano le istituzioni della comunità professionale da un tempo coincidente, senza soluzioni di continuo, con la sua stessa formalizzazione giuridica.

Certo, si obietterà, la stesura di un Codice deontologico non avrebbe potuto essere un'operazione di segno opposto — vale a dire bottom up —, a partire dalla raccolta di opinioni le più diverse e senza dubbio a volte stravaganti, grottesche o surrealizzanti, proposte dal pulviscolo di gruppi d'opinione, singoli soggetti, movimenti culturali che costituiscono l'universo della psicologia-psicoterapia italiana. Chi avrebbe avuto l'autorità di discriminare è ben chiaro: gli organi istituzionali a ciò deputati dalla Legge 56/89. Ma con quali criteri discriminativi? Questo sì era un bel problema: come accogliere la proposta di un gruppo e respingere quella di un altro, senza che ciò apparisse un arbitrio? Chi avrebbe mai persuaso X che la preferenza accordata al punto di vista di Y avesse un valore per dir così “trascendentale”? Quale sorta di “critica della ragion pratica” avrebbe mai potuto sottrarre quegli organi istituzionali al sospetto di partigianeria, forse in qualche modo illegittimamente interessata? (Una simile babele di linguaggi rese a suo tempo caotica e tragicomica l'applicazione da parte dei Commissari *ad acta* dell'art. 32, e successivamente da parte degli Ordini quella dell'art. 35 della Legge professionale: l'interpretazione dell'espressione che rimandava loro di accertare la “validità” della certificazione relativa all'esercizio pregresso della psicoterapia da parte degli iscritti per sanatoria, scatenò un conflitto di faziosità incrociate e contrapposte tale da compromettere fin da principio la correttezza, l'omogeneità e la credibilità di un'operazione tanto delicata — cfr. Stampa, 1996a).

Come prodotto del tentativo del Consiglio nazionale di fare contenti tutti, senza avere l'aria di imporre limiti troppo netti (salvo poi imporli proprio là dove questi limiti, al contrario, non sarebbero legittimi), ci ritroviamo un Codice deontologico che constata, suggerisce, ammicca, vieta quel che non può essere vietato²⁸, consente il non consentito e tollera il non tollerabile (vedi la questione della “responsabilità” di effetti “prevedibili” o meno, sopra evocata), e nell'insieme manca l'obiettivo

²⁷ Ricordiamo qui la distinzione di Carli tra «competenza tecnica professionale: la capacità di fornire risposte tecnicamente adeguate al problema posto dalla committenza» e «competenza organizzativa: la capacità di analizzare la domanda del committente e di integrare la competenza tecnica entro la problematica del committente stesso; considerando, a questo scopo, le connessioni necessarie tra problema e contesto organizzativo in cui il committente opera» (Carli, 2002, p. 37).

²⁸ Per es. l'insegnamento di imprecisati “strumenti” della psicologia ai non psicologi, art. 21, in aperto contrasto con l'art. 33, comma 1 della Costituzione (cfr. Stampa, 2008).

di costituire per i professionisti un riferimento certo a una condotta eticamente ineccepibile, soprattutto in condizioni di difficoltà o di rischio.

Facciamo grazia all'Ordine degli Psicologi di non avere la cultura politica che avrebbe permesso di accedere a modelli più raffinati, che nell'irrisolto dibattito fra soluzioni normative top down vs bottom up proponessero la costruzione di un *frame di interfaccia*, capace di raccogliere secondo un metodo rigoroso tutti gli stimoli provenienti dalla comunità professionale e contestualmente tutti i criteri imposti dalla tradizione e tutti i vincoli imposti dalle fonti normative sovraordinate. Non avremmo un Codice deontologico così frequentemente e ingenuamente *contra legem*, e al tempo stesso così fumoso e inefficace.

Fra i metodi utili alla costruzione di tale interfaccia si segnala, a mio avviso, più interessante fra tutti quello dell' *overlapping consensus* di John Rawls.

A partire dall'idea che il compito di costruire una società più giusta e più equa (per Rawls le due qualità sono sostanzialmente tutt'una) sia legato all'individuazione di adeguate procedure per raggiungere lo scopo, oltre che — come si è tradizionalmente ritenuto — all'affermazione di principi di giustizia condivisi, Rawls con l' *overlapping consensus* propone un concetto descrittivo che è al tempo stesso un'indicazione di criteri pratici.

Non dovremmo formare le nostre opinioni attenendoci ai nostri interessi personali o alla nostra lealtà politica in senso stretto [...]

Esistono dei paralleli con le conclusioni e le interpretazioni comuni raggiunte dalle scienze. Anche qui ognuno è autonomo ma responsabile. Dobbiamo valutare le teorie e le ipotesi alla luce delle prove, per mezzo di principi riconosciuti pubblicamente. È vero che esistono opere dotate di autorità, ma esse rappresentano la somma del consenso di numerose persone, ciascuna delle quali decide per se stessa. L'assenza di un'autorità suprema che decida, e quella di un'interpretazione ufficiale che tutti debbono accettare, non conduce alla confusione, è invece la condizione per un progresso teorico. Persone eguali che accettano e applicano principi ragionevoli non devono avere alcun superiore stabilito. Alla domanda «chi deve decidere?» si risponde: «devono decidere tutti, ognuno consigliandosi da solo», e spesso, con ragionevolezza, cortesia e fortuna, si ottengono risultati abbastanza buoni (Rawls, 1971 [2008³, p. 371]).

Se trasferiamo il pensiero di Rawls dall'etica pubblica generale a quella di una specifica comunità, e dal diritto pubblico generale al sistema di regole che una comunità stabilisce di darsi in nome di un'esigenza condivisa di autoregolazione, l'*overlapping consensus* consisterà nella capacità dei suoi membri di sostanziare quel sistema di regole con l'accoglimento di tutte quelle istanze che concorrono a formare, per dire così, il *massimo comune denominatore* dei diversi punti di vista in essa presenti.

Se, per esempio, i senatori che si impegnarono nella formulazione di Disegni di Legge così violentemente incidenti (qualora fossero in effetti divenuti norme statuali) sulle categorie interessate, non si fossero limitati a raccogliere e giustapporre senza alcun criterio di integrazione le istanze lobbystiche di *una parte soltanto* di quelle categorie; se gli estensori del Codice deontologico degli psicologi italiani non si fossero limitati a rinchiudersi in una stanza tra di loro, pretendendo di rappresentare, con le loro pur stimabili idee, *l'insieme* della categoria; se vi fosse stata e vi fosse una sistematica prassi di confronto fra tutte le comunità professionali che svolgono attività di aiuto in medesimi ambiti operativi — se tutto questo avesse portato alla formulazione di regole chiare, esplicite e ampiamente condivise, avremmo forse oggi un quadro legislativo e norme deontologiche coerenti e non, invece, patologicamente auto-contraddittorie.

E forse anche un sentire comune omogeneo, seppure non omologante, dei professionisti in merito a un problema che — così come ce lo presentano le istituzioni del discorso (il Legislatore, gli Ordini professionali, la ricerca accademica, l'associazionismo lobbystico e sindacale, la letteratura scientifica "ufficiale" di riferimento delle istituzioni) — ha tutta l'aria di essere letteralmente *irrisolvibile*.

"In un mondo perfetto", come dicono gli americani, un organismo sovraordinato raccoglierebbe, sia attraverso consultazioni di rappresentanti, sia attraverso forme di referendum propositivo, le

opinioni di tutti gli interessati: ne definirebbe *l'area di massima sovrapposizione*, e solo tale area assumerebbe natura normativa; per tutto il resto la decisione etica verrebbe lasciata alla responsabilità individuale, entro il quadro legislativo vigente — con la possibilità, mai da escludere, della disubbidienza civile da parte di coloro che, in specifiche circostanze e su specifici temi, non potessero in alcun modo riconoscersi nelle regole cui si attiene la maggioranza.

Non ci sarebbe, nel Codice deontologico degli psicologi italiani, un articolo che vincoli i professionisti a un comportamento preordinato qualora avvertano forme di disagio connesso con la loro attività: qualcuno sceglierà di curarsi in un modo o in un altro, qualcuno si prenderà una vacanza; qualcuno chiederà l'assistenza di un supervisore, qualcuno — si spera — si attiverà per un intervento clinico-psicosociale sull'organizzazione.

Non ci sarebbe un articolo che prefiguri la possibilità di una deresponsabilizzazione del professionista di fronte alle conseguenze dirette o indirette, prevedibili o imprevedibili, della propria condotta.

Ma circolerebbe, tra gli psicologi italiani, una rappresentazione di sé come categoria di lavoratori e come comunità di *scientists-practitioners*, ben più solida e dignitosa — la consapevolezza e l'orgoglio di sapersi assumere le responsabilità che derivano dall'esercizio della professione, anche quando le condizioni di contesto siano le più difficili e impegnative.

Bibliografia

American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington, DC, APA (trad. it. *DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano (1996).

Barbo, M. (2007). Stress e *burn-out* negli operatori: politiche e strategie di intervento nei servizi per le tossicodipendenze, in *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLI, 1.

Battaglini, M. & Stampa, P. (1997). Per un nuovo Codice deontologico degli psicologi italiani, in *Acta Psychologica – Il giornale degli psicologi* (nuova serie), 9.

Carli, R. (1997). I porcospini rivisitati, in *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 2, 89-98.

Carli, R., (2002). Lo psicologo e la sua committenza, in Belletto, M & Zatti, A. (eds), *Psicologia a più dimensioni*. Milano: FrancoAngeli.

Carli, R. & Panizza, R.M. (1999). *Psicologia della formazione: pensare emozioni*. Bologna: Il Mulino.

Carli, R. & Panizza, R.M. (2002). *L'analisi emozionale del testo. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi*. Milano: FrancoAngeli

Carli, R. & Panizza, R.M. (2003), *L'analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*, Bologna, Il Mulino

Carli, R. e Panizza, R.M. (2005). *Casi clinici. Il resoconto in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Freud, S. (1927). *Die Zukunft einer Illusion*. Leipzig-Wien, Zürich, Internationaler Psychoanalytischer Verlag (trad. it. *L'avvenire di un'illusione*, in *Opere*, Boringhieri, Torino, vol X., 1978).

Grasso, M. & Stampa, P. (2006). Chi ha slegato Roger Rabbit? Diagnosi psichiatrica e modelli di salute mentale: osservazioni su alcune criticità metodologiche per la ricerca in psicoterapia, in *Rivista di Psicologia Clinica*, 1

Grasso, M. & Stampa, P. (2007). Diagnosi psichiatrica e modelli di salute mentale: osservazioni su alcune criticità metodologiche per la ricerca in psicoterapia, in G. Nicolò e S. Salvatore (eds.). *La ricerca sui risultati e sul processo in psicoterapia*. Roma: Edizioni Carlo Amore

Grasso, M. & Stampa, P. (2008). ... "Siamo proprio di sicuri di non essere più in Kansas"? Metodi quantitativi ed epistemologia della ricerca in psicoterapia: una prospettiva critica, in *Rivista di Psicologia Clinica*, 1

Guerra, G. (2006). Meccanismi difensivi istituzionali, in Giordano, M. (ed.), *Burn-out: Seminario gruppoanalitico nazionale*. Milano: FrancoAngeli.

- Jacques, E. (1955). In Klein, M. & Moley-Kyrle, R. [1977, *Sistemi sociali come difesa contro l'ansia persecutoria e depressiva. Contributo allo studio psicoanalitico dei processi sociali*: pp. 609-633]
- Klein, M. & Money-Kyrle, R. (1955). *New Directions in Psycho-Analysis*, London: Tavistock Publications, Ltd (trad. it. *Nuove vie della psicoanalisi*, Il Saggiatore, Milano, 1977).
- Lombardo, G.P. & Stampa, P. (1994). L'ordinamento della professione di psicologo. Vincoli, opzioni e problemi della prima fase applicativa, in *Lo psicologo*, IV, 1.
- Maslach, C. & Leiter, M.P. (1997). *The Truth About Burn-out. How Organizations Cause Personal Stress And What to Do About It*, Berkeley, Jossey-Bass Inc (trad. it. *Burn-out e organizzazione. Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro*. Centro Studi Erikson, Trento, 2000).
- Maslach C. (1982). *Burn-out: The Cost of Caring*. Englewood Cliffs, Prentice (trad. It. *La Sindrome del burn-out. Il prezzo dell'aiuto agli altri*, Cittadella Editrice, Assisi, 1992).
- Matte Blanco, I. (1975). *The Unconscious As Infinite Sets, An Essay in Bi-logic*. London: Duckworth (trad. it. *L'inconscio come insiemi infiniti*, Einaudi, Torino, 1981).
- Obholzer, A. (1994). In Obholzer, A. & Zagier Roberts, V. [*Gestire le ansie sociali nelle organizzazioni del settore pubblico*, Etas Libri, Milano, pp. 155-168, 1998].
- Obholzer, A. & Zagier Roberts, V. (eds., 1994). *The Unconscious at Work*. London – New York, Routledge (trad. it. *L'inconscio al lavoro*, Etas Libri, Milano, 1998).
- Pellegrino, F. (1991). Il burn-out nella medicina, in *Il Medico d'Italia*, 169.
- Payne, R. & Firth-Cozens, J. (1987). *Stress in Health Professionals*. New York: Wiley (trad. it. *Lo stress negli operatori della sanità*, Kappa, Roma 1999).
- Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Cambridge: Harvard University Press (trad. it. *Una teoria della giustizia*, Feltrinelli, Milano, 2008³).
- Stampa, P. (1991). "Malpractice". Una nota su alcune condizioni epistemologiche e conseguenze pratiche dell'errore in psicologia clinica, in P. Colamonico, G. Montesarchio & C. Saraceni (eds.), *Psicodiagnostica e psicoterapia: parliamo di errori*, Roma, SIRP (Società Italiana per la Ricerca Psicodiagnostica), Atti del III Congresso nazionale.
- Stampa, P. (1992). Contratto e obbligazione in psicologia clinica. Osservazioni sulla dimensione etica della competenza professionale, in *Rivista di Psicologia Clinica*, VI, 3
- Stampa, P. (1993). Considerazioni sul rapporto fra etica e competenza in aree professionali diverse: la politica, il diritto e la posizione della psicologia clinica, in *Rivista di Psicologia Clinica*, VII, 2–3.
- Stampa, P. (1994). Alcune osservazioni sul rapporto fra competenza e prestazione nella professione psicologico-clinica, in *Ricerca Psicoanalitica*, 1–2.
- Stampa, P. (1995a). L'art. 3 della Legge 56/89: un'analisi storica del dibattito politico sulla formazione in psicoterapia, in Carli, R., Cecchini, M., Lombardo, G.P. & Stampa, P., *Psicologi e psicoterapia. Oltre la siepe*. Milano: FrancoAngeli.
- Stampa, P. (1995b). Il processo di applicazione della normativa sulla formazione in psicoterapia. Un'analisi storico-critica dell'azione istituzionale per il "riconoscimento" degli Istituti privati (1990–1995), in *Psicologia Clinica*, 2 (parte prima).
- Stampa, P. (1996a). L'ordinamento della professione di psicologo: una Legge inapplicata?, *Quaderni della Società di Psicologia di Roma e del Lazio*, 1
- Stampa, P. (1996b). Il processo di applicazione della normativa sulla formazione in psicoterapia. Un'analisi storico-critica dell'azione istituzionale per il "riconoscimento" degli Istituti privati (1990–1995), in *Psicologia Clinica*, 1 (parte seconda).
- Stampa, P. (2008). Problemi etici e giuridici della professione di psicologo: conoscenze, competenze, connessioni, in Crocetti, G., Cucino, A., Maiorano, N. & Stampa, P., *Manuale etico-giuridico della professione di psicologo*. Bologna: Pendragon.
- Stampa, P. (2009). Parole-chiave per (non) confondere le idee a chi studia psicoterapia — 1. NOMI, COSE. Trappole e trucchi del pensiero concreto. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2.

Stokes, J. (1994). In Obholzer, A. & Zagier Roberts, V., (Eds) [*Caos istituzionale e stress personale*, Etas Libri, Milano, 1998, pp. 155-168, 1998].

Villa, R. (2010). Medici stressati, anzi "bruciati", in *Corriere della Sera*, 17 gennaio.

Wallace, J.E., Lemaire, J.B., & Ghali, W.A. (2009). Physician Wellness: A Missino Qualità Indicator, in *The Lancet*, 374-9702, 14 novembre, pp. 1714-1721.