

## Quale correlazione tra patologia psichiatrica e fenomeno del burnout negli insegnanti ?

Lodolo D'Oria Vittorio<sup>1</sup>, Pecori Giraldi Francesca<sup>2</sup>, Vitello Antonio<sup>3</sup>, Cantoni Susanna<sup>4</sup>,  
Cattaneo Giancarlo<sup>5</sup>, Vanoli Carola<sup>6</sup>, Zeppego Patrizia<sup>7</sup>, Frigoli Paolo<sup>8</sup>

### *Lo studio Getsemani*

*“Nell’Orto degli Ulivi un Maestro in preda a tristezza e angoscia.  
I suoi discepoli, diversi per provenienza e cultura, disorientati e stanchi.  
La comunità ostile.  
Le istituzioni contro.  
Un lungo avvenire davanti.”*

#### Domicilio e recapito del primo firmatario

Vittorio Lodolo D'Oria  
Via dei Chiaramonti 19  
20148 Milano  
tel/fax 02-36509253  
cell: 335 7749493  
e-mail: [vittorio.lodolodoria@fastwebnet.it](mailto:vittorio.lodolodoria@fastwebnet.it)

---

<sup>1</sup> Medico rappresentante Casse Pensioni INPDAP

<sup>2</sup> Istituto Auxologico Italiano, Ospedale S. Luca IRCCS

<sup>3</sup> Servizio di Medicina Legale – ASL Città di Milano

<sup>4</sup> Servizio Prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro – ASL Città di Milano

<sup>5</sup> Servizio Prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro – ASL Città di Milano

<sup>6</sup> Istituto di Medicina Legale – Università di Milano

<sup>7</sup> Cattedra di Psichiatria Università del Piemonte Orientale “A. Avogadro”

<sup>8</sup> Bates Healthworld Consulting – Divisione Amministrazioni Pubbliche

Si ringraziano per il loro contributo e la loro disponibilità: A. Cavalli (Dipartimento di Studi Politici e Sociali-Università degli Studi di Pavia); G. Polidori (Istituto Superiore della Sanità); F. Conti (INPDAP-Milano); C. Zaccarelli (Provveditorato agli Studi di Milano); A. Bertello (Casa della Cultura di Milano); R. Caldarulo (Direzione didattica Europa Unita di Arese); S. Lala e S. Gambatesa (Bates Healthworld Consulting).

pubblicazione a cura dell'ADi  
Associazione Docenti Italiani

## Abstract

*Alcune categorie di lavoratori, a causa di particolari fattori stressogeni legati all'attività professionale, sono soggetti a rischio per la sindrome del burnout. Tale condizione è caratterizzata da affaticamento fisico ed emotivo, atteggiamento distaccato e apatico nei rapporti interpersonali, e sentimento di frustrazione. Autorevoli studi hanno accertato che tale affezione rappresenta un fenomeno di portata internazionale, che ricorre frequentemente negli insegnanti. Sono altresì rare le pubblicazioni comparative sulla prevalenza della sindrome del burnout nelle varie categorie professionali. Lo studio Getsemani, partendo dall'analisi degli accertamenti sanitari per l'inabilità al lavoro, svolta dai Collegi Medici della ASL Città di Milano nel periodo 1/92 – 12/01 per un totale di 3.049 casi clinici, ha operato un confronto tra quattro macrocategorie professionali di dipendenti dell'Amministrazione Pubblica (insegnanti, impiegati, personale sanitario, operatori). In controtendenza con gli stereotipi diffusi nell'opinione pubblica, i risultati dimostrano che la categoria degli insegnanti è soggetta a una frequenza di patologie psichiatriche pari a due volte quella della categoria degli impiegati, due volte e mezzo quella del personale sanitario e tre volte quella degli operatori. Pur non essendo a tuttoggi contemplata nel DSM-IV (classificazione internazionale delle patologie psichiatriche) è verosimile ritenere che la sindrome del burnout, quando trascurata, possa costituire la fase prodromica della patologia psichiatrica franca. Lo studio Getsemani approfondisce inoltre cause, fattori predisponenti, reazioni di adattamento individuale, aspetti sociali, ipotesi d'intervento nella classe docente, stratificata per livello d'insegnamento (scuola materna, elementare, media, superiore). Viene rilevata la necessità di ulteriori approfondimenti epidemiologici, affiancati da contestuali interventi operativi volti a contrastare tempestivamente la sindrome del burnout negli insegnanti. Si ritiene necessaria l'apertura di un dibattito che coinvolga istituzioni, parti sociali, amministrazioni scolastiche, associazioni di categoria, studenti, famiglie e comunità medico-scientifica, in ragione della portata e della multidimensionalità del problema che interessa gli ambiti sanitario, sociale, culturale, economico e istituzionale.*

## Introduzione

Lo *stress* può essere considerato un ingrediente fisso della nostra vita quotidiana tanto in ambito domestico-familiare quanto sul luogo di lavoro. Sono state coniate numerose definizioni di *stress*, ma esiste ormai un ampio consenso sul fatto che all'origine dello stesso concorrono molteplici fattori come la risposta fisica, mentale ed emotiva che ciascun individuo oppone all'incontro con stimoli ambientali o relazionali (conflitti, pressioni, sollecitazioni etc.).

Una o più condizioni stressogene, se particolarmente intense o protratte nel tempo, possono indurre l'ormai nota sindrome del *burnout* (Maslach, 1982). Questa è solitamente caratterizzata da particolari stati d'animo (quali ansia, irritabilità, esaurimento fisico, panico, agitazione, senso di colpa, negativismo, ridotta autostima, empatia e capacità d'ascolto etc.), somatizzazioni (quali emicrania, sudorazioni, insonnia, disturbi gastrointestinali, parestesie etc.) (Fontana, 1993), reazioni comportamentali (assenze o ritardi frequenti sul posto di lavoro, chiusura difensiva al dialogo, distacco emotivo dall'interlocutore, ridotta creatività, ricorso a comportamenti stereotipati).

Lo stress possiede anche dei risvolti positivi in quanto rappresenta uno stimolo all'azione, ma è soprattutto la capacità individuale di adattamento a esso (reattività) a consentire la suddivisione degli episodi in *distress* (stress nocivi) ed *eustress* (stress positivi).

Sin dalla prima metà degli anni 80 la sindrome del *burnout* negli insegnanti è stata oggetto di particolare attenzione da parte di molti autori internazionali (Anderson e Iwanicki, 1984; Beck & Gargiulo, 1983; Belcastro, Gold & Hays, 1983; Gold, 1984, 1985; Iwanicki & Schwab, 1981; Schwab & Iwanicki, 1982; Kyriacou, 1987) ed è stata in seguito riconosciuta come risultante di tre elementi principali (Maslach, 1986):

- affaticamento fisico ed emotivo (*emotional exhaustion and fatigue*)
- atteggiamento distaccato e apatico nei confronti di studenti, colleghi e nei rapporti interpersonali (*depersonalisation and cynical attitude*)
- sentimento di frustrazione dovuto alla mancata realizzazione delle proprie aspettative (*lack of personal accomplishment*).

Più recentemente Folgheraiter (1994) introduce un quarto elemento descritto come *perdita della capacità del controllo*, smarrimento cioè di quel senso critico che consente di attribuire all'esperienza lavorativa la giusta dimensione. La professione finisce per assumere un'importanza smisurata nell'ambito della vita di relazione e l'individuo non riesce a "staccare" mentalmente tendendo a lasciarsi andare anche a reazioni emotive, impulsive e violente.

Recenti studi hanno confermato che la categoria degli insegnanti è sottoposta a numerosi *stress* (Mark, 1990; Pithers, 1995). La loro natura, sia in generale che con specifico riferimento allo scenario scolastico italiano, può essere ricondotta ad alcuni fattori riguardanti:

- la peculiarità della professione (rapporto con studenti e genitori, classi numerose, situazione di precariato, conflittualità tra colleghi, costante necessità di aggiornamento)
- la trasformazione della società verso uno stile di vita sempre più *multi-etnico* e *multiculturale* (crescita del numero di studenti extracomunitari e degli interscambi culturali come effetti della globalizzazione)
- il continuo evolversi della percezione dei valori sociali (con l'introduzione di nuove politiche a favore dell'handicap con l'inserimento di alunni disabili nelle classi, delega educativa da parte della famiglia a fronte dell'assenza di genitori-lavoratori o di famiglie monoparentali)
- l'evoluzione scientifica (avvento dell'era informatica e delle nuove tecnologie di comunicazione elettronica)
- il susseguirsi continuo di riforme (autonomia scolastica, innalzamento della scuola dell'obbligo, ingresso nel mondo della scuola anticipato all'età di cinque anni e mezzo)
- la maggior partecipazione degli studenti alle decisioni e conseguente livellamento dei ruoli con i docenti (decreti delegati del '74, Statuto degli studenti/studentesse del DPR 239/98)

- il passaggio critico dall'individualismo al lavoro d'equipe (che ha comportato la scomparsa dall'insegnante unico con l'avvento dell'insegnamento basato su una pluralità di docenti)
- l'inadeguato ruolo istituzionale attribuito/riconosciuto alla professione (retribuzione insoddisfacente, risorse carenti, precarietà del posto di lavoro, mobilità, scarsa considerazione da parte dell'opinione pubblica).

Da una rivisitazione della letteratura (Nagy, 1992) sono stati individuati oramai almeno 40 fattori che determinano il *burnout*. Gli stessi sono riconducibili a tre categorie principali (Marck, 1990):

- fattori sociali e personali del soggetto: comprendono le caratteristiche individuali (personalità, sesso, età, tolleranza, aspettative professionali, suscettibilità, stile cognitivo, background culturale, razza, religione, tempra, tenacia, arrendevolezza, resistenza, livello socio-economico, stile di vita, situazione familiare, eventi luttuosi etc.)
- fattori relazionali: relativi ai rapporti interpersonali con studenti e loro familiari, direzione scolastica, competitività coi colleghi, affollamento delle classi
- fattori oggettivi organizzativi (o professionali) : riguardano l'organizzazione scolastica e le condizioni di lavoro (riforme scolastiche, precariato, ubicazione della scuola in zona urbana o rurale, carico di lavoro, risorse didattiche, attrezzature, programma da svolgere, organizzazione degli orari di lezione, funzioni obiettivo, chiarezza dei regolamenti di funzionamento, flussi di comunicazione interna, frequenza delle riunioni, percorso di carriera, reporting/feedback inefficace etc.).

Un altro modello recentemente elaborato (Maslach, 1997) ordina le cause oggettive del *burnout* in sei classi, rispettivamente relative a: carico di lavoro, autonomia decisionale, gratificazioni, senso di appartenenza, equità, valori. Nel medesimo lavoro l'autrice perviene alla conclusione che il *burnout* è dovuto principalmente ai fattori oggettivi dello stress professionale, relegando a secondo piano le cause soggettive.

Il *burnout* riconosce altresì una quarta categoria di cause che rientra nei cosiddetti *fattori socio-culturali* (Cherniss, 1980). Tra questi basti annoverare l'avvento dell'era informatica e di una società multiculturale e multietnica, la delega dei genitori all'educazione dei figli, l'inserimento dei portatori di handicap nelle classi, la maggior intransigenza dell'utenza, l'introduzione della valutazione dei docenti da parte di genitori e studenti, la svalutazione sociale del lavoro in se stesso a favore del successo e del guadagno economico (notoriamente bassi per gli insegnanti), l'abolizione delle cosiddette *baby-pensioni*.

Recentemente sono state descritte e analizzate (Griffith, 1999) le reazioni di adattamento (*coping strategies*) che i singoli insegnanti adottano per far fronte alla sindrome del *burnout*, nel tentativo di reagire a una situazione che, se non affrontata per tempo e adeguatamente, può degenerare in malattia psico-fisica.

Secondo alcuni autori (Kobasa, 1979; Marck, 1990) sono più esposte al burnout le persone che possiedono una ridotta *resistenza individuale* agli stimoli (denominata *hardiness* dagli anglosassoni), che consente di reagire alle sollecitazioni con tenacia e senza soccombervi.

La personalità *hardy*, sempre secondo Marck, possiede tre caratteristiche:

- è consapevole del proprio ruolo nella società e del significato (senso) attribuito alla propria esistenza (*commitment*): ciò serve a relativizzare/ridimensionare le esperienze di vita
- percepisce le novità come stimolo anziché come insidia (*challenge*)
- sente di poter controllare gli eventi senza esserne sopraffatto (*control*)

Lo stesso Kobasa definisce come negative (*regressive or palliative coping strategies*) quelle reazioni di adattamento come bere, fumare, assumere psicofarmaci, derivanti da comportamenti atti a negare, minimizzare, nascondere o evitare gli eventi stressogeni. Una successiva e più articolata classificazione delle *coping strategies* viene proposta in uno studio su 2.638 direttori scolastici del Regno Unito (Cooper, 1993) diversificando le stesse in:

- azioni *dirette* (*direct*), miranti cioè ad affrontare positivamente la situazione

- *diversive (diversionary)*, cioè tese a schivare l'evento assumendo un atteggiamento apatico, impersonale, distaccato nei confronti di terzi
- di *fuga (withdrawal)* o abbandono dell'attività, per sottrarsi alla situazione stressogena
- *palliative (palliative)* cioè incentrate sul ricorso a sostanze come caffè, fumo, alcool, farmaci.

Nel medesimo studio, avvalendosi del questionario elaborato da Bortner nel 1969, Cooper trovò una correlazione diretta tra personalità con forte impegno competitivo, alto livello di aspirazione, impulsività, sentimenti di impazienza, fretta e mancanza di tempo (pattern di comportamento di tipo A altrimenti detto *Type A behaviour*) e incidenza di patologie psichiatriche. Un altro autore (Richardsen) era pervenuto alle medesime conclusioni già l'anno precedente (1992). Un altro studio inglese su 95 insegnanti (Fontana, 1993) registrava una correlazione positiva tra i livelli di stress e le personalità di tipo introverso, o a maggior componente neurotica, o psicotica, suggerendo di adottare dei test preselettivi in fase di assunzione del personale docente, col proposito di supportare lo stesso all'atto dell'immissione in ruolo e durante la carriera docente.

Il burnout degli insegnanti è comunque un tema di valenza internazionale da almeno vent'anni come dimostrano gli studi condotti negli Stati Uniti (Farber, 1984; McIntyre, 1984), in Gran Bretagna (Blase, 1982; Capel, 1987, 1989), Israele (Kremer & Hofman, 1985; Tatar, 1999), Australia (Mark, 1990), Canada (St-Arnaud, 2000), Norvegia (Mykletun, 1999), Malta (Borg, 1993), Barbados (Payne, 1987) ed Hong Kong (Mo, 1991; Chan, 1995). Sul tema sono stati anche condotti studi comparativi tra sistemi scolastici di differenti paesi come Italia e Francia (Predabissi, 1991), Scozia e Australia (Pithers, 1998), Giordania ed Emirati Arabi (Abu-Hilal, 1995), Stati Uniti e Gran Bretagna (Coates, 1976), Nuova Zelanda e Australia (Manthei, 1988). Meno frequenti, ma altamente significativi, i lavori (Berg, 1998; Pithers, 1995) che hanno effettuato un confronto tra l'incidenza del *burnout* su categorie professionali differenti (ad es. insegnanti/impiegati).

Mentre rimane ancora tutta da percorrere la strada alla ricerca di un corretto e standardizzato approccio al trattamento terapeutico, secondo Farber (2000) lo scorso decennio è servito ad approfondire le conoscenze sull'eziologia del *burnout* individuando :

- i livelli di condizionamento dell'individuo (personale, ambientale e professionale/organizzativo);
- le maggiori fonti di stress (*stressor*) per gli insegnanti (eccessivo carico di lavoro, classi numerose, disorganizzazione, indisciplina degli studenti);
- il profilo personale del professionista più a rischio di *burnout* (età sotto i 40 anni, idealista, introverso, docente di medie o superiori, suscettibile ai condizionamenti esterni, con *hardiness* ridotta, *Type A behaviour*);
- l'*humus* più favorevole all'attecchimento del *burnout* (aree urbane, zone disagiate con scarsi servizi sociali, classi numerose, strutture fatiscenti, attrezzature insufficienti/inadeguate, gestione burocratica anziché manageriale).

Lo stesso autore propone ai fini di un approccio al trattamento terapeutico individualizzato una differenziazione del *burnout* in tre sottotipi:

- *burnout* classico (o frenetico) quando il soggetto di fronte allo stress reagisce aumentando a dismisura la propria attività lavorativa fino all'esaurimento psicofisico;
- *burnout* da sottostimolazione (*underchallenged*) dovuto alla insoddisfazione per la ripetitività e monotonia del lavoro che non è più ritenuto dall'individuo all'altezza di offrire stimoli e motivazioni sufficienti. Si tratta quindi di insegnanti più annoiati/demotivati che stressati nel vero senso del termine;
- *burnout* da scarsa gratificazione (*wornout*) dovuto a un lavoro ritenuto troppo stressante rispetto al riconoscimento che lo stesso comporta. La differenza col *burnout* classico risiede nella reazione dell'individuo che riduce il proprio ritmo lavorativo col preciso fine di prevenire il sopraggiungere dell'esaurimento. Non è altro che il tentativo di diminuire la discrepanza tra *input* e *output* riducendo il primo.

In attesa di un intervento socio-istituzionale (*social support*) sull'organizzazione e sull'ambiente di lavoro, Farber ritiene che il progetto terapeutico sull'insegnante vada rigorosamente personalizzato (*tailored* cioè "cucito addosso" come un vestito) e debba prevedere un intervento psicoterapeutico, differenziato a seconda del sottotipo di *burnout*, volto a perseguire quattro obiettivi uguali per tutti:

- diminuire la componente onirico-idealista rispetto al proprio lavoro, ridimensionando le proprie aspettative e riconducendole a un piano più attinente alla realtà (passaggio necessario considerato il rapporto IARD 2000 sugli insegnanti che afferma : ...*appare esserci una discrasia forte fra ciò che gli insegnanti ritengono di essere rispetto a come considerano di essere percepiti...*);
- evidenziare gli aspetti positivi del lavoro e non concentrarsi solo su quelli negativi;
- coltivare interessi al di fuori dal lavoro per distrarsi e non focalizzare l'attenzione esclusivamente sui problemi professionali;
- lavorare in compagnia di altre persone per non sentirsi soli e condividere lo stress.

Friedman (2000) e Pithers (1995) affrontano la questione della prevenzione del *burnout* indicando tre livelli sui quali lavorare efficacemente con interventi formativi *ad hoc*:

- livello professionale : organizzazione di *workshop* che favoriscano l'apprendimento di nuove tecniche d'insegnamento, affrontino casi reali e simulati nel gestire una classe, insegnino a costituire e avvalersi di gruppi di auto-aiuto per condividere esperienze e stress;
- rapporti interpersonali : organizzazione di corsi sugli stili d'insegnamento da adottare e da rigettare, *workshop* su tecniche di stress *management* (training autogeno, autocontrollo, gestione dei conflitti etc.) e miglioramento dello stile cognitivo;
- livello organizzativo: organizzazione di corsi per l'apprendimento della gestione manageriale di una classe, tecniche di comunicazione interna e di *problem-solving*, coinvolgimento degli insegnanti nel processo di *decision-making*, attivazione di servizi di *counselling*.

A proposito degli interventi formativi, giova richiamare il lavoro di Leiter (1988) che accertò una relazione direttamente proporzionale tra incidenza del *burnout* e lasso di tempo intercorso dall'ultimo corso di aggiornamento professionale.

Nonostante gli studi compiuti, resta a tutt'oggi valida gran parte delle obiezioni addotte sulla natura empirica degli stessi (Hiebert, 1984; Pithers, 1995; Farber, 2000). Questa è attribuibile in massima parte a problemi di misurazione dello stress (gli strumenti utilizzati spesso non erano validati); costante aumento dei già numerosi fattori di rischio legato alla variabilità del contesto (riforme, flussi migratori, nuove tecnologie, era informatica etc); importanza dei fattori personali nello sviluppo del *burnout*; carenza di studi che prevedono gruppi di controllo appartenenti ad altre categorie professionali.

Inoltre il *burnout* non è ancora oggi contemplato dalla classificazione delle patologie psichiatriche DSM-IV presumibilmente per i seguenti motivi :

- perché studiato primariamente dal punto di vista sociale anziché fisio-patologico come sostenuto da Farber (2000);
- per la pretesa di voler definire compiutamente gli aspetti sociali, eziologici, psicopatologici, e i fattori di rischio prima ancora di arrivare a parlare di "sindrome" e dunque di "trattamento terapeutico";
- (ma forse anche) per la paura di dover ammettere l'esistenza di una piaga dalle gigantesche proporzioni, sia per il numero di individui a rischio (nel solo settore dell'istruzione il rapporto insegnanti/abitanti in un paese avanzato oscilla tra 1/50 e 1/70), sia per l'impatto sociale che questa "ammissione" comporterebbe sui giovani, sulle loro famiglie e sull'opinione pubblica.

I risultati sovrapponibili, sino a oggi ottenuti in diversi paesi sugli insegnanti (Chan, 1995; Coates, 1976; Manthei, 1988) e in altre *helping professions* (Boccalon, 2001), ci portano comunque a concludere che il *burnout*, a differenza dello stress che riguarda la sfera individuale, è un fenomeno

fondamentalmente psicosociale (Rossati, 1999) di portata internazionale, per il quale sono stati identificati fattori di rischio personali, relazionali e ambientali sui quali intervenire. Si tratta di una sindrome complessa, multidimensionale che merita di essere attentamente considerata per la rilevanza sociale, in quanto implica dei costi elevati per tutti i soggetti coinvolti nella gestione, erogazione e fruizione dei servizi (operatori che pagano in termini di salute e qualità di vita, utenti che trovano un servizio qualitativamente insoddisfacente, comunità che vede lievitare i costi in termini di assenza dal lavoro e assistenza sociosanitaria).

Restano dunque da approfondire numerosi aspetti anche se i dati a disposizione sono sufficienti ad attivare un interessamento congiunto di istituzioni, parti sociali e associazioni di categoria per effettuare studi epidemiologici e di validazione dei modelli di ricerca. Sono inoltre auspicabili iniziative di supporto per lo sviluppo di interventi correttivi in fase di prevenzione primaria, secondaria e per attività curativa, agendo sulle dimensioni personale, interpersonale, micro ambientale – organizzativa e socio – politica (Cox e Parson, 1994).

Un'ultima considerazione concerne il ruolo dei sindacati di categoria dei quali finora si rileva traccia in un solo studio di interesse nazionale condotto su 4.072 insegnanti del Regno Unito (Brown, 1992) e che, al contrario, possono e devono giocare l'importante ruolo che compete loro su un argomento essenziale come quello dell'integrità psicofisica del lavoratore.

### **Razionale dello studio**

Partendo dall'analisi dei verbali relativi agli accertamenti sanitari per l'inabilità al lavoro svolti dai Collegi Medici (istituiti ai sensi dell'art. 13 della legge 8 agosto 1991, n. 274<sup>9</sup>) nel periodo 1/92 – 12/01 e concernenti i lavoratori iscritti alle Casse Pensioni INPDAP (Istituto Nazionale Pensioni Dipendenti Amministrazione Pubblica) residenti nella città di Milano, lo studio *Getsemani* si propone di osservare:

- composizione della popolazione facente domanda in base alla categoria professionale di appartenenza (colletti blu, colletti bianchi, personale sanitario, insegnanti);
- tipologia di patologie, suddivise per aree terapeutiche, motivanti le domande d'inabilità al lavoro;
- prevalenza delle patologie psichiatriche ed eventuali differenze tra le succitate categorie professionali;
- severità delle patologie psichiatriche, assumendo come indice prognostico di gravità crescente il provvedimento adottato dalla competente Commissione Medica (idoneità al lavoro, temporanea/permanente inidoneità parziale, temporanea/permanente inabilità totale al lavoro);
- eventuali differenze di prevalenza di patologie psichiatriche tra le categorie d'insegnanti (scuola materna, elementare, media, superiore).

### **Materiali e metodi**

Lo studio *Getsemani* è stato reso possibile grazie alla raccolta dei dati<sup>10</sup> eseguita direttamente dal medico INPDAP che ha partecipato - ai sensi dell'art. 13 della L. n. 275/91 e con le modalità previste dalla circolare 15 novembre 1991, n. 9/I.P del Ministero del Tesoro - alle visite medico-collegiali effettuate presso le sei Unità Sanitarie Locali della Città di Milano, successivamente confluite nell'Azienda Sanitaria Locale Città di Milano.

Riferendosi a un arco temporale prolungato (10 anni), l'analisi effettuata si sviluppa obbligatoriamente in due fasi per:

<sup>9</sup> Visite medico-collegiali finalizzate all'accertamento della sussistenza o meno della condizione di inabilità (non derivante da causa di servizio) assoluta e permanente, a qualsiasi proficuo lavoro ed in subordine all'accertamento della "inidoneità relativa alle sole mansioni esercitate" (circolare 15 novembre 1991, n. 9/I.P. del Ministero del Tesoro)

<sup>10</sup> Nel rispetto della legge n. 675/1996 sul trattamento dei dati sensibili

1. questioni di afferenza territoriale, a seguito dei numerosi riassetamenti delle ex-USSL e in conseguenza del nuovo riordino sanitario regionale (L.R. 31/97);
2. la scelta del *management* della ASL in questione di affidare (a far capo dal 1999) l'esame delle pratiche ad un unico Collegio Medico operante all'interno del Servizio di Medicina Legale.

Lo studio si compone pertanto di:

1. una prima fase di analisi statistica dei verbali di visita medico-collegiale (484), relativi ai giudizi emessi dal Collegio Medico accentrato, riferiti al triennio 01/1999-12/2001 e riguardanti l'intero bacino d'utenza della ASL Città di Milano (operativa dal Gennaio 1998);
2. una seconda fase di analisi statistica delle pratiche di inabilità al lavoro (3.049) presenti nell'archivio della ASL Città di Milano relative al decennio 01/1992 – 12/2001.

Sono state prese in considerazione le pratiche d'inabilità al lavoro dei dipendenti degli enti iscritti alle casse pensioni INPDAP esaminate dalla ASL di Milano Città. Per ciascun soggetto sottoposto ad accertamento sono stati raccolti i dati riguardanti sesso, età al momento della visita, professione, ente di appartenenza, diagnosi, provvedimento adottato dalla Commissione Medica.

Per la categoria degli insegnanti è stato rilevato come dato aggiuntivo il settore d'insegnamento (scuola materna, elementare, media, superiore).

Il Collegio medico competente, afferente al Servizio di Medicina Legale, è composto da tre medici pubblici dipendenti: il presidente - un medico dirigente di II livello - (attualmente dirigente di struttura complessa<sup>11</sup>), un medico specialista in Medicina del Lavoro, un medico del Servizio di Medicina Legale ed è integrato dal medico rappresentante in rappresentanza della Cassa pensioni cui il lavoratore risulta iscritto.

Per i casi clinici di competenza psichiatrica l'organo sanitario collegiale si avvale, di volta in volta, dello specialista psichiatra.

Il lavoratore ha facoltà di integrare il collegio medico con un sanitario di propria fiducia, assumendosene l'onere economico.<sup>12</sup>

Ai fini delle elaborazioni statistiche sono stati considerati "psichiatrici" tutti quei casi che contemplavano, nell'ambito della diagnosi conclusiva accertata dal Collegio Medico, una patologia di pertinenza della omonima branca specialistica. Si è quindi proceduto a individuare le diagnosi esclusivamente psichiatriche (senza cioè concomitanze di patologie non psichiatriche) che assumono di conseguenza la caratteristica di diagnosi "primaria".

Per la stesura di relazioni psichiatriche, lo stesso Collegio si è avvalso dei Centri Psico Sociali di zona competenti per territorio, laddove il paziente non risultava essere già in carico a una struttura specializzata.

Gli ulteriori dati occorrenti ai fini dello studio sono stati reperiti presso la Sede Provinciale INPDAP di Milano, il Provveditorato agli Studi di Milano e sul sito internet del Ministero della Pubblica Istruzione nella pubblicazione "La scuola statale: sintesi dei dati per l'anno scolastico 2000-2001" del Ministero della Pubblica Istruzione.

## Analisi statistica

I risultati delle due fasi dello studio *Getsemani*, descritte nel precedente paragrafo, sono stati esaminati separatamente utilizzando il software Statview (Abacus Concepts Inc, Berkeley CA, U.S.A.). Il confronto tra proporzioni è stato effettuato tramite il test chi quadro ( $\chi^2$ ) oppure il test esatto di Fisher, a seconda della numerosità del campione. Il test *t* di Student per dati non appaiati oppure l'ANOVA e test post-hoc di Bonferroni, nei confronti tra le diverse categorie professionali sono stati utilizzati per il confronto tra medie. Il rischio relativo è stato calcolato confrontando il

---

<sup>11</sup> Con riferimento alla Circolare del Ministero del Tesoro del 15-11-1983, n. 608 ed alla citata circolare 15 novembre 1991, n. 9/I.P.

<sup>12</sup> art. 13 L. 8 agosto 1991, n. 274



rischio tra insegnanti e altre categorie di professioni, il rischio attribuibile (i.e. frazione eziologica) è stato calcolato come percentuale di 1-1/rischio relativo. Gli intervalli di confidenza al 95% (C.I.) dei rischi calcolati sono stati ottenuti utilizzando la formula di Miettinen. Al fine di stabilire la presenza di fattori di confondimento, quali età e sesso, la casistica è stata stratificata per classi di età o per sesso e calcolata la somma dei rischi specifici per ogni classe pesati per la proporzione di soggetti in quella classe.

I risultati sono espressi come media  $\pm$  errore standard della media.

## Risultati

*Prima fase studio: 484 casi*

Sono state analizzate le pratiche relative agli accertamenti sanitari per inabilità al lavoro comprendenti 484 soggetti (340 donne, 144 uomini; età  $48,7 \pm 0,34$  anni, estremi 25-68 anni), provenienti dalla popolazione di 86.985 impiegati statali iscritti alle Casse Pensioni INPDAP (Istituto Nazionale Pensioni Dipendenti Amministrazione Pubblica) del comune di Milano nel periodo 1/99 – 12/01, di cui 13.069 insegnanti e 73.916 impiegati provenienti da altre categorie professionali (fonte sede provinciale INPDAP del Comune di Milano). Appare immediatamente evidente che la quota di insegnanti sottoposti al giudizio d'idoneità al lavoro è superiore rispetto a quanto atteso in base alla loro prevalenza nelle Casse Pensioni INPDAP. Gli insegnanti costituiscono infatti il 18% degli iscritti alle Casse Pensioni INPDAP ma rappresentano il 36,6% delle richieste d'inabilità ( $\chi^2=176,9$ ,  $p<0.0001$ ). Per contro, 63,4% delle richieste di inabilità provengono da altre categorie professionali che rappresentano peraltro 82% degli iscritti alle casse pensioni INPDAP. Per quanto concerne le caratteristiche degli insegnanti e delle altre categorie professionali (Tab. 1), ambedue presentano una larga prevalenza di soggetti di sesso femminile (73,4% tra gli insegnanti, 68,4% tra le altre professioni) mentre sussiste una differenza significativa per quanto concerne l'età. Gli insegnanti infatti risultano essere più vecchi dei dipendenti di altre categorie professionali (Tab. 1)

Tabella 1. Descrizione della casistica (1° fase dello studio)

	<b>Sesso (M/F)</b>	<b>Età (media <math>\pm</math> E.S.; estremi)</b>
Insegnanti	47/130	50,6 $\pm$ 0,45 (25-68)*
Altre professioni	97/210	47,7 $\pm$ 0,45 (27-64)

\*  $p<0.001$  vs altre professioni

Le diagnosi accertate dal Collegio Medico (nella maggior parte dei casi sono state accertate più patologie per singolo caso clinico) sono riassunte nella Tab. 2. Come si può vedere, la patologia psichiatrica risulta essere quella prevalente fra le domande d'inabilità, con una minore frequenza di patologie muscoloscheletriche, tumori, neuropatie e malattie cardiovascolari. La prevalenza di affezioni psichiatriche risulta essere significativamente superiore tra gli insegnanti rispetto agli altri impiegati statali (59,3% vs 33,2%,  $\chi^2=31,2$ ,  $p<0.0001$ ) come pure la prevalenza di disturbi alle vie aeree superiori, peraltro notevolmente inferiore (7% vs 1%,  $p<0,001$  con il test di Fisher). Per contro, tra le altre categorie di impiegati statali, la prevalenza di affezioni muscoloscheletriche, cardiopatia e patologie del tratto gastroenterico è superiore rispetto alla prevalenza tra le richieste di inabilità degli insegnanti.

Tabella 2. Diagnosi accertate

	<b>Insegnanti</b>	<b>Altre professioni</b>

Patologie psichiatriche	105*	102
Patologie muscoloscheletriche	17*	80
Neoplasia	30	48
Neuropatia	24	35
Patologie cardiovascolari	13*	49
Patologie endocrine	7	20
Patologie gastrointestinali	3*	17
Patologie delle vie respiratorie	14*	2
Nefropatie	1	10
Pneumopatie	1	7
Oculopatie	5	3
Altre patologie	9	31

\* $p < 0,001$  vs altri dipendenti pubblici

NB: è possibile più di una diagnosi per ciascun caso clinico/accertamento.

Il rischio relativo per la malattia psichiatrica fra gli insegnanti è pari a 1,78 (1,72-1,85; C.I. 95%) mentre la frazione eziologica corrisponde al 43,8% (41,8-46,5%; C.I. 95%). La prevalenza di patologia psichiatrica è stata anche analizzata a seconda della presenza di altre patologie: la presenza di patologia psichiatrica senza altre condizioni patologiche è stata definita “*patologia psichiatrica pura*” (PP), mentre in concomitanza di altre malattie il soggetto è stato ritenuto affetto da “*patologia psichiatrica associata*” (PA). Non è stata osservata nessuna differenza tra la prevalenza di *patologia psichiatrica pura* e *patologia psichiatrica associata* per gli insegnanti e le altre categorie di lavoratori (rispettivamente 75,2% vs 71,6% patologie psichiatriche pure e 24,8% vs 28,4% patologie psichiatriche associate nei due gruppi di dipendenti statali;  $\chi^2=0,36$ , NS).

Utilizzando i criteri del DSM-IV-TR (Masson, Milano, 2002) è stato possibile uniformare e aggregare le diagnosi psichiatriche come mostrato nella Tab.3

Tabella 3. Classificazione delle patologie psichiatriche (1° fase dello studio)

	<b>Insegnanti</b>	<b>Altre professioni</b>
Disturbi dell'umore	53	45
Disturbi dell'adattamento	15	8

Disturbi d'ansia	13	8
Disturbi di personalità	14	14
Schizofrenia ed altri disturbi psicotici	9	21
Altre	1 abuso sostanze	1 abuso sostanze, 2 ritardo mentale, 1 dist. somatoforme, 1 dist. controllo impulsi, 1 demenza o altri disturbi cognitivi
<b>Totale</b>	105	102

Gli insegnanti erano significativamente più vecchi degli altri impiegati (vedi Tab. 2) quindi l'età potrebbe rappresentare un fattore di confondimento. Alla stratificazione in base all'età, peraltro, il rischio relativo cumulativo per la malattia psichiatrica è risultato pari a 1,73 con una frazione eziologica di 42,1%; pertanto l'aumentato rischio di malattia psichiatrica tra gli insegnanti è indipendente dall'età. Se si confronta l'età media degli insegnanti che sono stati sottoposti ad accertamento di inabilità, con l'età media della popolazione generale degli insegnanti, emerge che la stessa risulta essere maggiore nel primo dei due gruppi ( $50,6 \pm 0,45$  vs  $47,0 \pm 0,51$  anni,  $p < 0.001$ ).

La malattia psichiatrica ha presentato una uguale prevalenza nei due sessi tra i candidati per il trattamento di inabilità (42% candidati donne e 45% candidati uomini,  $\chi^2 = 0,05$ , NS) e, specificamente, tra gli insegnanti femmine e maschi che effettuano tale richiesta (59,2% vs 59,6%,  $\chi^2 = 0,04$ , NS). Questo dato è interessante in quanto le donne sono di gran lunga più numerose degli uomini sia nella popolazione generale degli insegnanti (dati tratti dal Rapporto sull'anno scolastico 2000-2001 pubblicato sul sito internet del Ministero dell'Istruzione: 82% donne, 12% uomini) che nel gruppo degli insegnanti sottoposti all'accertamento per inabilità al lavoro (vedi Tab. 1). Effettuando la stratificazione per sesso degli accertamenti per inabilità, il rischio relativo cumulativo di patologia psichiatrica non differisce rispetto al rischio relativo grezzo ( $RR_{\text{sex}} = 1,95$  e  $RR_{\text{grezzo}} = 1,78$ ). Il sesso non rappresenta quindi un fattore di confondimento e non vi è una preferenza di sesso nella frequenza di psicopatologia tra le diagnosi degli insegnanti.

Per quanto riguarda il livello d'insegnamento, la distribuzione degli insegnanti sottoposti ad accertamento ricalca la distribuzione della popolazione generale degli insegnanti.

La prevalenza di patologia psichiatrica è risultata uguale tra candidati all'inabilità ai diversi livelli di insegnamento (59,6% elementare, 62,8% media, e 56,6% superiore;  $\chi^2 = 1,15$ , NS).

La maggior parte (75,1%) delle richieste per cause psichiatriche da parte degli insegnanti è stata riconosciuta come condizione di "inabilità relativa alle mansioni esercitate" (rectius inidoneità all'insegnamento): permanentemente nel 51% dei casi o per un tempo limitato nel 33,5% dei casi, anche se gli stessi sono stati ritenuti idonei allo svolgimento di altre attività (ad esempio mansioni di tipo amministrativo o servizi di biblioteca); soltanto il 17% è stato ritenuto totalmente e permanentemente inabile a qualsiasi lavoro proficuo (inabilità totale) mentre il 7% è stato considerato idoneo all'insegnamento. Per contro, tra le richieste per patologie psichiatriche delle altre categorie di lavoratori, solo il 36% ha avuto il riconoscimento della "inabilità relativa alle sole mansioni esercitate" (rectius inidoneità al lavoro specifico) con possibilità di espletare altre mansioni (idoneità con limitazioni), con 18% riconosciuti "non idonei temporaneamente", l'8% riconosciuto idoneo ed il restante 37% riconosciuto totalmente inabile.

*Seconda fase studio: 3.049 casi*

Nella seconda fase dello studio si è voluto confrontare la prevalenza di psicopatologia tra le diverse categorie professionali, esaminando i verbali (3.049) dell'archivio della ASL Città di Milano relativi al decennio 01/1992 – 12/2001. Questa analisi ha consentito di confermare i risultati ottenuti nella prima fase su una casistica più ampia. L'ampia casistica ha consentito anche il confronto tra gli insegnanti e le diverse categorie professionali di iscritti all'INPDAP (impiegati o colletti bianchi, operatori o colletti blu, personale sanitario).

Il *database* è costituito da 2102 donne, 947 uomini; età  $45,3 \pm 0,16$  anni, estremi 21-69 anni. Come emerso dalla prima fase dello studio, l'età degli insegnanti è risultata significativamente superiore a quella di tutte le altre categorie professionali (Tab. 4); inoltre, l'età dei collaboratori ("colletti blu") è anch'essa apparsa superiore rispetto agli impiegati. Il sesso femminile è risultato largamente rappresentato nella casistica, costituendo, rispettivamente, il 77,1%, 58,9%, 67,1% e 75,3% degli insegnanti, impiegati, collaboratori e sanitari. Non sono emerse differenze significative nella composizione per sesso dei diversi gruppi professionali.

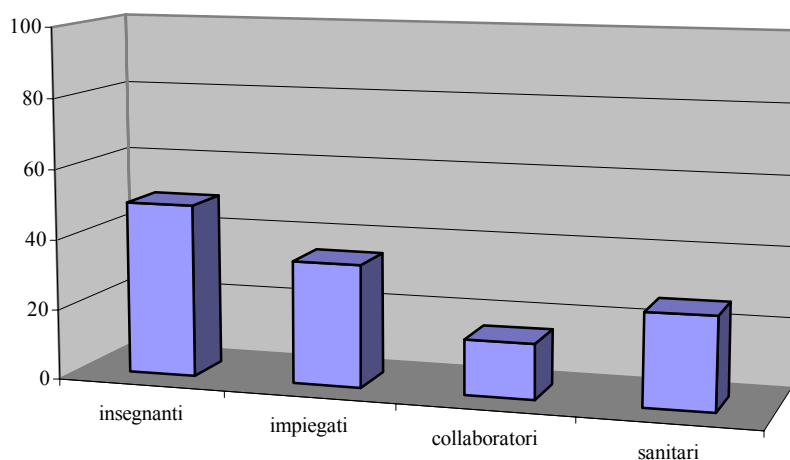
Tabella 4. Descrizione della casistica (2° fase dello studio)

	<b>Sesso (M/F)</b>	<b>Età (media <math>\pm</math> E.S.; estremi)</b>
Insegnanti	160/540	$49,4 \pm 0,29$ (25-69)*
Impiegati	245/352	$43,2 \pm 0,37$ (27-62)
Collaboratori	440/899	$44,6 \pm 0,24$ (21-63)§
Sanitari	102/311	$43,7 \pm 0,46$ (30-64)

\*  $p < 0.001$  vs altre professioni; §  $p < 0.05$  vs impiegati

La prevalenza di patologie psichiatriche si è confermata significativamente superiore negli insegnanti rispetto all'insieme degli altri iscritti all'INPDAP (49,2% vs 22,5%,  $\chi^2 = 187,9$ ;  $p < 0.001$ ), con un rischio relativo pari a 2,19 (C.I. 95% 2,17-2,21) ed una frazione eziologica di 54,3% (C.I. 95% 53,9-54,7). Gli insegnanti presentano pertanto un rischio di patologia psichiatrica doppio rispetto a quello presente nel complesso dei dipendenti pubblici facenti capo all'INPDAP. Inoltre dalla frazione eziologica si evince che la metà delle patologie psichiatriche, accertate come causa di inabilità al lavoro, sono correlate all'attività di insegnante.

Grafico 1. Incidenza di patologie psichiatriche nei diversi gruppi professionali



Nel confronto delle cause degli accertamenti di inabilità al lavoro relativi a insegnanti e impiegati, si conferma la maggiore frequenza di patologie psichiatriche (rispettivamente, 49,2% e 34,9%,  $\chi^2=26,5$ ,  $p<0.001$ ) con un RR di 1,41 (C.I. 95% 1,37-1,44) ed una frazione eziologica del 28,9%. Similmente, le patologie psichiatriche figuravano nel 15,7% degli accertamenti di inabilità al lavoro relativi alla categoria professionale dei “colletti blu” ( $\chi^2=259,8$ ,  $p<0.001$  vs insegnanti) e nel 26,5% degli accertamenti di inabilità del personale sanitario ( $\chi^2=55,1$ ,  $p<0.001$ ), con un RR rispettivamente di 3.13 (C.I. 95% 3,1-3,15) nel confronto con i primi e di 1,86 (C.I. 95% 1,81-1,89) nel confronto con i secondi. Pertanto, anche rispetto alle altre categorie professionali, gli insegnanti presentano un rischio 2-3 volte maggiore di manifestare una patologia psichiatrica, con relativa richiesta di accertamento d’idoneità al lavoro da parte del dipendente o dell’amministrazione di appartenenza.

Utilizzando i criteri del DSM-IV-TR (Masson, Milano, 2002) è stato possibile uniformare e aggregare le diagnosi psichiatriche come mostrato nella Tab. 5.

Tabella 5. Classificazione delle patologie psichiatriche (2° fase dello studio)

	Insegnanti	Impiegati	Operatori	Sanitari
Disturbi dell’umore	133	68	65	35
Disturbo dell’adattamento	82	47	54	19
Disturbi d’ansia	29	30	21	17
Disturbi di personalità	40	18	15	8
Schizofrenia ed altri disturbi psicotici	38	29	37	22
Demenze ed altri disturbi cognitivi	8	5	5	3

Disturbi dissociativi	4	3	2	3
Disturbi somatoformi	3	1	1	3
Abuso di sostanze	1	2	5	
Anoressia nervosa	2	2		
Ritardo mentale	1		2	
Dist. controllo degli impulsi	1	1	1	
<b>Totale</b>	342	207	210	110

Riguardo alla possibilità di patologie psichiatriche associate ad altre condizioni morbose, la distribuzione di “patologie psichiatriche pure” e “patologie psichiatriche associate” è risultata sovrapponibile nelle diverse categorie professionali come appare dalla Tab. 6.

Tabella 6. Proporzioni di patologie psichiatriche pure e patologie psichiatriche associate nelle diverse categorie di dipendenti INPDAP. I dati sono espressi come percentuale delle patologie psichiatriche totali per ciascuna categoria.

	<b>Operatori</b>	<b>Impiegati</b>	<b>Insegnanti</b>	<b>Personale sanitario</b>
Patologie psichiatriche pure	39,1	21,7	30,5	31,2
Patologie psichiatriche associate	60,9	78,3	69,5	68,2

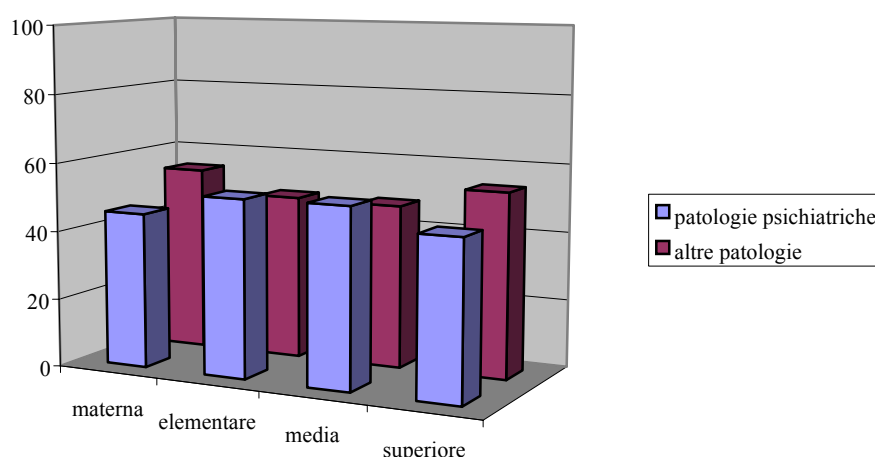
L'analisi dell'età dei dipendenti INPDAP ha confermato che gli insegnanti sono significativamente più “attempati” al momento della richiesta di inabilità rispetto alle altre diverse categorie di dipendenti (Tab. 4). La stratificazione per età, ha peraltro indicato che la stessa non è un fattore di confondimento infatti il rischio relativo cumulativo di patologia psichiatrica non differisce da quello grezzo ( $RR_{età} = 2,23$  e  $RR_{grezzo} = 2,19$ ). L'analisi dell'età dei soggetti sottoposti ad accertamenti d'inabilità per patologie di natura psichiatrica non è risultata superiore rispetto all'età di soggetti affetti da altre patologie (rispettivamente  $45,3 \pm 0,29$  vs  $45,3 \pm 0,20$  anni, NS). Fra gli insegnanti, infatti, l'età di coloro che sono affetti da patologie psichiatriche è risultata inferiore rispetto agli insegnanti affetti da altre patologie ( $48,6 \pm 0,39$  negli insegnanti con motivazioni psichiatriche vs  $50,3 \pm 0,44$  anni con motivazioni di altra natura,  $p < 0,005$ ).

Riguardo alla distribuzione per sesso, considerando che la popolazione dei soggetti sottoposti ad accertamenti di inabilità è composta per il 68,9% da donne e 31,1% da uomini (Tab. 4), è apparso curioso osservare come la frequenza di motivazioni psichiatriche sia risultata uguale tra i dipendenti INPDAP nei due sessi (29,2% tra le donne, 27,3% tra gli uomini). Anche la prevalenza di patologia psichiatrica è risultata uguale tra insegnanti maschi e femmine (50,9% nelle donne, 50,3% negli uomini). Parallelamente, il rischio relativo di patologia psichiatrica è apparso immutato dopo la pubblicazione a cura dell'ADi

stratificazione per sesso, attestando il fatto che il sesso non è un elemento di confondimento ( $RR_{sex}=2,19$  e  $RR_{grezzo}=2,19$ ). Pertanto, la presentazione di motivazioni di natura psichiatrica nelle richieste di accertamento di inabilità non appare legata al sesso.

Non è stata riscontrata una maggiore numerosità di accertamenti d'inabilità al lavoro con motivazioni psichiatriche tra gli insegnanti di scuola materna, elementare, media e superiore (rispettivamente, 45,5%, 51,9%, 52,2% e 46,0%). L'insegnamento sembra pertanto influire sulla prevalenza di patologie psichiatriche indipendentemente dal livello di scolarità.

Grafico 2. Prevalenza di patologie psichiatriche secondo il livello di insegnamento



Infine, la domanda d'inabilità presentata con motivazioni psichiatriche ha portato al riconoscimento di inidoneità all'insegnamento nell'84,5% dei casi con il 6,9% degli insegnanti riconosciuto assolutamente e permanentemente inabile a qualsiasi proficuo lavoro e l'8,6% ritenuto idoneo all'insegnamento. Per contro, nelle domande presentate dagli insegnanti con motivazioni diverse da quelle psichiatriche, solo l'80,8% ha avuto il riconoscimento d'inidoneità all'insegnamento con un numero nettamente superiore di insegnanti ritenuti idonei (14,4%) ed un pari numero di inabili a qualsiasi proficuo lavoro (4,8%).

## Discussione

Prima di addentrarci nella discussione dei risultati emersi nello studio, occorre fare una riflessione sui cosiddetti "fattori personali" che, per la loro importanza, hanno sicuramente contribuito, in maggiore o minor misura, a determinare la patologia. Lo studio non ha potuto/voluto trattare l'incidenza dei fattori intrinseci (cioè legati alla vita di relazione extra-lavoro) rispetto a quelli

estrinseci (cioè legati all'ambito professionale) limitandosi all'assunto che, a fronte del numero considerevole di casi esaminati, gli stessi *pesino* in maniera analoga nei quattro raggruppamenti professionali analizzati.

La situazione rilevata dallo studio Getsemani, in decisa controtendenza rispetto ai luoghi comuni sugli insegnanti, assai diffusi tra l'opinione pubblica (*lavorano solo mezza giornata, dispongono di lunghissimi periodi di vacanza e si lamentano senza motivo*), nonché ai dati proposti nel 2001 dalla Commissione Europea Occupazione e Affari Sociali (*la professione docente è quella a minor rischio di stress*), vede la categoria dei docenti particolarmente esposta al rischio di sviluppare patologie psichiatriche, nonostante il CCNL, a scopo cautelativo, preveda nell'ambito dell'orario di lavoro “un massimo di 18 ore settimanali d'insegnamento per la scuola secondaria, 22 per quella elementare, 25 per quella materna, tutte comunque distribuite in non meno di cinque giornate settimanali”.

Ai fattori usuranti intrinseci dell'insegnamento, si aggiungono quelli *socio-culturali* già enunciati nell'analisi introduttiva: l'avvento di una società multiculturale e multietnica, la delega dei genitori-lavoratori per l'educazione dei figli, l'inserimento dei portatori di handicap nelle classi, la maggior intransigenza dell'utenza, il *misbehaviour* di alcuni studenti (il termine anglosassone appare meno offensivo rispetto alla traduzione italiana “maleducazione”, “diseducazione”, “cattivo contegno”, “mal comportamento”), l'introduzione della valutazione dei docenti da parte di genitori e studenti, la diminuzione delle risorse istituzionali, la svalutazione sociale del lavoro in se stesso a favore del successo e del guadagno economico (notoriamente bassi per gli insegnanti), l'abolizione delle cosiddette *baby-pensioni*, l'avvento dell'era informatica, la gestione manageriale del lavoro, il passaggio dall'insegnamento individuale a quello in *équipe*, la protratta situazione di precariato, la competitività tra colleghi, la mobilità, le continue riforme scolastiche (annunciate o realizzate).

Di fronte a questo scenario il supporto dato ai docenti è praticamente immutato negli anni, se si escludono i rari corsi di aggiornamento professionale e talune situazioni in ambienti protetti. Ma se una volta era possibile ritirarsi precocemente dal servizio, oggi l'unica via di fuga dalla sindrome del burnout risiede nel trattamento di inabilità per motivi di salute. Su questo punto potrebbero essere eccepite alcune questioni, sostenendo che l'esorbitante numero di domande di accertamenti di inabilità al lavoro presentate dalla categoria degli insegnanti rispetto agli altri dipendenti pubblici, sia dovuto al fatto che questa prassi rappresenti la “soluzione burocratica” a una situazione altrimenti senza sbocchi. L'obiezione non trova però riscontro nei giudizi formulati dal Collegio Medico competente, che solo in pochi casi ha constatato l'inconsistenza del quadro clinico dell'interessato decretando l'*idoneità* al lavoro a conclusione dell'accertamento medico.

Più in generale si potrebbe invero affermare che i casi psichiatrici (ma ciò vale per tutte le categorie professionali analizzate) sono verosimilmente sottostimati, in quanto la *negazione/vergogna* della patologia da parte del soggetto gioca un inequivocabile ruolo. Numerosi sono infatti i casi di pazienti per i quali il Collegio medico ha richiesto un approfondimento diagnostico in ambito psichiatrico. Ma proprio a fronte del sospetto diagnostico sulla sussistenza di un'infermità di natura psichica, l'interessato in alcuni casi ha rifiutato di sottoporsi a visita, non ripresentandosi poi alla visita collegiale conclusiva. Il Collegio Medico in questi casi ha potuto di conseguenza unicamente procedere all'archiviazione della pratica per decorrenza dei termini, senza poter assumere un provvedimento finale.

Con riferimento alle richieste di accertamento d'idoneità al lavoro effettuate dalla scuola di appartenenza a carico di docenti, per i quali sussiste il sospetto diagnostico di infermità di natura psichica, vale la pena segnalare un'altra dinamica frequente. Le richieste di accertamento sono spesso avviate in seguito a segnalazioni/contestazioni da parte di studenti, loro genitori, colleghi oppure da indagini ispettive del Provveditorato agli Studi competente o addirittura da denunce/esposti all'autorità giudiziaria. Nella quasi totalità dei casi l'amministrazione e tutto l'ambiente scolastico (direzione, colleghi, studenti, famiglie) tendono a isolare il “diverso” in un processo che è tanto “fisiologico” (esattamente sovrapponibile a quello immunitario di *rigetto* di un corpo estraneo da parte dell'organismo) quanto perverso (in quanto tende a spingere la persona in



uno stato d'isolamento che può determinare il viraggio da una situazione di burnout a una patologia psichiatrica conclamata). Questa sorta di “processo di allontanamento” assume l'aspetto di “mobbing atipico” con tre peculiarità:

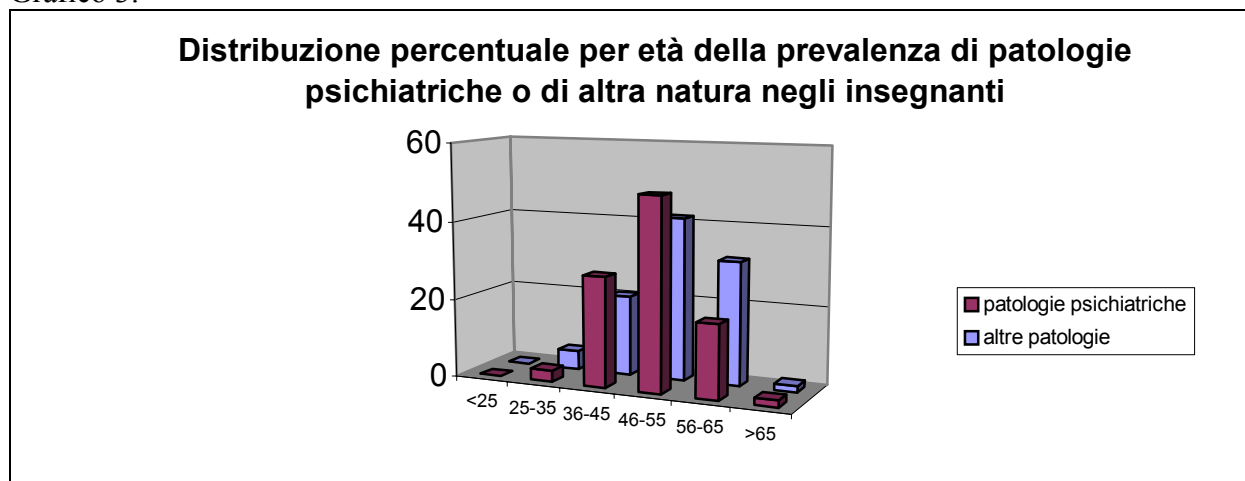
- il coinvolgimento di tutta la struttura nell'*azione di attacco* alla persona in difficoltà (quindi non solo il datore di lavoro);
- una partecipazione dell'utenza esterna all'*azione di attacco*;
- l'incisività dell'*azione di attacco* direttamente proporzionale alla gravità della patologia manifestata (che poi corrisponde al livello di disadattamento dell'individuo nel rapporto con l'ambiente circostante).

Di converso vedremo più avanti come il rimedio a una siffatta situazione passi unicamente attraverso la consapevolezza di ciascun attore (direzione, colleghi, studenti, famiglie), di possedere un potenziale ruolo proattivo nel processo di terapia e guarigione del soggetto disadattato.

Altra questione importante riguarda la prevalenza di soggetti di sesso femminile nel corpo docente (99.54 % di donne nella scuola materna, 95.18% nella elementare, 74.78% nella media inferiore, 58.59% nella media superiore secondo i dati del Ministero dell'Istruzione – Anno Scolastico 2001/02). La stessa non sembra influire sulla prevalenza delle patologie psichiatriche in quanto non si riscontrano differenze tra i sessi. Analogo discorso vale per le diverse appartenenze dei docenti alle classi d'insegnamento (materne, elementari, medie, superiori) per le quali si riscontrano dati sovrapponibili.

L'età media degli insegnanti risulta di 49.4 anni mentre per quelli con problemi psichiatrici è di 48.6. Il dato assume particolare significato se letto alla luce delle recenti rilevazioni ministeriali (Ministero dell'Istruzione – Anno Scolastico 2001/02) che registrano un'età media di 47,13 anni per il corpo docente, con 49,31 anni per i docenti delle scuole medie inferiori, 47,83 per quelli delle medie superiori, 45,30 per quelli delle elementari e 45,99 per quelli delle materne.

Grafico 3.



L'analisi effettuata dunque sembrerebbe escludere come elementi di confondimento sia l'età che il sesso, facendo ricadere per intero l'esito dei risultati dello studio sull'attività professionale di docente.

In uno studio simile a Getsemani, effettuato recentemente (10/2002) nella ASL di Torino su circa 600 accertamenti di inabilità al lavoro di insegnanti nel periodo 1996-2002 (Vizzi, 2002), emergono analogie sorprendenti in quanto la percentuale di motivazioni psichiatriche alla base delle domande è del 49.9% (vs. 49.2% del presente studio). Nel medesimo studio è inoltre interessante la distinzione tra Forme primitive (*disturbi di personalità e disturbi psicotici, magari accelerati o slatentizzati dall'ambiente lavorativo, ma ad esso non direttamente collegabili*) e Forme secondarie (*disturbi dell'umore e dell'adattamento, disturbi d' ansia, spesso rappresentanti la punta dell'iceberg di una più diffusa situazione di disagio psichico, correlato anche all'attività* pubblicazione a cura dell'ADi

*lavorativa, etichettata con i termini di “stress” e “burn-out”*) volte a distinguere una patologia psichiatrica preesistente da una condizione acquisita col trascorrere del tempo.

Che il numero di ore d'insegnamento (docenza frontale propriamente detta) possa essere tra i maggiori imputati del logoramento psicofisico del docente, è ipotizzabile anche partendo dalla considerazione che, nella casistica esaminata, sono pressoché assenti professori universitari affetti da patologie psichiatriche (si osserva un solo caso relativo a un ricercatore universitario), pur riconoscendo che l'INPDAP rappresenta la loro cassa pensioni solo a far capo dall'1.1.96. E' infatti noto il basso numero di ore d'insegnamento al quale gli stessi sono tenuti a fronte del tempo da dedicare a ricerca, studio e attività collaterali all'insegnamento. Ma in stretta relazione col tempo trascorso a insegnare è indispensabile prendere in considerazione anche la qualità dello stesso. Infatti lo stesso numero di ore di lezione *pesa* sul docente in modo differente, a seconda dell'interesse/attenzione suscitati nel discente. Necessita dunque uno studio apposito per verificare la correlazione causale tra ore d'insegnamento, loro qualità e sindrome del burnout. Va infine ricordato che il livello culturale e la condizione socio-economica dei giovani che si iscrivono all'università tende a far calare drasticamente quei fenomeni di *misbehaviour* tipici dell'età nella scuola dell'obbligo.

Sul fattore qualità incide certamente la carente preparazione socio-psico-pedagogica degli insegnanti a inizio carriera. Soprattutto i docenti delle scuole secondarie, che si trovano ad affrontare studenti in età evolutiva, ricordano la situazione del famoso romanzo di Remarque (*Niente di nuovo sul fronte occidentale*) dove ragazzi inesperti, armati di soli entusiasmo e uniforme, sono mandati a combattere al fronte finendo inevitabilmente per soccombere.

Occupandosi di dipendenti dell'Amministrazione Pubblica, lo studio *Getsemani* non fornisce indicazioni sulla prevalenza delle patologie psichiatriche nei docenti delle scuole private. Tuttavia a fronte delle considerazioni sul numero di ore d'insegnamento testè effettuate, e per il fatto che molti insegnanti cominciano la carriera nella scuola privata, concludendola di fatto in quella pubblica (da molti considerata come punto d'arrivo), risulterebbe difficile oltrechè improduttiva, una valutazione distinta a seconda del settore di provenienza dell'interessato. Conviene piuttosto intervenire a supporto del docente fin dall'inizio della sua carriera professionale, prescindendo dalla natura della scuola, in quanto il sistema privato costituisce un vero e proprio *vivaio* d'insegnanti dal quale attinge il sistema pubblico. Comportarsi diversamente equivarrebbe a negare l'attuale impostazione dell'ordinamento scolastico italiano che si avvale della complementarità dei settori pubblico-privato e dello scambio di personale.

Una trattazione a parte merita il particolare rilievo sociale del problema. Questo coinvolge nella sola Italia:

- quasi un milione d'insegnanti (833.049 per la sola scuola pubblica – dati Ministero Istruzione per l'Anno Scolastico 2001/02) per l'alto rischio professionale di sviluppare una patologia psichiatrica rispetto ad altre categorie di lavoratori;
- più di otto milioni di studenti (7.607.977 nella sola scuola pubblica – dati Ministero Istruzione per l'Anno Scolastico 2001/02) con le rispettive famiglie a rischio di fruire di un servizio inefficiente per assenze e demotivazione del personale docente;
- le istituzioni che si trovano ad affrontare le conseguenze socio-economiche date da un sistema scolastico inefficiente (per la demotivazione e l'assenteismo della classe docente), un aumento dei costi (per supplenze, giorni di malattia da retribuire, pensioni d'inabilità, equo indennizzo, assistenza sanitaria), risultati educativi e culturali insoddisfacenti;
- le parti sociali che hanno come mandato fondamentale quello di tutelare i diritti dei lavoratori ( e tra questi il diritto di tutela della salute – art. 32 Costituzione Italiana);
- le associazioni di categoria degli insegnanti, degli studenti, delle famiglie chiamate a tutelare i rispettivi diritti e interessi.

La portata internazionale della questione, come mostrato nell'introduzione, è inequivocabile e si estende anche agli aspetti socio-economici poiché la stessa, come abbiamo già detto, influisce su costi, produttività ed efficienza del sistema scolastico.

La riforma delle pensioni, pur operando nel senso del risanamento economico, ha indubbiamente contribuito a slantizzare una situazione sommersa sottraendo una via di fuga agli insegnanti oggi costretti a lavorare a oltranza fino ai 60 anni (donne) e 65 anni (uomini). Il ritiro anticipato dal lavoro su base spontanea ha verosimilmente contribuito, fino a pochi anni fa, a mantenere entro certi limiti l'alto tasso di incidenza di patologie psichiatriche, rendendo meno evidente la punta dell'*iceberg* che oggi rivela la situazione nella sua temibile essenza.

E' inoltre ragionevole prevedere, nel futuro, un aumento delle istanze di accertamento di inabilità derivante da causa di servizio al fine di ottenere il trattamento pensionistico privilegiato.

Si considerino poi a parte le implicazioni di alcune recenti disposizioni, che pongono in capo all'amministrazione di appartenenza *l'attivazione d'ufficio della pratica, qualora il dipendente riporti lesioni per certa o presunta ragione di servizio o abbia contratto infermità nell'esporsi per obbligo di servizio a cause morbigene e dette infermità siano tali da poter divenire causa d'invalidità o di altra menomazione dell'integrità fisica, psichica o sensoriale* (art. 3 D.P.R. 29 ottobre 2001, n. 461).

Per ciò che concerne la variabile relativa al numero degli anni d'insegnamento, non sono state effettuate rilevazioni. Nondimeno, un eventuale studio epidemiologico in tal senso potrebbe indagare questa variabile che oggi trova un indice "indiretto" nell'età media della popolazione oggetto di studio (49.4 anni per la popolazione insegnante in generale e 48.6 anni per gli insegnanti affetti da patologie di tipo psichiatrico).

Il campione preso in esame proviene da quelle che sono denominate dagli anglosassoni *urban area*, mentre la situazione nelle *rural area* è, secondo alcuni autori (Nagy, 1992), meno a rischio. Anche in questo caso potrebbe essere opportuno un approfondimento che preveda anche l'ulteriore segmentazione tra scuole dell'area urbana. Infatti, il *misbehaviour* degli studenti è più frequente negli istituti della periferia, dove le condizioni socio-economiche sono più basse, rispetto a quelli che afferiscono alle aree del centro.

Da ultimo vale la pena riflettere sui dati pubblicati su ASI n° 45 del 7 Novembre 2002 sul fenomeno dell'esplosione (raddoppio rispetto all'anno precedente) della vendita di antidepressivi descritto come "*medicalizzazione del disagio*". I suddetti psicofarmaci rappresentano oramai la terza voce di spesa nel mercato farmaceutico col 6.15% dopo antibiotici e antiulcera (per questi ultimi occorrerebbe in aggiunta capire se non si tratti in realtà di prodotti prescritti per somatizzazioni di patologie ansioso-depressive).

### **Prospettive e ipotesi d'intervento**

A fronte della complessità del problema (che ad ogni buon conto ricordiamo essere internazionale) non è possibile sperare in un'unica, rapida e semplice soluzione. L'approccio alla questione, una volta riconosciutane pienamente la fondatezza e la rilevanza sociale (stupiscono, in proposito, le rare e deboli "reazioni" di fronte ai risultati degli studi internazionali menzionati nell'introduzione), non può che avvenire per gradi e con approccio multidimensionale (cioè politico, sociale, sanitario ed economico). Per gradi perché i risultati di questo studio richiedono un ampio dibattito, che veda la società nelle sue articolazioni (istituzioni, parti sociali, amministrazione scolastica, associazioni scientifiche, categoria, studenti, famiglie, sanitarie etc.) adoperarsi per approfondire gli aspetti lasciati necessariamente invariati. Multidimensionale perché, come vedremo più avanti, l'approccio a una sindrome complessa non può che prevedere interventi di diversa natura, su più fattori e a differenti livelli. Inoltre nessuna delle parti citate può cedere all'illusione di possedere formule o bacchette magiche pretendendo così di dare risposta a più incognite con una sola equazione.

Di fronte ai numerosi lavori prodotti sulla materia, sia in Italia che all'estero, emerge prepotente il contrasto tra la serietà del problema e la totale assenza di una volontà propositiva mirante alla risoluzione dello stesso. Si ha l'impressione che sia preferibile ignorare il burnout degli insegnanti come una verità scomoda e destabilizzante (il che è facilmente comprensibile a tutti) ricorrendo al tipico comportamento dello struzzo. Un siffatto atteggiamento, forse dovuto alla rincorsa di cause, concause, fattori scatenanti, validazioni di questionari di ricerca, teorie, ipotesi (basti pensare che

ancora oggi la sindrome del burnout non è classificata nel DSM IV) ha ottenuto come unico risultato quello di trascurare gli elementi acquisiti, sufficienti di per sé a intervenire sulla materia da almeno due lustri (vedi gli studi già citati di Maslach e Farber).

La situazione ha dunque permesso anche in Italia l'accrescimento silenzioso dell'*iceberg*, la cui punta, evidenziata dalla presente ricerca in modo del tutto occasionale (oggetto dello studio erano infatti tutti i dipendenti pubblici e non gli insegnanti solamente), è destinata ad aumentare di volume grazie al rapido e costante abbassamento della linea di galleggiamento dello stesso dovuto tra le altre cose alla summenzionata riforma delle pensioni. L'analogia con l'*iceberg* appare particolarmente appropriata se azzardiamo l'ipotesi che la base dello stesso è costituita dai casi di burnout, mentre la parte emersa rappresenta le infermità psichiche conseguenti.

Vengono di seguito ipotizzati alcuni punti d'intervento nei diversi settori offrendo elementi per un dibattito.

### *Settore scolastico*

Come intervento iniziale occorre dare una dimensione al fenomeno del burnout in Italia. Si può dapprima avviare un'indagine epidemiologica, volta a rilevare la categoria professionale di appartenenza dei pazienti seguiti dai Centri di Salute Mentale e dai servizi di Psicologia delle aziende sanitarie pubbliche. Come secondo passo occorre intraprendere uno studio predittivo sulla sindrome del burnout negli insegnanti, attraverso questionari validati scientificamente, quindi impostare un monitoraggio del fenomeno durante lo svolgimento dell'anno scolastico (i livelli di stress raggiunti a fine anno sono logicamente superiori a quelli registrati a inizio anno). Nelle indagini dovrebbero essere studiate variabili importanti, non esaminate in questo studio, quali il numero di ore di docenza settimanale, gli anni di servizio, il livello di scolarità dove è svolto l'insegnamento, la tipologia di materia insegnata, l'eventuale esordio della patologia, le presunte o effettive cause scatenanti, le *coping strategies* individuali, ulteriori fattori socioeconomici.

L'istituzione, da parte dell'INPDAP, di un'autonoma struttura per l'accertamento sanitario degli stati di invalidità finalizzati al conseguimento dei trattamenti di pensione dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche (ex D.Lgs. 30 aprile 1997, n. 157, art. 2-bis, comma 2<sup>13</sup>) consentirebbe di effettuare un monitoraggio costante delle patologie accertate sul territorio nazionale, in relazione all'attività professionale svolta dai dipendenti pubblici.

In pratica la disponibilità di una banca dati custodita presso la citata struttura sanitaria potrà rappresentare, in un prossimo futuro, un'attendibile fonte da cui attingere per l'attuazione di studi epidemiologico-statistici di elevato valore scientifico, nel rigoroso rispetto della normativa sul trattamento dei dati sensibili.

Gli interventi di supporto al corpo docente possono spaziare dalla somministrazione di test psicoattitudinali prima dell'immissione in ruolo (quindi non a scopo selettivo ma col fine di supportare le personalità definite come *type A behaviour* -descritte nell'introduzione- durante la loro carriera), al sostegno sistematico da parte di *équipe* psicologiche per tutta la durata dell'anno scolastico. Possono essere quindi attivati gruppi di auto-aiuto, che sotto apposita guida, agendo sulle tecniche di condivisione dei problemi, riducano i livelli di stress individuale predisponendo inoltre i partecipanti a favorire il reinserimento di colleghi alle prese con analoghe difficoltà.

Di *équipe psicologica di supporto alla scuola* si parla invano oramai da numerosi lustri. Ad oggi ve ne sono assai poche, non istituzionalizzate e per lo più occupate a sostenere gli studenti in difficoltà trascurando di fatto il loro *tutor*. Questa realtà appare come la naturale conseguenza di un'ignoranza sulla sindrome del burnout nella categoria professionale degli insegnanti. Il sostegno psicologico appare altresì necessario proprio per quanto asserito da alcuni autori (tra i quali Farber) che

<sup>13</sup> Art. 2 bis, (così modificato dal D.Lgs. 29 giugno 1998, n. 278, art. 5)

comma 1° Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri.....(omissis).....sono definiti i criteri e le modalità idonee a garantire unità di indirizzo e di coordinamento in capo all'INPDAP in materia di riconoscimento degli stati di invalidità finalizzato al conseguimento dei trattamenti di pensione.....(omissis)....

Comma 2° In attesa che l'INPDAP si doti di una autonoma struttura per l'accertamento sanitario.....(omissis)....

ritengono necessario ridimensionare la componente onirica dell'insegnante fin dall'inizio della sua carriera, smitizzando il ruolo dello stesso, per evitare che l'impatto poi con la dura realtà generi un professionista infelice. Nel rapporto IARD 2000, più volte citato, si rileva infatti che "...appare esserci una discrasia forte fra ciò che gli insegnanti ritengono di essere rispetto a come considerano di essere percepiti".

Paradossale, ma significativa, inoltre la situazione verificatasi in alcuni istituti dove la direzione scolastica, nell'ambito dei *progetti di lotta alla dispersione scolastica e successo formativo*, si è avvalsa di una consulenza in psicopedagogia clinica e *counselling*, a supporto di studenti e famiglie in difficoltà, constatando altresì un prevalente e inaspettato ricorso al servizio da parte del corpo docente. L'esperienza insegna che tra gli interventi prospettabili potrebbe dunque essere ipotizzata anche l'istituzionalizzazione di tale intervento.

Da ultimo si ritiene utile accennare all'intervento formativo ritenuto da più autori di grande aiuto (basti ricordare il lavoro di Leiter già menzionato, che accertò una relazione direttamente proporzionale tra incidenza del *burnout* e lasso di tempo intercorso dall'ultimo corso di aggiornamento professionale). Non è un caso se da recenti ricerche emerge l'efficacia di tale intervento e la necessità di "*imparare ad insegnare*" avvertita dal corpo docente. Dalla percezione di inadeguatezza dell'insegnante nei confronti degli studenti, deriva il bisogno di supporto dichiarato dallo stesso corpo docente (in ordine decrescente) nei settori della metodologia didattica, della psicopedagogia, delle competenze relazionali della comunicazione. Segue infine a buona distanza la percezione di necessità di formazione sull'*information technology* nonostante ne sia acclarato il bisogno (ricerca de "La Fabbrica" pubblicata sul Sole 24 Ore Scuola n. 7/02). Il sostegno mediante corsi su metodologia didattica e psicopedagogia, fornito al docente fin dall'inizio della sua carriera, può supplire all'inesperienza del neofito fornendogli altresì gli strumenti necessari a conquistare l'autorevolezza indispensabile alla crescita di una classe, senza dover ricorrere all'uso di sanzioni disciplinari (che ricordiamo essere state tra l'altro limitate – troppo, secondo molti insegnanti – e burocratizzate nel corso degli anni).

Non vi potranno dunque essere efficaci riforme scolastiche se non si metterà mano nell'immediato alle strategie sulla formazione del personale docente, all'inizio e per tutta la durata del servizio, tenendo conto dell'alto turnover (30-35.000 insegnanti vanno in pensione ogni anno secondo recenti stime ministeriali).

Competerà infine alle parti sociali, dopo aver concorso a rispondere ai numerosi quesiti sollevati, rivisitare argomenti riguardanti il contratto, affrontando non solamente la variabile economica (oggi indubbiamente preponderante rispetto alla questione della tutela della salute) ma anche il numero/qualità delle ore di docenza e soprattutto l'assistenza sanitaria specifica per la categoria, sia in fase di prevenzione che di intervento terapeutico.

#### *Settore sanitario*

Si è già detto dell'utilità di istituire con apposito atto normativo un'*équipe psicologica di supporto per il corpo docente delle scuole*. Qualora il legislatore non dovesse dare seguito a questa iniziativa, è bene ricordare che le Regioni stesse, dacché è stato modificato il Titolo V della Costituzione, possono intervenire in materia di sanità in quanto oramai considerata materia *concorrente* e non più *esclusiva* dello Stato. A questo proposito giova richiamare il recente documento siglato dalla conferenza delle Regioni che ribadiscono "...la loro esclusiva competenza in tema di salute mentale" (Documenti della Conferenza dei Presidenti delle Regioni del 18.01.02 e 28.02.02).

La conduzione di studi epidemiologici e di monitoraggio succitati deve poi essere integrata da ricerche che mirino a chiarire l'ipotesi prima avanzata e cioè che vi sia una contiguità tra burnout e patologia psichiatrica. Sempre a livello di ricerca è opportuno uno sforzo che finalmente dirimi il dubbio se la sindrome del burnout sia o meno da inserire a pieno titolo tra le patologie psichiatriche nella classificazione DSM IV.

Ai fini della diagnosi psichiatrica, almeno laddove questa riveste carattere di centralità rispetto al provvedimento da adottare da parte della Commissione Medica (diagnosi primaria), occorre la pubblicazione a cura dell'ADi

presenza dello specialista psichiatra (da prevedersi esplicitamente per legge) che uniformi alla classificazione universalmente accettata (al momento il DSM IV-TR) il proprio giudizio clinico. Ancora oggi è infatti critico l'uso di una classificazione delle patologie psichiatriche unica e condivisa comune a tutta gli psichiatri operanti nei Collegi Medici.

Rispetto all'intervento terapeutico a 360° (la cui discussione non è oggetto di questo lavoro) va ricordato che possono essere diverse sia le fasi che i livelli d'azione, ma risulta evidente che tanto più questa sarà tardiva, tanto più complesso e articolato sarà necessariamente l'approccio al paziente. Tutti gli strumenti a disposizione (psicoterapia, farmacoterapia, gruppi di auto-aiuto, interventi sugli stili di vita e sull'ambiente circostante etc.) andranno scientemente dosati ai fini del reinserimento della persona nel proprio contesto esistenziale.

Un breve, ma significativo cenno, deve essere riferito al consumo dei farmaci delle classi ansiolitici, ipnotici, sedativi e antidepressivi. Ricordiamo infatti come nello studio canadese (St-Arnaud et al., 2000) emerge che nella gran parte dei casi, tra le *coping strategies* più in uso, vi fosse proprio il ricorso all'uso dei farmaci anzidetti. L'argomento tocca due punti importanti: la gestione della terapia e l'aspetto economico. Rispetto al primo è noto che durante la cura, nonostante i farmaci in questione prevedano l'obbligo di prescrizione, prevale spesso il principio dell'*autocura* sul controllo medico della terapia, determinando così l'assuefazione del paziente al medicamento e la cronicizzazione del bisogno piuttosto che la remissione della patologia. Anche in questo caso un'equipe psicologica di supporto appositamente affiancata dal medico potrebbe servire da orientamento al paziente. Anche l'aspetto economico non è di poco conto. Infatti nel 2000 (dati del Ministero della Salute tratti dal Bollettino d'informazione sui farmaci - Anno VIII N.4, 5 Luglio 2001) sono stati spesi 5.189 miliardi di lire di farmaci appartenenti alla classe C (quella a totale carico dell'assistito). Di questi, quasi 1.100 miliardi riguardano le classi summenzionate. Un grosso passo in avanti è stato fatto con l'abolizione della *nota 80* (febbraio 2001), nella seconda revisione delle note CUF (Commissione Unica del Farmaco), con l'inserimento in fascia A (quella a totale carico del SSN) dei farmaci antidepressivi. Un'ulteriore agevolazione economica a favore della sola categoria degli insegnanti può essere adottata mediante una "nota" della CUF che, come ci ricorda il Ministero della Salute sul proprio sito ([www.sanita.it](http://www.sanita.it)), può introdurre le stesse per appositi motivi tra cui quello di prevedere *la gratuità del farmaco a gruppi di popolazione per i quali appare prioritario destinare le risorse disponibili del Sistema Sanitario Nazionale per l'incidenza maggiore di una malattia* (tratto dal sito del Ministero della Salute alla voce "Note CUF"). Alla base del suggerimento stanno sia la notoriamente bassa retribuzione economica del corpo docente, sia il fatto che i prezzi dei farmaci di classe C sono soggetti ad aumento perché sottoposti solo a monitoraggio ma non a controllo delle autorità regolatorie (da qui deriva la scelta di talune aziende produttrici -afferma il Ministero- di commercializzare i medicinali in oggetto al di fuori del regime di rimborsabilità).

Per concludere il capitolo farmaceutico, alla luce delle recenti indicazioni del nuovo Piano Sanitario Nazionale ("*Adottare...il modello di comunicazione istituzionale, poggato su tecniche di pubblicità sociale. ...un'alleanza tra le finalità pubbliche e sociali e le finalità di aziende private per costruire una partnership con una o più cause, per il raggiungimento di un beneficio comune...*"), che apre alla comunicazione sinergica sociale e di prodotto per finanziare progetti di educazione alla salute, dei DPEF 2001 e 2002 nonché del D.L.vo 63/02 (sulle limitazioni all'attività promozionale delle aziende farmaceutiche mediante sponsorizzazione di singoli medici a convegni e congressi), si potrebbero ravvedere tutti gli elementi perché le singole aziende farmaceutiche, piuttosto che le loro associazioni, sposino una campagna di ricerca finalizzata ad approfondire il fenomeno del burnout negli insegnanti, ottenendo altresì un miglioramento del loro *goodwill* nei confronti dell'opinione pubblica.

## Conclusione

La sindrome del burnout negli insegnanti richiede necessariamente ulteriori approfondimenti che non devono però servire a giustificare un atteggiamento di immobilismo collettivo. Le comunità  
pubblicazione a cura dell'ADi  
Associazione Docenti Italiani

nazionale e internazionale sono chiamate urgentemente ad adottare interventi per contrastarne crescita e diffusione. Occorrono riflessioni che prospettino soluzioni operative, obbligatoriamente articolate, riguardanti i diversi aspetti di un problema composito.

Legislatore, parti sociali, comunità medico-scientifica, associazioni di categoria, associazioni studentesche e familiari, nonché singoli individui hanno il dovere di apportare il loro contributo e aprire un dibattito spinoso, ma indispensabile nella società che cambia, riconoscendo che un ulteriore ritardo non avrebbe giustificazioni ma solo conseguenze nefaste in termini di salute, economia, cultura.

Particolarmente appropriato per la discussione risulta infine il momento attuale che, lontano da scadenze elettorali, prevede all'ordine del giorno il tema della riforma scolastica.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Abu-Hilal, M.M. (1995). Dimensionality of burnout: testing for invariance across Jordanian and Emirati teachers. *Psychological Reports*, 77, 1367-1375.
2. Anderson, M.B. & Iwanicki, E.F. (1984). Teacher motivation and its relationship to burnout. *Educational Administration Quarterly*, 20, 109-132.
3. Beck, C.L. & Gargiulo, R.M. (1983). Burnout in teachers of retarded and nonretarded children. *Journal of Educational Research*, 76, 169-173.
4. Beer, J. and Beer, J. (1992). Burnout and stress, depression and self-esteem of teachers. *Psychological Reports*, 71, 1331-1336.
5. Belcastro, P.A. (1982). Burnout and its relationship to teachers'somatic complaints and illnesses. *Psychological Report*, 50, 1045-1046.
6. Belcastro, P.A., Gold, R.S. & Hays, L.C. (1983). Maslach Burnout Inventory: factor structures for samples of teachers. *Psychological Reports*, 53, 364-366.
7. Belcastro, P.A. & Hays, L.C. (1984). Ergophilia...ergophobia...ergo...burnout? *Professional Psychology*, 15, 260-270.
8. Berg, J.E., (1994). Disability pensions granted from 1988 to 1990 in two municipalities in Norway: the importance of occupational status. *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 3, 14-18.
9. Berg, J.E., Berg, O., Reiten, T. and Kostveit, S. (1998). Functional diagnosis as a tool in rehabilitation: a comparison of teachers and other employees. *International Journal of Rehabilitation Research*, 21, 273-284.
10. Bocalon, R.M. (2001). Chi cura rischia di bruciarsi. *Sanità Management*, marzo 2001, 37-44.
11. Borg, M.G. and Riding, R.J. (1993). Teacher stress and cognitive style. *British Journal of Educational Psychology*, 63, 271-286.
12. Bortner, R.W. (1969). A short rating scale as a potential measure of pattern A behaviour. *Journal of Chronic Diseases*, 22, 87-91.
13. Boyle, G.J., Borg, M.G., Falzon, J.M. and Baglioni, Jr.A.J. (1995). A structural model of the dimensions of teacher stress. *British Journal of Educational Psychology*, 65, 49-67.
14. Brown, M. & Ralph, S. (1992). Teacher stress. *Research in Education*, 48, 103-110
15. Burke, R. and Greenglass, E. (1996). Work stress, social support, psychological burnout and emotional and physical well-being among teachers. *Psychology, Health and Medicine*, 1, 193-205.

16. Burke, R.J. and Greenglass, E.R. (1993). Work stress, role conflict, social support, and psychological burnout among teachers. *Psychological Reports*, 73, 371-380.
17. Burke, R.J. and Greenglass, E.R. (1989). It may be lonely at the top but it's less stressful: psychological burnout in public schools. *Psychological Reports*, 64, 615-623.
18. Burke, R.J. and Greenglass, E.R. (1989). Sex differences in psychological burnout in teachers. *Psychological Reports*, 65, 55-63.
19. Capel, S.A. (1987). The incidence of and influences on stress and burnout in secondary school teachers. *British Journal of Educational Psychology*, 57, 279-288.
20. Chan, D.W. and Hui, E.K.P. (1995). Burnout and coping among Chinese secondary school teachers in Hong Kong. *British Journal of Educational Psychology*, 65, 15-25.
21. Cherniss C. (1980). *Staff burnout: job stress in the human services*. Beverly Hills, Sage; trad. It. *La sindrome del burnout*, Torino, CST, 1983.
22. Cooper, C.L. and Kelly, M. (1993). Occupational stress in head teachers: a national UK study. *British Journal of Educational Psychology*, 63, 130-143.
23. Cox E., Parsons R. (1994). *Empowerment oriented social work practice with the elderly*. Pacific Grove, Cole.
24. Farber, B.A. (1990). Burnout in psychotherapists: incidence, types and trends. *Psychotherapy in Private Practice*, 8(1), 35-44
25. Farber, B.A. (2000). Introduction: understanding and treating burnout in a changing culture. *Psychotherapy in Practice*, Vol. 56(5), 589-594.
26. Farber, B.A. (2000). Treatment strategies for different types of teacher burnout. *Psychotherapy in Practice*, Vol. 56(5), 675-689.
27. Farber, B.A. (2001). Subtypes of burnout: theory, research, and practice. Annual Conference, APA, SF, Columbia University.
28. Folgheraiter F., "Introduzione all' edizione italiana". In G. BERNSTEIN e J. HALASZYN, *Io operatore sociale*. Trento: Centro studi Erickson, 1994.
29. Fondazione Censis (2000). 34° Rapporto annuale sulla situazione sociale del Paese. *Processi formativi*, 71-159.
30. Fontana, D. and Abouserie, R. (1993). Stress levels, gender and personality factors in teachers. *British Journal of Educational Psychology*, 63, 261-270.
31. Friedman, I.A. (2000). Burnout in teachers: shattered dreams of impeccable professional performance. *Psychotherapy in Practice*, Vol. 56(5), 595-606.
32. Gold, Y. (1984). The factorial validità of the Maslach Burnout Inventory in a sample of California elementary and junior high school classroom teachers. *Educational and Psychological Measurement*, 44, 1009-1016.
33. Griffith, J., Steptoe, A. and Cropley M. (1999). An investigation of coping strategies associated with job stress in teachers. *British Journal of Educational Psychology*, 69, 517-531.
34. Hart, P.M., Wearing, A.J. and Conn, M. (1995). Conventional wisdom is a poor predictor of the relationship between discipline policy, student misbehaviour and teacher stress. *British Journal of Educational Psychology*, 65, 27-48.



35. Hart, P.M., Wearing, A.J., Conn, M., Carter, N.L. and Dingle, R.K. (2000). Development of the school organisational health questionnaire: a measure for assessing teacher morale and school organisational climate. *British Journal of Educational Psychology*, 70, 211-228.
36. Hiebert, B. & Farber, I. (1984). Teacher stress: a literature review with a few surprises. *Canadian Journal of Education*, 9, 14-27.
37. Istituto di Ricerca IARD (1990). *Insegnare oggi - Prima indagine IARD sul corpo insegnante della scuola italiana*.
38. Istituto di Ricerca IARD (2000). *Gli insegnanti di fronte al cambiamento – Seconda indagine IARD sul corpo insegnante della scuola italiana – a cura di A. Cavalli*.
39. Iwanicki, E.F. & Schwab, R.L. (1981). A cross-validation study of the Maslach Burnout Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 41, 1167-1174.
40. Kyriacou, C. (1987). Teacher stress and burnout: an international review. *Educational Research*, 29, 146-152
41. Leiter, M. P. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behaviour*, 12, 123-144.
42. Leiter M. P. (1988). Burnout as a function of communication patterns: a study of a multidisciplinary mental health team. *Group and Organization Studies*, 1988, 13, 111-128.
43. Manthei, R. & Solman, R. (1988). Teacher stress and negative outcomes in Canterbury state schools. *New Zealand Journal of Educational Studies*, 23, 145-163.
44. Mark, C., Pierce, B. and Molloy, G.N. (1990). Psychological and biographical differences between secondary school teachers experiencing high and low levels of burnout. *British Journal of Educational Psychology*, 60, 37-51.
45. Maslach, C. & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual (2nd edn.)*. Palo Alto, CA: Consultino Psychologists Press, Inc.
46. Maslach, C. & Leiter, M.P. (1997). *The truth about burnout*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
47. Maslach, C. & Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: new perspectives. *Applied & Preventive Psychology*, 7, 63-74.
48. Mykletun, R.J. and Mykletun, A. (1999). Comprehensive schoolteachers at risk of early exit from work. *Experimental Aging Research*, 25, 359-365.
49. Nagy, S. and Nagy, M.C. (1992). Longitudinal examination of teachers' burnout in a school district. *Psychological Reports*, 71, 523-531.
50. O'Connor, P.R. & Clarke, V.A. (1990). Determinants of teacher stress. *Australian Journal of Education*, 34, 41-51.
51. Otto, R. (1986). *Teachers under Stress*. Melbourne: Hill of Content Publishing.
52. Payne, M.A. and Furnham, A. (1987). Dimensions of occupational stress in west Indian secondary school teachers. *British Journal of Educational Psychology*, 57, 141-150.
53. Pithers, R.T. and Fogarty, G.J. (1995). Symposium on teacher stress. *British Journal of Educational Psychology*, 65, 3-14.
54. Pithers, R.T. and Soden, R. (1998). Scottish and Australian teacher stress and strain: a comparative study. *British Journal of Educational Psychology*, 68, 269-279.

55. Predabissi, L., Rolland, J.P. and Santiello, M. (1991). Stress and burnout among teachers in Italy and France. *The Journal of Psychology*, 127(5), 529-535.
56. Punch, K.F. & Tuetteman, E. (1990). Correlates of psychological distress among secondary school teachers. *British Educational Research Journal*, 16, 369-382.
57. Richardsen, A. M., Burke, R. J., Leiter, M. P. (1992). Occupational demands, psychological burnout and anxiety among hospital personnel in Norway. *Anxiety, stress and coping: International Journal*, 5, 55-68.
58. Russel, D.W., Altmaier, E. and Van Velzen, D. (1987). Job-related stress, social support, and burnout among classroom teachers. *Journal of Applied Psychology*, Vol. 72, n°2, 269-274.
59. Schonfeld, I.S. (1989). Psychological distress in a sample of teachers. *The Journal of Psychology*, 124(3), 321-338.
60. Schwab, R.L. & Iwanicki, E.F. (1982). Who are our burned out teachers? *Educational Research Quarterly*, 7, 5-16.
61. St-Arnaud, L., Guay, H., Laliberté, D. and Coté, N. (2000). Étude sur la réinsertion professionnelle des enseignantes et enseignants à la suite d'un arrêt de travail pour un problème de santé mentale.
62. Tatar, M. and Yahav, V. (1999). Secondary school pupils' perceptions of burnout among teachers. *British Journal of Educational Psychology*, 69, 457-468.
63. Vandenberghe, R. & Huberman, M. (Eds.). (1999). *Understanding and preventing teacher burnout*. New York: Cambridge University Press.
64. Vizzi F., Tesi di specializzazione in Medicina Legale su "Accertamenti di idoneità al lavoro degli insegnanti della Provincia di Torino nel periodo 1996-2002".