



VARIABILI SOCIO-DEMOGRAFICHE, SANITARIE E PSICOLOGICHE DELLO STRESS LAVORATIVO

di

*Giuseppe Santisi, Elena Commodari, Maria Anna Coniglio, Concetta Pirrone,
Silvia Platania, Santo Di Nuovo**

1. Premessa

Lo stress è per frequenza tra i principali fattori di malessere legati all'attività lavorativa¹; interessa quasi un lavoratore europeo su quattro, e ad esso è attribuibile oltre il 50% delle giornate lavorative perse. I lavoratori stressati sono meno produttivi, più propensi ad assentarsi, contribuiscono meno al funzionamento dell'organizzazione². Le Agenzie internazionali come la *European Agency for Safety and Health at Work* suggeriscono che il numero di persone che soffrono di malesseri legati all'attività lavorativa è destinato ad aumentare, con conseguente incremento di costi sia economici che sociali³.

Lo stress lavorativo va inquadrato in una modalità integrata con i rischi di tipo fisico e biologico, sottolineando la duplice valenza del concetto di sicurezza sul lavoro: da un lato, infatti, ci si riferisce alle condizioni dell'ambiente lavorativo, obiettive e controllabili, che influenzano il numero di infortuni e la salute fisica dei dipendenti; dall'altro si fa riferimento alla sicurezza – non solo fisica –

* Gli autori, appartenenti al Dipartimento di Scienze della Formazione dell'Università di Catania, eccetto M.A. Coniglio che fa parte del Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Tecnologie Avanzate 'G.F. Ingrassia', sono componenti del gruppo di ricerca costituito per il finanziamento FIR, progetto n. 40BEA6 (principal investigator: S. Di Nuovo). Tutti gli autori hanno contribuito in parti uguali alla progettazione, alla raccolta dei dati e alla loro elaborazione ed interpretazione.

¹ European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, *Fourth European Working Conditions Survey*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2007. Retrieved from <http://www.eurofound.europa.eu>

² S. Rajbhandary, K. Basu, *Working conditions of nurses and absenteeism: is there a relationship?*, in «Health Policy», 97 (2010), pp. 152-159.

³ European Agency for Safety and Health at Work, *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational health and safety*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2007.

così come è percepita dai lavoratori. Ciò è ben esemplificato dalla distinzione in lingua inglese tra le parole *safety* e *security*: la prima rimanda all'oggettiva presenza o assenza di pericolo, mentre l'altra rappresenta la percezione soggettiva del rischio, che non è solo fisico ma anche psicologico. La promozione della salute negli ambienti di lavoro prevede dunque l'attivazione di un processo che è sostenuto sia dal miglioramento dell'organizzazione e dell'ambiente di lavoro ma anche dal supporto allo sviluppo personale al fine di migliorare la qualità di vita e del lavoro, e realizzare il benessere fisico e psichico, individuale e collettivo, dei lavoratori.

Riconoscendo questa prospettiva, il D.Lgs. n. 81 del 2008 che – a seguito dell'Accordo Europeo dell'ottobre 2004 – norma in Italia gli interventi per contrastare lo stress lavoro-correlato, riprendendo quanto già formulato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1948, definisce il concetto di salute come “*stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un'assenza di malattia o d'infermità*” (art. 2, c.1-o).

La salute del lavoratore viene quindi inserita tra i fattori che compongono il costrutto multidimensionale di benessere organizzativo, legato al “clima” psicologico che caratterizza l'organizzazione lavorativa. Un basso benessere organizzativo implica sul piano comportamentale fenomeni come riduzione della motivazione e della produttività, assenteismo, carenza di fiducia e impegno (*commitment*)⁴. In questo senso, gli stessi lavoratori interpretano il processo produttivo, dando senso alle situazioni in cui si trovano; questo *sensemaking* diventa pertanto il miglior predittore della prestazione e della soddisfazione lavorativa. È stato dimostrato che la soddisfazione lavorativa è mediata da fattori soggettivi come la congruenza tra interessi e mansione; l'identità che si realizza nella congruenza persona-ambiente e l'auto-efficacia che ne deriva sono predittivi della soddisfazione lavorativa⁵.

Se agli inizi della moderna psicologia del lavoro l'attenzione era centrata soprattutto sulle variabili psicofisiche dei singoli lavoratori, trascurando quelle organizzative e riducendo l'intervento psicologico in azienda al ripristino delle

⁴ J.P. Meyer, D.J. Stanley, L. Herscovitch, L. Topolnitsky, *Affective, continuance, and normative commitment to the organization: a meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences*, in «Journal of Vocational Behavior», 61 (2002), pp. 20-52.

⁵ F. Avallone, A. Palomas, *Salute organizzativa*, Milano, Raffaello Cortina, 2005; S. Di Nuovo, S. Zanchi, *Benessere lavorativo: Una ricerca sulla soddisfazione e le emozioni positive nella mansione*, in «Giornale di Psicologia», 2, 1-2 (2008), pp. 7-18; S. Cartwright, C.L. Cooper, *The Oxford Handbook of Organizational Well-Being*, Oxford, UK, Oxford University Press, 2009; G.I.J.M. Zwetsloot, A.R. Van Scheppingen, E.H. Bos, A. Dijkman, A. Starren, *The Core Values that Support Health, Safety, and Well-being at Work*, in «Safety and Health at Work», 4 (2013), pp. 187-196; E. Dane, B.J. Brummeln, *Examining workplace mindfulness and its relations to job performance and turnover intention*, in «Human Relations», 67 (2014), pp. 105-128.

condizioni di salute individuale, le attuali linee guida degli interventi sullo stress lavorativo convergono nel privilegiare le variabili organizzative che sono certamente indispensabili nel primo livello di prevenzione del rischio; però si può cadere nell'eccesso opposto di considerare solo secondariamente le specifiche condizioni di salute del singolo lavoratore, che nella prassi di valutazione dello stress lavoro-correlato vengono prese in esame solo in fasi successive dell'intervento, e spesso solo di fronte ad eclatanti situazioni di malessere già consolidate e diffuse. Invece i livelli molari e molecolari del benessere lavorativo vanno affrontati insieme fin dai primi livelli di intervento, considerato che le risposte cognitive ed emotive degli individui possono essere profondamente diverse anche in situazioni organizzative analoghe e vanno pertanto accuratamente monitorate⁶.

Connesso a questo aspetto è un altro, spesso trascurato negli studi sull'argomento: la valutazione approfondita della relazione fra stress percepito in generale e quello che è specificamente connesso alla mansione lavorativa, e la correlazione separata tra queste due componenti interagenti e le variabili socio-demografiche e di contesto lavorativo.

Da queste considerazioni scaturisce l'obiettivo principale del presente studio, che in ottica interdisciplinare si propone di individuare e valutare le principali variabili che possono influenzare il malessere lavorativo, utilizzando strumenti diagnostici adatti a misurare in modo attendibile e valido sul piano sia psicometrico che clinico le variabili osservabili in ambito organizzativo. I risultati potranno essere utili al fine di formulare specifici piani organizzativi mirati alla riduzione delle variabili fisiche e psicologiche che possono incidere sullo stress lavorativo, mediante attività di risk-management da usare per la diagnosi e la gestione organizzativa.

2. Lo stress generale e quello lavoro-correlato in ottica interdisciplinare

La ricerca internazionale sullo stress lavoro-correlato ha considerato (seppur raramente in ottica interdisciplinare) i fondamenti psicobiologici dello stress individuale, che interagiscono con le condizioni ambientali e le caratteristiche igienico-sanitarie e il management organizzativo dei rischi. Sul piano psicofisiologico, lo stress esprime una condizione di attivazione nella quale l'organismo si

⁶ S. Gilboa, A. Shirom, Y. Fried, C. Cooper, *A meta-analysis of work demand stressors and job performance: Examining main and moderating effects*, in «Personnel Psychology», 61 (2008), pp. 227-271; J.Z. Carr, J. Schmidt, J.K. Ford, R.P. DeShon, *Climate perceptions matter: a meta-analytic path analysis relating molar climate, cognitive and affective states, and individual level work outcomes*, in «Journal of Applied Psychology», 88 (2003), pp. 605-619.

trova esposto a fattori che tendono ad alterare l'omeostasi del sistema; viene distinto lo stress positivo (un grado di tensione che agisce da attivatore: *eu-stress*) da quello negativo che genera malessere e patologie (*di-stress*). L'assetto genetico della persona, il genere, l'età, il peso, le abitudini (dieta, esercizio fisico, uso di caffeina e/o alcolici) possono avere in generale un effetto negativo sulla salute e il benessere interferendo con le condizioni psicobiologiche dello stress⁷.

Recenti studi di neuroimaging hanno dimostrato che la sindrome da ansia generalizzata coinvolge gran parte del cervello, implicando un deficit di comunicazione tra diverse aree. Anche i principali meccanismi biologici interessati nelle diverse fasi dello stress sono stati ampiamente studiati; è noto altresì che le conseguenze di una situazione psicologicamente stressante possono estendersi a molte funzioni biologiche, come dimostrano studi recenti su modelli animali di stress. È ipotizzabile, pur con le ovvie differenze a livello di complessità situazionale, che gli stessi fenomeni biologici provati in modelli animali di stress cronico accadano quando le persone sono sottoposte a continuo stress, per esempio in ambito lavorativo, e iniziano a manifestare sintomi somatici o depressivi, producendo disturbi vari accomunati dall'alterazione del sistema immunitario⁸.

Gli stressors lavorativi (ad es. i rischi per la salute e la sicurezza) possono a loro volta avere un diretto impatto sulla salute, producendo incrementi nella secrezione degli ormoni dello stress come adrenalina, noradrenalina, cortisolo⁹.

L'interesse per lo stress in ambito lavorativo, e per le sue manifestazioni disadattive per il singolo e per l'intera organizzazione, è andato gradualmente crescendo nel corso degli ultimi trent'anni¹⁰. Lo stress lavoro-correlato è stato definito dal *National Institute for Occupational and Safety and Health* (NIOSH) co-

⁷ R. Glaser, J. Kiecolt-Glaser, *Handbook of human stress and immunity*, London, Academic Press, 1994; T. Cassidy, *Stress, cognition and health*, London, Routledge, 1999; G. Finke, *Encyclopedia of stress*, London Academic Press, 1999¹; F. Jones, J. Bright, A. Clow, *Stress: Myth, theory and research*, London, Prentice Hall, 2001; C. Aldwin, *Stress, Coping, and Development*, New York, Guilford, 2007²; S. Di Nuovo, L. Rispoli, *L'analisi funzionale dello stress: dalla clinica alla psicologia applicata*, Milano, Franco Angeli, 2011.

⁸ S.C. Segerstrom, G.E. Miller, *Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry*, in «Psychological Bulletin», 130 (2004), pp. 601-630; C.L. Cooper, *Stress and Well-Being*, in «Stress and Health», 25 (2009), p. 207; H. Ben-Zur, *Coping, Styles and Affect*, in «International Journal of Stress Management», 16 (2009), pp. 87-101.

⁹ C.R. McKittrich, D.C. Blanchard, M.P. Hardy, R.J. Blanchard, *Social stress effects on hormones, brain and behavior*, in «Hormones, Brain and Behavior», 2 (2009), pp. 333-367.

¹⁰ C.L. Cooper, P.J. Dewe, M.P. O'Driscoll, *Organizational Stress*. Thousand Oaks, Sage, 2001; *Stress in the workplace: Past, present and future*, cur. J. Dunham, Philadelphia, Whurr, 2001; C.L. Peterson, *Work stress: Studies of the context, content and outcomes of stress: A book of readings*, Baywood, Amityville, 2003; N. Borkowski, *Stress in the workplace and stress management*, in *Organizational behavior in health care*, cur. N. Borkowski, Boston, Jones & Bartlett, 2005, pp. 231-261.

me una serie di «reazioni fisiche ed emotive dannose che si manifestano quando le richieste lavorative non sono commisurate alle capacità, risorse o esigenze del lavoratore», collegando in tal modo le reazioni di stress al contesto lavorativo.

Strettamente connesso al concetto di stress è quello di *coping*, legato alla personalità del soggetto, alla capacità di reagire con atteggiamento di ‘mindfulness’ nei confronti delle situazioni-problema, alla memoria di precedenti esperienze vissute, ai modelli comportamentali appresi, alla possibilità concreta di poter modificare lo stato di disagio¹¹.

Recenti studi¹² hanno confermato che i lavoratori maggiormente stressati sono soggetti a maggiori rischi per la salute rispetto ai soggetti con livelli normali di stress; non sempre però la percezione e la rappresentazione dello stress tiene in conto la separazione tra le componenti generali di esso e quelle specifiche del contesto lavorativo¹³.

Negli ultimi decenni il concetto di benessere e di prevenzione delle malattie è stato sempre più collegato alle attività lavorative. Nel sistema individuo-azienda, il benessere non riguarda solo i singoli lavoratori, ma l’azienda nel suo complesso, vista come organismo vivente; diversi studi hanno indagato le principali variabili che possono determinare il malessere di questo organismo-organizzazione¹⁴. Il benessere sul luogo di lavoro è stato collegato al ‘*risk management*’

¹¹ K.E. Weick, K.M. Sutcliffe, *Managing the unexpected: assuring high performance in an age of complexity*, San Francisco, CA, Jossey-Bass, 2001, trad. it. *Governare l’inatteso: organizzazioni capaci di affrontare la crisi con successo*, Milano, Cortina, 2010; G. Becke, *Mindful change in times of permanent reorganization, organizational and institutional perspectives*, Heidelberg, Springer, 2014⁶.

¹² M.A.J. Kompier, T.W. Taris, *Psychosocial risk factors and work-related stress: State of the art and issues for future research*, in *Research companion to organizational health psychology. New horizons in management*, cur. A.G. Antoniou, C.L. Cooper, Northampton, Elgar, 2005, pp. 59-69; G. Santisi, A. Patanè, T. Ramaci, *Flessibilità, sicurezza e strategie di adattamento personali: ciclo di vita e benessere individuale nei lavoratori atipici*, in *Vita, identità, genere in equilibrio precario: ricerche psicologiche sul mercato del lavoro in Italia*, cur. Rete degli psicologi del lavoro, Milano, Unicopli, 2010, pp. 59-79; G. Santisi, T. Ramaci, *Benessere e sicurezza nei lavoratori della sanità: una ricerca sull’efficacia personale e l’engagement*, in *Nuovi codici del lavoro Contributi per la salute ed il benessere nelle organizzazioni*, cur. N.A., De Carlo, M. Nonnis, Padova, TPM Edizioni, 2012, pp. 205-215; A. Falco, D. Girardi, G. Marcuzzo, A. De Carlo, G.B. Bartolucci, *Work stress and negative affectivity: A multi-method study*, in «Occupational Medicine», 63 (2013), pp. 341-347.

¹³ G. Kinman, F. Jones, *Lay representations of workplace stress: What do people really mean when they say they are stressed?*, in «Work & Stress», 19 (2005), pp. 101-120; M. Yong, M. Nasterlack, R.-P. Pluto, S. Lang, C. Oberlinner, *Occupational stress perception and its potential impact on work ability*, in «Work», 46 (2013), pp. 347-354.

¹⁴ Tra i contributi più recenti: A.E. Nixon, J.J. Mazzola, J. Bauer, J.R. Krueger, P.E. Spector, *Can work make you sick? A meta-analysis of the relationships between job stressors and physical symptoms*, in «Work Stress», 25 (2011), pp. 1-22; E.M. Backé, A. Seidler, U. Latza, K. Rossna-

in azienda, cioè la identificazione e valutazione dei rischi e la prevenzione o controllo di essi, mediante la messa in atto di azioni finalizzate a minimizzare la probabilità di eventi negativi o il loro impatto sui lavoratori e sull'azienda¹⁵. La gestione del rischio è un processo ricorsivo; all'identificazione iniziale del rischio, e all'attuazione di un *Risk Action Plan*, adatto alle specifiche esigenze, segue una revisione periodica delle valutazioni e degli interventi¹⁶.

Per compiere tali valutazioni è necessario disporre di strumenti appropriati per attendibilità e validità, capaci di cogliere con accuratezza la complessa area di intersezione tra lo stress generale della persona e quello che si attiva e si manifesta in ambito lavorativo. Uno dei punti ancora deboli delle teorie del *risk management* è la carenza di appropriati strumenti da utilizzare in relazione alla tipologia, agli obiettivi e alla composizione dei gruppi lavorativi¹⁷; cioè strumenti mirati allo specifico rapporto tra individuo e condizioni in cui l'analisi del rischio è condotta. La messa a punto di tali strumenti contesto-correlati è indispensabile al fine di programmare gli specifici supporti psicosociali necessari per evitare i rischi dello stress e delle sue conseguenze negative sia sulle singole persone che sull'organizzazione lavorativa¹⁸.

Gli obiettivi specifici della nostra ricerca sono:

– confrontare i livelli di stress personali con quelli connessi alla mansione lavorativa (valutati con strumenti diversi, di cui verificare preliminarmente l'attendibilità e la validità);

gel, B. Schumann, *The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular diseases: a systematic review*, in «International Archives of Occupational and Environmental Health», 85 (2012), pp. 67-79; N. Burkert, R. Raml, N. Beier, W. Freidl, *Differentiating health statuses using positive health indicators in an occupational context*, in «Public Health», 129 (2015), pp. 1179-1186; H. Mayerl, E. Stolz, A. Waxenegger, E. Rásky, W. Freidl, *The role of personal and job resources in the relationship between psychosocial job demands, mental strain, and health problems*, in «Frontiers in Psychology», 7 (2016), p. 1214; H. Mayerl, E. Stolz, A. Waxenegger, W. Freidl, *Exploring differential health effects of work stress: A latent class cluster approach*, in «PeerJ», 5, 6 (2017), pp. 1-22.

¹⁵ M.S. Dorfman, *Introduction to Risk Management and Insurance*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 2007⁹; J. Campbell Quick, T.A. Wright, J.A. Adkins, D.L. Nelson, J.D. Quick, *Preventive stress management in organizations*, Washington, A.P.A., 2013².

¹⁶ A.S. De Nisi, R.W. Griffin, *Managing human resources*, Boston, Houghton-Mifflin, 2008³; E. Donaldson-Fielder, R. Lewis, J. Yarker, *Preventing Stress: Promoting Positive Manager Behaviour*, London, CIPD Publications, 2009; R.Q. Wolever, K.J. Bobinet, K. McCabe, E.R. Mackenzie, E. Fekete, C.A. Kusnick, M. Baime, *Effective and viable mind-body stress reduction in the workplace*, in «Journal of Occupational Health Psychology», 17 (2012), pp. 246-258.

¹⁷ D. Hubbard, *The failure of Risk Management: Why it's broken and how to fix it*, New York, Wiley, 2009.

¹⁸ C. Viswesvaran, *The role of social support in the process of work stress: A meta analysis*, in «Journal of Vocational Behaviour», 54 (1999), pp. 314-334.

- valutare le differenze nei livelli di stress personale e lavorativo fra generi, età, anzianità nella mansione e grado di istruzione;
- correlare lo stress con altre variabili interagenti di tipo sia personale che lavorativo.

L'attenzione è stata centrata in questo studio su due ambiti lavorativi del settore pubblico, di grande numerosità e rilevanza sociale: sanità e scuola. In questi ambiti la ricerca sullo stress ha già prodotto diversi contributi, ma centrati prevalentemente sugli aspetti patologici che esitano in aperto disagio o vero e proprio burnout¹⁹.

3. Metodo

Campione

Il campione della ricerca empirica è composto da personale dipendente di aziende di diversa tipologia (sanitarie 50,21%, e scolastiche 49,79%) per un totale di 243 persone, differenziate per genere (11,11% uomini, 88,89% donne) e per età (range di età 29-66 anni, età media 50,33 anni, d.s. 8,29), anzianità (range 1-41 anni, media 16,17, d.s. 10,35) e livello di istruzione (2,48% scuola dell'obbligo, 41,09% diploma superiore, 56,44% laurea), in modo da esaminare la possibile influenza anche di queste variabili.

Nello specifico, il campione è composto per l'ambito sanitario da 43% medici, 57% infermieri; per le strutture scolastiche, 84% personale docente, 2% presidi, 6% insegnanti di sostegno, 6% personale ATA e 2% personale di segreteria.

Rispetto alla posizione lavorativa, nel complesso i dirigenti erano il 22,63%, i contratti per il 90,87% erano a tempo indeterminato, 83,68% a tempo pieno; consentendo di definire il campione come composto in modo omogeneo da lavoratori sufficientemente stabili e non precari.

Le dimensioni delle strutture coinvolte andavano da un 7% sotto i 50 dipendenti, al 42,80% di media grandezza (fra 50 e 200, per lo più istituti scolastici) mentre il 50,21% degli intervistati appartenevano a strutture con oltre 200 dipendenti (in genere, strutture sanitarie).

¹⁹ *Stress e aggressività: studi sul burnout in Sicilia*, cur. F. Di Maria, S. Di Nuovo, G. Lavanco, Milano, Franco Angeli, 2001; C.G. Cortese, L. Gerbaudo, M.P. Manconi, B. Violante, *L'identificazione dei fattori di rischio stress lavoro-correlato in un'Azienda Sanitaria Ospedaliera: Un approccio quali-quantitativo*, in «Medicina del Lavoro», 104 (2013), pp. 141-157; *Costi psicologici del curare. Stress e burnout nelle professioni di aiuto*, cur. S. Di Nuovo, E. Commodari, Acireale-Roma, Bonanno Editore, 2014.

Strumenti

Per consentire il confronto fra stress personale e componenti dello stress specificamente legato al lavoro, è stato utilizzato un questionario che valuta le variabili di background personale e di contesto lavorativo, e una serie di condizioni psicofisiologiche e comportamenti a rischio, inclusi comportamenti alimentari, uso di alcol o fumo; vengono valutati inoltre sintomi di stress di tipo generale, riepilogabili in quattro categorie: disturbi riferibili al sistema nervoso autonomo, disturbi del sonno, psicofisiologici e della sfera emotiva.

Gli item su scala Likert inclusi nel questionario (che valutano specifiche condizioni psicofisiologiche o di rischio), sottoposti ad un'analisi preliminare di attendibilità, hanno rivelato indici molto soddisfacenti: Coefficiente *Alpha* di Cronbach = 0,95; Spearman-Brown 0,97.

Una analisi confermativa condotta mediante i modelli di equazioni strutturali (SEM) sugli stessi items²⁰, ipotizzando un unico fattore latente, ha dato risultati complessivamente adeguati: $\chi^2 = 6,84$; $p < 0,001$; CFI=0,96; GFI=0,96; RMSEA=0,17 (unico valore fuori soglia di accettabilità); RMR=0,06; SRMR=0,04.

Nel questionario viene poi chiesto quanto i propri sintomi sono ritenuti dal soggetto stesso come indipendenti dall'ambito lavorativo; mentre alcuni item valutano invece specificamente sintomi di stress attribuiti dal soggetto al lavoro:

- Le è capitato di sentirsi eccezionalmente o ingiustificatamente preoccupato o ansioso per motivi legati al lavoro?
- Le è capitato di pensare che il suo lavoro non serve a nulla?
- Le è capitato di non avere l'energia per andare a lavorare?
- Le è capitato di non sentirsi in grado di risolvere i problemi al lavoro?
- Le è capitato di non sentirsi all'altezza del suo lavoro?
- Il suo lavoro le pesa troppo?
- Le è capitato di pensare che il suo lavoro non è di alcuna importanza?

Anche l'attendibilità complessiva di questi 7 items è risultata soddisfacente (*Alpha* di Cronbach = 0,80; Spearman-Brown 0,85).

Per una valutazione standardizzata dello stress percepito dalla singola persona nella sua vita quotidiana, è stato usato un test psicometrico, l'*MSP (Mesure du Stress Psychologique)* che misura la percezione che l'individuo ha dei suoi recenti stati cognitivo-affettivi, fisiologici, comportamentali. Lo strumento, deri-

²⁰ È stato utilizzato il software AMOS 21.0: J.L. Arbuckle, W. Wothke, *AMOS 4.0 user's guide*, Chicago, Small Waters, 1999. Per i riferimenti ai criteri per la verifica del modello: B.M. Byrne, *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming*, Mahwah, Lawrence Erlbaum, 2001; R.B. Kline, *Principle and practice of structural equation modeling*, New York, Guilford Press, 2005.

vato dall'originale canadese²¹ e già standardizzato per l'Italia²², ha una elevata attendibilità: l'indice *alpha* di Cronbach è pari a 0.95. Oltre ad un punteggio generale, il test consente di ottenere 6 punteggi per ciascuno dei cluster in cui si articola il modello di stress percepito:

- I - perdita di controllo, irritabilità;
- II - sensazioni psicofisiologiche;
- III - senso di sforzo e di confusione;
- IV - ansia depressiva;
- V - dolori e problemi fisici;
- VI - iperattività, accelerazione.

Riguardo il test *MSP*, in accordo con la struttura originaria della scala, la CFA confermativa condotta con il metodo *maximum likelihood estimation* verifica un ottimo *fit*: $\chi^2 = 13,79$, $p < 0,001$; CFI = 0,97; GFI = 0,95; RMSEA = 0,08; RMR = 0,02; SRMR = 0,05; questi dati confermano l'attendibilità di uso per la valutazione dello stress generale percepito dalla persona cui il test è sottoposto.

4. Risultati

4.1. Statistiche descrittive

Il campione nel suo complesso risulta abbastanza esente da sintomi di rilevante malessere.

L'82,02% degli intervistati dichiara di non assumere regolarmente farmaci; solo il 2,63% assume psicofarmaci e il restante 15,35% farmaci di altro tipo. Chi dichiara delle malattie (29% del totale) cita prevalentemente disturbi gastrointestinali (50,75%), reumatici (34,33%), o misti (10,44%); solo il 4,48% cita disturbi neurologici o psichiatrici. Una parte prevalente del campione (80,45%) dichiara di non avere bisogno di supporto specifico di tipo psicologico o medico.

Limitati appaiono gli elementi di stress esterno insorti di recente. Solo il 6,75% dei soggetti dichiara l'insorgenza di una nuova malattia nell'ultimo anno o negli ultimi mesi; la percentuale di quanti nello stesso periodo dichiarano di aver avuto importanti cambiamenti nello stile di vita è del 19,57%. I cambiamenti riguardano un incremento di assunzione di cibo (43,75%), di uso del caffè (34,38%) e del fumo (21,88%).

²¹ L. Lemyre, R. Tessier, L. Fillion, *Mesure du stress psychologique MSP*, Brossard-Québec, Behaviora, 1990.

²² S. Di Nuovo, L. Rispoli, E. Genta, *Misurare lo stress. Il test M.S.P. e altri strumenti per una valutazione integrata*, Milano, Franco Angeli, 2000.

Gli stressors più frequentemente riferiti sono lutti (41,11%), malattie o incidenti propri o di familiari (38,89%), e – in percentuali inferiori al 5% – conflittualità o problemi legali o finanziari.

L'uso di alcolici è nel complesso moderato: solo l'8,82% dichiara di far uso di alcolici diversi da vino o birra; l'85,78% non beve alcolici fuori dai pasti e solo in percentuali minime (2,15%) questo capita settimanalmente o quotidianamente. Il 97,47% non si è mai ubriacato.

L'11,44% del campione fuma regolarmente, altrettanti occasionalmente; il 13,14% ha smesso, il 63,98% non ha mai fumato.

Pochissimi (1,29%) abusano di caffè (più di 4 al giorno); l'87,93% si mantiene entro 3 giornalieri.

Riguardo all'alimentazione, il 68,51% la giudica sufficientemente equilibrata, il 6,38% eccessiva, il 2,13% scarsa; il 22,98% la valuta piuttosto 'disordinata'.

Un quarto degli intervistati (25,21%) è aumentato di peso negli ultimi 6 mesi, il 14,05% è invece dimagrito, mentre per il restante 60,74% il peso è rimasto stabile.

I disturbi psicofisici generalmente prevalenti (fig. 1) sono quelli del sonno, seguiti da quelli del sistema nervoso autonomo e da quelli emotivi.

Riguardo i sintomi specifici di stress di tipo psicofisico e cognitivo, la figura 2 riporta i valori medi generali (su scala da 1 a 5), mentre nella figura 3 sono esposte le percentuali delle attribuzioni da parte degli stessi soggetti a matrici extralavorative.

I sintomi più frequenti sono tensione generale e muscolare, stanchezza al risveglio, astenia, irritabilità. Quelli che più frequentemente sono attribuiti a cause non correlate al lavoro sono il calo di desiderio sessuale e i sintomi tachicardici, insieme alla secchezza della bocca e alla tensione generale.

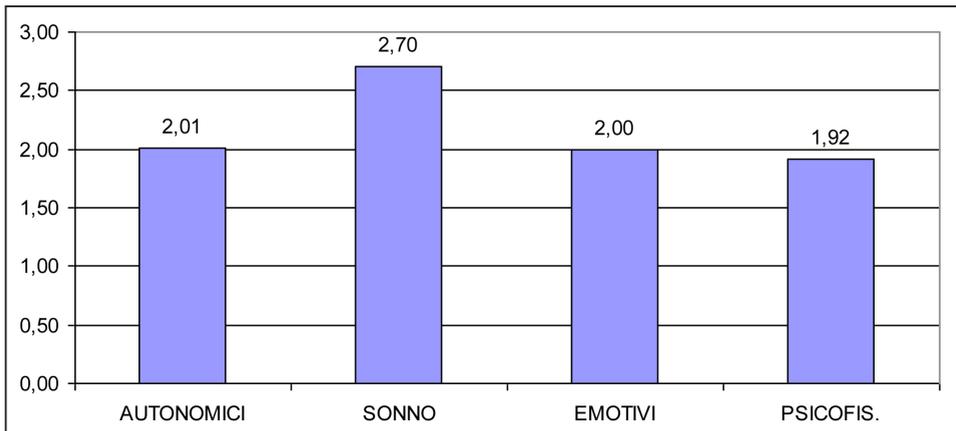


Fig. 1 - Medie delle tipologie di disturbi riferiti dai soggetti.

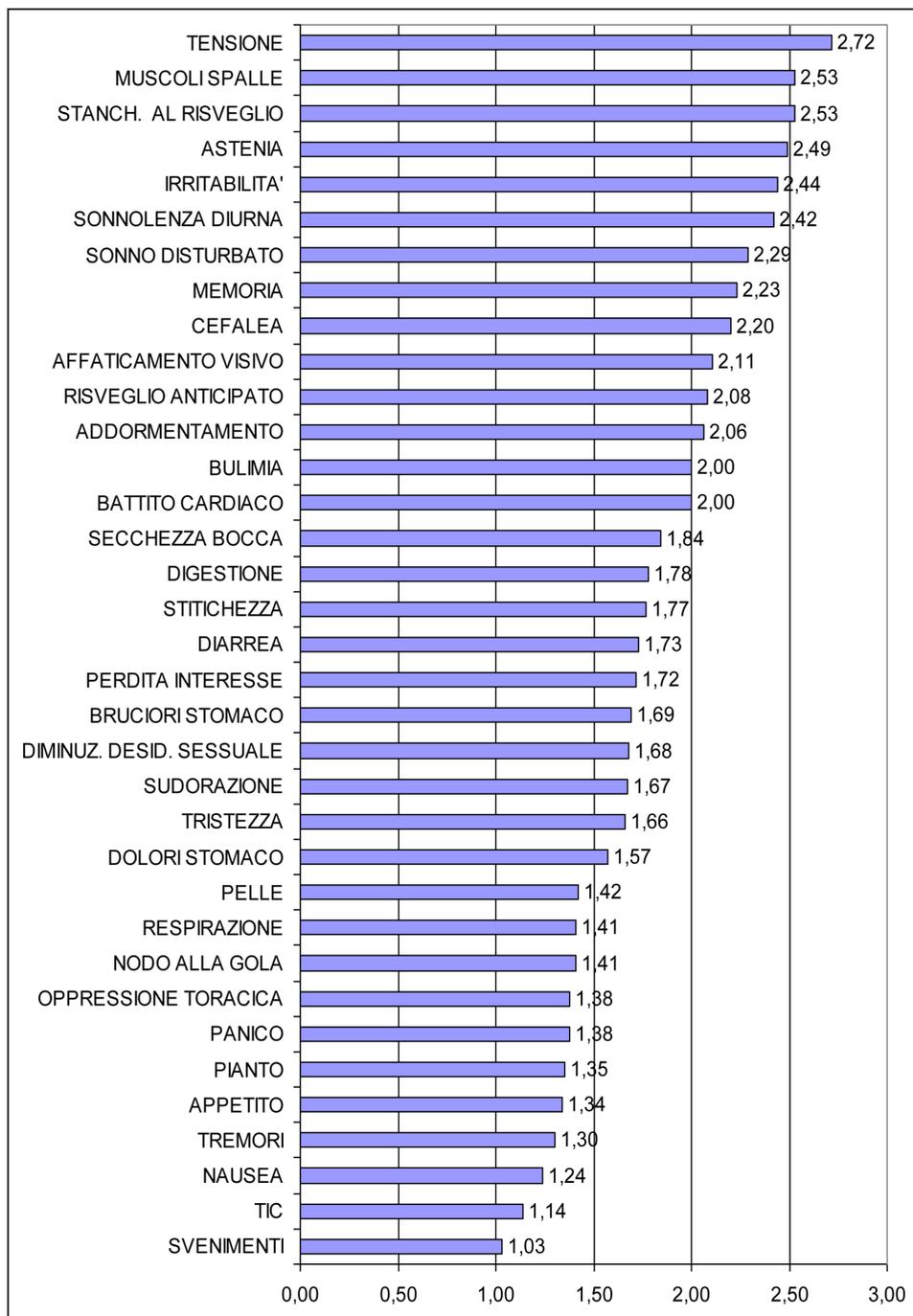


Fig. 2 - Medie di sintomi di stress generale.

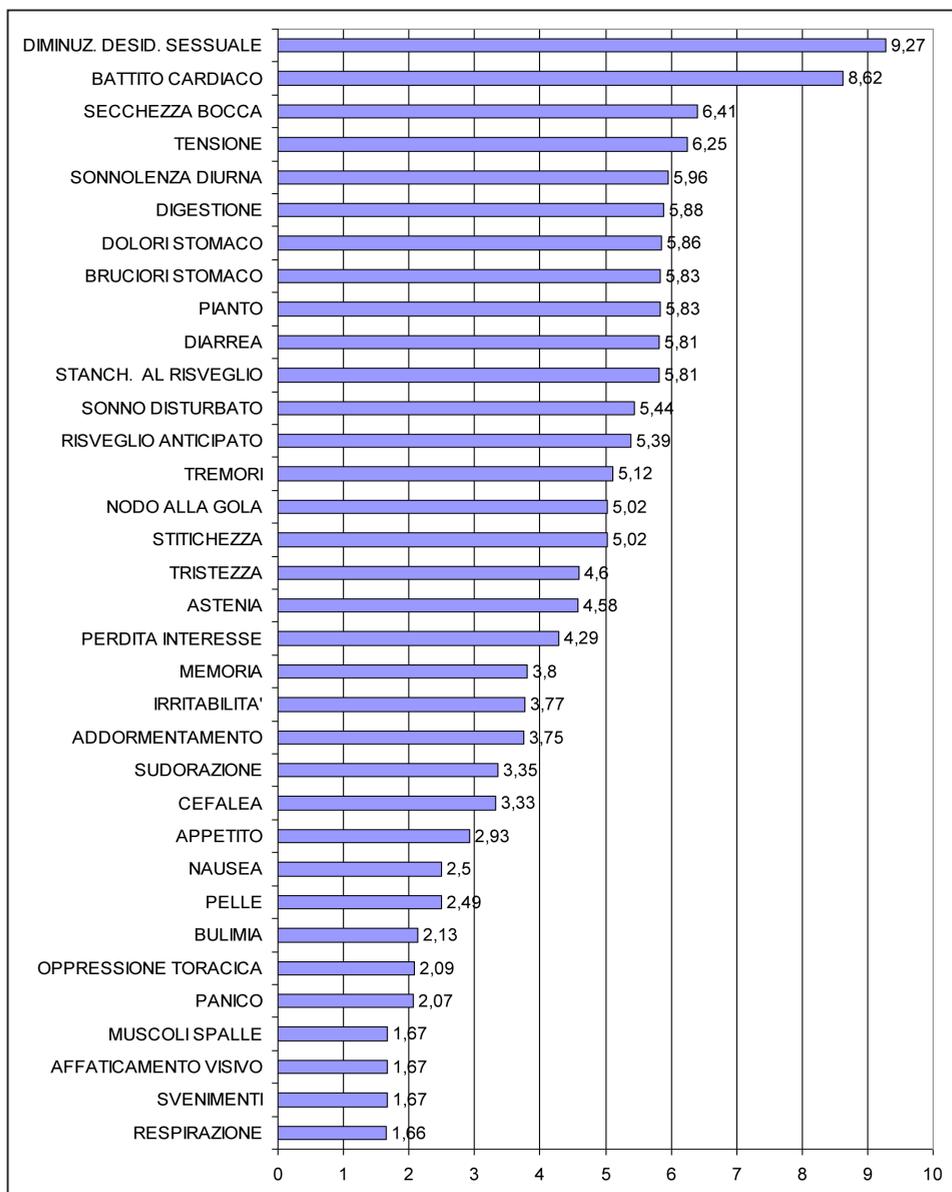


Fig. 3 - Percentuali in cui i sintomi di stress generale non vengono attribuiti al lavoro.

La figura 4 riporta le medie delle percezioni di stress che gli intervistati riferiscono direttamente al lavoro: si evince una prevalenza di ansia e preoccupazione inerenti la mansione e di sensazione di non avere più le energie necessarie per svolgere bene il proprio lavoro.

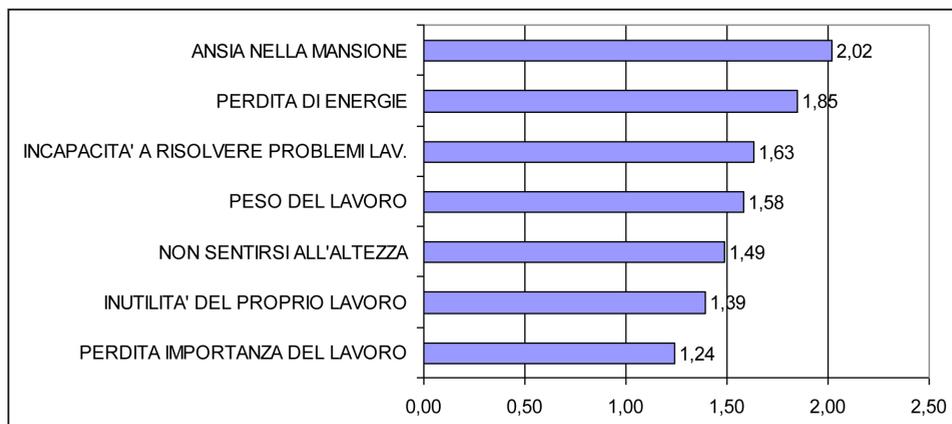


Fig. 4 - Medie delle percezioni di stress direttamente riferite al lavoro.

Tra le specifiche aree dello stress personale la più elevata è quella relativa ai dolori e ai sintomi fisici, seguita dalla perdita di controllo e irritabilità e, quasi allo stesso livello, dell'iperattività e abnorme accelerazione dei comportamenti (fig. 5).

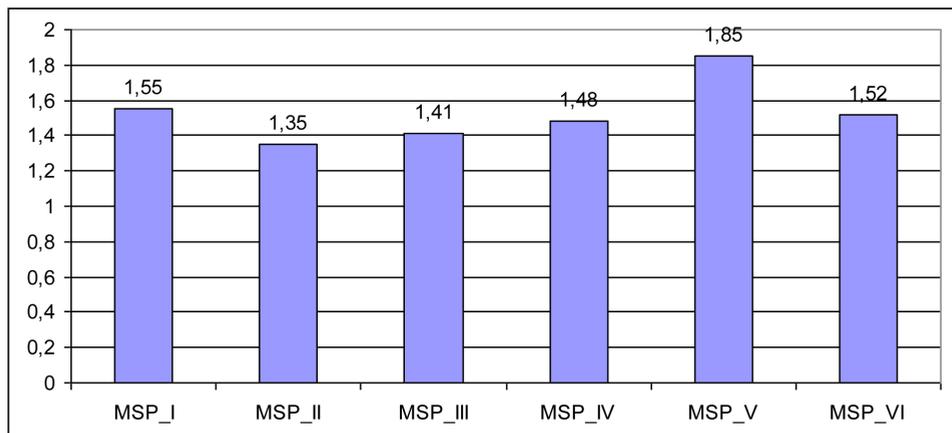


Fig. 5 - Medie delle tipologie di stress (clusters del test MSP).

- I - perdita di controllo, irritabilità;
- II - sensazioni psicofisiologiche;
- III - senso di sforzo e di confusione;
- IV - ansia depressiva;
- V - dolori e problemi fisici;
- VI - iperattività, accelerazione.

4.2. *Differenze nei sottogruppi e relazioni tra le variabili*

Sono state quindi verificate specifiche differenze e relazioni tra le variabili nei diversi sottogruppi che compongono il campione.

Le differenze di genere – pur tenendo conto della differenza di composizione del campione rispetto a questa variabile, dovuta alla forte prevalenza delle donne nel subcampione scolastico – confermano l'incremento di sintomi di stress nelle lavoratrici, che però si evidenzia come statisticamente significativo solo in due variabili:

- disturbi del sonno (M.: media 1,98, d.s. 0,81, F.: media 2,79, d.s. 1,30; $t=-2,97$, $p<0,001$);
- punteggio totale di stress al test MSP (M.: media 68,33, d.s. 9,85, F.: media 79,97, d.s. 19,86; $t=-1,98$, $p=0,05$); differenza quest'ultima che si riscontra regolarmente nella percezione di stress in generale.

Il confronto tra i lavoratori delle aziende sanitarie e di quelle scolastiche fa rilevare una sola differenza statisticamente significativa, nella direzione di una maggiore presenza di disturbi emotivi tra i lavoratori della sanità (media 2,16, d.s. 0,92) nei confronti dei lavoratori della scuola (media 1,84, d.s. 0,67; $t=3,05$, $p<0,001$).

Le differenze risultano invece minime, e nessuna statisticamente significativa, confrontando all'interno dei lavoratori della sanità i medici e gli infermieri.

Le variazioni nello stile di vita recente fanno rilevare differenze nei disturbi:

- riferibili al sistema nervoso autonomo (i soggetti senza cambiamenti nello stile di vita hanno media 1,91, d.s. 0,80, quelli con rilevanti variazioni: media 2,36, d.s. 0,86; $t=-3,35$, $p<0,001$);
- disturbi della sfera emotiva (senza variazioni: media 1,94, d.s. 0,81, con variazioni: media 2,33, d.s. 0,78; $t=-2,98$, $p<0,001$).

Sono quindi stati confrontati i soggetti che dichiarano di avere una dieta equilibrata e quelli che invece riferiscono di mangiare in eccesso o troppo poco, o comunque in modo disordinato. In questa variabile le differenze sono statisticamente significative per tutte le categorie di disturbi psicofisici (tab. 1).

Le medie nei disturbi psicofisici nei soggetti che dichiarano di avere una dieta equilibrata, confrontate con quelle dei soggetti che invece hanno una dieta eccessiva, o troppo ridotta, o comunque disordinata, vedono una netta prevalenza in questi ultimi.

Un ulteriore interessante confronto, riguardante sempre la sfera alimentare, ha rilevato differenze significative tra soggetti che riportano peso invariato, aumentato o diminuito in modo rilevante nel recente periodo.

Tutte le categorie di sintomi (autonomici, relativi al sonno, emotivi, psicofisiologici) risultano significativamente inferiori nei soggetti che non hanno avuto variazioni di rilievo negli ultimi periodi di vita (fig. 6). L'analisi di varianza (d.f.

Tab. 1 - Disturbi psicofisici nei soggetti con dieta equilibrata e non. Differenze tra le medie e test statistico t.

| | Alimentazione | | | | $t_{(233)}$ |
|------------------|---------------------|------------|------------------------|------------|-------------|
| | Equilibrata (n=161) | | Non equilibrata (n=74) | | |
| Disturbi: | <i>Media</i> | <i>d.s</i> | <i>Media</i> | <i>d.s</i> | |
| Autonomici | 1,84 | 0,75 | 2,29 | 0,84 | -4,13*** |
| Sonno | 2,47 | 1,26 | 3,11 | 1,33 | -3,55*** |
| Emotivi | 1,88 | 0,73 | 2,29 | 0,89 | -3,74*** |
| Psicofisiologici | 1,80 | 0,85 | 2,13 | 0,90 | -2,69** |

*** $p < .001$, ** $p < .01$

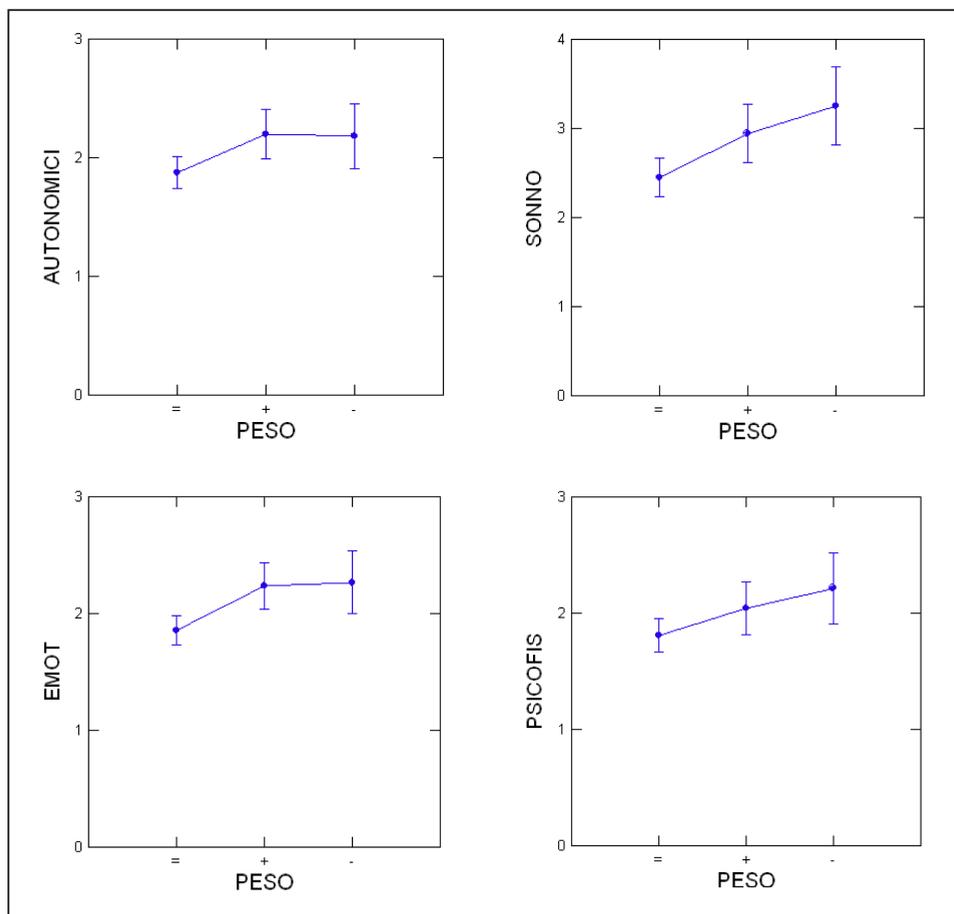


Fig. 6 - Confronto delle categorie di sintomi tra soggetti con peso invariato (=), aumentato (+), diminuito (-).

2, 239) risulta in tutti i casi significativa: disturbi autonomici $F=4,44$ $p=0,01$; disturbi del sonno $F=6,75$ $p<0,001$; emotivi $F=7,04$ $p<0,001$; psicofisiologici $F=3,55$ $p=0,03$; i confronti post-hoc, eseguiti mediante il test di Tukey, dimostrano che, per quanto riguarda i disturbi del sonno e quelli psicofisiologici, sintomi più elevati si associano alla perdita di peso piuttosto che all'aumento.

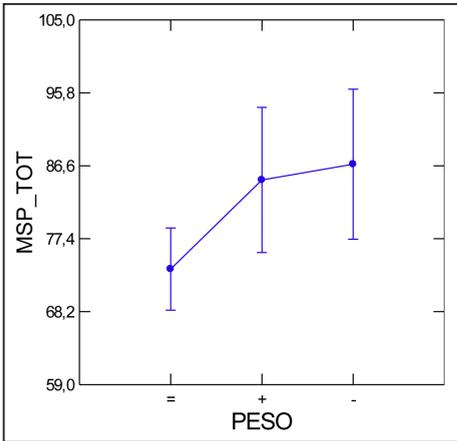


Fig. 7 - Confronto del punteggio totale MSP tra soggetti con peso invariato (=), aumentato (+), diminuito (-).

Analogo trend si registra per il punteggio del MSP (fig. 7); lo stress è molto superiore nei due gruppi che hanno avuto variazioni di peso (analisi di varianza (d.f. 2, 239): $F=4,25$ $p=0,02$) ma in questo caso le differenze fra incremento e diminuzione non sono significative, pur essendo quest'ultima anche in questo caso superiore.

Infine, le variabili di stress riferito al lavoro risultano predittive in modo differenziato dello stress personale: l'analisi di regressione multipla esposta nella tab. 2 dimostra che alcuni aspetti di stress sul lavoro predicono significativamente lo stress complessivo (percezione di perdere le energie necessarie per svolgere la mansione, ansia e preoccupazioni relative ad essa, sensazione di peso eccessivo del lavoro); altri invece non sembrano determinare significativamente lo stress globalmente percepito, che dipende evidentemente da altri fattori personali e sociali, in gran parte extralavorativi.

Tab. 2 - Analisi di regressione multipla: VD livello di stress (punteggio totale test MSP), VI variabili di stress riferito al lavoro. Coefficienti Beta e relativa significatività.

| Effect | Std. β Coefficient | t | p-value |
|---|--------------------------|-------|---------|
| Perdita di energie | 0,44 | 3,82 | <0,001 |
| Ansia nella mansione | 0,34 | 3,31 | <0,001 |
| Peso del lavoro | 0,22 | 2,14 | 0,04 |
| Non sentirsi all'altezza | 0,19 | 1,72 | 0,09 |
| Inutilità del proprio lavoro | 0,07 | 0,66 | 0,51 |
| Perdita importanza del lavoro | -0,14 | -1,31 | 0,19 |
| Incapacità a risolvere problemi lavorativi | -0,19 | -1,48 | 0,14 |
| <i>Multiple $R^2 = 0,56$ (adjusted = 0,52)</i> | | | |

4.3. *Analisi qualitativa degli outliers al test MSP*

A conclusione della analisi dei dati quantitativi abbiamo approfondito – come peraltro previsto dalle normative vigenti sullo stress lavorativo – il profilo delle persone particolarmente stressate: quelle – in numero di 10 pari al 4,12% del totale – che hanno ottenuto al totale del test di MSP un punteggio superiore al cut-off di normalità ($> 75^{\circ}$ centile secondo la taratura italiana del test). Riepiloghiamo di seguito i principali risultati.

Sono tutti docenti (nessuno dell'area sanitaria si colloca oltre il cut-off), tutte donne, di cui una preside; anzianità di servizio da 4 a 37 anni; tutte insegnanti curriculari a tempo indeterminato, 8 di scuola secondaria di 2° grado, 2 di primo grado. Insegnano 3 materie umanistiche, 3 scientifiche, 1 ciascuna musica, lingue, arte. Solo una ha cambiato sede, ma di propria volontà. Età superiore a 40 anni (4 superiore a 60), tutte coniugate tranne una separata, 7 con figli, tutte vivono in famiglia.

Come stressors recenti, lamentano lutti (4), malattie o incidenti dei familiari (3), una conflitti legali. Solo due riportano patologie insorte di recente, e due hanno cambiato stile di vita di recente, aumentando la quantità di cibo e di caffè; le altre dichiarano di avere un'alimentazione equilibrata. Non bevono alcolici, solo una fuma occasionalmente.

Solo una assume psicofarmaci, e un'altra farmaci per disturbi gastroenterici.

Tutte queste caratteristiche fin qui citate non differenziano dalle altre persone del campione queste lavoratrici che si collocano oltre il cut-off di rischio.

Una differenza rilevante è invece che quasi tutte (7 su 10) vorrebbero un supporto medico-psicologico.

Come prevedibile, quasi tutte le variabili relative ai sintomi di stress sono più elevati in questi soggetti, tranne quelli relativi a: tremori, difficoltà di addormentamento, nausea e svenimenti che non si scostano invece dalla media generale.

Confrontando le medie di queste lavoratrici particolarmente stressate, si riscontrano medie molto più elevate della media generale nei disturbi specifici e soprattutto nelle variabili di stress relativo al lavoro (figg. 8 e 9).

Possiamo concludere che queste persone costituiscono un particolare sottogruppo che – come esse stesse ampiamente riconoscono – avrebbe bisogno di un supporto specifico rispetto alle variabili di tipo organizzativo (come si è visto, superiori a quelle degli altri lavoratori) oltre che a quelle di tipo personale.

5. *Conclusioni*

Da tempo a livello legislativo emerge una sempre più significativa attenzione per le tematiche inerenti lo stress, che trovano espressione in Italia nel già citato

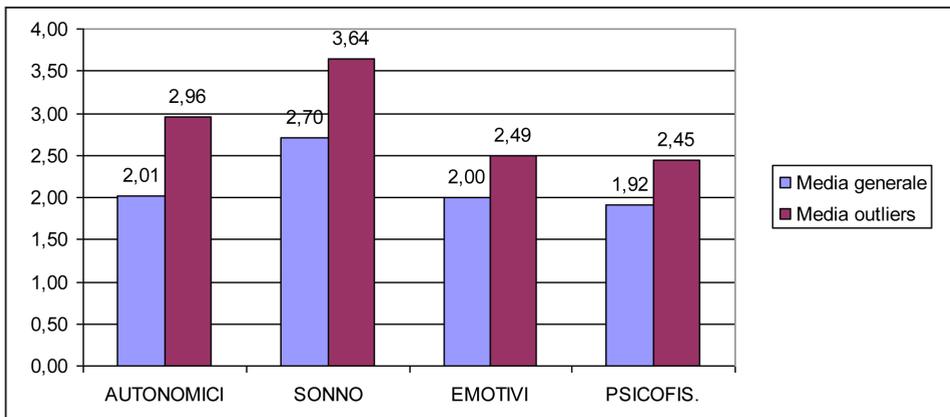


Fig. 8 - Medie dei lavoratori outliers (>75° c. al test MSP) nei disturbi specifici, confrontate con la media generale.

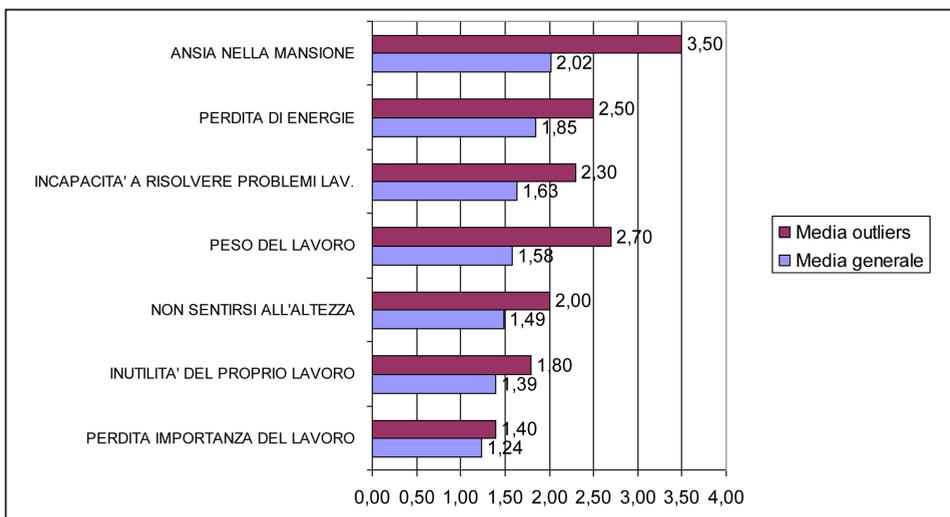


Fig. 9 - Medie dei lavoratori outliers (>75° c. al test MSP) nelle variabili di stress relativo al lavoro, confrontate con la media generale del campione.

D.Lgs. 81/2008; la normativa prevede che ciascuna azienda effettui una valutazione dei rischi da “stress lavoro-correlato” implementando azioni di prevenzione, riduzione ed eliminazione delle fonti di rischio²³. Il Decreto Legislativo cita, che attualmente regola la tutela della salute e della sicurezza sui luoghi di la-

²³ Inail, *Valutazione e gestione del rischio da stress lavoro-correlato. Manuale ad uso delle aziende in attuazione del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.*, Milano, Dipartimento Medicina del Lavoro INAIL, 2011.

voro, considera i rischi oggetto di valutazione da attuarsi secondo i contenuti dell'Accordo Europeo dell'8 ottobre 2004, che prevede un approccio multidimensionale al problema attraverso un'analisi di fattori quali:

- “l'organizzazione e i processi di lavoro (pianificazione dell'orario di lavoro, grado di autonomia, grado di coincidenza tra esigenze imposte dal lavoro e capacità/conoscenze dei lavoratori, carico di lavoro, ecc.);
- le condizioni e l'ambiente di lavoro (esposizione al rumore, al calore, a sostanze pericolose, a condizioni igieniche negative, ecc.);
- la comunicazione (incertezza circa le aspettative riguardo al lavoro, prospettive di occupazione, un futuro cambiamento, ecc.);
- i fattori soggettivi (pressioni emotive e sociali, sensazione di non poter far fronte alla situazione, percezione di una mancanza di aiuto, ecc.)”²⁴.

In genere questi aspetti vengono valutati separatamente, in ottica monoprofessionale; con prevalenza dei primi rispetto all'ultimo, che viene considerato spesso solo in modo residuale e in casi di evidente gravità, con minore attenzione ad un approccio preventivo di una componente di rischio, quella soggettiva, di indubbia rilevanza.

L'obiettivo specifico della presente ricerca consisteva nel mettere a punto un modello empiricamente validato delle relazioni fra questi fattori, tenendo distinti lo stress generale percepito dalla persona e quello riferito al contesto lavorativo; sul piano metodologico, verificare quali strumenti, standardizzati e non, siano attendibili ed idonei per lo scopo proposto.

I risultati confermano il peso delle variabili psicofisiche personali nell'interagire con le condizioni del contesto lavorativo, e quanto sia importante la loro rilevazione – mediante strumenti appropriati – specie nei casi in cui lo stress globale del lavoratore è particolarmente elevato.

Il supporto psicologico del lavoratore nel posto di lavoro va aggiunto a quello dell'analisi e della modificazione delle condizioni stressanti del lavoro, pure importanti – in alcuni casi essenziali – ma non causa esclusiva delle ampie differenze individuali nelle condizioni psicofisiche dei lavoratori.

Un approfondimento dell'interazione delle variabili di personalità potrebbe essere di grande rilievo per determinare quali variabili personalologiche interagiscono con quelle strutturali e organizzative nel determinare il malessere complessivo che si manifesta sul posto di lavoro²⁵; anche un approfondimento delle differenze

²⁴ Ispesl, *La valutazione e la gestione dello stress lavoro-correlato. Approccio integrato secondo il modello Management Standard HSE contestualizzato alla luce del D. Lgs 81/2008 e s.m.i.*, ISPESL, Roma, 2010, Retrieved from www.ispesl.it

²⁵ Il rapporto fra salute mentale individuale e condizioni lavorative, e le possibili attività preventive, è stato ribadito, tra gli altri, da F. Jaworski, *Stress at work*, in «Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement», 74 (2013), p. 443; B. Persechino, A. Valenti, M. Ron-

relative alla età e alla anzianità nella mansione sarebbe interessante ai fini di eventuali interventi differenziali²⁶. Inoltre un approccio longitudinale per valutare la genesi e l'evoluzione dell'eventuale malessere potrebbe risultare rilevante per la comprensione della relazione fra gli stressors generali e quelli relativi al lavoro²⁷.

La valutazione condotta con metodi e strumenti attendibili e validi (concettualmente ed empiricamente) può consentire di programmare interventi mirati di risk management e più in generale, azioni di promozione della salute e di prevenzione del disagio, mediante azioni di comunicazione del rischio²⁸.

La presente ricerca è stata limitata alle due grandi categorie del lavoro in ambito pubblico (sanità e scuola); l'estensione del campione ad ambiti diversi per tipologia e modalità organizzative, oltre che a lavoratori del settore privato e a liberi professionisti, risulterà utile per generalizzare il modello finalizzato alla riduzione dei fattori di rischio ed all'aumento del benessere lavorativo del personale coinvolto.

ABSTRACT

Obiettivo principale del presente studio è individuare e valutare in ottica interdisciplinare le principali variabili che possono influenzare il malessere lavorativo, utilizzando

chetti, B.M. Rondinone, C. Di Tecco, S. Vitali, S. Iavicoli, *Work-related stress risk assessment in Italy: A methodological proposal adapted to regulatory guidelines*, in «Safety and Health at Work», 4 (2013), pp. 95-99.

²⁶ C. Rauschenbach, S. Krumm, M. Thielgen, G. Hertel, *Age and work-related stress: A review and meta-analysis*, in «Journal of Managerial Psychology», 28 (2013), pp. 781-804.

²⁷ J.A. Edwards, A. Guppy, T. Cockerton, *A longitudinal study exploring the relationships between occupational stressors, non-work stressors, and work performance*, in «Work and Stress», 21 (2007), pp. 99-116.

²⁸ Health and Safety Executive, *Managing the causes of work-related stress. A step-by-step approach using the Management Standards*, London, HSE, 2007; A. Thorpe, *Health and work: progress and priorities in 2011*, in «Public Health», 126 (2011), pp. 15-18; J. Campbell Quick et al., *Preventive stress management in organizations*, cit.

Nel contesto italiano, si segnalano alcuni contributi dei partecipanti al gruppo di ricerca: S. Di Nuovo, L. Dal Corso, A. Falco, *La formazione come prevenzione: disagio organizzativo, stress, burnout*, in *Il carisma al servizio della salute*, cur. N.A. De Carlo, G. Luzzato, Milano, Franco Angeli, 2006, pp. 113-142; M.A. Coniglio, *La comunicazione del rischio per la promozione della salute*, in *Il lato oscuro della modernità*, cur. F.A.M. Caruso, Acireale, Bonanno Editore, 2010, pp. 141-159; M. Coniglio, E. Sidoti, E. Commodari, M.C. Barbagallo, *Manuale di metodologia epidemiologica per la promozione della salute e la prevenzione delle disabilità*, Padova, Piccin, 2012; G. Santisi, S. Di Nuovo, *Benessere organizzativo e prevenzione dello stress lavoro-correlato come fattori di sviluppo e prevenzione della performance organizzativa*, in *Stress, benessere organizzativo e performance. Valutazione e intervento per l'azienda positiva*, cur. N.A. De Carlo, A. Falco, D. Capozza, Milano, Franco Angeli, 2013, pp. 510-535.

strumenti diagnostici adatti a misurare in modo attendibile e valido sul piano sia psicometrico che clinico le variabili osservabili in ambito organizzativo.

È stato esaminato un campione di 243 persone, dipendenti di aziende sanitarie e scolastiche. I risultati evidenziano come i disturbi psicofisici generalmente prevalenti siano quelli del sonno; le percezioni di stress direttamente riferite al lavoro riguardano le preoccupazioni inerenti la mansione e la sensazione di non avere più energie sufficienti per svolgere adeguatamente il proprio lavoro. Alcune significative differenze sono state riscontrate relativamente al genere e all'ambito di lavoro (maggiore stress emotivo è riportato nei lavoratori della sanità rispetto a quelli della scuola). Cambiamenti nello stile di vita, dieta, variazioni di peso sono correlati con l'incremento dello stress. Specifici aspetti di stress sul lavoro predicono significativamente lo stress complessivo, mentre altri sembrano dipendere da diversi fattori extralavorativi. Analisi di approfondimento qualitativo consentono di valutare il profilo dei lavoratori che hanno uno stress superiore al limite della norma. I risultati potranno essere utili al fine di formulare specifici piani organizzativi mirati alla riduzione delle variabili fisiche e psicologiche che incidono sullo stress lavorativo, mediante attività di risk-management da usare per la diagnosi e la gestione organizzativa.

The main objective of this study is to detect and evaluate, in interdisciplinary perspective, the key variables that can affect work uneasiness, using diagnostic tools suitable for measuring both the psychometric and the clinically relevant variables observable in the organizational context.

The sample of the study is composed of 243 subjects, working both in health and school organizations. The results show that the psychophysical disorders generally prevalent regard sleep; stress perceptions directly related to work regard job-related concerns and the feeling of not having enough energy to properly carry out work. Significant differences have been reported pertinent to gender and work context (more emotional stress was reported in healthcare workers than in the school). Lifestyle changes, diet, weight alterations are correlated with increased stress. Specific aspects of work stress significantly predict overall stress, while others seem to depend on different non-working factors. Qualitative in-depth analyses allow assessing the profile of the workers who have a higher stress compared with the norms. The results may be useful in order to formulate specific organizational strategies aimed at reducing physical and psychological variables affecting work stress, through risk management activities useful for diagnosis and organizational planning.