

# L'identificazione dei fattori di rischio stress lavoro-correlato in un'Azienda Sanitaria Ospedaliera: un approccio quali-quantitativo

C.G. CORTESE, LAURA GERBAUDO\*, MARIA PAOLA MANCONI\*\*, B. VIOLANTE\*

Dipartimento di Psicologia - Università degli Studi di Torino

\* S.S. Medico Competente - A.S.O. Santa Croce e Carle di Cuneo

\*\* S.S. Prevenzione e Protezione - A.S.O. Santa Croce e Carle di Cuneo

## KEY WORDS

Stress lavoro-correlato; approccio quali-quantitativo; ospedale

## PAROLE CHIAVE

Work-related stress; qualitative-quantitative approach; hospital

## SUMMARY

**«Identification of risk factors for work-related stress in a hospital: a qualitative and quantitative approach».**  
**Background:** Italian legislation establishes the obligation for the employer to assess any risks to the safety and health of workers, including those relating to work-related stress (WRS). Several studies have proved the existence of a link between WRS and both individual diseases and organizational results. **Objective:** The research aimed at detecting WRS risk factors in a hospital consisting of 53 departments employing 2334 workers. **Methods:** A qualitative and quantitative approach was adopted divided into six steps: 1) analysis of the hospital indicators; 2) semi-structured interviews of the 53 department heads; 3) preparation of a checklist including 42 WRS risk indicators; 4) observation by shadowing of the 53 departments; 5) setting up of 53 focus groups with staff from each department; 6) distribution of the check-list to a representative sample of 747 employees. **Results:** Data analysis showed a "low" level of WRS risk regarding the hospital as a whole, a "medium" level regarding six transversal indicators and eight departments. Three indicators considered particularly significant were examined in detail: "workplace and ergonomic conditions", "shift work", "interruptions in work flow". **Conclusions:** The results helped to identify a series of best practices aimed at reducing WRS risk that are applicable to other health care settings. The qualitative and quantitative approach produced a keen involvement of the employees of the hospital which will positively encourage the real efficacy of the measures taken.

## RIASSUNTO

**Introduzione:** La normativa italiana sancisce l'obbligo per il datore di lavoro di valutare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, compresi quelli riguardanti lo stress lavoro-correlato (SLC). Numerose ricerche hanno infatti dimostrato l'esistenza di un legame tra SLC e patologie individuali da un lato e risultati organizzativi dall'altro. **Obiettivo:** La ricerca si è proposta di individuare la presenza di fattori di rischio SLC all'interno di

Pervenuto il 17.4.2012 - Accettato il 7.1.2013

Corrispondenza: Prof. Claudio G. Cortese, Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Torino, Via Verdi 10, 10124 Torino - Tel. 0116702040 - 335373108 - Fax 0116702790 - E-mail: claudio.cortese@unito.it

*un'ASO articolata in 53 Strutture in cui lavorano 2334 dipendenti. Metodi: È stato adottato un approccio quali-quantitativo articolato in sei fasi: 1) analisi degli indicatori aziendali; 2) realizzazione di interviste semistrutturate ai responsabili delle 53 Strutture; 3) costruzione di una check-list comprendente 42 indicatori di rischio SLC; 4) osservazione mediante shadowing nelle 53 Strutture; 5) realizzazione di 53 focus group con il personale di ciascuna Struttura; 6) somministrazione della check-list a un campione rappresentativo di 747 dipendenti. Risultati: L'analisi dei dati ha mostrato un livello di rischio SLC "basso" per quanto riguarda l'intera ASO, "medio" per sei indicatori trasversali e per otto Strutture. Tre indicatori ritenuti particolarmente significativi sono stati esaminati in maniera approfondita: "Ambienti di lavoro e condizioni ergonomiche", "Lavoro a turni", "Interferenze nello svolgimento delle attività". Conclusioni: I risultati hanno consentito di individuare alcune buone pratiche finalizzate a limitare il rischio di SLC esportabili in analoghi contesti organizzativi. L'approccio quali-quantitativo ha suscitato un forte coinvolgimento dei dipendenti dell'ASO che potrà favorire la reale efficacia delle iniziative intraprese.*

## INTRODUZIONE

Lo stress lavorativo rappresenta il prodotto dell'interazione dinamica fra la persona e il contesto lavorativo e sociale in cui lavora, costituendo la risultante del rapporto distorto tra le sollecitazioni imposte dal compito/ruolo e le capacità dell'operatore a farvi fronte (20, 25, 79).

Correlato all'attività lavorativa, lo stress rappresenta un problema di salute largamente diffuso tanto da occupare il secondo posto fra quelli indicati dai lavoratori e interessare circa il 22% dei lavoratori europei e il 27% di quelli italiani (21, 32). Numerosi studi rilevano come lo stress lavoro-correlato (SLC) condizioni negativamente lo stato di salute dei lavoratori e la produttività aziendale (16, 33). L'Organizzazione Mondiale della Sanità evidenzia che alti livelli di SLC sono predittivi di un maggior rischio sia di disordini psicologici che di infortuni, patologie e decessi (cfr. 3). Numerose indagini hanno dimostrato l'esistenza di una forte correlazione tra SLC e patologie quali cardiopatie, disturbi muscolo-scheletrici, cefalee, affezioni gastro-intestinali, ecc. (26) e tra SLC e disturbi della sfera psichica quali ansia, depressione, difficoltà di concentrazione, ridotte capacità decisionali, modifiche dello stile di vita e comportamentali (28, 35, 59).

Lo SLC produce inoltre effetti negativi sulle organizzazioni aziendali in termini di impegno, prestazione e produttività del personale, incidenti causati da errore umano, turnover e abbandono preco-

ce, tassi di presenza, soddisfazione lavorativa, potenziali implicazioni legali (27, 44, 62, 63, 67, 75, 82).

Alcune forme di organizzazione del lavoro, quali ad esempio carichi di lavoro o di responsabilità eccessivi o troppo scarsi, lavoro a turni, lavoro notturno, ripetitività o monotonia, possono essere all'origine di situazioni stressanti (87). Anche per questa ragione in alcune organizzazioni può instaurarsi un vero e proprio circolo vizioso nel quale le conseguenze negative dello SLC divengono anche cause che producono ulteriore SLC (42).

La normativa italiana, all'articolo 28 del D.lgs 81/2008 integrato dal D.Lgs 106/2009, sancisce l'obbligo per il datore di lavoro di valutare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti lo SLC, secondo i contenuti dell'Accordo Europeo dell'8 ottobre 2004 (2). Dall'epoca della sua emanazione numerosi documenti scientifici e atti di indirizzo hanno concorso a meglio definire il concetto di SLC e a sviluppare metodi e strumenti di valutazione (21, 47, 48).

In tal senso, la "Guida Operativa sulla valutazione e gestione dello SLC" (21) ha suggerito delle indicazioni riguardo al metodo da adottare per la valutazione dello SLC articolandola in due fasi. La prima fase, obbligatoria, consiste nella rilevazione di indicatori di rischio il più possibile oggettivi e quantificabili; la seconda, necessaria solo se nella prima fase siano emerse problematiche, consiste nella valutazione approfondita della percezione

soggettiva da parte dei lavoratori dei fattori associati allo SLC (58).

Anche a livello internazionale sono state fornite indicazioni metodologiche per la valutazione del rischio SLC. Ad esempio, in un documento del 2010 dell'OMS si afferma che il modo più accurato ed obiettivo di valutare lo SLC è una combinazione di più strumenti tra cui misure oggettive del carico di lavoro e osservazioni delle condizioni di lavoro, confrontate con le informazioni provenienti dai lavoratori (94; per ricerche condotte con metodi multi-source cfr. 1, 52).

Questi documenti, nel loro insieme, mirano a disegnare un percorso valutativo che privilegia l'organizzazione del lavoro, al fine di implementare provvedimenti efficaci sulla riduzione delle cause dello SLC e rendere possibile prevenire o ridurre l'impatto che questo fenomeno può avere sull'ambiente di lavoro (22).

## OBIETTIVO

La ricerca si è proposta di individuare la presenza di fattori di rischio SLC all'interno dell'ASO S. Croce e Carle di Cuneo, ospedale di riferimento per il territorio provinciale a elevata specializzazione, le cui funzioni sono svolte nell'ambito di 12 Dipartimenti articolati in 53 Strutture Autonome (cfr. tabella 3).

La ricerca si è proposta inoltre di definire delle buone pratiche, esportabili anche in altri contesti sanitari, finalizzate a limitare il rischio di SLC.

## METODO

### Procedura

La ricerca è stata condotta da un gruppo di esperti composto da psicologi del lavoro e psicologi della salute del Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Torino e dalle figure aziendali di riferimento, ovvero medico competente (MC) e responsabile servizio prevenzione e protezione (RSPP), a partire da un approccio qualitativo. La scelta di tale approccio è stata ef-

fettuata per due principali ragioni: da un lato incrementare la validità dei risultati, grazie all'utilizzo di differenti strumenti di ricerca (43, 45, 64, 77), evitando i possibili bias legati all'esclusivo utilizzo di un questionario in autocompilazione (69); dall'altro coinvolgere i soggetti, motivandoli sia a contribuire alla fase di raccolta dati sia ad avere un atteggiamento proattivo nella successiva fase di realizzazione delle azioni di intervento (6, 39, 77). All'interno di questo approccio, è stata definita una procedura di ricerca, che ha previsto l'utilizzo di una pluralità di strumenti, articolata in sei fasi.

1) *Analisi degli indicatori aziendali.* Allo scopo di ottenere un'iniziale stima dell'eventuale presenza di eventi sentinella, sono stati esaminati gli indicatori aziendali riguardanti: assenze per malattia, indici infortunistici, mobilità del personale (turnover da e verso l'Azienda e domande di trasferimento interno), segnalazioni del MC (visite a richiesta e giudizi di limitazione per costrittività organizzative) e provvedimenti disciplinari.

2) *Interviste.* Successivamente sono state realizzate 53 interviste semistrutturate ai responsabili delle 53 Strutture, della durata media di circa due ore, nel corso delle quali veniva richiesto di indicare, alla luce della definizione di SLC dell'Accordo Europeo dell'8 ottobre 2004, i potenziali fattori di rischio presenti nella propria Struttura. La modalità di conduzione delle interviste ha seguito le indicazioni di Taylor e Barling (85) che hanno utilizzato questo strumento per la ricerca in ambito sanitario. Un focus group con il medesimo contenuto di indagine, della durata di quattro ore, è stato successivamente realizzato con i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS) presenti nell'ASO.

3) *Costruzione della check-list.* Integrando i risultati delle interviste con le indicazioni derivate dalla normativa e dalla letteratura (4), è stata messa a punto una check-list comprendente 42 indicatori di rischio SLC articolati in sette categorie (cfr. tabella 2). La check-list è stata utilizzata nelle fasi successive al fine di rilevare, per ogni indicatore in ciascuna Struttura, la presenza di rischi e – in caso positivo – il livello di tale rischio.

4) *Osservazione.* Nelle 53 Strutture è stata realizzata un'osservazione condotta mediante la tecnica dello shadowing (7, 36; per esempi di utilizzo dello

shadowing in ambito sanitario, cfr. 64 e 76). All'osservazione sono state dedicate un minimo di 16 ore per ciascuna Struttura, divise in segmenti di due ore, in modo da coprire tutti i turni (anche notturni e festivi) in cui l'attività di lavoro viene realizzata. Al termine di ogni momento di osservazione, il ricercatore ha compilato la check-list indicando la presenza e il livello di ciascun indicatore di rischio.

5) *Focus group*. In ciascuna Struttura è stato realizzato un focus group, della durata media di circa due ore, in cui i partecipanti venivano invitati dal ricercatore che conduceva l'incontro a indicare la presenza o meno dei 42 indicatori di rischio SLC nella propria Struttura e, in caso positivo, a fornire degli esempi concreti della loro presenza. Come per l'osservazione, al termine di ogni focus group il ricercatore compilava la check-list indicando la presenza e il livello di ciascun indicatore di rischio. La modalità di conduzione dei focus group ha seguito le indicazioni di Cousins et al. (24) che hanno utilizzato questo strumento per la ricerca in ambito sanitario. Veniva inoltre chiesto ai partecipanti se ritenevano necessario includere nella check-list ulteriori indicatori di SLC specifici per la propria Struttura. Questo controllo della validità della check-list non ha evidenziato la necessità di inserire nuovi indicatori.

6) *Somministrazione estensiva della check-list*. Riprendendo il metodo utilizzato da Bunce e West (13), a un campione rappresentativo di lavoratori di ciascuna Struttura è stata inviata la check-list (reimpaginata nella forma di un questionario con domande chiuse e aperte) con la richiesta di segnalare quali indicatori di rischio SLC fossero presenti nella propria Struttura (SI-NO) e, in caso positivo, di fornire un esempio.

## Popolazione

La ricerca è stata realizzata nelle 53 Strutture Autonome (di cui 45 di tipo sanitario e 8 di tipo tecnico e amministrativo) in cui si articola l'ASO. Il numero di dipendenti dell'ASO, al momento dell'indagine, era pari a 2334.

Nella fase 2 sono stati intervistati i dirigenti e/o i preposti di ogni Struttura (direttore e coordinatore infermieristico – intervistati insieme – per le Strut-

ture di tipo sanitario, responsabile per le Strutture di tipo tecnico e amministrativo), per un totale di 83 soggetti (alcuni soggetti sono responsabili di due Strutture, e pertanto sono stati intervistati due volte) ascoltati nel corso di 53 interviste condotte da un ricercatore. È stato inoltre realizzato un focus group con i sette RLS presenti nell'ASO. La scelta di confrontarsi con tutti i dirigenti e/o i preposti e tutti gli RLS nella fase preliminare alla costruzione della check-list è stata fatta alla luce della considerazione che queste figure, in virtù della posizione occupata, hanno una visione ampia e articolata del contesto di lavoro (nei suoi aspetti operativi, relazionali, organizzativi e gestionali), e di conseguenza dei possibili fattori di SLC in esso presenti (37).

Nella fase 5 sono stati realizzati 53 focus group che hanno coinvolto complessivamente 261 lavoratori (da un minimo di quattro a un massimo di sette per ciascuna Struttura). La partecipazione al focus group era di tipo volontario, e l'autocandidatura seguiva l'invito fatto dal ricercatore a tutto il personale della Struttura nel corso della fase di osservazione.

Nella fase 6 è stato coinvolto almeno il 30% del personale di ciascuna Struttura, individuato dal gruppo di ricerca in modo da essere rappresentativo per qualifica (medici, infermieri, OSS, tecnici e amministrativi), per genere e per anzianità di servizio (inferiore a 5 anni, da 6 a 20 anni, oltre 20 anni)<sup>1</sup> mediante estrazione casuale dall'elenco dei dipendenti di ciascuna Struttura. A fronte di 747 check list distribuite dai responsabili di Struttura (pari al 31,5% dei dipendenti dell'ASO), sono state riconsegnate complessivamente 529 check list compilate, pari al 70,8% delle check list distribuite e al 22,4% dei dipendenti dell'ASO. In nessuna

<sup>1</sup> Analizzando i dati ottenuti da una precedente ricerca di clima organizzativo condotta nell'ASO, e in particolare tenendo conto della massima deviazione standard delle risposte alle domande del questionario utilizzato in quell'occasione, è stato possibile definire entro un intervallo compreso tra il 5% e il 15% della popolazione la dimensione del campione rappresentativo per ciascuna delle 53 Strutture. L'invio della check-list ad almeno il 30% dei dipendenti di ciascuna Struttura (con una effettiva redemption mai inferiore al 20%) ha garantito la rappresentatività dei dati raccolti.

Struttura la percentuale di rispondenti è risultata inferiore al 20% dei dipendenti in servizio.

Va precisato che al fine di incrementare il più possibile il numero complessivo di soggetti interpellati nel corso delle differenti fasi della ricerca, i soggetti che hanno preso parte alle interviste, ai focus group e alla compilazione della check list sono sempre stati diversi tra loro. In questo senso, considerando le fasi 2, 5 e 6, sono stati interpellati 880 soggetti (37,7% dei dipendenti), cui si aggiungono tutti coloro che sono stati osservati nel corso delle circa 1000 ore di osservazione della fase 4.

### Strumento di valutazione

La check-list elaborata nella fase 3 (cfr. tabella 2) ha rappresentato il principale strumento di ricerca, perché è attraverso di essa che sono stati raccolti i dati nelle successive fasi dello studio. La check-list è uno strumento di ricerca che si compone di una serie di indicatori, riferiti a un oggetto di studio, eventualmente raggruppati in categorie sovraordinate. Il suo utilizzo nella ricerca in ambito sanitario è ampiamente documentato in letteratura (cfr. 57, 74). Il principale vantaggio di questo strumento è che può essere utilizzato per la raccolta dati secondo differenti modalità: qualitative o quantitative, in autocompilazione o con compilazione da parte del ricercatore (56, 80). Alla luce della scelta di utilizzare un approccio quali-quantitativo, comprendente differenti fasi di raccolta dati, la check-list è stata ritenuta lo strumento più idoneo per rilevare gli stessi indicatori in occasioni differenti.

La check-list utilizzata nella presente ricerca si articola in 42 indicatori di rischio SLC (ad esempio "Gestione della conflittualità con pazienti e familiari") che confluiscono in sette categorie (ad esempio "Relazione con l'utenza") ed è stata costruita facendo riferimento alla normativa (art. 28 del D. Lgs. 81/08 e s.m.i., indicazioni della Commissione Consultiva e proposta metodologica suggerita dal Coordinamento Tecnico Interregionale della Prevenzione nei luoghi di lavoro), alla letteratura (8, 16, 31, 38, 40, 46, 48, 49, 71, 72, 84) e alle interviste ai responsabili delle Strutture. Questa molteplicità di riferimenti ha consentito di disporre di uno strumento di ricerca che fosse al tempo stes-

so in linea con gli standard nazionali ma anche coerente con le peculiarità dell'ASO.

La sua validità di costruito è stata verificata mediante l'analisi di un panel di quattro esperti del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Torino (esterni rispetto al gruppo di ricerca), che hanno fornito suggerimenti relativi alla formulazione degli indicatori e all'etichetta delle categorie. L'utilizzo nelle fasi 4, 5, e 6 della ricerca non ha evidenziato criticità relative allo strumento in termini di comprensibilità degli item, di completezza e di coerenza con le attività svolte all'interno dell'ASO.

### Analisi dei dati

L'analisi degli indicatori aziendali individuati nella fase 1 è stata effettuata per confronto longitudinale (andamento negli ultimi tre anni) e con i dati riportati in letteratura (34, 65, 70, 88, 90, 95) e nei siti dell'INAIL e della Regione Piemonte.

Sulle interviste realizzate nella fase 2 è stata condotta un'analisi di contenuto con un metodo cartaceo-matita (53, 86, 89) al fine di individuare i fattori di rischio SLC presenti nell'ASO a parere degli intervistati.

Sia la fase 4 che la fase 5 hanno prodotto, per ciascuna Struttura, una check-list con un punteggio su una scala da 0 a 3 per ciascun indicatore, attribuito dai ricercatori a partire dall'analisi dei dati raccolti sul campo. Il punteggio pari a 0 indica un livello di rischio "non significativo" dell'indicatore, valutato "non presente". Gli altri tre livelli sono l'esito dell'incrocio di due variabili riferite all'indicatore stesso:

- occasionalità/sistematicità della sua presenza;
- intensità bassa/elevata.

In dettaglio, il punteggio 1 (rischio "basso") deriva da una condizione di presenza occasionale combinata con una bassa intensità; il punteggio 2 (rischio "medio") deriva da una presenza occasionale combinata con un'elevata intensità oppure da una presenza sistematica combinata con una bassa intensità; il punteggio 3 (rischio "elevato") deriva da una presenza sistematica combinata con un'elevata intensità.

Tale valutazione ha avuto luogo con criteri specifici, individuati là dove possibile in accordo con la

letteratura, per ciascun indicatore o gruppo di indicatori omogenei. Per quegli indicatori rispetto ai quali non è stato possibile rintracciare dei criteri in letteratura, la valutazione si è basata su criteri condivisi all'interno del gruppo di lavoro. Ad esempio, nel caso dell'indicatore "Gestione della conflittualità con pazienti e familiari", si è ritenuta "sistematica" un'occorrenza pari o superiore a un episodio al giorno, e si è ritenuto ad "alta intensità" un disagio che producesse nell'operatore un ricordo persistente dell'episodio e/o la necessità di riferirlo al proprio responsabile (78).

Per quanto riguarda la fase 6, sulle check-list compilate dai soggetti appartenenti a ogni specifica Struttura è stata compiuta un'analisi statistica delle frequenze con cui ciascun indicatore era stato considerato presente dai rispondenti (mediante la risposta SI). Se l'indicatore non era stato ritenuto presente da nessun soggetto, è stato assegnato il punteggio 0. Se l'indicatore era stato ritenuto presente da meno del 25% dei soggetti, è stato assegnato il punteggio 1. Se l'indicatore era stato ritenuto presente da una percentuale di soggetti tra il 25% e il 50%, è stato assegnato il punteggio 2. Se l'indicatore era stato ritenuto presente da più del 50% dei soggetti, è stato assegnato il punteggio 3.

In sintesi, al termine delle sei fasi di ricerca i ricercatori disponevano, per ciascuna Struttura, di tre check-list con un punteggio per ciascun indicatore espresso sulla scala da 0 a 3 descritta in precedenza. Le tre check-list sono state a questo punto messe a confronto e ricondotte a una sola. Per ciascun indicatore:

- in caso di omogeneità fra i tre punteggi si è mantenuto quel punteggio come dato di sintesi; complessivamente si sono verificati 1276 casi di omogeneità su 2226 combinazioni potenziali. Ad esempio, se per una Struttura i tre punteggi relativi all'indicatore "Gestione della conflittualità con pazienti e familiari" erano pari a 1, nella check list di sintesi relativa alla Struttura in questione all'indicatore è stato attribuito un punteggio pari a 1;
- in caso di disomogeneità (950 casi su 2226) è stato calcolato il valore medio dei tre punteggi, successivamente arrotondato per eccesso al valore intero più vicino, utilizzando quest'ultimo

come dato di sintesi. Ad esempio, se per una Struttura i tre punteggi relativi all'indicatore "Gestione della conflittualità con pazienti e familiari" erano pari a 1, 2 e 2 nella check list di sintesi relativa alla Struttura in questione all'indicatore è stato attribuito un punteggio pari a 2.

Successivamente, sommando i punteggi degli indicatori che la compongono, sono stati calcolati i punteggi per ciascuna categoria. Ogni categoria, costituita da 6 indicatori, può assumere teoricamente un valore da 0 a 18. Tali punteggi di categoria sono stati riportati alla scala da 0 a 3 con il seguente criterio: da 0 a 2=0; da 3 a 8=1; da 9 a 14=2; da 15 a 18=3<sup>2</sup>.

Al termine di questa procedura, è stato messo a punto un quadro sinottico, costituito dall'incrocio dei 42 indicatori divisi in sette categorie (in riga) con le 53 Strutture (in colonna). Ciascuna delle 2597 celle risultanti conteneva un punteggio sulla scala da 0 a 3. Ciò ha consentito di procedere con due tipi di analisi dei dati: trasversale (per ciascun indicatore considerando tutte le Strutture) e verticale (per ciascuna Struttura considerando tutti gli indicatori). Precisamente:

- la somma dei punteggi ottenuti da ogni singolo indicatore nelle 53 Strutture (teoricamente variabile tra 0 e 159) è stata riportata alla scala da 0 a 3 con il seguente criterio: da 0 a 26=0; da 27 a 79=1; da 80 a 132=2; da 133 a 159=3. Questo dato indica il livello di rischio associato a ciascun indicatore considerando l'ASO nel suo complesso;
- la somma dei punteggi dei 42 indicatori riferiti a ogni singola Struttura (teoricamente un valore da 0 a 126) è stata riportata alla scala da 0 a 3 con il seguente criterio: da 0 a 20=0; da 21 a 62=1; da 63 a 104=2; da 105 a 126=3. Questo dato indica il livello di rischio associato a ciascuna Struttura.

<sup>2</sup> In tutti i passaggi della ricerca che hanno richiesto una trasformazione dei punteggi per riportarli alla scala da 0 a 3, i cutoff sono stati definiti in modo da privilegiare la sensibilità rispetto ai segnali critici: ad esempio, la presenza di tre indicatori con punteggio pari a 1 e di tre indicatori con punteggio pari a 2 ha determinato un punteggio di categoria pari a 2.

## RISULTATI

L'analisi di ciascuno degli indicatori aziendali considerati nella prima fase di ricerca (tabella 1) non ha evidenziato elementi suggestivi di criticità per quanto attiene a situazioni di SLC: tutti gli indicatori risultano stabili e con un livello inferiore rispetto ai dati riportati in letteratura.

Nella tabella 2 sono presentati i punteggi delle categorie e degli indicatori considerati trasversalmente, ovvero sommando le 53 Strutture come descritto in precedenza. Tra le sette categorie valutate, solo quella riguardante le *Condizioni di lavoro* ha mostrato un livello "medio" di rischio, cioè significativo di condizioni che potrebbero determinare la presenza di SLC.

In totale, sei indicatori su 42 (di cui quattro appartenenti alla categoria *Condizioni di lavoro*) hanno riportato un livello "medio" di rischio; tutti gli altri sono stati associati a un livello di rischio "basso". Questi sei indicatori aziendali sono: "Ritmi di lavoro", "Adeguatezza delle risorse umane necessarie allo svolgimento delle attività", "Ambienti di lavoro e condizioni ergonomiche", "Grado di attenzione richiesto dalle attività", "Interferenze nello svolgimento delle attività" e "Sistemi premianti". A questi può essere aggiunto l'indicatore "Lavoro a turni" (anch'esso appartenente alla categoria *Condizioni di lavoro*) in quanto, pur caratterizzato da un "basso" livello di rischio se si guarda all'ASO nel suo complesso, ha mostrato un livello "medio" o "elevato" di criticità in 25 Strutture, pari al 47,2% del totale dell'ASO e – soprattutto – al 65,8% delle Strutture in cui viene svolto lavoro notturno.

Poiché una presentazione analitica dei dati relativi a ogni indicatore in ciascuna Struttura dell'ASO esula dagli scopi di questo lavoro, vengono qui di seguito approfonditi i risultati relativi a tre indicatori significativi sia per la loro valenza sul versante organizzativo interno, sia per la definizione di buone pratiche esportabili anche in altri contesti sanitari, al fine limitare il rischio di SLC: "Ambienti di lavoro e condizioni ergonomiche", "Interferenze nello svolgimento delle attività" e "Lavoro a turni".

L'indicatore "Ambienti di lavoro e condizioni ergonomiche" ha registrato un livello "medio" o "elevato" di rischio in 31 delle 53 Strutture aziendali (58,5%). La percezione dei lavoratori è stata confermata obiettivamente dal dato che evidenzia come, fra le 31 Strutture in cui la variabile è stata giudicata insoddisfacente, in 24 (77,4%) non siano stati effettuati significativi interventi di ristrutturazione edilizia mentre, fra le restanti 22 Strutture ritenute dai lavoratori per nulla o poco critiche, solo in nove (40,9%) non vi siano stati interventi di adeguamento edilizio ( $\chi^2=7.30$ ;  $p<.01$ ).

L'indicatore "Interferenze nello svolgimento delle attività" ha mostrato un livello "medio" o "elevato" di criticità in 44 Strutture, pari all'83,0% del totale, con un numero di interruzioni/ora osservate nel corso della fase 4 compreso tra quattro e nove. Gli operatori coinvolti nelle fasi 4 e 5 hanno segnalato diffuse difficoltà a causa delle frequenti interruzioni telefoniche, delle richieste inappropriate da parte di pazienti, visitatori e parenti, delle comunicazioni non programmate con i colleghi di lavoro, della compilazione di pratiche e moduli, della collocazione a distanza dalla postazione di lavoro di

**Tabella 1** - Andamento degli indicatori aziendali considerati nel periodo 2008-2010

*Table 1* - Trend of the organizational indicators of the Hospital in the period 2008-2010

	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010
Ore malattia/Ore dovute	1,88%	1,54%	1,61%
Infortuni/Dipendenti ASO	20,9‰	26,4‰	27,6‰
Tasso di turnover	1,7%	1,6%	1,4%
Indice di abbandono aziendale	2,7 ‰	7,8 ‰	5,9 ‰
Domande di trasferimento all'interno dell'ASO	69,4‰	63,3‰	59,8‰
Visite del Medico competente su richiesta del Lavoratore	97,4‰	95,8‰	99,3‰
Limitazioni per costrittività organizzative	39,6‰	32,9‰	22,9‰
Provvedimenti disciplinari	4,0‰	1,7‰	0,0‰

**Tabella 2** - Check-list per la rilevazione dei rischi di stress lavoro-correlato: risultati per tutta l'ASO (categorie e indicatori)  
**Table 2** - Check-list for the detection of work-related stress risk: results for the entire Hospital (categories and indicators)

	Punteggio sulla scala 0-3
Categoria 1_Condizioni di lavoro	2
1.1 - Lavoro a turni e/o reperibilità	1
1.2 - Ritmi di lavoro	2
1.3 - Adeguatezza delle risorse umane necessarie allo svolgimento delle attività	2
1.4 - Adempimenti burocratici (ad esempio compilazione di modulistica, cartelle cliniche, ecc.)	1
1.5 - Ambienti di lavoro e condizioni ergonomiche (ad esempio carico di lavoro fisico, microclima, spazi lavoro)	2
1.6 - Grado di attenzione richiesto dalle attività (ad esempio utilizzo continuo di strumentazione diagnostica o svolgimento di più attività in contemporanea)	2
Categoria 2_Controllo e decisionalità lavorativa	1
2.1 - Adeguato coinvolgimento nelle decisioni inerenti la gestione del paziente	1
2.2 - Adeguato coinvolgimento nelle decisioni organizzative	1
2.3 - Autonomia professionale	1
2.4 - Partecipazione alle decisioni aziendali	1
2.5 - Controllo sulla programmazione delle attività	1
2.6 - Pertinenza degli assistiti rispetto alla specificità della Struttura	1
Categoria 3_Relazione con l'utenza	1
3.1 - Presa in carico dei bisogni emotivi dei pazienti e dei parenti	1
3.2 - Coinvolgimento affettivo degli operatori	1
3.3 - Gestione della conflittualità con pazienti e familiari	1
3.4 - Aspetti etici relativi ai trattamenti sanitari	1
3.5 - Confronto con la morte o gravi patologie	1
3.6 - Assistenza a pazienti fragili	1
Categoria 4_Comunicazione	1
4.1 - Disponibilità di informazioni relative alla condizione clinica dei pazienti	1
4.2 - Disponibilità di informazioni relative alle modalità di svolgimento del lavoro	1
4.3 - Comunicazione aziendale rivolta agli operatori	1
4.4 - Adeguatezza delle riunioni (in termini di frequenza e di efficacia)	1
4.5 - Interferenze nello svolgimento delle attività	2
4.6 - Comunicazione con pazienti e famigliari relativa agli aspetti professionali	1
Categoria 5_Supporto e valorizzazione	1
5.1 - Possibilità di rivolgersi ai propri superiori	1
5.2 - Supporto professionale da parte dei colleghi	1
5.3 - Supporto emotivo	1
5.4 - Sviluppo di carriera	1
5.5 - Sistemi premianti	2
5.6 - Formazione relativa all'acquisizione di competenze professionali e trasversali	1
Categoria 6_Ruolo nell'organizzazione	1
6.1 - Definizione dei contenuti e dei confini del ruolo	1
6.2 - Chiara definizione delle responsabilità del ruolo svolto in Azienda	1
6.3 - Rapporti all'interno della struttura	1
6.4 - Rapporti con altre strutture	1
6.5 - Responsabilità verso gli utenti	1
6.6 - Potenziali contenziosi legali	1

(continua)



**Tabella 2 (continua)** - Check-list per la rilevazione dei rischi di stress lavoro-correlato: risultati per tutta l'ASO (categorie e indicatori)*Table 2 (continued)* - Check-list for the detection of work-related stress risk: results for the entire Hospital (categories and indicators)

	Punteggio sulla scala 0-3
Categoria 7_Aspetti soggettivi	1
7.1 - Percezione dell'adeguatezza delle proprie competenze	1
7.2 - Percezione della valorizzazione del proprio operato	1
7.3 - Controllo delle emozioni	1
7.4 - Percezione di tutela della propria sicurezza da parte dell'Azienda	1
7.5 - Percezione di rischio derivante dal lavoro a contatto con pazienti potenzialmente violenti	1
7.6 - Equilibrio vita-lavoro	1

dispositivi, equipaggiamenti e servizi che devono essere frequentemente utilizzati, dell'uso crescente di strumentazione tecnologica collegata ad allarmi.

Per quanto riguarda l'indicatore "Lavoro a turni", nelle 25 Strutture in cui la percezione del rischio è risultata più forte le cause del disagio possono dipendere da errori nella gestione della turnistica da parte dei coordinatori e responsabili, da caratteristiche intrinseche alla tipologia di attività svolta (tipicamente in Pronto Soccorso, Rianimazione, UTIC, Psichiatria) e/o da una insufficiente dotazione di personale.

L'analisi delle singole Strutture operative esaminate, riportata in tabella 3, ha evidenziato in otto

casi su 53 (15,1% del totale) un livello di rischio SLC "medio". Nelle restanti 45 Strutture, il rischio è stato considerato in 43 casi "basso" (81,1%) e in due casi "non significativo" (3,8%). Per nessuna Struttura è emerso un livello "elevato" di rischio. In coerenza con quanto riscontrato con l'analisi degli indicatori aziendali l'ASO, complessivamente considerata, ha mostrato un livello "basso" di rischio.

Tra i risultati di maggiore interesse emersi in riferimento alle otto Strutture con un livello di rischio "medio" di SLC segnaliamo che, a fianco delle problematiche trasversali sopra descritte, sono emerse ulteriori problematiche specifiche (tabella 4).

**Tabella 3** - Punteggio di rischio stress lavoro-correlato per Strutture*Table 3* - Work-related stress risk score in the Departments

Strutture	Punteggio sulla scala 0-3
Blocco operatorio (1); Centro sterilizzazione e disinfettori (2); Chirurgia generale (3); Geriatria (4); Ortopedia e Traumatologia (5); Pronto soccorso (6); Psichiatria (7); Recupero e riabilitazione funzionale (8)	2
Ambulatori cardiologia; Anatomia e Istologia patologica; Anestesia; Anestesia e Terapia intensiva cardiovascolare; Blocco operatorio cardiovascolare; Cardiochirurgia; Cardiologia; Centrale termica; Chirurgia day surgery e Chirurgia toracica; Chirurgia vascolare; COP; Dialisi continuità assistenziale; Direzione di presidio; Ematologia; Endocrinologia; Farmacia; Gastroenterologia e Endoscopia digestiva; Ginecologia; Immunoematologia e trasfusionale; Laboratorio analisi; Malattie infettive e tropicali; Medicina d'urgenza; Medicina interna; Medicina nucleare; Medicina specialistica degenza, Nefrologia, Oncologia, Pneumologia; Neurochirurgia; Neurochirurgia Sala operatoria; Neurologia; Neuropsichiatria infantile; Oculistica reparto e sala operatoria; Oncologia day hospital; Ostetricia; Otorinolaringoiatria, Chirurgia cervico-facciale e Chirurgia maxillo-facciale; Pediatria; Personale; Radiologia; Radioterapia e Centro alte energie; Rianimazione; Servizio tecnico; Sistema informativo direzionale; Terapia intensiva neonatale; Urologia; UTIC	1
Day service; Pensionato multispecialistico e Ambulatori libera professione	0

**Tabella 4** - Indicatori con punteggio 2 e 3 nelle otto Strutture (cfr. tabella 3) con livello di rischio stress lavoro-correlato "medio" (*corsivo: indicatori emersi come critici per tutta l'ASO*)

*Table 4* - Indicators with score 2 and 3 in the eight Departments (see table 3) with "medium" work-related stress risk level (*italics: critical indicators throughout the hospital*)

Strutture								
Indicatori	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1.1	-	2	2	-	2	3	2	-
1.2	2	2	3	3	2	3	2	3
1.3	-	2	3	2	2	-	2	2
1.4	-	-	3	2	3	3	-	-
1.5	3	-	3	3	3	3	-	3
1.6	3	3	3	2	2	3	-	-
2.1	2	-	-	2	2	-	3	-
2.2	3	2	-	-	-	-	2	-
2.4	3	-	2	-	2	-	-	-
2.5	2	-	-	-	2	3	-	3
2.6	-	-	3	2	3	2	2	-
3.1	-	-	2	2	2	2	2	2
3.2	-	-	-	2	-	-	2	-
3.3	-	-	2	3	3	3	3	-
3.4	-	-	-	3	-	-	2	-
3.5	-	-	2	2	-	3	-	2
3.6	2	-	2	2	2	-	2	2
4.1	-	-	-	-	-	2	2	-
4.2	2	2	2	-	-	-	-	2
4.3	2	-	-	-	2	-	-	-
4.4	-	3	2	-	-	-	2	3
4.5	2	2	3	3	2	3	3	2
4.6	-	-	-	2	2	3	3	-
5.1	2	2	-	2	2	-	3	3
5.2	2	2	-	-	-	-	-	3
5.3	-	-	-	2	-	2	-	-
5.4	2	2	-	2	2	-	-	2
5.5	2	2	2	2	2	-	2	2
5.6	-	2	2	-	-	-	-	3
6.1	2	2	-	-	2	-	3	2
6.3	2	3	2	-	2	2	-	3
6.4	-	-	-	-	2	3	-	-
6.5	2	2	2	2	3	3	2	2
6.6	3	2	-	-	2	3	2	-
7.1	1	-	-	-	2	-	-	-
7.2	2	3	2	2	3	2	2	3
7.3	-	-	-	-	-	2	2	-
7.4	2	2	-	-	-	-	2	-
7.5	-	-	-	-	3	2	3	-
7.6	-	2	2	-	3	2	2	-

Problematiche specifiche, la cui presentazione esula dagli scopi di questo lavoro, sono infine state

evidenziate nelle 45 Strutture con un livello di rischio "basso" o "non significativo".

## DISCUSSIONE

Nella prima fase del percorso di ricerca gli elementi previsti dalle linee guida non hanno evidenziato l'esistenza di criticità associate agli indicatori aziendali di SLC (assenze per malattia, infortuni, turn-over, ecc.). Nonostante tale risultato, la valutazione è stata approfondita tramite ulteriori momenti di indagine, basati sull'osservazione e sull'ascolto delle percezioni riportate dalle figure aziendali coinvolte a differente titolo per rappresentare il quadro dello SLC. Tale orientamento, a parere del gruppo di ricerca, esprime compiutamente lo spirito della normativa oggi vigente nel nostro Paese.

Una metodologia di ricerca di questo tipo, articolata in più fasi, è stata preferita alla più tradizionale somministrazione di un questionario in quanto maggiormente partecipativa. In particolare, nella fase 2, gli 83 soggetti intervistati sono stati chiamati a essere "coautori" della check-list utilizzata successivamente, e nella fase 5 sono stati coinvolti 261 soggetti in 53 focus group che hanno suscitato un forte interesse e un'ampia disponibilità a essere presenti.

A conferma di quanto riscontrato con la fase 1, le successive fasi del percorso di ricerca hanno evidenziato complessivamente un "basso" livello di rischio di SLC nell'ASO. Tuttavia, l'indagine condotta ha consentito di ottenere tre tipi di dati di grande interesse applicativo relativi a:

- 1) indicatori trasversali a tutta l'ASO sui quali intervenire con azioni di bonifica ad ampio raggio;
- 2) strutture con un livello "medio" di rischio SLC, sulle quali intervenire con azioni di bonifica mirate agli indicatori per i quali il livello di rischio è stato valutato come "medio" o "elevato";
- 3) criticità puntuali (ovvero ulteriori rispetto agli indicatori trasversali) presenti in Strutture con livello di rischio "basso" o "non significativo", sulle quali condurre opportuni interventi di bonifica.

In riferimento al primo tipo di dato, un livello "medio" di rischio SLC si è riscontrato per sei indicatori cui si può aggiungere il "Lavoro a turni" per le ragioni già esposte. Cinque di questi indicatori

appartengono alla categoria delle "Condizioni di lavoro": oltre allo stesso "Lavoro a turni" e ad "Ambienti di lavoro e condizioni ergonomiche", cui verrà dedicato un commento approfondito, si tratta di: "Ritmi di lavoro", "Adeguatezza delle risorse umane necessarie allo svolgimento delle attività" e "Grado di attenzione richiesto dalle attività". Il primo e il terzo di questi indicatori chiamano in causa fonti di rischio SLC già evidenziate in altre ricerche (5, 54, 68), mentre il secondo aspetto può essere considerato più specifico per l'ASO in cui è stata effettuata la ricerca. I restanti due indicatori sono "Interferenze nello svolgimento delle attività" e "Sistemi premianti". Il primo sembra segnalare una problematica specifica per l'ASO in cui è stata effettuata la ricerca, mentre il secondo pare scontare le problematiche generali che in Italia qualificano da tempo il settore del pubblico impiego (41) e sono attualmente rese più acute dalla congiuntura economica sfavorevole.

Facendo specifico riferimento ai tre indicatori approfonditi in sede di presentazione dei risultati, la loro importanza in ambito sanitario è confermata da numerose ricerche. Per quanto riguarda "Ambienti di lavoro e condizioni ergonomiche", le norme di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori, compresa quella che riordina gli aspetti di natura tecnica del settore ospedaliero (30), contemplano l'obbligo di attenersi al rispetto di principi ergonomici nelle fasi di progettazione, realizzazione e gestione dell'attività di lavoro, con l'intento di rendere l'ambiente di lavoro e di ricovero adeguato dal punto di vista delle caratteristiche strutturali/edilizie e degli assetti organizzativi. I risultati della ricerca evidenziano come sia maggiormente favorevole la percezione dei lavoratori occupati in aree nuove o di recente ristrutturazione, e pertanto allestite secondo criteri moderni e funzionali all'attività lavorativa, e viceversa risulti concausa di SLC il disagio derivante dalla necessità di adattamento ad ambienti antiquati e in molti casi poco confacenti ai bisogni codificati dai canoni della clinica odierna.

Anche l'indicatore "Interferenze nello svolgimento delle attività" chiama in causa un aspetto dalla potenziale capacità, segnalata dalla percezione individuale e confermata in letteratura, di condizionare negativamente le prestazioni lavorative. L'am-

bito sanitario è infatti tradizionalmente considerato un luogo di lavoro in cui se da un lato le interruzioni hanno molteplici funzioni, molte delle quali necessarie per comunicare informazioni urgenti (18, 73), dall'altro, per la loro frequenza e per caratteristiche intrinseche, rendono l'attività frammentaria e contribuiscono a determinare un livello elevato di inefficienza (66). Studi sull'argomento hanno evidenziato un range di interruzioni variabile, a seconda della tipologia di reparto, da un numero di 6.7 per ora (9) fino a 11.1 per ora (19), e una recente indagine svolta in Australia (92) ha documentato che ogni interruzione si associava ad un aumento del 12,0% dei fallimenti procedurali e del 12,7% degli errori clinici, a prescindere dall'esperienza degli operatori. Il dato ricavato dalle osservazioni condotte nelle Strutture con un livello di rischio "medio" o "elevato" (da quattro a nove interruzioni/ora) è in tal senso un significativo segnale di attenzione. È stato inoltre recentemente dimostrato come l'assetto dell'ambiente di lavoro possa a sua volta favorire le interruzioni (12): la collocazione a distanza di servizi che devono essere frequentemente utilizzati o la mancata disponibilità nelle vicinanze di dispositivi ed equipaggiamenti necessari all'esecuzione dei compiti, insieme agli altri aspetti segnalati dagli operatori, rappresentano esempi di interruzioni presenti anche nell'ASO in cui è stata condotta la ricerca meritevoli di interventi correttivi a livello organizzativo.

Allo stesso modo, l'indicatore "Lavoro a turni", specialmente se comprendente i turni notturni, è considerato dalla letteratura un'oggettiva condizione di stress per l'organismo, con potenziali significative ripercussioni negative sulla sfera biologica, sull'efficienza lavorativa e sulle condizioni di vita familiari e sociali dell'individuo. Poiché nell'ASO, nonostante la disponibilità in letteratura di linee guida sul tema (23), fino ad oggi non sono state fornite indicazioni univoche sull'adozione degli schemi di turnistica più appropriati per conciliare le esigenze dell'organizzazione con i bisogni individuali dei lavoratori, un intervento su questo aspetto risulta non differibile.

Il secondo tipo di dato, relativo agli indicatori che hanno ottenuto un punteggio di rischio "medio" o "elevato" all'interno delle otto Strutture con un li-

vello "medio" di rischio (cfr. tabella 4), non solo ha confermato i risultati di altre ricerche realizzate in ambito sanitario, ad esempio quelle riguardanti gli "Aspetti etici legati ai trattamenti sanitari" in Geriatria (93; per risultati di ricerca relativi ad altri indicatori o categorie cfr. 10, 14, 18, 29, 83), ma è risultato particolarmente utile per la definizione di azioni mirate di bonifica nelle Strutture in questione.

Anche il terzo tipo di dato, relativo alle criticità puntuali presenti in Strutture con un rischio "non significativo" o "basso", in molti casi ha confermato evidenze già note in letteratura, come ad esempio la criticità del "Controllo delle emozioni" in Oncologia (55, 61). Anch'esso potrà essere utilizzato per orientare successive azioni di prevenzione mirate al controllo dei singoli indicatori.

### **Implicazioni per l'intervento**

La presentazione e discussione dei risultati con il management aziendale ha originato un programma di intervento composto da differenti linee di azione.

La principale linea di azione è rivolta agli indicatori risultati trasversalmente critici. Il requisito comune su cui impostare gli interventi di prevenzione e di correzione consiste nell'applicazione di criteri di riconosciuta efficacia ergonomica.

In particolare, per quanto attiene l'indicatore "Ambienti di lavoro e condizioni ergonomiche", non paiono al momento realizzabili significativi interventi di tipo edilizio; viceversa sono più praticabili misure basate sulla riorganizzazione dell'attività assistenziale compatibili con il modello, attualmente in corso di sperimentazione nell'ASO, dell'"Ospedale per intensità di cure", che dovrebbe permettere ai pazienti con particolari esigenze assistenziali di essere ricoverati in locali dotati di spazi più funzionali e di attrezzature adeguate alla complessità della loro situazione clinica e consentire, in tal modo, una ricaduta positiva in termini di appropriatezza di cura e di efficacia ergonomica per gli operatori sanitari (11).

Il riconoscimento delle numerose e diversificate cause potenziali di "Interferenze nello svolgimento delle attività" che possono perturbare il normale flusso lavorativo in ambito ospedaliero suggerisce la necessità di un approccio multidimensionale al pro-

blema che contempra un'analisi approfondita del layout del posto di lavoro e delle procedure da adottare nei settori più critici. In accordo a quanto indicato in letteratura (91), l'azienda ha già intrapreso differenti linee di intervento per ridurre al minimo le interruzioni non necessarie e i fattori di distrazione. Alcune di esse sono rivolte a razionalizzare le cause tecniche di interruzione come l'uso dei sistemi mobili di comunicazione (81); altre prevedono provvedimenti finalizzati a migliorare le modalità di comunicazione fra operatori, la predisposizione nei reparti di poster che illustrano la tempistica per una razionale ed equilibrata durata della somministrazione dei farmaci, l'effettuazione del giro-visita in orari differenti da quelli per la somministrazione della terapia, la creazione di filtri per regolamentare l'accesso ai reparti e l'istituzione di zone protette destinate alla preparazione dei farmaci attorno alle quali non siano consentite interruzioni (51).

La predisposizione di interventi di prevenzione delle criticità relative al "Lavoro a turni" mira a conciliare le necessità produttive esistenti in ambito ospedaliero con le potenziali ricadute negative di carattere fisiologico e psicosociale per la salute degli operatori. Tali interventi sono indirizzati a una riorganizzazione dei cicli di turnazione che consideri e integri caratteristiche quali la durata del turno lavorativo, la frequenza, la velocità e la direzione delle rotazioni, il numero di notti consecutive di lavoro notturno, i turni di fine settimana, le pause, l'orario di inizio e fine dei turni, la regolarità e prevedibilità del turno (23). L'adozione di criteri razionali di turnistica mutuati dalla letteratura, uniti a una riorganizzazione dell'attività per intensità di cure, potrà rappresentare un utile contributo al controllo del rischio SLC legato al lavoro a turni.

Una seconda linea di intervento è rivolta alle Strutture a rischio "medio" e alle situazioni critiche puntuali rilevate in alcune Strutture con punteggi complessivi di rischio "non significativo" o "basso". Per far fronte a queste criticità è stato chiesto ai responsabili di individuare delle ipotesi di intervento ritenute percorribili all'interno della propria Struttura al fine di diminuire lo stress percepito, in una prospettiva di gestione condivisa con il management aziendale degli interventi di bonifica dello SLC, così come avvenuto in fase valutativa. A so-

stegno di questa azione l'ASO ha potenziato l'offerta rivolta ai direttori e coordinatori di Struttura di percorsi formativi finalizzati all'accrescimento delle competenze di gestione del gruppo e dei singoli; per gli operatori delle Strutture a rischio "medio" sono previsti inoltre incontri di coaching con successivo follow-up organizzati in piccoli gruppi e basati sull'analisi di autocasi. Ulteriori specifiche iniziative di counseling sono rivolte alle Strutture in cui sono state evidenziate criticità negli aspetti di relazione con i pazienti o i familiari, di presa in carico dei bisogni emotivi del paziente, di controllo delle proprie emozioni.

Una terza linea di intervento, con finalità preventive, consiste nell'inserimento di moduli formativi inerenti i temi del controllo e del coping dello SLC nell'ambito delle iniziative di formazione obbligatoria per i lavoratori.

### **Limiti e prospettive**

Un primo limite della ricerca fa riferimento alla sua durata che, considerando tutte le fasi, è risultata pari a circa un anno e mezzo. In questo intervallo temporale si sono verificati alcuni cambiamenti (ad esempio una Struttura è stata trasferita in altri locali di recente ristrutturazione) e gli esiti di questi cambiamenti sono stati considerati solo parzialmente. Anche a livello di organico, come è ovvio, vi sono state delle modifiche in seguito a pensionamenti, trasferimenti e assunzioni, che hanno certamente prodotto effetti non sempre rilevati.

Un secondo limite riguarda la presenza di un possibile bias di selezione dei partecipanti ai focus group, che sono stati selezionati mediante autocandidatura. Al di là delle considerazioni relative all'utilizzo dell'autocandidatura nell'ambito della ricerca qualitativa, che a parere di Flick (37) garantisce un livello di motivazione alla partecipazione che a sua volta è imprescindibile per la validità del dato finale, nel caso specifico si è adottata questa modalità in quanto una precedente ricerca di clima organizzativo, realizzata nell'ASO due anni prima da parte di una società esterna, aveva suscitato nei dipendenti il timore di essere sottoposti a una valutazione "mascherata". Questo episodio, ancora ben vivo nella memoria dei dipendenti dell'ASO, ha

diffuso una forte diffidenza nei confronti delle iniziative di ricerca in organizzazione che, nel caso di utilizzo di una modalità diversa dall'autocandidatura, avrebbe potuto portare i soggetti sia ad assumere un atteggiamento esplicitamente ostile (alla ricerca e ai ricercatori) nel corso dei focus group, sia a riferire dati non validi per il timore di un utilizzo differente da quello dichiarato (cfr. 15).

Un terzo limite riguarda la mancata rilevazione dei dati socio-anagrafici dei rispondenti nel corso delle fasi 5 e 6, che non ha reso possibile un'analisi dei dati raccolti se non in funzione della Struttura di appartenenza. Tale scelta è stata effettuata, in accordo con la Direzione Generale dell'ASO, per la ragione discussa al punto precedente: la sensazione di violazione dell'anonimato, tanto più probabile se ai soggetti fosse stato chiesto di qualificarsi in funzione di altre variabili, avrebbe potuto inficiare sia la redemption alla somministrazione delle check-list, sia la validità delle risposte ai focus group e alla check-list stessa.

Un ulteriore limite riguarda l'impossibilità di coinvolgere tutti i dipendenti dell'ASO nella fase 6 di compilazione della check-list, a causa di vincoli temporali e di risorse.

Al di là di questi limiti, la validità dei dati ottenuti appare confermata a partire dall'applicazione di alcuni criteri per la valutazione della ricerca quali-quantitativa proposti in letteratura (50, 60), tra i quali anzitutto: ampiezza della base empirica, coerenza tra dati relativi al medesimo oggetto raccolti con differenti strumenti, capacità di produrre insight, riconoscibilità da parte dei membri dell'organizzazione, possibilità di effettuare controlli con dati di archivio.

In termini di prospettive future, a un anno di distanza dalla conclusione della ricerca qui presentata verrà compiuto un monitoraggio per verificare l'esito degli interventi. Questo monitoraggio sarà l'occasione per creare un "cruscotto" per il controllo dei principali indicatori di rischio SLC da parte dei Responsabili di Struttura e del vertice dell'ASO, da aggiornare periodicamente mediante ulteriori momenti di ricerca, magari focalizzati su specifici indicatori.

La realizzazione di un monitoraggio di questo tipo è non solo un atto che risponde alle indicazioni della normativa e a un'esigenza gestionale per

comprendere l'efficacia degli interventi realizzati, ma sarà anche l'occasione per mettere a punto un questionario comprendente i 42 indicatori basati sull'utilizzo di scale di risposta di tipo Likert, in modo da poterne validare la struttura fattoriale su un piano statistico attraverso un'analisi fattoriale confermativa. Ciò consentirà di ottenere una misura della percezione soggettiva di stress più sensibile del conteggio delle frequenze realizzato nella presente ricerca, e anche di effettuare confronti tra l'ASO in cui lo strumento è stato messo a punto e altre ASO del territorio nelle quali potrebbe essere utilizzato, nonché di coinvolgere, tramite una somministrazione estensiva, tutto il personale dell'ASO sul tema della prevenzione del rischio SLC. Inoltre, la reazione positiva che la ricerca realizzata ha riscosso tra tutti i dipendenti coinvolti nelle differenti fasi (compresa l'osservazione) ha posto le premesse per una ridefinizione del modo in cui viene percepita la ricerca organizzativa all'interno dell'ASO: in occasione dei futuri studi in tema di SLC vi saranno dunque meno timori e resistenze, e sarà possibile ad esempio rilevare i dati socio-anagrafici dei partecipanti senza il rischio di compromettere il tasso di partecipazione e la validità dei dati raccolti.

NO POTENTIAL CONFLICT OF INTEREST RELEVANT TO THIS ARTICLE WAS REPORTED

## BIBLIOGRAFIA

1. Åborg C, Billing A: Health effects of 'the Paperless Office' - Evaluations of the introduction of electronic document handling systems. *Behav Inform Technol* 2003; 22: 389-396
2. Accordo interconfederale per il recepimento dell'accordo quadro europeo sullo stress lavoro-correlato UNICE/UEAPME, CEEP E CES, 2004
3. Angelosanto O, Giuntoli P, Pagliata U, et al: Analisi comparata dello stress lavoro-correlato in differenti comparti lavorativi. *G Ital Med Lav Erg* 2011; 33: 333-334
4. Antoniou ASG, Davidson MJ, Cooper CL: Occupational stress, job satisfaction and health state in male and female junior hospital doctors in Greece. *J Manage Psychol* 2003; 18: 592-621
5. Argentero P, Bruni A, Fiatane E, et al: La valutazione del rischio stress negli operatori sanitari: inquadramento del problema ed esperienze applicative. *GIMLE* 2010; 32: 326-331

6. Avallone F, Paplomatas A: *Salute organizzativa: Psicologia del benessere nei contesti lavorativi*. Milano: Raffaello Cortina editore, 2005
7. Bernard H: *Research Methods in Anthropology: qualitative and quantitative approaches*. Walnut Creek (CA): Altamira Press, 2002
8. Biggio G, Cortese CG: Well-being in the Workplace Through Interaction Between Individual Characteristics and Organizational Context. *Int Qualitative Stud Health well-being* 2013; 8: 19823. <http://dx.doi.org/10.3402/ghw.v8i0.19823>.
9. Biron AD, Loiselle CG, Lavoie-Tremblay M: Work Interruptions and Their Contribution to Medication Administration Errors: An Evidence Review. *Worldv Evid-Based Nu* 2009; 6: 70-86
10. Boccalon P, Bigazzi E, et al: Stress e burnout tra gli operatori sanitari: primi risultati di un'indagine sul personale di un'Azienda Ospedaliera. *Workshop I Rischi Psicosociali sul lavoro: stress occupazionale e disadattamento lavorativo*. Pisa, 25 ottobre 2002
11. Briani S, Cortesi E: L'ospedale per intensità di cure: aspetti teorici e problemi aperti. *Igiene e Sanità Pubblica* 2007; 63: 577-586
12. Brixey JJ, Robinson DJ, Tang Z, et al: Interruptions in Workflow for RNs in a Level One Trauma Center. *AMIA Annu Symp Proc* 2005; 2005: 86-90
13. Bunce D, West M: Changing work environments: Innovative coping responses to occupational stress. *Work & Stress* 1994; 8: 319-331
14. Cassito MG: Modalità di risposta individuale allo stress. *Atti del Convegno Stress e attività lavorativa*. Monza, 4 aprile 2009
15. Cataldi S: *Come si analizzano i focus group*. Milano: Franco Angeli, 2009
16. Cesana G, Albini E, Bagnara S, et al: *Valutazione, prevenzione e correzione degli effetti nocivi dello stress da lavoro. Documento di consenso - Linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del medico del lavoro*. Vol 21, Pavia: Pi-ME Editrice, 2006: 87-96
17. Chisholm CD, Coll EK, Nelson DR, Cordell WH: Emergency department workplace interruptions: Are emergency physicians "interrupt-driven" and "multitasking"? *Acad Emerg Med* 2000; 711: 1239-1243
18. Cicognani E, Pietrantonio L, Palestini L, Prati G: Emergency workers' quality of life: The protective role of sense of community, efficacy beliefs and coping strategies. *Soc Indic Res* 2009; 94: 449-463
19. Coiera EW, Jayasuriya RA, Hardy J, et al: Communication loads on clinical staff in the emergency department. *MJA* 2002; 176: 415-418
20. Cooper CL, Payne R (eds): *Causes, coping and consequences of stress at work*. New York: John Wiley & Sons, 1988
21. Coordinamento tecnico interregionale della prevenzione nei luoghi di lavoro: Decreto legislativo 81/2008 s.m.i. Valutazione e gestione del rischio da stress lavoro-correlato Guida operativa, 2010
22. Coordinamento tecnico interregionale della prevenzione nei luoghi di lavoro: Decreto legislativo 81/2008 s.m.i. Indicazioni per la corretta gestione del rischio e per l'attività di vigilanza alla luce della lettera circolare del 18 novembre 2010 del ministero del lavoro e delle politiche sociali, 2012
23. Costa G: *Lavoro a turni e notturno. Organizzazione degli orari di lavoro e riflessi sulla salute*. Firenze: Ed. SEE, 2003
24. Cousin R, Mackay CJ, Clarke SD, et al: 'Management Standards' and work-related stress in the UK: Practical development. *Work & Stress* 2004; 18: 113-136
25. Cox T, Griffiths A, Rial-Gonzales E: *Research on work-related stress*. Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work, 2000; 203
26. Cox T, Griffiths AJ, Rial-González E: *Ricerca sullo Stress correlato al Lavoro*. Bilbao: Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro, 2002
27. Cox T, Griffiths AJ: The Assessment of Psychosocial hazards at work. In Shabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL (eds): *Handbook of work and Health Psychology*. Chichester: Wiley & Sons, 1995
28. Daniels K, Guppy A: Stressors, locus of control and social support as consequences of psychological well-being. *J Occup Health Psychol* 1997; 2
29. De Jonge J, Le Blanc PM, Peeters MCW, et al: Emotional job demands and the role of matching job resources: A cross-sectional survey study among health care workers. *Int J Nurs Stud* 2008; 45: 1460-1469
30. Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997- G.U. n. 42 del 20 febbraio 1997. Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.
31. Dewe PJ, O'Driscoll, MP, Cooper CL: *Coping with work stress: a review and critique*. Chichester (UK): Wiley-Blackwell, 2010
32. European Agency for Safety and Health at Work: *Lo stress in ambiente di lavoro. Linee guida per datori di lavoro e responsabili dei servizi di prevenzione*, 2002
33. European Foundation for the improvement of living and working conditions. (2007). *Work-related Stress*. Disponibile on line all'indirizzo <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/reports/TN0502TR01/TN0502TR01.pdf> (ultimo accesso 29-03-2012)
34. Feltrin G, Latocca R, Scotton E: *Stress lavoro-correlato*

- nel personale ospedaliero: quadri clinici e idoneità lavorative. *G Ital Med Lav Erg* 2010; 32: 347-350
35. Ferrie J, Shipley M, Stansfeld S, et al: Effects of chronic job insecurity and change in job security on self-reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: The Whitehall II study. *J Epid Community Health* 2002; 56
  36. Fetterman MD: *Ethnography: step-by-step*. 3rd edn. Thousand Oaks (CA): Sage Publications, 2009
  37. Flick U: *The SAGE Qualitative Research Kit*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications, 2007
  38. French SE, Lenton R, Walters V, Eyles J: An empirical evaluation of an expanded Nursing Stress Scale. *J Nurs Measure* 2000; 8: 161-178
  39. Gattai A, Scatolini E, Magnani M, et al: A quali-quantitative approach for the survey of job stress and the Organisational Development in the organisation. In Iavicoli S, Jain A, Petyx M, Tang J (eds): *Proceedings of the 9th Conference of the European Academy of Occupational Health Psychology*. Nottingham: Nottingham University Press, 2010, 368-36
  40. Gloucestershire County Council: SHE Guidance Note 2011; 6: 1-11
  41. Grandis FG: La 'riforma Brunetta' del lavoro pubblico. D. lgs. 27 ottobre 2009, n. 150. Luci ed ombre nella misurazione, valutazione e trasparenza della performance. *Giornale di diritto amministrativo* 2010; 16: 23-28
  42. Hallin K, Danielson E: Registered nurses' experiences of daily work, a balance between strain and stimulation: A qualitative study. *Int J of Nurs St* 2007; 44: 1221-1230
  43. Haq Z, Iqbal Z, Rahman A: Job stress among community health workers: a multi-method study from Pakistan. *Int J Ment Health Syst* 2008; 2: 15
  44. Hill RG, Rinaldi M, Gilleard C, Babbs M: Connecting the individual to the organisation: Employers' response to stress in the workplace. *Int J Ment Health Promot* 2003; 5: 23-30
  45. Hugentobler MK, Israel BA, Schurman SJ: An action research approach to workplace health: integrating methods. *Health Educ Q* 2011; 19: 55-76
  46. Hurrell Jr. JJ., Nelson, DL, Simmons BL: Measuring job stressor and strains: Where we have been, where we are, and where we need to go. *J Occup Health Psychol* 1998; 3: 368-389
  47. 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. Roma: 2011
  48. ISPESL: La valutazione dello stress lavoro-correlato proposta metodologica - gruppo di lavoro del Network Nazionale per la prevenzione disagio psicosociale nei luoghi di lavoro. Studio Centrone s.r.l. 2010
  49. Karasek R, Brisson C, Kawakami N, et al: The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol* 1998; 3: 322-355
  50. Kirk J, Miller ML: *Reliability and Validity in Qualitative Research*. Newbury Park (CA): Sage Publications, 1986
  51. Kliger J, Blegen, Gootee D, O'Neil E: Empowering frontline nurses: A structured intervention enables nurses to improve medication administration accuracy. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2009; 35: 604-612
  52. Kompier M: Assessing the psychosocial work environment-'subjective' versus 'objective' measurement. *Scand J Work Environ Health* 2005; 31: 405-408
  53. Kyngas H, Vanhanen L: Content analysis. *Hoitotiede* 1999; 11: 3-12
  54. Landsbergis PA: Occupational stress among health care workers: A test of the job demands-control model. *J Organ Behav* 1988; 9: 217-239
  55. Le Blanc PM, Bakker AB, Peeters MCW, et al: Emotional job demands and burnout among oncology care providers. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal* 2001; 14: 243-263
  56. Merriam SB: *Qualitative Research. A Guide to Design and Implementation*. San Francisco (CA): John Wiley and Sons, 2009
  57. Messina G, Colombo E, Cassinerio E, et al: Psychosocial aspects and psychiatric disorders in young adult with thalassemia major. *Intern Emerg Med* 2008; 3: 339-343
  58. Ministero Del Lavoro e Delle Politiche Sociali: Indicazioni per la valutazione dello stress lavoro-correlato, approvate dalla Commissione consultiva per la salute e sicurezza sul lavoro, 2012
  59. Mols F; Denollet J. Type D: Personality in the general population: a systematic review of health status, mechanisms of disease, and work-related problems. *Health Qual Life Outcomes* 2010; 8: 1-10
  60. Morse JM, Barrett M, Mayan M, et al: Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *IJQM* 2002; 1: 1-19
  61. Mukherjeel S, Beresfordl B, Glaser A, et al: Burnout, psychiatric morbidity, and work-related sources of stress in paediatric oncology staff: a review of the literature. *Psycho-Oncology* 2009; 18: 1019-1028
  62. O'Driscoll MP, Brough P: Work organization and health. In Leka S, Houdmont J (eds): *Occupational health psychology*. Chichester (UK): Wiley-Blackwell, 2010: 57-87
  63. Oloyede DO: Impact of work-induced stress on percei-



- ved workers' productivity in banking industry in Lagos State. *IFE Psychologia* 2006; 14: 15-25
64. Oommen H, Wright M, Majjala H: Stress-promoting and stress-relieving factors among nurses in rural India: a case study. *Div Health Soc Care* 2010; 7: 189-200
  65. Patronella G, Latocca R, De Vito G, et al: Eventi sentinella stress lavoro-correlati in ambito ospedaliero e loro monitoraggio nel decennio 2001-2010. *G Ital Med Lav Erg* 2011; 33: 326-329
  66. Paxton F, Heaney DJ, Porter AM: A study of interruption rates for practice nurses and gps. *Nurs Stand* 1996; 10: 33-36
  67. Peterson CL (ed): *Work stress: Studies of the context, content and outcomes of stress: A book of readings*. Amityville (NY): Baywood Publishing Co, 2003
  68. Peterson U, Demerouti E, Bergström G, et al: Work characteristics and sickness absence in burnout and nonburnout groups: A study of Swedish health care workers. *Int J Stress Manage* 2008; 15: 153-172
  69. Razavi T: Self-report measures: an overview of concerns and limitations of questionnaire use in occupational stress research. Southampton (UK): University of Southampton, 2001. Disponibile on line all'indirizzo <http://eprints.soton.ac.uk/35712/> (ultimo accesso 02-08-2012)
  70. Regione Emilia Romagna: Dinamiche del personale infermieristico nelle Aziende sanitarie (Permanenza in servizio e mobilità in uscita). Regione Emilia-Romagna, Bologna, 2004
  71. Regione Lombardia: Valutazione del rischio stress lavoro-correlato indicazioni generali esplicative sulla base degli atti normativi integrati, 2009
  72. Regione Toscana: Valutazione del rischio da stress lavoro-correlato. Prima proposta di linee di indirizzo. 2009
  73. Rivera-Rodriguez AJ, Karsh BT: Interruptions and distractions in healthcare: review and reappraisal. *Qual Saf Health Care* 2010; 19: 304-312
  74. Robinson L, Rempel H: Methamphetamine use and HIV symptom self-management. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2006; 17: 7-14
  75. Sackey J, Sanda MA: Influence of occupational stress on the mental health of Ghanaian professional women. *Int J Ind Ergonom* 2009; 39: 876-887
  76. Savage J: Ethnography and health care. *Brit Med J* 2000; 321: 140-142
  77. Scatolini E, Gattai A, Marocci G: Un approccio qualitativo per la rilevazione dello stress lavoro correlato e lo sviluppo organizzativo nelle organizzazioni. *Risorsa Uomo* 2011; 16: 69-82
  78. Scherer KR: What are emotions? And how can they be measured? *Soc Sc Inform* 2005; 44: 695-729
  79. Siegrist J, Klein D, Voight KH: Linking sociological with physiological data. The model of effort-reward imbalance at work. *Acta Physiol Scand* 1997; 161: 112-116
  80. Silverman D: *Qualitative Research*, 3rd ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications, 2011
  81. Solvoll T, Scholl J: Strategies to reduce interruptions from mobile communication systems in surgical wards. *J Telemed Telecare* 2008; 14: 389-392
  82. Su JA, Weng HH, Tsang HY, Wu JL: Mental health and quality of life among doctors, nurses and other hospital staff. *Stress Health* 2009; 25: 423-430
  83. Sullivan P: Stress and burn-out in Psychiatric nursing. *Nurs Stand* 1993; 8: 36-39
  84. Sulsky L, Smith C: *Work Stress*. Belmont (CA): Thomson Wadsworth, 2004
  85. Taylor B, Barling J: Identifying sources and effects of carer fatigue and burnout for mental health nurses: a qualitative approach. *Int J of Ment Health Nurs* 2004; 13: 117-125
  86. Taylor B: Qualitative data analysis. In Roberts K, Taylor B (eds): *Nursing Research Processes: An Australian Perspective*. 2nd edn. Melbourne: Nelson ITP, 2001
  87. Tonini S, Lanfranco A, Costa MC, Lumelli D: Stress lavoro correlato e mobbing: casistica clinica e differenze di genere. *G Ital Med Lav Erg* 2011; 33: 409-413
  88. Treleani M, Rabassi M, Caruso VM, Rossi A: La valutazione dello stress lavoro-correlato: l'esperienza dell'ASS n. 3 "Alto Friuli". *GIMLE* 2011; 33: 3
  89. Turner BA: The use of grounded theory for the qualitative analysis of organizational behaviour. *J Manage Stud* 1983; 20: 333-348.
  90. Veronesi G, Bertù L, Mombelli S, et al: Aspetti metodologici per la valutazione di turn-over e up/down-sizing quali indicatori di stress da lavoro. *G Ital Med Lav Erg* 2011; 33: 323-325
  91. Weigl M, Müller A, Vincent C, Angerer P, Sevdalis N: The association of workflow interruptions and hospital doctors' workload: a prospective observational study. *BMJ Qual Saf* 2012; 21: 399-407
  92. Westbrook JI, Woods A, Rob MI, Dunsmuir WTM, Day RO: Association of interruptions with an increased risk and severity of medication administration errors. *Arc Intern Med* 2010; 170: 683-690
  93. White DB, Curtis JR, Lo B, et al: Decisions to limit life-sustaining treatment for critically ill patients who lack both decision-making capacity and surrogate decision-makers. *Crit Care Med* 2006; 34: 2053-2059
  94. WHO: *European Ministerial Conference on Mental Health*. Helsinki, Finland, January 2010
  95. Zoni S, Lucchini R, Alessio L: L'integrazione di indicatori oggettivi e soggettivi per la valutazione dei fattori di rischio stress-correlati nel settore sanitario. *GIMLE* 2010; 32: 332-336