

Silvia Zoni, Roberto Lucchini, Lorenzo Alessio

L'integrazione di indicatori oggettivi e soggettivi per la valutazione dei fattori di rischio stress-correlati nel settore sanitario

Dipartimento di Medicina Sperimentale ed Applicata, Sezione di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale, Università degli Studi di Brescia

RIASSUNTO. Uno degli aspetti attualmente più rilevanti nella valutazione dello stress lavoro-correlato, concerne la metodologia di indagine. In letteratura, diversi studi hanno adottato metodi soggettivi ed oggettivi di valutazione dello stress occupazionale ed il dibattito sui vantaggi e sui limiti di entrambi gli approcci è in corso da diversi anni (Frese et al. 1988, Hurrell et al. 1998). Per poter scegliere una metodologia di valutazione adeguata, specifica e focalizzata al contesto, è in primo luogo necessario identificare le fonti di rischio del settore oggetto di indagine. Quindi, è necessario scegliere gli strumenti, soggettivi ed oggettivi, più idonei per la valutazione dello stress. In questo lavoro sono stati revisionati i fattori di rischio psicosociale specifici del settore sanitario, gli strumenti oggettivi e soggettivi più utilizzati in questo ambito ed i metodi per la rilevazione degli episodi di violenza. Infine verranno presentati i risultati di uno studio, condotto in un ambito sanitario, che ha rilevato e confrontato parametri oggettivi, potenziali stressors, e sintomi soggettivi. Dallo studio sono emerse alcune correlazioni statisticamente significative tra indicatori oggettivi e soggettivi, suggerendo dunque l'importanza di utilizzare un metodo integrato di indagine.

Parole chiave: rischio psicosociale, sanità, metodi di valutazione.

ABSTRACT. INTEGRATION OF SUBJECTIVE AND OBJECTIVE METHODS FOR STRESS RELATED RISKS EVALUATION IN THE HEALTH CARE SECTOR. One of the most relevant aspects in the evaluation of occupational stress is concerned with the survey methodology. Several studies adopted subjective and objective methods of evaluation and the debate about the benefits and limitations of both approaches has continued for several years (Frese et al. 1988, Hurrell et al. 1998). To choose an appropriate, specific and focused-on-context evaluation, it is necessary to identify the sources of risk in the investigated area. Then, it is necessary to choose the methods, subjective and objective, more suitable for stress evaluation. In this study we reviewed the psychosocial risk factors that are specific to the health sector and the instruments, objective and subjective, most used in this context. We considered also the methods for the detection of episodes of violence. Finally, we presented the results of a study conducted in the health care sector, which has adopted and compared objective parameters, as potential stressors, and subjective symptoms. The study revealed statistically significant correlations between objective and subjective indicators, suggesting the importance of integrated methods of evaluation.

Key words: psychosocial risk, health sector, evaluation methods.

Introduzione

Uno degli aspetti attualmente più rilevanti nella valutazione dello stress lavoro-correlato, concerne la metodologia di indagine. In letteratura, diversi studi hanno adottato metodi soggettivi ed oggettivi di valutazione dello stress occupazionale ed il dibattito sui vantaggi e sui limiti di entrambi gli approcci è in corso da diversi anni (Frese et al. 1988, Hurrell et al. 1998). Per poter scegliere una metodologia di valutazione adeguata, specifica e focalizzata al contesto, è in primo luogo necessario identificare le fonti di rischio del settore oggetto di indagine. In riferimento all'ambito sanitario, la tabella I sintetizza i fattori di rischio psicosociale elencati dalle principali agenzie di salute occupazionale e da alcune review.

Una volta identificati i principali fattori di rischio, è necessario scegliere gli strumenti più idonei per la valutazione. I metodi **soggettivi** sono costituiti da questionari autocompilati, generalmente anonimi, che possono valutare diversi aspetti, tra cui:

1. la percezione soggettiva delle possibili fonti di stress, del clima lavorativo, delle caratteristiche del lavoro;
2. fattori individuali (ad es. strategie di coping, locus of control);
3. fattori moderatori (ad es. soddisfazione sul lavoro, supporto sociale);
4. caratteristiche individuali/di personalità (ad es. fragilità emotiva, tratti di personalità);
5. effetti dello stress sulla salute (ad es. sintomi psicofisici, scale cliniche per l'ansia e la depressione).

Tra i questionari soggettivi più utilizzati e pertinenti al contesto sanitario, tradotti e validati in lingua italiana, si citano: il Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach, 1986), il Link Burnout Questionnaire (LBQ) (Santinello e coll, 2007), l'OCS (Organizational Checkup System) (Maslach, Leiter, 2005), l'Health Professions Stress and Coping scale (HPSCS) (Ripamonti e coll, 2008), il Questionario sull'opinione rispetto alla situazione lavorativa (Gigantesco e coll, 2004), il Job Content Questionnaire (JCQ) (Karasek, 1985). I questionari soggettivi permettono di esplorare i processi individuali, cognitivi ed emozionali che modificano il processo causale dello stress nel suo insieme. È dimostrato infatti che il significato di una esposizione ai fattori di rischio varia in modo sostanziale da un

Tabella 1. I principali rischi psicosociali nel settore sanitario identificati in seguito a revisione della letteratura

Fonte/Agenzia/Review	Fattori di rischio
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Popolazione sanitaria complessiva: livello inadeguato dello staff, orario di lavoro protratto, lavoro a turni, ambiguità di ruolo, esposizione a sostanze infette o pericolose ▪ Infermieri: elevato carico di lavoro, pressione temporale, mancanza di supporto sociale (soprattutto da parte di caposala, primari, vertici), esposizione a malattie infettive, episodi di violenza o minacce, turni notturni, ambiguità e conflitto di ruolo, lavoro sotto organico, difficoltà nell'avanzamento di carriera, lavoro con pazienti difficili e/o gravi ▪ Medici: numero di ore di lavoro, eccessivo carico di lavoro, decessi e pazienti terminali, conflitti interpersonali con lo staff, aspettative dei pazienti, minacce di vertenze per imperizia/negligenza
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imprevedibilità degli eventi ▪ Tragedie quotidiane ▪ Turni notturni ▪ Pressione temporale (soprattutto nelle unità di emergenza) ▪ Comportamento aggressivo dei pazienti e familiari ▪ Reparti con scarse possibilità di miglioramento (es. disabili gravi, oncologia) o con elevato numero di decessi (es. unità di emergenza)
<p style="text-align: center;">DOCUMENTO PER UN CONSENSO SULLA VALUTAZIONE, PREVENZIONE E CORREZIONE DEGLI EFFETTI NOCIVI DELLO STRESS DA LAVORO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inadeguatezza della retribuzione salariale ▪ Insoddisfacente gestione della rotazione dei turni ▪ Mancanza di riconoscimento professionale e di promozione dell'immagine sociale ▪ Carico di lavoro eccessivo per quantità e varietà, compiti non pertinenti all'assistenza infermieristica ▪ Conflitti con il personale medico e amministrativo, discriminazioni o le relazioni difficili con i colleghi, i superiori, i pazienti o i loro parenti ▪ Preparazione inadeguata rispetto alle richieste di lavoro e insicurezza sui trattamenti da effettuare ▪ Impegno fisico ed emotivo connesso alla cura dei pazienti terminali o deceduti ▪ Scarso sostegno sociale ricevuto da colleghi/superiori
<p>Review (Corde et al, 1993; Maslach et al, 2001; Tomei, 2008)</p>	<p>Tre categorie di rischi psicosociali:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Caratteristiche del lavoro: carico di lavoro elevato, scadenze pressanti, conflitto e ambiguità di ruolo; mancanza di supporto da staff e supervisori, mancanza d'informazione; scarsa partecipazione alle decisioni 2. Tipo di lavoro: lavorare in alcuni reparti: psichiatria, oncologia, chirurgia dei trapianti, emergenze, salute mentale 3. Caratteristiche organizzative: violazione delle aspettative circa la distribuzione degli spazi, presenza di gerarchie, regolamenti operativi, lavoro atipico
<p>Review (McVicar, 2003)</p>	<p>Identificate 6 categorie di rischio psicosociale:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Carico di lavoro/staff inadeguato/pressione temporale 2. Relazione con lo staff/stile di leadership 3. Scarsa coesione di gruppo e scarsa supervisione 4. Contatto con le esigenze emotive dei pazienti e familiari, contatto con la morte e pazienti terminali 5. Lavoro a turni 6. Mancanza di ricompense

individuo ad un altro e che le percezioni individuali riferite al lavoro e al proprio stato di salute possono risentire di reazioni di tipo soggettivo ed emotivo ed essere influenzate da fattori di personalità. Inoltre, poiché si basano su dati autoriferiti, le risposte ai questionari possono contenere distorsioni cognitive, come la tendenza ad enfatizzare o a sottovalutare, per reticenza, timori, desiderio di cambiamenti, desiderabilità sociale. Pertanto “*se ciò che ci interessa è il lavoro, quanto riferito unicamente dai la-*

voratori a un livello individuale non è probabilmente sufficiente” (Chen, 1995).

È dunque necessario integrare i dati soggettivi con dati oggettivi, che per definizione non risentono della vulnerabilità ed emotività individuale. I metodi **oggettivi** sono costituiti da: dati di archivio (ad es. assenteismo, turnover, infortuni, numero di contenziosi, ...), osservazioni sul posto di lavoro e checklist di parametri oggettivi. Tra le più recenti, si cita quella contenuta all'interno della Linea di

La Violent Incident Form è stata consegnata a 294 soggetti ed è stata compilata dall'8,5% del campione. I soggetti sono infermieri (60%), medici (20%), ausiliari (20%). L'episodio di violenza è avvenuto prevalentemente durante una visita/trattamento (40%), nella fascia oraria pomeridiana, nella stanza del paziente (44%) o nel corridoio (40%), quando la vittima lavorava in solitudine (84%). Le tabelle III e IV ed il grafico I sono relativi alla tipologia di violenza, all'aggressore ed alle conseguenze riferite dalla vittima. Dall'analisi del n. di denunce di infortuni lavorativo è emersa la segnalazione di 34 episodi nel periodo di osservazione. La qualifica più interessata è quella degli infermieri professionali, seguita da ausiliari, OTA ed ASA; il reparto più a rischio è il Pronto Soc-

corso; la fonte di aggressione è prevalentemente il paziente (32 casi); nella maggior parte dei casi l'aggressione è costituita da colpi, calci e percosse al volto o all'arto superiore, con una prognosi media di 3,7 giorni.

Tabella III. Forme dell'aggressione

Tipologia di violenza	%
Minacce/aggressioni verbali	76
Pugni	32
Calci	28
Graffi/pizzicotti	24
Morsi	12
Spintoni	12
Colpi/schiacci	12
Sputi	8
Strattoni	4
Altro	4

Tabella IV. Conseguenze per la vittima

Conseguenze	%
Rabbia	28
Paura	24
Danno fisico	20
Irritazione	20
Senso di impotenza	20
Umiliazione	16
Disappunto	16
Nessuna reazione	8

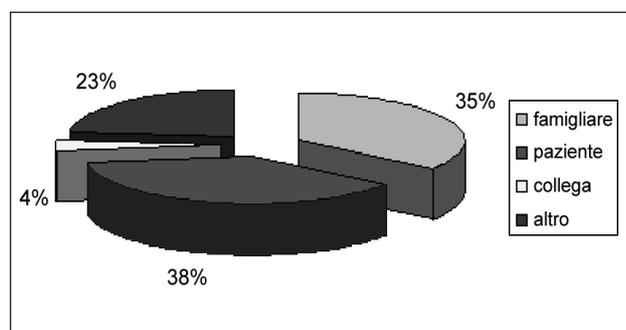


Grafico I. Fonte dell'aggressione

Discussione

Dallo studio sono emerse alcune correlazioni statisticamente significative tra indicatori oggettivi e soggettivi, suggerendo dunque l'importanza di utilizzare un metodo integrato di indagine. Anche i metodi, di tipo oggettivo e soggettivo, utilizzati per la rilevazione degli episodi di violenza si sono rilevati utili ed hanno evidenziato come i fenomeni di violenza costituiscano un importante fattore di rischio per le professioni sanitarie. Nel complesso, la rilevazione dei parametri oggettivi e degli episodi di violenza è principalmente finalizzata alla descrizione di alcune caratteristiche lavorative, per contestualizzare l'analisi ed avere un monitoraggio nel tempo degli indicatori raccolti. La rilevazione soggettiva si rende invece necessaria per approfondire l'indagine, considerare il punto di vista del lavoratore e gli effetti dello stress sullo stato psico-fisico. Inoltre, la tipologia di parametri e strumenti individuati, specifici al contesto di indagine, permette di evidenziare i fattori di rischio e le aree a maggior criticità, in cui sarà dunque possibile attuare interventi di prevenzione e gestione dello stress. A completamento dell'indagine, sarebbe utile integrare la checklist con ulteriori parametri oggettivi alla luce dei recenti indirizzi-linee guida ed effettuare una valutazione post-intervento nonché un monitoraggio nel tempo dei dati.

Bibliografia

- Arnetz J. The Violent Incident Form (VIF): a practical instrument for the registration of violent incidents in the health care workplace. *Work & Stress* 1998; 12 (1): 17-28.
- Cesana G, et al. Valutazione, prevenzione e correzione degli effetti nocivi dello stress da lavoro. Documento di consenso SIMLII. Pavia, PIME Editrice, 2006.
- Chen PY, Spector PE, Jex SM. Effects of manipulated job stressors and job attitude on perceived job conditions: a simulation. In: Sauter SL, Murphy LR (Eds): *Organizational risk factors for job stress*. Washington, DC: American Psychological Association, 1995.
- Cordes CL, Dougherty TW. A review and an integration of research on job burnout. *Acad Manag Rev* 1993; 18: 621-656.
- Coordinamento dei Servizi di Prevenzione e Protezione e dei Medici Competenti della Regione Emilia Romagna, Coordinamento dei Servizi di Prevenzione e Protezione e Coordinamento dei Medici Competenti della Regione Liguria. Linea di indirizzo regionale per la valutazione del rischio da stress lavoro-correlato nelle aziende sanitarie. Documento di lavoro, 2009.
- European Agency for Safety and Health at Work. Mental health promotion in the health care sector. <http://osha.europa.eu/en/publications/e-facts/46>.
- Frese M, Zapf D. Methodological issues in the study of work stress: objective vs. subjective measurement of work stress and the question of longitudinal studies. In Cooper C, Payne R (Eds) *Causes, coping and consequences of stress at work*. Chichester, England, Wiley, 1988; 375-411.

- Gigantesco A, Mirabella F, Bonaviri G, Morosini P. La valutazione della condizione lavorativa in popolazioni del settore sanitario. *Med Lav* 2004 Nov-Dec; 95 (6): 431-40.
- Hurrell JJ Jr, Nelson DL, Simmons BL. Measuring Job Stressors and Strain: where we have been, where we are and where we need to go. *Journal of Occupational Health Psychology* 1998; 3: 368-389.
- Karasek RA. Job Content Questionnaire and users guide. Los Angeles: University of Southern California, Department of Industrial and System Engineering, 1985.
- Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. Palo Alto (CA), Consulting Psychological Press Ed, 1986.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001; 52: 397-422
- Maslach C, Leiter PL. OCS, Organizational Checkup System: come prevenire il burnout e costruire l'impegno. Firenze, Organizzazioni Speciali, 2005.
- McVicar A. Workplace stress in nursing: a literature review. *J Adv Nurs* 2003 Dec; 44 (6): 633-42.
- NIOSH Publication No. 2008-136. Exposure to Stress: Occupational Hazards in Hospitals. <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2008-136/>.
- Pedrabissi L, Santinello M. State-Trait Anxiety Inventory, adattamento italiano. Firenze Organizzazioni Speciali. Ed 1996.
- Ripamonti CA, Steca P, Prunas A. L'Health Professions Stress and Coping Scale. Manuale. Firenze, Organizzazioni Speciali, 2008.
- Santinello M, Altoè G. Il Link Burnout Questionnaire. In M. Santinello (a cura di), *Manuale dell'LBQ - Link Burnout Questionnaire* (pp. 12-19). Firenze, Organizzazioni Speciali, 2007.
- Sirigatti S, Stefanile C. Maslach Burnout Inventory, adattamento italiano. Firenze, Organizzazioni Speciali, 1993.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire. Palo Alto (CA), Consulting Psychological Press, 1970.
- Tomei G, Cinti ME, Palitti T, Rosati MV, Tria M, Monti C, Tomei F, Fioravanti M. L'evidenza scientifica in medicina del lavoro: studio meta-analitico sulla sindrome del burnout. *Med Lav* 2008 Sep-Oct; 99 (5): 327-51.

Richiesta estratti: *Silvia Zoni - Sezione di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale, Università degli Studi di Brescia, P.le Spedali Civili 1, 25133 Brescia, Italy - E-mail: silviazioni@libero.it*