

Elena Fiabane, Paola Dordoni, Piergiorgio Argentero

Indicatori soggettivi e oggettivi di rischio stress e burnout in una residenza sanitaria assistenziale

Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento, Unità di Psicologia Applicata, Università degli Studi di Pavia, Pavia

RIASSUNTO. *Introduzione.* Gli operatori socio-sanitari dei servizi geriatrici rappresentano una categoria professionale particolarmente esposta al rischio stress e burnout. Nonostante la letteratura abbia evidenziato il vantaggio metodologico dato dall'utilizzo congiunto di strumenti soggettivi ed oggettivi, ad oggi sono pochi gli studi effettuati nel contesto geriatrico italiano che si sono avvalsi di tale metodo. La presente ricerca si è posta i seguenti obiettivi: a) indagare il livello e le cause organizzative di stress e burnout in una popolazione di operatori socio-sanitari mediante l'utilizzo di strumenti soggettivi ed oggettivi e b) effettuare un confronto del livello di stress e burnout negli operatori sanitari e ausiliari. *Metodi.* La popolazione comprende la totalità degli operatori socio-sanitari dipendenti in una residenza sanitaria assistenziale (N = 49; tasso di risposta: 100%). Per la valutazione soggettiva sono stati utilizzati il *Maslach Burnout Inventory - GS* e l'*Areas of Worklife Scale*. La valutazione oggettiva del rischio stress lavorativo nella struttura è avvenuta mediante l'utilizzo di una check list di indicatori aziendali, costruita sulla base della letteratura. *Risultati.* I risultati dei questionari hanno evidenziato un livello critico di esaurimento e una percezione soggettiva di eccessivo carico di lavoro e scarsa equità. Gli indicatori oggettivi di rischio stress emersi sono il sovraccarico biomeccanico, il contatto costante con la sofferenza umana e il rischio di aggressione. Gli operatori ausiliari sono maggiormente esposti a rischio burnout e ad un numero superiore di fonti di stress di tipo oggettivo. *Conclusioni.* Il presente studio, di tipo esplorativo, ha evidenziato l'utilità e la maggiore completezza derivante dall'uso congiunto di strumenti oggettivi e soggettivi per la valutazione del rischio stress, importante per la pianificazione di adeguati interventi preventivi e correttivi.

Parole chiave: burnout, residenza sanitaria assistenziale, valutazione rischio stress lavorativo, metodi soggettivi, metodi oggettivi.

ABSTRACT. *SUBJECTIVE AND OBJECTIVE INDICATORS OF JOB STRESS AND BURNOUT IN A RESIDENTIAL HOME FOR THE ELDERLY.* **Introduction.** Elderly care workers have a higher risk than other professionals of developing burnout. Despite literature has highlighted the methodological advantage resulting from an integration of subjective and objective measures of stressors, only few studies have investigated job stress and burnout in the Italian elderly care context using this kind of assessment. The aims of this study were: a) to investigate the level of stress and burnout and their organizational sources in a sample of eldercare workers by means of subjective and objective tools, and b) to compare the stress and burnout levels between health care staff and nursing aides employed in a residential home for the elderly.

Introduzione

Il burnout viene tradizionalmente definito come una risposta a stressor lavorativi cronici emozionali ed interpersonali ed è composto da tre dimensioni: esaurimento, depersonalizzazione ed inefficacia professionale. La prima è generalmente considerata come la dimensione basilare del costrutto job burnout, la seconda rappresenta la componente interpersonale, e la terza deriva dall'autovalutazione di sé e dalla percezione di riuscita professionale (1). La letteratura scientifica ha studiato questo fenomeno in riferimento a specifiche categorie professionali considerate come particolarmente a rischio per le caratteristiche intrinseche del lavoro svolto. In particolare, la maggior parte degli studi si è concentrata sulle *helping professions* in contesti che implicano l'aiuto e il prendersi cura di utenti/pazienti (2, 3). L'attenzione a tali figure professionali ha evidenziato che sia il contenuto che il contesto del lavoro possono presentare fattori di rischio per la salute dei lavoratori (4). In particolare, tra le principali fonti di stress e di rischio per l'insorgenza del burnout nelle professioni sanitarie, occorre citare: il carico di lavoro, la cura del paziente, le relazioni interpersonali con i colleghi, le scarse conoscenze e abilità in materia, le costrizioni burocratiche, lo staff inadeguato, i turni di lavoro troppo lunghi, la mancanza di controllo sul proprio lavoro, l'ambiguità dei compiti e l'ambiguità di ruolo, le scarse possibilità di sviluppo di carriera, la percezione di mancanza di equità (5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14).

Il presente studio, di tipo esplorativo, ha voluto prendere in esame uno specifico contesto organizzativo di tipo sanitario, la residenza sanitaria assistenziale (RSA), in quanto si tratta di strutture ampiamente diffuse in tutto il territorio italiano e poco esplorate in letteratura rispetto al tradizionale contesto ospedaliero. Ad oggi, non è stata posta ancora sufficiente attenzione alla valutazione dello stress del personale operante nei servizi per anziani non autosufficienti, nonostante il riconoscimento di specifiche situazioni di disagio psicologico associate al lavoro in ambito geriatrico e i loro effetti sulla soddisfazione lavorativa, sul turnover, e quindi sulle cure prestate al paziente (15, 16, 17, 18, 19, 20).

Attualmente, l'attenzione al benessere lavorativo in ambito sanitario è andata sviluppandosi grazie anche

Methods. *The sample of the study included the totality of the elderly workers employed in a residential home for the elderly (N=49; response rate: 100%). The Maslach Burnout Inventory-GS and the Areas of Worklife Scale were used for the subjective assessment of burnout and organizational risk factors. A check list of objective indicators was used for the objective assessment of job stress.*

Results. *Results from the self-report questionnaires showed high levels of exhaustion and a perception of high workload and unfairness for the total sample. Objective parameters of job stress risk were biomechanical overload, dealing with suffering people and the risk of work-related violence. Nursing aides had greater risk of burnout and reported a greater number of objective sources of stress, compared to health care workers.*

Conclusions. *This exploratory study supports the use of both subjective and objective method for the assessment of job stress risk as the most comprehensive approach for the implementation of preventive and corrective interventions.*

Key words: *burnout, elderly care center, work stress evaluation, subjective methods, objective methods.*

agli effetti dell'introduzione del D.Lgs. 81/08 (art. 28), che impone la valutazione di tutti i rischi per la salute dei lavoratori, compresi quelli connessi allo stress lavorativo.

La maggior parte degli studi presenti in letteratura ha esplorato lo stress lavorativo e il burnout con un approccio di tipo soggettivo, ossia mediante l'utilizzo di questionari self-report somministrati a campioni rappresentativi di lavoratori. I questionari autosomministrati hanno l'importante vantaggio di indagare in modo dettagliato la percezione del singolo lavoratore relativamente al suo stato di benessere sul lavoro. Nonostante ciò, è bene ricordare che diverse ricerche hanno evidenziato i limiti degli strumenti soggettivi (21, 22, 23), suggerendo l'importanza di utilizzare anche un approccio di tipo oggettivo. Tra i metodi oggettivi, l'impiego di una check-list di indicatori aziendali è molto diffuso e consigliato sia dalla letteratura (21, 24, 25, 26) sia dalle recenti indicazioni della Commissione Consultiva per la valutazione dello stress lavoro correlato (2010) (27). Nello specifico, i principali indicatori oggettivi in ambito sanitario utilizzati per la valutazione del rischio stress lavorativo sono: il numero di infortuni, il livello di assenteismo, la percentuale di turnover, il numero di malattie professionali, il lavoro sotto organico, il numero di pazienti/numero di operatori in servizio, il numero di operatori assenti/numero di operatori in servizio, il numero di salti riposo, il numero di pazienti deceduti, la reperibilità, il tempo dedicato ai pazienti e l'adeguatezza ergonomica (5, 21, 28, 29). Anche questo metodo, tuttavia, non può essere considerato come esaustivo e, se utilizzato come unico metodo di valutazione dello stato di salute dei lavoratori, può presentare delle importanti limitazioni. Infatti, i dati aziendali costituiscono dei generici indicatori della presenza di stressors organizzativi e sono influenzabili da fattori contestuali esterni alla realtà lavorativa esaminata (30).

Nonostante la letteratura riconosca il rilevante vantaggio metodologico dato dall'utilizzo congiunto di strumenti

soggettivi ed oggettivi, ad oggi sono ancora pochi in Italia gli studi effettuati sulle professioni socio-sanitarie, ed in particolare nel settore geriatrico, che si sono avvalsi di tale approccio (21, 29, 31, 32, 33).

Per questo motivo, la presente ricerca si pone i seguenti obiettivi: a) indagare il livello e le cause organizzative di stress e burnout negli operatori socio-sanitari di una RSA mediante l'utilizzo di strumenti soggettivi ed oggettivi e b) effettuare un confronto del livello di stress e burnout tra operatori sanitari e ausiliari.

Metodi

Partecipanti e Procedura

Il presente studio ha incluso 49 operatori socio-sanitari di una RSA per anziani ubicata nel Nord Italia.

La popolazione rappresenta la totalità degli operatori sanitari dipendenti della struttura oggetto dello studio (tasso di risposta 100%). Le caratteristiche socio-anagrafiche dei partecipanti allo studio sono presentate in Tabella I. La maggioranza è di sesso femminile (77.55%), con un'età media superiore ai 40 anni (65.31%), in possesso del diploma di scuola media superiore (42.86%) e con un orario di lavoro full-time (77.55%). I partecipanti sono stati suddivisi in due categorie sulla base del loro ruolo professionale: 1) operatori sanitari ($n = 16$) che includono medici, infermieri e fisioterapisti; 2) operatori ausiliari ($n = 33$) che comprendono operatori sociosanitari (OSS) e operatori ausiliari socio-assistenziali (ASA). Al fine di rendere noto ai partecipanti lo scopo e l'oggetto dello studio, è stata allegata ai questionari una lettera di presentazione della ricerca. Le somministrazioni sono state organizzate in quattro gruppi di soggetti distribuiti nell'arco temporale di due settimane al fine di garantire la continuità del servizio sanitario-assistenziale. La raccolta dei dati soggettivi è avvenuta con modalità autosomministrata: ai partecipanti sono stati consegnati i questionari in busta chiusa, accompagnati da una scheda socio-anagrafica. Il somministratore era presente a tutti gli incontri e, a seguito di una dettagliata presentazione della ricerca, esponeva le modalità di compilazione rimanendo a disposizione dei lavoratori per eventuali dubbi o chiarimenti. I dati statistici aziendali utilizzati per la compilazione della check-list relativa agli indicatori oggettivi di rischio stress sono stati forniti dal responsabile dell'amministrazione in quanto preposto alla gestione del personale della struttura.

Strumenti

Per la valutazione soggettiva del burnout e delle sue potenziali cause di tipo organizzativo sono stati impiegati due strumenti.

Il primo strumento è la versione italiana del *Maslach Burnout Inventory-General Survey* (MBI-GS) (34, 35). Tale questionario è tradizionalmente impiegato nella valutazione del job burnout in diversi ambiti professionali, con particolare riferimento al contesto socio-sanitario, per il quale sono disponibili anche i dati normativi

Tabella I. *Caratteristiche socio-demografiche del campione totale e delle due categorie professionali*

Variabili socio-demografiche	Operatori sanitari (N = 16)	Operatori ausiliari (N = 33)	Campione totale (N = 49)
	N (%)	N (%)	N (%)
SESSO			
Maschio	6 (37.50)	5 (15.15)	11 (22.45)
Femmina	10 (62.50)	28 (84.85)	38 (77.55)
ETÀ			
Fino a 40 anni	6 (37.50)	11 (33.33)	17 (34.69)
Oltre i 40 anni	10 (62.50)	22 (66.67)	32 (65.31)
SCOLARITÀ			
Licenza Media inferiore	1 (6.25)	18 (54.55)	19 (38.78)
Diploma Superiore	8 (50.00)	13 (39.39)	21 (42.86)
Laurea	7 (43.75)	2 (6.06)	9 (18.37)
ANZIANITÀ			
Fino a 12 anni	11 (68.75)	16 (48.48)	27 (55.1)
Fino a 20 anni	5 (31.25)	17 (51.51)	22 (44.8)
TIPO DI CONTRATTO			
Tempo determinato	1 (6.25)	3 (9.09)	4 (8.16)
Tempo indeterminato	9 (56.25)	30 (90.90)	39 (79.59)
Altro	6 (24.00)	0 (0.00)	6 (12.24)
ORARIO DI LAVORO			
Tempo pieno	8 (50.00)	30 (90.90)	38 (77.55)
Part-time	8 (50.00)	3 (9.09)	11 (22.45)
STATUS FAMILIARE			
Vive da solo	2 (12.50)	5 (15.15)	7 (14.29)
Vive con famiglia	14 (87.50)	28 (84.84)	42 (85.71)

italiani (35). Esso si compone di tre scale che indagano le tre dimensioni del costrutto: a) Esaurimento: fa riferimento all'eccessivo utilizzo delle proprie risorse fisiche ed emotive, alla sensazione di essere senza energie (5 item, es. "Mi sento emotivamente logorato/a dal mio lavoro"; $\alpha = 0.85$); b) Disaffezione lavorativa: fa riferimento al grado di distacco dal proprio lavoro (5 item, es. "Sono diventato più distaccato/a dal mio lavoro"; $\alpha = 0.74$); c) Inefficacia professionale: si riferisce ai sentimenti di scarsa produttività e di incapacità di portare a termine il proprio lavoro (6 item, es. "Dubito del significato del mio lavoro"; $\alpha = 0.85$). Per ogni item è richiesto di rispondere su una scala Likert di frequenza (0= Mai; 6= Quotidianamente). La presenza del burnout è stata valutata facendo riferimento ai punteggi di cut-off olandesi, in quanto sono gli unici pubblicati e validati in Europa (36), e la loro applicabilità in studi con popolazione italiana è già stata verificata (37); i valori utilizzati sono: *Esaurimento* > 2.00; *Disaffezione lavorativa* > 2.00; *Efficacia lavorativa* < 3.66.

Il secondo strumento utilizzato è l'*Areas of Worklife Survey* (AWS) (38, 35). Esso è stato impiegato per indagare le sei aree di vita lavorativa che possono essere potenziali fonti di stress e determinare l'insorgenza del burnout (39). Nel dettaglio, lo strumento si compone di sei sottoscale: a) carico di lavoro: riguarda il numero eccessivo di compiti da svolgere e il fatto di non avere tempo per altre attività, interessi personali o viceversa tempo libero (6 item, es. "Non ho tempo per fare il lavoro che deve essere fatto"); b) controllo: si riferisce al-

la possibilità di gestione delle proprie risorse e di esercitare autonomia professionale (3 item, es. "Ho il controllo su come faccio il mio lavoro"); c) riconoscimento: si tratta di riconoscimento in senso di retribuzione o premi e riconoscimento sociale (4 item, es. "Il mio lavoro viene apprezzato"); d) integrazione sociale: valuta il sentimento di vicinanza con gli altri, il clima supportivo sia empatico che pratico (5 item, es. "Faccio parte di un gruppo che mi dà sostegno"); e) equità: si riferisce alla sensazione di essere trattati sul lavoro con criteri giusti riguardo all'utilizzo delle risorse, le valutazioni e i riconoscimenti (6 item, es. "Qui le risorse sono attribuite in modo equo"); f) valori: si riferisce al grado di sintonia tra individuo e organizzazione riguardo a ciò che è considerato etico (5 item, es. "I miei valori e quelli dell'organizzazione per cui lavoro sono simili). Nel presente studio i coefficienti di affidabilità (α di Cronbach) delle sottoscale dell'AWS variano da 0.50 a 0.78. Tutti gli item sono valutati su una scala di risposta Likert a 6 passi (0= Molto in disaccordo; 5= Molto d'accordo); Maslach e Leiter (41) hanno suggerito che punteggi > 3.00 indicano una buona percezione del luogo di lavoro, mentre punteggi < 3.00 segnalano la presenza di fattori organizzativi di rischio per l'insorgenza del burnout.

Per la valutazione oggettiva del rischio stress lavoro correlato sono stati raccolti i dati aziendali relativamente ad entrambe le categorie professionali tramite una checklist appositamente costruita sulla base della letteratura e compilata dal responsabile amministrativo.

I dati raccolti sono stati organizzati in tre parti:

Parte A: Indicatori di presenza di fattori di rischio stress (cause): organico/uscite (10 item, es. “numero di persone licenziate”, “numero di contratti di lavoro a termine”), orario di lavoro (9 item, es. “lavoro a turni”, “percentuale di ferie godute”), trasferte (4 item, es. “numero di ore di servizio esterno mensili”, “trasferte mensili di breve durata”), condizioni di lavoro (24 item, es. “lavoro a contatto con la sofferenza umana”, “disagio lavorativo a causa di sovraccarico biomeccanico”), atti di violenza (4 item, es. “rischio di aggressione insito nella tipologia di lavoro”, “atti di violenza verbale sul lavoro da fonte esterna”);

Parte B: Indicatori di manifestazione dello stress (effetti): organico (3 item, es. “numero di dimissioni volontarie”, “percentuale annua di assenteismo”), infortuni (4 item, es. “numero di infortuni in itinere”, “giorni totali persi per malattia”), malattia (5 item, es. “giorni totali persi per malattia”, “numero malattie professionali negli ultimi tre anni”), richieste/lamentele (3 item, es. “richieste di cambio mansione/area di lavoro”, “richieste di esenzione dal lavoro notturno”), conflittualità (4 item, es. “casi di calunnia o diffamazione”, “numero di provvedimento disciplinari”), atti di violenza (5 item, es. “atti accertati di maltrattamento di beni aziendali, vandalismo, sabotaggio”, “atti di violenza fisica sul lavoro da fonte interna”);

Parte C: Indicatori di contrasto dello stress (prevenzione): orario di lavoro (3 item, es. “numero di giorni di ferie goduti”, “numero di giorni di permesso retribuiti goduti”), gestione risorse umane (8 item, es. “numero di eventi di formazione retribuita”, “indagini su clima interno o benessere dei lavoratori”), sicurezza (3 item, es. “cartellonistica aziendale chiara e comprensibile”, “iniziative aziendali di informazione periodica sulla sicurezza rivolte a tutti i lavoratori”), altro (3 item, es. “presenza di un'organizzazione sindacale interna all'azienda”, “presenza di un sistema di certificazione della qualità”).

Nella compilazione è stato chiesto il riferimento agli ultimi 12 mesi di attività lavorativa (tranne su diversa indicazione di taluni item).

Analisi statistiche

Innanzitutto, sono state eseguite analisi di tipo descrittivo per illustrare le caratteristiche della popolazione. Al fine di rilevare l'esistenza di differenze statisticamente significative fra le due categorie professionali è stato utilizzato il test non parametrico Mann Whitney U per le variabili continue e il test non parametrico Chi quadro nel caso di variabili categoriali. Sono state considerate statisticamente significative differenze con valore di $p < 0.05$. Le analisi statistiche dei dati sono state effettuate utilizzando il programma statistico SPSS, versione 13.0 per Windows.

Risultati

Fonti di stress lavorativo e burnout nella popolazione totale

In riferimento ai risultati soggettivi della popolazione totale è emerso che i punteggi dell'MBI-GS evidenziano un livello di Esaurimento ($M = 2.61$) maggiore rispetto al cut off considerato ($M > 2.20$), mentre le altre due componenti risultano nella norma. L'AWS mostra, come riportato in Tabella II, che la principale fonte di stress/burnout di tipo soggettivo è la percezione di scarsa equità ($M = 2.57$) seguita dal carico di lavoro ($M = 3.04$).

I principali fattori di rischio stress di tipo oggettivo cui i lavoratori sono esposti (Grafico 1) fanno riferimento allo stretto contatto con la sofferenza umana (100%), al rischio di aggressione insito nella specifica tipologia di lavoro (100%), al disagio lavorativo causato da sovraccarico biomeccanico (91.8%), al lavoro nel fine settimana (81.6%), al lavoro nelle festività (81.6%), ed al disagio lavorativo causato da agenti chimici (26.5%).

Considerando gli effetti dello stress sulla popolazione, è emersa una percentuale media annua di assenteismo pari all'11.9% ed una media di 7.9 giorni persi per malattia. Infine, per quanto riguarda gli indicatori di contrasto dello stress lavoro correlato, è stato riscontrato che gli eventi di formazione effettuati sono 17 e non vi è la presenza di un sistema di qualità.

Tabella II. Risultati dei questionari soggettivi (MBI-GS e AWS) nel campione totale e nelle due categorie professionali

	Campione totale (N=49)	Operatori sanitari (N=16)	Operatori ausiliari (N=33)	p
	M (DS)	M (DS)	M (DS)	
MBI-GS				
Esaurimento	2.61 (1.37)	2.07 (1.43)	2.87 (1.31)	< 0.05
Disaffezione lavorativa	1.63 (1.27)	1.05 (1.18)	1.91 (1.23)	< 0.05
Efficacia professionale	4.37 (0.96)	4.09 (0.79)	4.50 (1.01)	NS
AWS				
Carico di lavoro	3.04 (0.60)	3.12 (0.69)	3.00 (0.56)	NS
Controllo	3.57 (0.67)	3.54 (0.90)	3.59 (0.54)	NS
Riconoscimento	3.16 (0.67)	3.42 (0.61)	3.03 (0.68)	NS
Integrazione sociale	3.37 (0.60)	3.15 (0.68)	3.47 (0.54)	< 0.05
Equità	2.57 (0.74)	2.52 (0.79)	2.59 (0.73)	NS
Valori	3.27 (0.63)	2.26 (0.73)	3.27 (0.58)	NS

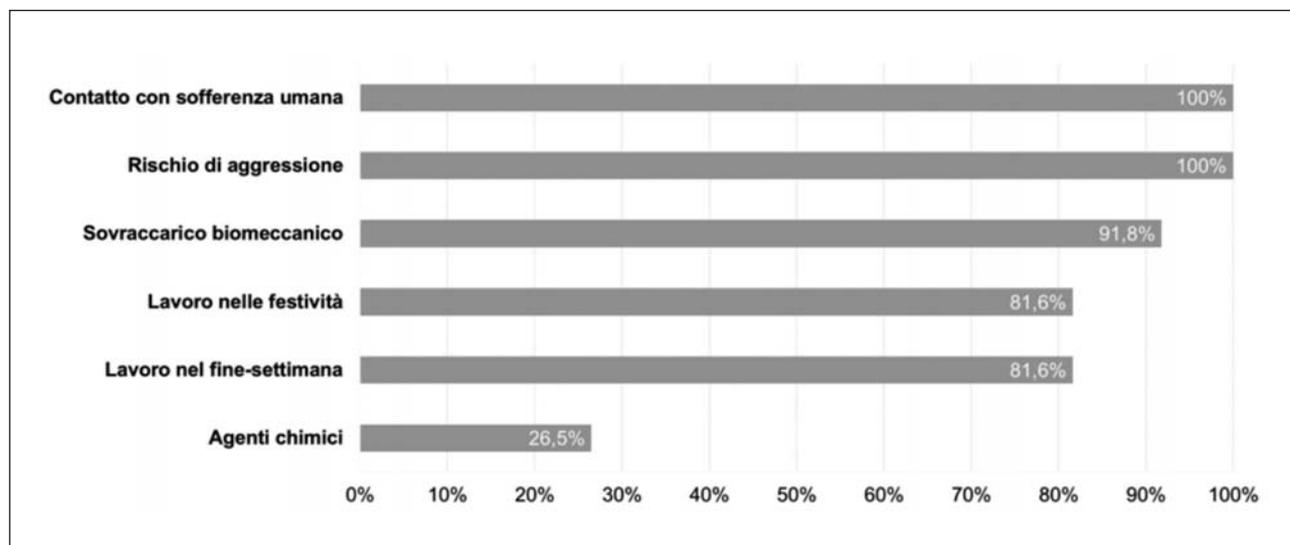


Grafico 1. Esposizione dei lavoratori ai principali rischi oggettivi di stress lavorativo

Confronto tra le categorie professionali

Per quanto riguarda il confronto tra le categorie professionali, i risultati ottenuti dall'MBI-GS (Tabella II) mostrano che gli operatori ausiliari hanno punteggi significativamente maggiori rispetto ai colleghi nei livelli di Esaurimento ($Z = -1.93$; $p < 0.05$) e Disaffezione lavorativa ($Z = -2.52$; $p < 0.05$). Per quanto riguarda i risultati dell'AWS, è emersa una differenza statisticamente significativa tra le categorie professionali in merito alla variabile Integrazio-

ne sociale ($Z = -2.01$; $p < 0.05$) con punteggi più critici per gli operatori sanitari.

In Tabella III sono riportati i risultati statisticamente significativi relativi al confronto degli indicatori oggettivi di stress tra le categorie professionali. La professione degli operatori ausiliari richiede lo svolgimento delle mansioni in un orario di lavoro più esteso rispetto ai colleghi sanitari ($\chi^2 = 10.21$; $p < 0.001$); gli operatori ausiliari, inoltre, hanno goduto mediamente di un minor numero di giorni di

Tabella III. Differenze significative negli indicatori oggettivi di rischio stress nelle due categorie professionali (ultimi 12 mesi)

	Campione totale N=49	Operatori sanitari N=16	Operatori ausiliari N=33	p
Indicatori di presenza di fattori di rischio stress (CAUSE)				
Lavoro nel fine settimana ¹	81.6%	56.2%	93.9%	< 0.001
Lavoro nelle festività ¹	81.6%	56.2%	93.9%	< 0.001
Media di giorni di ferie goduti ²	17.42	18.12	17.09	< 0.001
Disagio lavorativo a causa delle condizioni di agenti chimici ³	26.5%	56.2%	12.1%	< 0.001
Disagio lavorativo a causa di sovraccarico biomeccanico ³	91.8%	75.0%	100%	< 0.01
Reperibilità al di fuori dell'orario di lavoro	25.0%	25.0%	0%	< 0.01
Indicatori di manifestazione dello stress (EFFETTI)				
Assenteismo annuale ⁴	11.9%	9.4%	13.2%	< 0.001
Media dei giorni di lavoro persi per malattia	7.90	6.40	8.60	< 0.001
Indicatori di contrasto dello stress (PREVENZIONE)				
Eventi medi complessivi di formazione retribuita	17	12	5	< 0.001

¹ Da intendersi come % di lavoratori interessati ai turni nei fine settimana o nelle festività.

² Ferie maturate e non godute una volta trascorso il periodo previsto dalla legge per la relativa fruizione (N giorni di ferie goduti/N giorni di ferie contrattualmente previste e maturate)/100).

³ Dati forniti dal medico competente e presenti nel DVR.

⁴ (N ore lavorative perse/N ore lavorative potenziali lavorabili da contratto)X100.

ferie rispetto ai sanitari ($Z = -6.92$; $p < 0.001$), e svolgono compiti con maggior rischio di sovraccarico biomeccanico ($\chi^2 = 8.98$; $p < 0.01$). Considerando gli indicatori oggettivi relativi agli effetti dello stress, è emerso che gli operatori ausiliari presentano una media di giorni persi per malattia maggiore rispetto ai colleghi sanitari ($Z = -6.92$; $p < 0.001$) e una percentuale annua di assenteismo più elevata ($Z = -6.92$; $p < 0.001$). Infine, i dati oggettivi riportano che gli operatori ausiliari hanno partecipato ad un numero inferiore di eventi di formazione rispetto a quello dei colleghi ($Z = -6.93$; $p < 0.001$).

Discussione

Il primo obiettivo del presente studio riguardava l'indagine del livello e delle cause organizzative di rischio stress e burnout in una popolazione di operatori socio-sanitari dipendenti in una residenza sanitaria assistenziale mediante l'utilizzo congiunto di strumenti soggettivi ed oggettivi. La letteratura scientifica ha ampiamente evidenziato la necessità di monitorare e prevenire il rischio burnout negli operatori sanitari, poiché tale sindrome può comportare conseguenze negative per la salute dell'individuo, per la qualità delle cure elargite ai pazienti e per il livello generale di benessere organizzativo (14, 41, 42, 43, 44). Tuttavia, mentre numerose ricerche sono state condotte sullo stress e il burnout nel contesto ospedaliero, minore attenzione è stata posta agli operatori delle residenze sanitarie assistenziali, nonostante il numero degli anziani che necessitano cure e servizi a lunga degenza stia aumentando costantemente, così come il carico di lavoro degli operatori delle RSA (16, 20, 45).

I risultati della presente ricerca emersi dai dati soggettivi hanno evidenziato un livello generale di esaurimento potenzialmente a rischio che necessita di essere monitorato. Le principali fonti soggettive di disagio lavorativo sono la percezione di scarsa equità e di eccessivo carico di lavoro, come riportato anche in precedenti studi condotti sul personale sanitario (46, 47, 48, 49, 50) e, nello specifico, sul personale geriatrico (15, 16, 20). Gli indicatori oggettivi hanno invece evidenziato che le principali fonti di rischio stress lavorativo presenti nella struttura sono il lavoro a stretto contatto con la sofferenza umana, il rischio di aggressione e il disagio lavorativo provocato da sovraccarico biomeccanico. L'utilizzo congiunto dei due metodi di valutazione suggerisce che la percezione di esaurimento psico-fisico degli operatori potrebbe essere spiegata alla luce delle specifiche condizioni di lavoro degli operatori nelle RSA. Questi risultati, infatti, confermano precedenti studi che hanno mostrato che gli operatori dei servizi geriatrici sono esposti a numerosi fattori di rischio per l'insorgenza del burnout, quali il sovraccarico di lavoro, la pressione temporale, il contatto costante con la sofferenza e con persone che necessitano cure a lungo termine, lo stress fisico e la mancanza di personale (18, 51, 52, 53). Ad esempio, secondo una recente pubblicazione del National Institute for the Occupational Safety and Health (49), i comportamenti aggressivi dei pazienti e dei familiari e le possibili minacce rappresentano uno dei princi-

pali rischi psicosociali nel settore sanitario, come confermato anche dai risultati della presente ricerca. Anche altri studi hanno evidenziato che le professioni socio-sanitarie, ed in particolare infermieri e ausiliari socio-sanitari, sono particolarmente esposte al rischio di sviluppare disturbi muscoloscheletrici, come quelli alla colonna vertebrale (54, 55). Alla luce di tali risultati si sottolinea l'importanza del monitoraggio dell'equilibrio lavoro-riposo per gli operatori appartenenti a queste categorie professionali in quanto la possibilità di recupero delle proprie energie rappresenta un importante fattore di prevenzione per l'insorgenza del burnout (40, 56).

Il secondo obiettivo del presente studio era il confronto del livello di stress e burnout tra gli operatori sanitari e ausiliari. I risultati emersi dall'indagine soggettiva hanno evidenziato che gli ausiliari manifestano maggiori livelli di esaurimento e di disaffezione lavorativa rispetto ai colleghi sanitari e quindi hanno un maggiore rischio di sviluppare la sindrome del burnout. Gli indicatori oggettivi, infatti, hanno mostrato che gli operatori ausiliari sono soggetti ad un maggior numero di fonti di rischio stress (es. lavoro nel fine settimana e nelle festività), presentano più indicatori di potenziale malessere (percentuale annua di assenteismo e giorni di lavoro persi per malattia) e non godono di sufficienti indicatori di contrasto dello stress (eventi medi di formazione retribuita). In particolare, il lavoro nei fine settimana, nelle festività e il minor numero di ferie godute, possono rappresentare un importante fattore di rischio per la salute dei lavoratori (26, 31, 57). Ad esempio, Demerouti et al. (2000) (58) hanno evidenziato che un maggiore carico di lavoro, condizioni di lavoro sfavorevoli e difficoltà nella programmazione dell'orario di lavoro sono positivamente correlati con una maggior percezione di Esaurimento.

Altri studi hanno osservato che gli operatori ausiliari possono riportare elevati livelli di stress e di insoddisfazione professionale come conseguenza di numerose e pressanti richieste lavorative associate ad un basso controllo sul proprio lavoro che impedisce l'utilizzo di adeguate strategie di coping e della mancanza di adeguate informazioni sulle condizioni dei pazienti (16, 20, 45, 59). Anche lo studio di Bellia et al. (60), effettuato su un campione di operatori della sanità di una struttura ospedaliera di Catania, ha evidenziato che il livello di stress percepito dai lavoratori è associato alla posizione gerarchica: nel dettaglio, la categoria degli operatori ausiliari riportava punteggi inferiori di benessere rispetto agli altri lavoratori. Risultati contrastanti sono stati trovati invece nello studio Fiabane et al. (2013) (8), nel quale sono stati confrontati i livelli di work engagement nelle diverse categorie professionali ospedaliere e gli operatori ausiliari sono emersi come la categoria con il minore rischio di sviluppare burnout.

Nella presente ricerca, gli operatori sanitari presentano livelli di stress e burnout inferiori rispetto agli ausiliari, ma, tuttavia, riferiscono di percepire una peggiore qualità delle relazioni sul posto di lavoro e un minor sostegno reciproco dai colleghi. Precedenti studi hanno sottolineato l'importanza del supporto tra colleghi e della percezione di appartenenza al gruppo quali fattori protettivi della sin-

drome del burnout (40, 61). Una recente review (53) ha mostrato che gli interventi maggiormente efficaci a lungo termine per la prevenzione del burnout negli operatori dei servizi geriatrici sono quelli che utilizzano un approccio integrato, orientato sia alla persona che al lavoro, sebbene le evidenze scientifiche siano ancora limitate.

Infine, occorre evidenziare i principali limiti del presente studio. Il primo fa riferimento alla numerosità della popolazione analizzata: esso, infatti, sebbene includa la totalità dei dipendenti operanti nella struttura sanitaria, è composto complessivamente da un numero relativamente basso di soggetti, reclutati in una singola struttura, e pertanto i risultati non possono essere considerati come rappresentativi delle categorie professionali considerate. Futuri studi con campioni di dimensioni maggiori e in contesti socio-sanitari caratterizzati da maggiore complessità organizzativa sono necessari per confermare questi risultati e per confrontare gruppi omogenei di lavoratori. In secondo luogo, il disegno di ricerca utilizzato non ha consentito di misurare l'associazione tra fattori di rischio stress e variabili di strain, e tra i dati soggettivi e oggettivi.

I risultati di questa ricerca hanno identificato i principali fattori di rischio stress e burnout presenti negli operatori delle RSA e hanno evidenziato il vantaggio derivante dalla triangolazione di informazioni risultanti da strumenti di diversa natura. Il loro impiego, infatti, garantisce un'indagine maggiormente approfondita ed esaustiva della realtà organizzativa presa in esame, necessaria per la pianificazione di interventi correttivi e/o di prevenzione del disagio psicologico di origine occupazionale.

Bibliografia

- 1) Maslach C, Shaufeli WB. Job Burnout. *Annu Rev Psychol* 2001; 52: 397-422.
- 2) Maslach C. Job Burnout: how people cope. *Public Welf* 1978; 36: 56-58.
- 3) Magnavita N. Strain, disturbi d'ansia, depressione e disturbi muscolo scheletrici nelle attività di assistenza di assistenza sociale. *G Ital Med Lav Erg* 2009; 31: A24-A29.
- 4) Alessio L, Bonfiglioli R, Buselli R, Buzzi F, Camerino D, Campagna M, Cassitto MG, Castelli F, Costa G, Fattorini E, Franco G, Lucchini R, Mattioli S, Placidi D, Polato R, Porru S, Violante FS. Aggiornamenti in tema di tutela della salute occupazionale dei lavoratori della sanità. *G Ital Med Lav Erg* 2008; 30: 228-237.
- 5) Argentero P, Bruni A, Fiabane E, Scafa F, Candura S. La valutazione del rischio stress negli operatori sanitari: inquadramento del problema ed esperienze applicative. *G Ital Med Lav Erg* 2010; 32: 3, 326-331.
- 6) Callaghan P, Tak-Ying S, Pogy A. Factors related to stress and coping among Chinese nurses in Hong Kong. *J Adv Nurs* 2000; 31: 6, 1518-1527.
- 7) Chang EM, Daly J, Hancock K, Bidewell JW, Johnson A, Lambert VA, Lambert CE. The relationship among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics and health in Australian nurses. *J Prof Nurs* 2006; 22: 1, 30-38.
- 8) Fiabane E, Giorgi I, Sguazzin C, Argentero P. Work engagement and occupational stress in nurses and other health care workers: the role of organizational and personal factors. *J Clin Nurs* 2013; 22: 17-18, 2614-2624.
- 9) Garrosa E, Jiménez BM, Youxin L, González JL. The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout and hardy personality in nurse: an exploratory study. *Int J Nurs Stud* 2008; 45: 418-427.
- 10) Healy CM, McKay MF. Nursing stress: the effect of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *J Adv Nurs* 2000; 31(3): 681-688.
- 11) Kirkcaldy BD, Martin T. Job stress and satisfaction among nurses: individual differences. *Stress Medicine* 2000; 16: 77-89.
- 12) Lambert VA, Lambert CE, Itano J, Inoue J, Kimc S, Kuniviktikul W, Sitthimongkol Y, Pongthavornkamol K, Gasemgitvattana S, Ito M. Cross cultural comparison of workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health among hospital nurses in Japan, Thailand, South Korea and the USA (Hawaii). *Int J Nurs Stud* 2004; 41: 671-684.
- 13) McGrath A, Reid N, Boore J. Occupational stress in nursing. *Int J Nurs Stud* 2003; 40: 555-565.
- 14) Setti I, Argentero P. Organizational features of workplace and job engagement among Swiss healthcare workers. *Nursing and Health Sciences* 2011; 13: 425-432.
- 15) Castle N, Engberg J. Staff turnover and quality of care in nursing homes. *Med Care* 2005; 43: 616-626.
- 16) Engstrom M, Skytt B, Nilsson A. Working life and stress symptoms among caregivers in elderly care with formal and no formal competence. *J Nurs Manag* 2011; 19: 732-741.
- 17) Giver H, Faber A, Hannerz H, Stroyer J, Rugulies R. Psychological well-being as a predictor of dropout among recently qualified Danish eldercare workers. *Scand J Public Health*, 2010; 38: 239-245.
- 18) Nuzzo MD, Scarafiotti C, Raspo S, Bonati A, Pregliasco F. Motivazione lavorativa e stress del caregiver formale in RSA. *G Gerontol* 2012; 60: 28-35.
- 19) VonDras DD, Flittner D, Malcore SA, Pouliot G. Workplace stress and ethical challenges experienced by nursing staff in a nursing home. *Educ Gerontol* 2009; 35(4): 323-341.
- 20) Lapane KL, Hughes CM. Considering the employee point of view: perceptions of job satisfaction and stress among nursing staff in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc* 2007; 8(1): 8-13.
- 21) Albini E, Zoni S, Parrinello G, Benedetti L, Lucchini R. An integrated model for the Assessment of Stress-related Risk Factors in Health care professionals. *Ind Health* 2011; 49: 15-23.
- 22) Tabanelli MC, Depolo M, Cooke RMT, Sarchielli G, Bonfiglioli R, Mattioli S, Violante FS. Available instruments for measurement of psychosocial factors in the work environment. *Int Arch Occup Environ Health* 2008; 82: 1-12.
- 23) 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: Causes, coping and consequences of stress at work, Cooper C and Payne R (Eds.), 2008, 375-411, Wiley, Chichester.
- 24) Argentero P, Candura SM. La valutazione obiettiva dei fattori di rischio stress lavoro-correlati: prime esperienze applicative del metodo OSFA (Objective Stress Factors Analysis). *G Ital Med Lav Erg* 2009; 31(2): 221-226.
- 25) Falco A, Dal Corso L, Sarto F, Vianello L, Girardi D, Marcuzzo G, Magosso D, De Carlo NA, Bartolucci GB. Il ruolo degli indicatori "oggettivi" ed "intersoggettivi" nella valutazione del rischio stress lavoro-correlato: il Metodo di Valutazione per Indicatori di Stress. *Ital J Occup Environ Hygiene* 2010, 1(3): 132-138.
- 26) 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. Ricerca Edizione 2011.
- 27) Circolare Ministeriale del Lavoro e Politiche Sociali 18/11/2010. Indicazioni della Commissione Consultiva per la valutazione dello stress lavoro-correlato.
- 28) 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. *G Ital Med Lav Erg* 2010; 32(3): 332-336.
- 29) Soave C, Ballottin A, Giuliari C, Romeo L, Lonardi B, Trabucco G, Siani R, Biondani C, Zanferrari A, Perbellini L. Model for risk assessment and prevention work-related stress risk in the Integrated Verona University Hospital. *Ital J Occup Environ Hyg*, 2010; 1(3-4): 125-131.
- 30) Magrini A, Livigni L, Neri A, Pietroiusti A, Bernabucci A, Coppeta L, Moscatelli M, Bergamaschi A. Esperienze di valutazione dello stress lavoro correlato. *G Ital Med Lav Erg* 2011; 33(3), Suppl 2: 337-338.

- 31) Zoni S, Albini E, Benedetti L, Parriello G, Lucchini R. Applicazione di un metodo integrato per la valutazione dei fattori di rischio stress-correlati nel settore sanitario. *G Ital Med Lav Erg* 2009; 31(2): 217-220.
- 32) Zovi F, Parente G, Marcuzzo G, Iavicoli S, De Carlo NA, Bartolucci GB. Stress lavoro-correlato: due metodi di valutazione a confronto. *G Ital Med Lav Erg* 2011; 33, Suppl 3: 319-322.
- 33) Copertaro A, Bevilacqua G, Barbaresi M, Barchiesi F, Copertaro B. La valutazione dello stress lavoro correlato nell'Azienda Sanitaria di Ancona. *G Ital Med Lav Erg* 2010; 32(4), Suppl 2: 128-129.
- 34) Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C, Jackson SE. The Maslach Burnout Inventory-General Survey. In: MBI Manual 3rd edn. (Maslach C, Jackson SE, Leiter MP ed.) Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA, 1996.
- 35) Borgogni L, Galati D, Petitta L. e Centro Formazione Schweitzer. Il questionario Checkup organizzativo. Manuale dell'adattamento italiano. O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze, 2005.
- 36) Maslach WB, Van Dierendonck D. UBOS Utrecht Burnout Scale: Manual (in Dutch). Swets Test Publishers 2000.
- 37) Lasalvia A, Bonetto C, Bertani M, Bissoli S, Cristofalo D, Marrella G, Ceccato E, Cremonese C, De Rossi M, Lazzarotto L, Marangon V, Morandin I, Zucchetto M, Tansella M, Ruggeri M. Influence of perceived organisational factors on job burnout: survey of community mental health staff. *Brit J Psychiat* 2009; 195: 537-544.
- 38) Leiter MP, Maslach C. Areas of Worklife: a structured approach to organizational predictors of job burnout. In *Research in Occupational Stress and Well-being, Vol. 3: Emotional and Physiological Processes and Positive Intervention Strategies* (Perrewe PL & Ganster DC (ed), JAI Press/Elsevier, Oxford, 2004: 91-134.
- 39) Maslach C, Leiter MP. *The truth about burnout*. San Francisco: Jossey-Bass, 1997.
- 40) Maslach C, Leiter MP. Early predictors of burnout and engagement. *J Appl Psychol* 2008; 93(3): 498-512.
- 41) Argentero P, Dell'Olivo B, Ferretti M.S. Staff and patient satisfaction with the quality of dialysis care. *Am J Kidney* 2008; 51(1): 80-92.
- 42) Halbesleben JRB, Wakefield BJ, Wakefield DS, Cooper LB. Nurse burnout and patient safety outcomes: nurse safety perception versus reporting behavior. *Western J Nurs Res* 2008; 30: 560-577.
- 43) Rogers AE, Hwang WT, Scott WT, Aiken LH, Dinges DF. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs* 2004; 23(4): 202-212.
- 44) Rugulies R, Christensen KB, Borritz M, Villadsen E, Bültmann U, Kristensen TS. The contribution of the psychosocial work environment to sickness absence in human service workers: results of 3-year follow-up study. *Work Stress* 2007; 21(4): 293-311.
- 45) Hasson H, Arnetz, JE. Nursing staff competence, work strain, stress and satisfaction in elderly care: a comparison of home based care and nursing homes. *J Clin Nurs* 2007; 17(4): 468-481.
- 46) Castle NG, Engberg J, Anderson R, Men A. Job satisfaction of nurse aides in nursing home: intent to leave and turnover. *The Gerontologist* 2007; 47(2): 193-204.
- 47) Kowalski C, Ommen O, Driller E, Ernstmann N, Wirtz MA, Köhler T, Pfaff H. Burnout in nurses - the relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion. *J Clin Nurs* 2010; 19: 1654-1663.
- 48) Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rew Psychol* 2001; 52: 397-422.
- 49) National Institute for Occupational Safety and Health. Exposure to stress. *Occupational Hazards in Hospitals* 2008; 136, DHHS (NIOSH) Publication.
- 50) Stuart EH, Jarvis A, Daniel K. A ward without walls? District nurses' perceptions of their workload management priorities and job satisfaction. *J Clin Nurs* 2008; 17: 3012-3020.
- 51) Gandy-Crego, M, Clemente, M, Mayan-Santos, J.M, Espinosa, P. Personal determinants of burnout in nursing staff at geriatric centers. *Arch Gerontol Geriat* 2009; 48 (2): 246-249.
- 52) McHugh MD, Kutney-Lee A, Cimiotti JP, Sloane DM, Aiken LH. Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Affairs* 2011; 30 (2): 202-210.
- 53) Westermann C, Kozak A, Harling M, Nienhaus A. Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: Systematic literature review. *Int J Nurs Stud* 2014; 51 (1): 63-71.
- 54) Smith DR, Mihashi M, Adachi Y, Koga H, Ishitake T. A detailed analysis of musculoskeletal disorder risk factors among Japanese nurses. *J Safety Res* 2006; 37: 2: 195-200.
- 55) Yin bing Yip. A study of work stress, patient handling activities and the risk of low back pain among nurses in Hong Kong. *J Adv Nurs* 2001; 36: 6: 794-804.
- 56) McVicar A. Workplace stress in nursing: a literature review. *J Adv Nurs* 2003; 44(6): 633-42.
- 57) Cronin-Stubbs D, Brophy EG. Burnout: can social support save the psychiatric nurse? *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1985; 23: 8-13.
- 58) Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *J Adv Nurs* 2000, 32(2): 454-464.
- 59) Morgan DG, Semchuck KM, Stewart NJ, D'Arcy C. Job strain among staff or rural nursing homes. *JONA* 2002; 32(3): 152-161.
- 60) Bellia S, Ciantia F, Farruggia E, Mauteri D, Di Battista R, Pulvirenti F, Golino A, Giallongo A, Bellia A. Lo stress occupazionale nelle professioni d'aiuto: valutazione del fenomeno tra gli operatori della sanità. *G Ital Med Lav Erg* 2010; 32(4), Suppl 2: 114-115.
- 61) Escribà-Agüir V, Martín-Baena D, Pérez-Hoyos S. Psychological work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. *Int Arch Occ Env Health* 2006; 80: 127-133.

Corrispondenza: Elena Fiabane, Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento, Unità di Psicologia Applicata, Università degli Studi di Pavia, Piazza Botta 11, 27100 Pavia, Italy, Tel: +39 0382986452, Fax: +39 038298627, E-mail: elenamaria.fiabane@unipv.it