

Stress e benessere occupazionale in una popolazione di lavoratori operanti nei presidi materno infantili di una grande azienda ospedaliera piemontese

Marini Simone¹, Pileggi Stefano, Noè Samuele², Panero Bruna², Cervino Davide², Astesano Elena², Bosio Davide³, Garzaro Giacomo⁴

¹ Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei luoghi di Lavoro

² Scuola di Specializzazione in Medicina del Lavoro - Università degli Studi di Torino

³ S.C. Medicina del Lavoro U - AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

⁴ Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche - Università degli Studi di Torino

Indirizzo per la corrispondenza

e-mail: simonema0201@gmail.com

.Riassunto

Tra i fattori di rischio maggiormente presenti nella realtà lavorativa contemporanea vi è lo stress lavoro correlato. Secondo indagini europee, il 51% dei lavoratori europei pensa che lo stress sia comune nei luoghi di lavoro, e si stima che sia responsabile di 20 miliardi di euro di costi complessivi annui.

Secondo la letteratura scientifica, uno dei settori maggiormente esposti è quello sanitario.

Lo studio si propone di indagare le variabili socio-demografiche e lavorative associate a livelli elevati di stress, e proporre alcune soluzioni volte alla prevenzione e mitigazione del rischio di stress lavoro-correlato.

Lo studio, condotto in un presidio ospedaliero materno infantile, ha previsto la somministrazione di questionari volti alla valutazione di variabili socio demografiche e

occupazionali con scale validate: Brief Resilient 4 Scale Coping (BRSC), Work Ability Index (WAI), Maslach Burnout Inventory (MBI)).

.Summary

Among the most prevalent risk factors in contemporary workplaces is work-related stress. According to European surveys, 51% of European workers think stress is common in the workplace, and it is estimated to be responsible for 20 billion euros in total costs annually.

According to scientific literature, one of the most exposed sectors is healthcare.

This study aims to investigate the socio-demographic and occupational variables associated with high levels of stress, and propose some solutions aimed at preventing and mitigating the risk of work-related stress.

The study, conducted in a maternal and child hospital, involved the administration of questionnaires aimed at assessing socio-demographic and occupational variables with validated scales: Brief Resilient 4 Scale Coping (BRSC), Work Ability Index (WAI), Maslach Burnout Inventory (MBI)).

.Introduzione

Secondo dati UE [1] lo stress, l'ansia e la depressione costituiscono il secondo problema di salute lavoro-correlato più comune per i lavoratori europei. Un'inadeguata gestione del rischio Stress Lavoro Correlato (SLC), nel tempo, può essere causa di patologie, alcune delle quali sono catalogate come malattie professionali e inserite nelle tabelle di cui all'Art 3 del D.P.R. 1124/1965: nello specifico, il disturbo post-traumatico cronico da stress e il disturbo dell'adattamento cronico. Lo SLC scaturisce da una percezione soggettiva, da parte del lavoratore, di uno scompensamento tra le proprie risorse (fisiche, biologiche, psichiche) e le richieste provenienti dall'ambiente lavorativo. Nel 2013 l'EU-OSHA ha pubblicato un report nel quale emerge come il 51% dei lavoratori europei consideri lo stress un fattore di rischio comune nei luoghi di lavoro e un ulteriore 16%

lo ritenga molto frequente [2].

La Commissione Europea nel 2002 ha stimato che i costi sociali derivanti dallo stress lavoro correlato e dai relativi disturbi, ammonti a circa 20 miliardi di euro all'anno. Dobbiamo considerare, infatti, che ad elevati livelli di stress sono associati anche incidenti, infortuni, elevato turnover e assenteismo [3].

Numerosi studi hanno evidenziato come uno degli ambiti lavorativi maggiormente a rischio stress lavoro correlato sia quello socio-sanitario. Questo probabilmente è dovuto al fatto che sono presenti diversi fattori psicosociali come turni, reperibilità, confronto quotidiano con le emergenze, contatto con l'utenza e, in taluni casi, anche eventi di aggressione fisica e verbale. Uno studio svolto in Sud Africa su un campione di 1200 infermiere distribuite su quattro ospedali ha dimostrato come i problemi più rilevanti siano associati al Burnout e alla soddisfazione sul lavoro. Questi fattori sono noti per compromettere la produttività e le prestazioni, oltre a influire sulla qualità dell'assistenza ai pazienti [4].

TAKE AT HOME MESSAGE

- ▼ Maggiore età e anzianità di servizio sono associati a minore abilità lavorativa.
- ▼ Lo stile di vita influenza l'abilità lavorativa e la sfera psicologica.
- ▼ Minore anzianità di servizio è associata a livelli più alti di depersonalizzazione.

.Obiettivo dello studio

Obiettivo del presente studio è l'identificazione di associazioni tra variabili socio-demografiche e lavorative e livelli di burnout e abilità lavorativa. Tale indagine è stata svolta mediante la somministrazione di questionari che abbinano variabili socio demografiche e occupazionali con scale validate: la Brief Resilient Scale Coping (BRSC), il Work Ability Index (WAI) e il Maslach Burnout Inventory (MBI). Lo studio ha come obiettivo l'individuazione delle variabili sociali e lavorative che influiscono principalmente sui livelli di burnout e sul benessere occupazionale dei lavoratori in un contesto sanitario materno-infantile. I risultati di questa analisi potranno contribuire allo sviluppo di misure preventive volte al contenimento dei principali fattori di rischio.

.Materiali e metodi

Nel periodo compreso tra Marzo 2023 e Settembre 2023 sono stati somministrati i questionari ad un campione composto da 213 lavoratori, afferenti ai presidi materno/infantili di una grande AOU piemontese. Gli intervistati sono stati reclutati in occasione delle visite mediche effettuate ai sensi del D.Lgs. 81/2008 da parte del Medico Competente.

Il questionario somministrato si compone di 5 parti:

1. Un'informativa sulla tutela dei dati personali, ai sensi del regolamento UE 679-2016 di cui al titolo GDPR e i riferimenti ai titolari dello studio e un indirizzo email per fornire eventuali chiarimenti ai soggetti coinvolti. Al termine di tale informativa era presente il modulo per la raccolta del consenso informato alla partecipazione allo studio.

In caso di dissenso è stato inserito un item per la raccolta delle eventuali motivazioni.

2. Un modulo per la raccolta delle variabili socio-demografiche e lavorative. Le variabili considerate sono:

- » Anno di nascita
- » Genere
- » Professione
- » Anno di inizio professione
- » Reparto di appartenenza e anno di presa di servizio nel suddetto reparto
- » Turni
- » Ore di lavoro medie a settimana
- » Turni notturni
- » Mezzi utilizzati nel tragitto casa-lavoro
- » Tempo tragitto casa-lavoro
- » Variazione carico di lavoro nel periodo COVID-19
- » Infortuni negli ultimi 24 mesi
- » Peso e Altezza
- » Stato civile
- » Presenza di figli e età dei figli
- » Parenti non autosufficienti a carico e ore al giorno di caretaker
- » Attività fisica
- » Fumo
- » Alcool
- » Ore di sonno
- » Assunzione di farmaci
- » Terapie negli ultimi 24 mesi
- » Attività da libero professionista
- » Zona residenziale
- Brief Resilient Coping Scale [5]
- Work Ability Index [6]
- Maslach Burnout Inventory [7]

I dati sono stati raccolti in forma anonima su moduli cartacei e trasferiti su database, gestiti da personale esterno al servizio preso in esame, e trattati nel rispetto delle normative vigenti sulla privacy. Le analisi statistiche sono state effettuate utilizzando le applicazioni R e Microsoft Excel. I risultati sono stati forniti in forma anonima collettiva. Ciascun partecipante allo studio è stato invitato, attraverso il modulo di raccolta dati, ad esprimere il proprio consenso informato alla partecipazione allo studio.

Sono stati compilati 208 questionari su 213 distribuiti (97,7 % di aderenza allo studio): 26 di genere maschile, 177 di genere femminile, 5 non hanno specificato il genere o si sono dichiarati non binari. Il campione vede una rappresentatività maggiore del genere femminile, dato in linea con la composizione della popolazione presa in esame. Per quanto concerne la mansione svolta, hanno risposto al questionario 71 medici strutturati o in formazione, 64 infermieri/ostetrici/infermieri pediatrici, 38 OSS/puericultrici, 26 amministrativi/tecnici e 3 soggetti appartenenti ad altre categorie professionali.

• Risultati

Nella seguente tabella (figura 1) sono sintetizzati i dati relativi alla distribuzione del campione in relazione alle principali variabili extraprofessionali prese in esame.

Per quanto concerne la scala BRSC, i valori medi registrati sono stati di 13,61 punti su un massimo di 20, tale punteggio indica un basso livello di resilienza; la deviazione standard è risultata di 3,07 punti. Stratificando il campione sulla base del punteggio del test, 94 soggetti hanno raggiunto un punteggio pari o inferiore

a 13 punti, corrispondente ad un ridotto livello di resilienza; 81 hanno totalizzato un punteggio compreso tra 14 e 16, pari ad un livello medio; 29 soggetti sono risultati altamente resilienti, con un punteggio superiore a 16.

I valori medi registrati di WAI si attestano a 37,16 punti su un massimo di 49, corrispondenti ad un livello di abilità lavorativa buono. La deviazione standard osservata è di 8,26 punti. 55 soggetti hanno presentato livelli di WAI eccellenti, pari o superiori a 44 punti, 75 livelli buoni (37-43 punti), 49 livelli moderati (28-36 punti), 27 livelli scarsi (meno di 28 punti).

I valori medi osservati di MBI sono stati rispettivamente di 20,90 per l'esaurimento emotivo (DS: 12,26); 4,55 per la depersonalizzazione (DS: 5,22) e 32,17 per la realizzazione personale (DS: 6,66): tali valori corrispondono a moderati livelli di esaurimento emotivo, bassa depersonalizzazione e alta realizzazione personale.

Per quanto concerne la variabile genere (p value= 0,02), i soggetti di sesso maschile hanno presentato punteggi significativamente più elevati (14,85) rispetto a quelli di genere femminile (13,44). Il dato è stato confermato anche correggendo il possibile bias derivante dalle differenze di età.

Una differenza significativa (p value=0,03) è presente nel confronto tra sottogruppi stratificati sulla base dello svolgimento di attività libero professionale/intramoenia. Sono stati osservati punteggi significativamente più elevati nei soggetti che svolgono attività libero professionale tra le 4 e le 8 ore settimanali (17,2), seguiti da chi svolge tale attività oltre le 8 ore settimanali (15).

Tabella 1. Risultati questionari somministrati agli operatori

Stato civile	<i>Celibe / Nubile</i> 51	<i>Coniugato/a</i> 98	<i>Convivente</i> 32	<i>Divorziato/a</i> 21	<i>Vedovo/a</i> 5
Figli	<i>Nessuno</i> 84	<i>1</i> 42	<i>2</i> 68	<i>3 o più</i> 13	
Zona di residenza	<i>Urbana</i> 84	<i>Suburbana</i> 42	<i>Rurale</i> 68		
Ore a settimana di attività fisica	<i>Nessuno</i> 84	<i>1</i> 42	<i>2</i> 68	<i>3 o più</i> 13	
Ore a settimana di attività fisica	<i>Nessuno</i> 84	<i>1</i> 42	<i>2</i> 68	<i>3 o più</i> 13	
Ore a settimana di attività fisica	<i>Nessuno</i> 84	<i>1</i> 42	<i>2</i> 68	<i>3 o più</i> 13	
Stato civile	<i>Celibe / Nubile</i> 51	<i>Coniugato/a</i> 98	<i>Convivente</i> 32	<i>Divorziato/a</i> 21	<i>Vedovo/a</i> 5
Ore a settimana di attività fisica	<i>Nessuno</i> 84	<i>1</i> 42	<i>2</i> 68	<i>3 o più</i> 13	
Ore a settimana di attività fisica	<i>Nessuno</i> 84	<i>1</i> 42	<i>2</i> 68	<i>3 o più</i> 13	

Ore a settimana di attività fisica	<i>Nessuno</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3 o più</i>
	84	42	68	13
Zona di residenza	<i>Urbana</i>	<i>Suburbana</i>	<i>Rurale</i>	
	84	42	68	
Zona di residenza	<i>Urbana</i>	<i>Suburbana</i>		
	84	42		
Ore a settimana di attività fisica	<i>Nessuno</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3 o più</i>
	84	42	68	13

I sottogruppi che non praticano attività da libero professionista (13,4) e quelli che la praticano meno di 4 ore a settimana (13,8) hanno mostrato punteggi medi nella fascia a bassa resilienza.

L'analisi ha evidenziato una differenza significativa ($p \text{ value}=0,01$) tra chi assume farmaci e chi non li assume. I lavoratori che assumono farmaci hanno un punteggio medio pari a 12,99, mentre i lavoratori che non fanno uso di farmaci un punteggio pari a 14,10.

Sono state, infine, osservate associazioni statisticamente significative tra la presenza di comorbidità ($p \text{ value}=0,04$) e punteggi medi più elevati (14,15 - medio) rispetto alla presenza di singola diagnosi (12,7 - basso).

I valori medi registrati di WAI si attestano a 37,16 punti su un massimo di 49, corrispondenti ad un livello di abilità lavorativa buono. La deviazione standard osservata è di 8,26 punti.

55 soggetti hanno presentato livelli di WAI eccellenti, pari o superiori a 44 punti, 75 livelli buoni (37-43 punti), 49 livelli moderati (28-36 punti), 27 livelli scarsi (meno di 28 punti).

Si è osservato un trend discendente dei punteggi di WAI in relazione all'età anagrafica (Figura 2).

I lavoratori con un livello di WAI eccellente risulta avere un'età media poco sotto i 40 anni. I lavoratori con un punteggio buono hanno un'età media poco sotto i 45 anni. I livelli di WAI moderati e bassi sono inerenti ai lavoratori aventi un'età media di circa 53 anni ($p \text{ value} = 3,12e-10$).

Un analogo trend discendente è stato osservato in relazione all'anzianità di servizio espressa in anni.

I dipendenti con un'anzianità di servizio media di circa 26 anni hanno un livello di WAI basso e moderato, quelli con un'età di servizio media poco sotto ai 20 anni hanno un livello buono

e chi ha un'anzianità di servizio media di 13,5 anni ha un livello eccellente di WAI (p value = 6,35e-07).

Per quanto concerne la variabile relativa all'anzianità di mansione, intesa come anni di servizio svolti presso la stessa struttura, sono presenti livelli buoni ed eccellenti di WAI per chi svolge il proprio servizio nella stessa sede da circa 9 anni, mentre livelli moderati per chi è presente da mediamente 14 anni e punteggio basso per chi è presente da circa 11 anni.

Stratificando il campione sulla base della turnazione svolta, sono state osservate differenze statisticamente significative (p-value = 0,0001451): il livello di WAI è pari a 34,4 per chi non svolge turni, 38,5 per chi svolge 2 turni e 39,5 per chi lavora su 3 turni. Differenziando i turnisti dai lavoratori che non sono soggetti a turni rimane una differenza significativa, i primi raggiungono un valore pari a 38,98 mentre i secondi pari a 34,38. Correggendo il bias legato all'età anagrafica dei lavoratori appartenenti ai due gruppi si osserva come tale differenza non risulti più significativa.

L'analisi ha evidenziato una differenza significativa (p value = 0,04) tra chi ha figli e chi non li ha. I lavoratori che hanno figli hanno un punteggio medio pari a 36,15, mentre i lavoratori che non hanno figli hanno un punteggio pari a 38,60. Tuttavia controllando per la variabile età, il fattore prole non è più significativo.

Per quanto concerne l'attività di caregiving domiciliare, i lavoratori che non svolgono tale attività hanno un punteggio medio di 38,40, i lavoratori con genitori non autosufficienti a carico hanno un punteggio pari a 33,90, i lavoratori che svolgono attività di caring verso figli minori o invalidi hanno un punteggio di 37,90 e i lavoratori che la svolgono a favore

di altri soggetti hanno un punteggio di 33,80. Mettendo a confronto il sottogruppo composto da lavoratori che svolgono attività di caregiving domiciliare con quello composto da lavoratori che non la svolgono, si osserva una differenza significativa (p value = 0,002765). I primi hanno un punteggio medio di 34,51, i secondi di 38,43. Tale osservazione non viene confermata effettuando una correzione per età (Figura 3).

I lavoratori con un BMI medio di 22,8 hanno un livello di WAI eccellente, i lavoratori con un BMI pari a 24,2 hanno un livello di WAI buono, i lavoratori con un BMI pari a 25 hanno un livello moderato di WAI e chi ha un BMI di circa 26 ha un livello basso di WAI (p value = 0,002796) (Figura 4).

I lavoratori che non fumano hanno un punteggio di WAI pari a 37,8, i lavoratori che fumano sigarette elettroniche/tabacco riscaldato hanno un punteggio medio di WAI pari a 34,7, i lavoratori che fumano sigarette borghesi hanno un punteggio pari a 32,2 e chi fuma tabacco trinciato ha un punteggio di 39,1. Mettendo a confronto i soggetti fumatori con i non fumatori si evidenzia una differenza significativa (p value = 0,03). I fumatori hanno un livello medio di WAI pari a 34,35 mentre i non fumatori hanno un livello medio di WAI pari a 37,82.

Per quanto concerne la variabile relativa all'attività fisica è presente una differenza significativa. I lavoratori che non svolgono attività fisica hanno un punteggio medio di WAI pari a 35,1, chi la svolge per un'ora a settimana ha un punteggio di 38,1, i lavoratori che praticano attività fisica tra le 2 e le 3 ore a settimana hanno un punteggio pari a 39,1 e i lavoratori che svolgono per più di 4 ore a settimana sport hanno un punteggio di WAI pari a 39,5 (Figura 6).

Stratificando il campione per ore di sonno dormite per notte, si possono osservare differenze significative: i soggetti che dormono per meno di 6 ore hanno un punteggio medio pari a 33,5, quelli che dormono tra le 6 e le 7 ore presentano un punteggio medio pari a 39 e i dipendenti che dormono più di 7 ore a notte hanno un livello medio di WAI pari a 39,9. Anche controllando la variabile età, la variabile sonno rimane significativa.

La variabile inerente all'assunzione di farmaci è significativa (p value = $2,984e-06$), in quanto chi assume farmaci ha un punteggio di WAI medio pari a 34,64 e chi non assume farmaci ha un punteggio medio pari a 39,91. Anche controllando la variabile età, la variabile sonno rimane significativa.

L'ultima differenza significativa (p value = $3,086e-11$) è presente tra i monopatologici e i pluripatologici. I primi hanno un punteggio WAI di 40,74 e i secondi 33,57. Anche controllando la variabile età, la comorbidità rimane significativa.

Per quanto concerne il BMI, è stata effettuata una stratificazione sulla base delle diverse categorie di peso. I lavoratori sottopeso presentano un livello medio di Realizzazione personale pari a 35,2; i lavoratori normopeso hanno un punteggio pari a 32,5; i lavoratori sovrappeso hanno un punteggio medio pari a 28,6; i lavoratori che soffrono di obesità di I grado hanno un punteggio medio pari a 33,6, i lavoratori che soffrono di obesità di II grado hanno un punteggio medio pari a 33,7, i lavoratori che soffrono di obesità di III grado hanno un punteggio medio pari a 28,5.

Le analisi hanno riscontrato una differenza significativa (p value = $0,00879$) fra i lavoratori che assumono farmaci e chi non ne assume. I primi hanno un punteggio di Realizzazione

personale pari a 30,78 mentre i secondi un punteggio pari a 33,37.

Si è osservato un trend ascendente dei punteggi di Esaurimento emotivo in relazione all'età anagrafica (p value = $0,05$).

La variabile relativa alle ore lavorative mostra un trend ascendente se relazionata all'Esaurimento emotivo (p value = $0,05$).

Per quanto concerne la variabile relativa allo stato civile, è presente una differenza significativa. I lavoratori celibi/nubili hanno un punteggio di esaurimento emotivo pari a 20,6, i coniugati pari a 18,9, i conviventi pari a 21,5, i divorziati pari a 28,4 e i vedovi pari a 28,8. Anche controllando la variabile età, la variabile relativa allo stato civile rimane significativa.

Per quanto concerne l'attività di caregiving domiciliare, i soggetti che non hanno parenti non autosufficienti a carico hanno un punteggio medio di esaurimento emotivo pari a 19, chi ha figli non autosufficienti ha un punteggio medio di 20, i lavoratori con genitori non autosufficienti hanno un punteggio medio di 26,6 e chi si prende cura di altre persone presenta un punteggio medio di 24. Confrontando soggetti non caregiver con i caregiver si osservano punteggi medi significativamente differenti (p value = $0,001245$): 18,95 per i primi e 25,2 per i secondi. Anche controllando la variabile età, le differenze relative al caregiving e al caring rimangono significative.

Il sottogruppo composto da lavoratori che dormono meno di 6 ore a notte ha un punteggio medio di Esaurimento emotivo pari a 26,3; il sottogruppo con ore di sonno comprese tra 6 e 7 è pari a 20; i soggetti che dormono più di 7 ore hanno un punteggio medio pari a 14,7.

Anche tenendo conto del bias di età, la variabile relativa al sonno rimane significativa. Per quanto concerne la variabile comorbidità è presente una differenza significativa (p value = 0,01) tra i soggetti monopatologici e pluripatologici. I primi hanno un livello di Esaurimento emotivo pari a 17,85 e i secondi pari a 24,41. Anche tenendo conto del bias di età, la variabile relativa alla comorbidità rimane significativa (Figura 5).

Si è osservato un trend decrescente dei punteggi di Depersonalizzazione in relazione all'età anagrafica (p value = 0,02).

Per quanto concerne la variabile relativa alla professione assistenziale è presente una differenza significativa (p -value = 2,8e-07). Le mansioni che comportano assistenza e contatto diretto con utenti hanno un punteggio di Depersonalizzazione pari a 4,93, invece le mansioni non assistenziali hanno un punteggio pari a 1,25.

È presente un trend decrescente per quanto riguarda l'anzianità di servizio in relazione alla Depersonalizzazione (p value = 0,02).

L'incremento delle ore lavorative settimanali corrisponde anche ad un progressivo incremento dei livelli di depersonalizzazione (p value = 0,02).

Per quanto riguarda i valori medi di depersonalizzazione è presente una differenza statisticamente significativa tra i non fumatori e i fumatori. Nel primo caso il punteggio è pari a 4,12, invece nel secondo caso è 6,87. Inoltre, i fumatori sono stati stratificati in base alla frequenza giornaliera: i sottocampioni hanno mostrato valori medi significativamente differenti (p -value = 0,03). Nei lavoratori che fumano 1-2 volte al dì il punteggio medio è di 12,7; i lavoratori che fumano 3-5 volte al giorno

hanno un punteggio medio di 2,33; quelli che fumano 5-10 al dì hanno un punteggio di 6,14; i lavoratori che fumano 10-20 volte al dì hanno un punteggio di 5.

Il campione è stato ancora stratificato sulla base delle unità alcoliche settimanali. I lavoratori che non bevono alcolici hanno un punteggio pari a 3,48; i soggetti che bevono 1-2 volte a settimana hanno un livello di Depersonalizzazione pari a 4,84; i lavoratori che assumono alcool 3-5 volte a settimana hanno un punteggio di 6,96; chi beve 6-10 volte a settimana ha un livello di 7,6.

.Discussione

Sono state osservate le seguenti associazioni:

- ▶ Livelli di BRCS significativamente più alti nei soggetti che svolgono lavoro a turni. In particolare, chi lavora su 3 turni ha valori medi di resilienza più elevati: tale riscontro potrebbe essere attribuito ad un effetto lavoratore sano. Lo svolgimento di lavoro a turni, in ambiente ospedaliero, è solitamente appannaggio dei lavoratori più giovani e che presentano un minor numero di patologie;
- ▶ Valori medi di BRCS in fascia media nel genere maschile, nel genere femminile si riscontrano valori più bassi: tale differenza di genere, presente anche nei valori medi di WAL, potrebbe essere legata ad una maggior difficoltà nella gestione dell'interfaccia famiglia/lavoro. Ad oggi, infatti, si osservano ancora differenze di genere nella gestione degli impegni casalinghi e familiari, che si ripercuotono anche in ambito di benessere occupazionale;

- Valori medi più elevati di BRCS nei lavoratori che svolgono attività da libero professionista più di 4 ore a settimana: lo svolgimento di attività libero professionale e intramoenia è associato ad introiti economici maggiori e a livelli più elevati di soddisfazione professionale. Inoltre il lavoratore che svolge tali attività si confronta più frequentemente con contesti occupazionali dinamici, per i quali è necessaria una maggior propensione al problem solving;
- Un'associazione tra l'assunzione di farmaci e riduzione dei livelli di BRCS: tale riscontro è in contrasto con quanto osservato in termini di diagnosi di malattia. I dipendenti pluripatologici, infatti, hanno mostrato un livello di BRCS medio significativamente più elevato rispetto ai monopatologici, che sono in fascia bassa;
- Un'associazione tra l'incremento dell'età anagrafica e la riduzione dei livelli di WAI: tale riscontro è comune a numerosi studi in diverse realtà occupazionali e correla con il trend analogo relativo all'anzianità di servizio e di mansione [8];
- Un'età media di 53 anni nei soggetti appartenenti alle fasce moderate e basse del WAI: anche in questo caso sono stati osservati risultati analoghi nel settore bancario [9] e dell'automotive. Tipicamente i livelli medi di WAI tendono a scendere fino alla fascia di età 50-59 anni, per risalire, a causa di un effetto lavoratore sano, nei soggetti ancora in servizio dopo i 60 anni;
- Livelli più elevati di WAI nel genere maschile (fascia buona) rispetto al genere femminile (moderata): tale differenza di genere, già oggetto di discussione in relazione ai risultati della scala BRSC, risulta in accordo con la letteratura di settore [10];
- Livelli significativamente più elevati di WAI nei lavoratori a turni rispetto ai lavoratori che svolgono lavori ad orario fisso: i soggetti che svolgono lavoro a tre turni hanno mediamente livelli di WAI più alti rispetto a chi svolge un lavoro a due turni. Anche in questo caso, tale riscontro è attribuibile ad un effetto lavoratore sano: i soggetti pluripatologici o meiodragici, sulla base del giudizio di idoneità espresso dal Medico Competente, vengono collocati in servizi che non prevedano attività a turni, lavoro notturno o elevate richieste assistenziali, come spesso accade nei reparti ospedalieri;
- Livelli di WAI moderati nei soggetti con figli, significativamente più bassi rispetto ai soggetti senza figli: lo svolgimento di attività assistenziale sembra, dunque, risentire maggiormente delle difficoltà relative alla conciliazione degli impegni occupazionali e familiari. Tale riscontro concorda con quanto osservato in relazione all'attività di caretaking domiciliare: i soggetti che si prendono cura di genitori o di altri parenti non autosufficienti, infatti, hanno mediamente livelli di WAI moderati, significativamente più bassi rispetto a coloro non svolgono attività assistenziale al proprio domicilio;
- Un'associazione tra incremento del valore di BMI e la riduzione dei livelli di WAI: anche in questo caso, il riscontro conferma quanto comunemente osservato in letteratura. Bisogna, peraltro, segnalare che un BMI più elevato correla, comunemente, con una maggior comorbidità;

- ▼ Livelli di WAI significativamente inferiori nei soggetti fumatori, in particolar modo nei lavoratori che fumano sigarette tradizionali o elettroniche. Nello specifico, tali sottogruppi presentano livelli di WAI moderati, mentre i non fumatori o i fumatori di tabacco trinciato hanno livelli medi di WAI in fascia Buona. Tale riscontro, in accordo con i dati di letteratura, può essere influenzato anche dalla maggior incidenza e prevalenza di patologie nei soggetti fumatori;
- ▼ Un'associazione tra eccellenti livelli di WAI e lo svolgimento di attività fisica. Per quanto concerne le variabili legate allo stile di vita è stato possibile osservare livelli di WAI significativamente più elevati nei soggetti che dormono almeno 6 ore a notte, rispetto a coloro che ne dormono di meno;
- ▼ Livelli di WAI significativamente inferiori nei soggetti che assumono farmaci regolarmente: tale riscontro è riconducibile ai livelli più bassi di salute e, conseguentemente, di abilità lavorativa riscontrati in numerosi studi, compreso il nostro, dei soggetti pluripatologici;
- ▼ Un'associazione tra l'incremento delle ore lavorative e la riduzione dei valori medi relativi alla scala di realizzazione personale del MBI: l'incremento delle ore lavorative settimanali è associato, peraltro, ad un trend ascendente dei livelli di esaurimento emotivo e depersonalizzazione. È possibile, pertanto, affermare, anche nel campione esaminato, che lo svolgimento di attività professionale in regime di straordinario sia associato all'insorgenza di sindrome da Burnout;
- ▼ Un'associazione tra l'incremento dell'età anagrafica ed elevati valori medi della scala di esaurimento emotivo;
- ▼ Livelli più elevati di esaurimento emotivo nei soggetti divorziati o vedovi, così come riportato in numerosi lavori di letteratura [11];
- ▼ Livelli di esaurimento emotivo significativamente maggiori nei soggetti che svolgono attività di caregiving domiciliare e in coloro che dormono meno di 6 ore a notte;
- ▼ Un trend discendente dei livelli di depersonalizzazione in relazione all'incremento dell'età anagrafica: un riscontro analogo viene descritto da Reham Shalaby e collaboratori in uno studio condotto in Canada su una popolazione di lavoratori del settore ospedaliero [12];
- ▼ Livelli di depersonalizzazione superiori nei soggetti che svolgono pratiche assistenziali dirette: così come suggerito dalla definizione stessa di sindrome da burnout, i lavoratori che svolgono helping profession sono quelli maggiormente a rischio di sviluppo di tale disturbo;
- ▼ Un maggior consumo alcolico nei soggetti con livelli di depersonalizzazione più elevati.

Conclusioni

Sulla base delle associazioni osservate, si ritiene opportuna l'implementazione di misure volte alla razionalizzazione dell'impiego del personale in relazione alle variabili socio demografiche e ad un adeguato turnover generazionale. L'incremento dell'età anagrafica e dell'anzianità di servizio, infatti, correla con un incremento del numero di diagnosi di malattia e con livelli più bassi di WAI, con

conseguenti difficoltà per il lavoratore nello svolgimento di lavori particolarmente faticosi e stressanti come l'attività assistenziale a turni e la copertura di turni di reperibilità.

Tra le variabili principalmente associate ad indicatori di scarso benessere occupazionale e burnout vi è l'attività di caregiving domiciliare: la gestione delle criticità nell'interfaccia famiglia/lavoro dei dipendenti con familiari non autosufficienti a carico, anche mediante l'implementazione di servizi quali asili nido per i neogenitori e una maggior flessibilità di orario per i lavoratori che svolgono l'attività di caregiver domiciliare possono risultare soluzioni efficaci nella riduzione dei livelli di stress di tali soggetti.

Le associazioni riscontrate tra lo svolgimento di attività fisica, un numero di ore di sonno superiore a 7 e valori più elevati di WAI indicano che interventi relativi al mantenimento di stili di vita salutari e di invecchiamento attivo possono contribuire a mantenere livelli più elevati di abilità lavorativa, e di benessere psicosociale sul luogo di lavoro.

Si è osservato un trend decrescente dei punteggi di Depersonalizzazione in relazione all'età anagrafica. In questo caso, i lavoratori suscettibili sono i giovani. Favorire la curva di apprendimento dei lavoratori neoassunti, mediante adeguata formazione e informazione, rappresenta, ad oggi, lo strumento più efficace per la gestione del disagio psicosociale nei soggetti più giovani (cita studi di riferimento). L'associazione osservata tra ridotta età anagrafica e maggiori punteggi medi nella scala di depersonalizzazione risulta, peraltro, meritevole di ulteriori approfondimenti, anche mediante analisi di natura qualitativa, quali interviste e focus group.

In caso di riscontro di quadri patologici, la gestione del rientro nell'attività lavorativa dell'operatore sanitario potrà giovare, a seconda dei casi, di modalità di reinserimento precoce o graduale al lavoro, di programmi di lavoro affiancato o supportato e di programmi per la prevenzione delle ricadute.

Inoltre, se necessario, il Medico Competente, mediante l'espressione di giudizi di idoneità alla mansione specifica con limitazioni e prescrizioni potrà favorire un collocamento confacente alle capacità lavorative dei soggetti meiorpragici.

Infine si ritengono opportune l'implementazione di servizi di supporto psicologico aziendale, facilitandone, peraltro, l'accesso per quei dipendenti che, per vissuti lavorativi, ne evidenzino il bisogno ed è auspicabile un'opera di formazione relativa alla gestione dei conflitti con gli utenti e alla prevenzione delle aggressioni: un'adeguata informazione e formazione del personale su tali temi può rappresentare uno strumento valido per la tutela della sicurezza, riducendo statisticamente la probabilità di eventi gravi, un intervento preventivo per la tutela della salute, ed essere determinante per la riduzione dei livelli di ansia e stress del personale stesso.

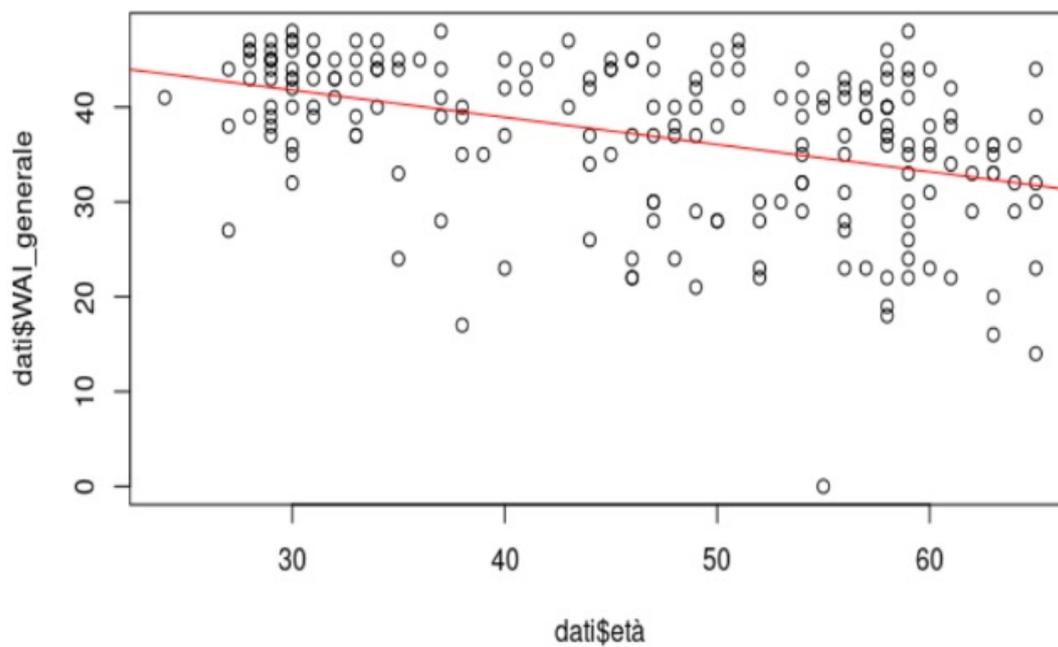
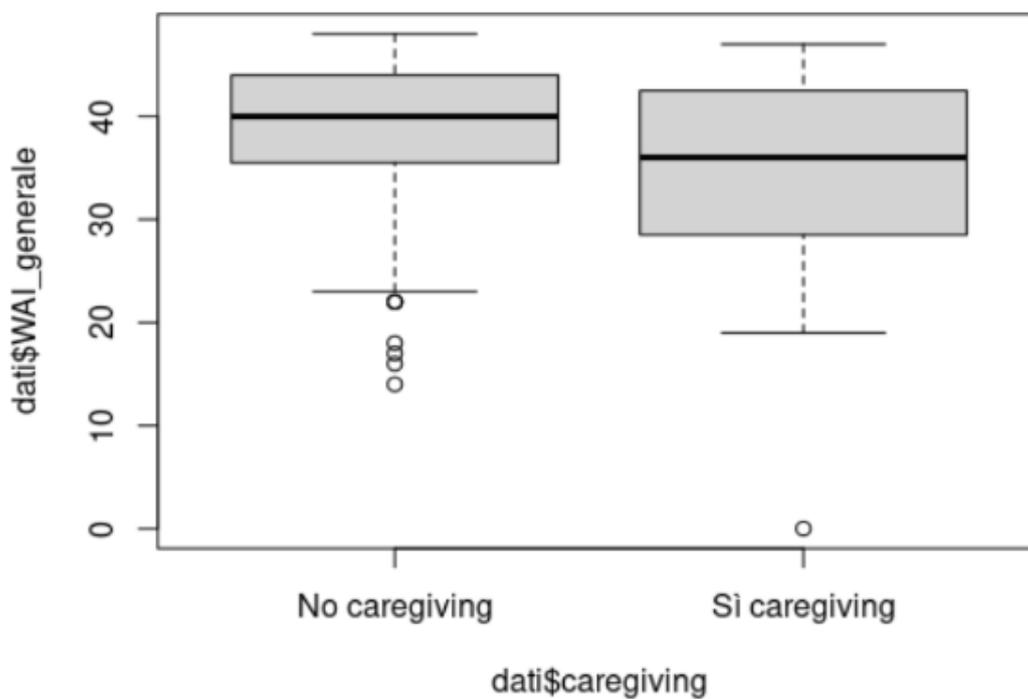
Figura 2. Trend età anagrafica-WAI**Figura 3.** Associazione caregiving-WAI

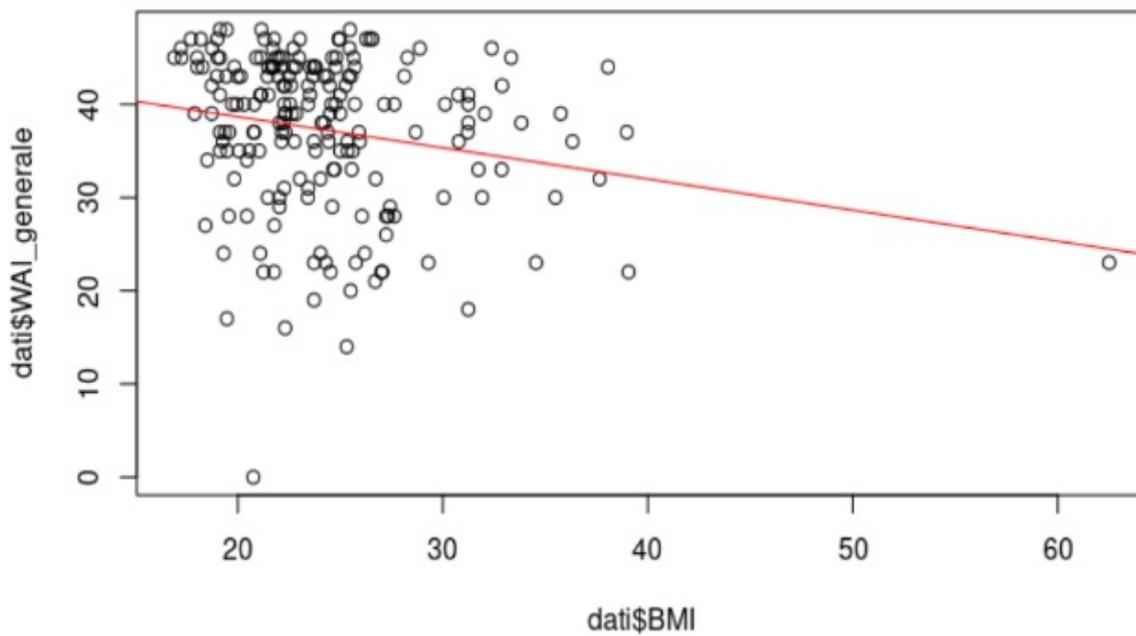
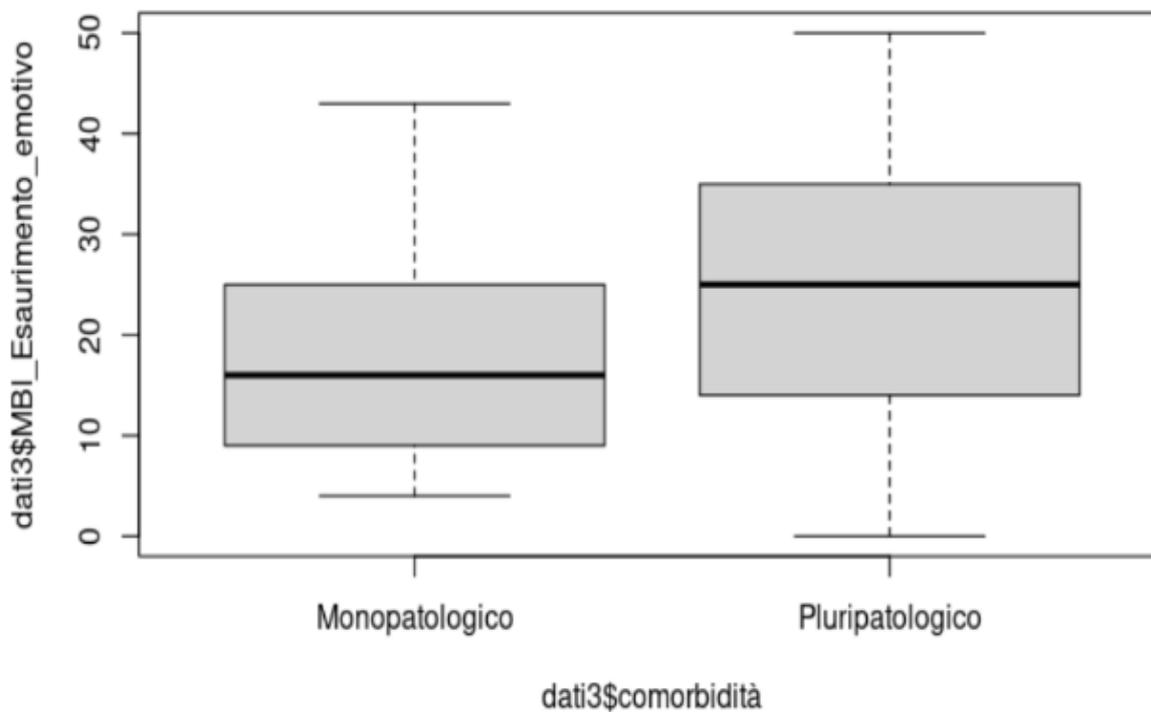
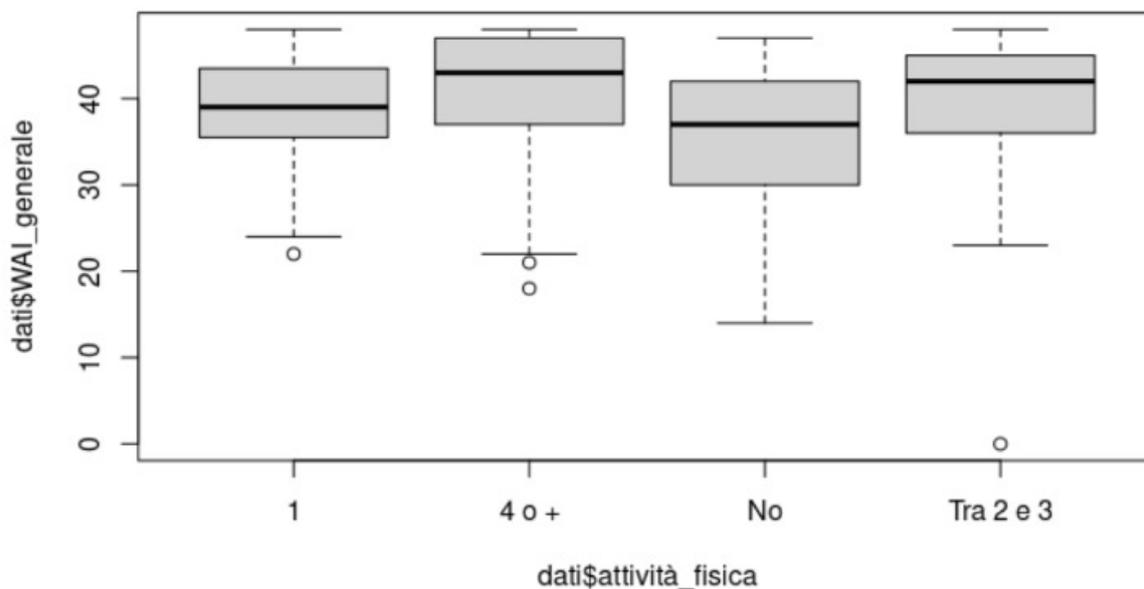
Figura 4. Associazione BMI-WAI**Figura 5.** Associazione comorbidità-esaurimento emotivo

Figura 6. Associazione attività fisica-WAI

Riferimenti bibliografici

1. Rischi psicosociali e stress nei luoghi di lavoro | Safety and health at work EU-OSHA. European Agency for Safety & Health at Work - Information, statistics, legislation and risk assessment tools. <https://osha.europa.eu/it/themes/psychosocial-risks-and-mental-health>. Ultimo accesso: 14/12/2023
2. Stress lavoro-correlato in Europa | Safety and health at work EU-OSHA. European Agency for Safety & Health at Work - Information, statistics, legislation and risk assessment. tools. <https://osha.europa.eu/it/tools-and-publications/infographics/work-related-stress-europe>. Ultimo accesso: 14/12/2023
3. CIPD | Employee Turnover & Retention | Factsheets. CIPD. <https://www.cipd.org/uk/knowledge/factsheets/turnover-retention-factsheet/>. Ultimo accesso: 14/12/2023
4. Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, Ilic D. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *Int J Environ Res Public Health*. 2015 Jan 12;12(1):652-66. doi: 10.3390/ijerph120100652. PMID: 25588157; PMCID: PMC4306884. Ultimo accesso: 14/12/2023
5. Murphy M, Lami A, Moret-Tatay C. An Italian Adaptation of the Brief Resilient Coping Scale (BRCS) and Attitudes During the Covid-19 Outbreak. *Front Psychol*. 2021 Jul 1;12:641213. doi: 10.3389/fpsyg.2021.641213. PMID: 34276468; PMCID: PMC8281311. Ultimo accesso: 14/12/2023

6. Invecchiamento attivo sul lavoro | Indice WAI | Metodo ARAI. Certifico | Safety Software - Certifico Srl. <https://www.certifico.com/sicurezza-lavoro/documenti-sicurezza/67-documenti-riservati-sicurezza/6421-invecchiamento-attivo-sul-lavoroindice-wai-metodo-arai>. Ultimo accesso: 14/12/2023
7. Portoghese I, Leiter MP, Maslach C, Galletta M, Porru F, D'Aloja E, Finco G, Campagna M. Measuring Burnout Among University Students: Factorial Validity, Invariance, and Latent Profiles of the Italian Version of the Maslach Burnout Inventory Student Survey (MBI-SS). *Front Psychol.* 2018 Nov 12;9:2105. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02105. PMID: 30483171; PMCID: PMC6240654. Ultimo accesso: 14/12/2023
8. Garzaro G, Sottimano I, Di Maso M, Bergamaschi E, Coggiola M, Converso D, Iavicoli S, Pira E, Viotti S. Work Ability among Italian Bank Video Display Terminal Operators: Socio-Demographic, Lifestyle, and Occupational Correlates. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2019; 16(9):1653. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091653>. Ultimo accesso: 15/12/2023
9. Giorgi G, Ariza Montes A, Rapisarda V, Campagna M, Garzaro G, Arcangeli G, Mucci N. Work-related stress in the banking sector: a study on an Italian aged population of over 2,000 workers. *Med Lav.* 2019 Feb 22;110(1):11-21. doi: 10.23749/mdl.v110i1.7125. PMID: 30794244; PMCID: PMC7810003.
10. Lilah Rinsky-Halivni, Boaz Hovav, David C. Christiani, Shuli Brammli-Greenberg. Aging workforce with reduced work capacity: From organizational challenges to successful accommodations sustaining productivity and well-being. *Social Science & Medicine.* Volume 312, 2022, 115369, ISSN 0277-9536, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115369>. Ultimo accesso: 15/12/2023
11. Nanda A, Wasan A, Sussman J. Provider Health and Wellness. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2017 Nov-Dec;5(6):1543-1548. doi: 10.1016/j.jaip.2017.05.025. Epub 2017 Jul 19. PMID: 28734859. Ultimo accesso:15/12/2023
12. Shalaby R, Oluwasina F, Eboreime E, El Gindi H, Agyapong B, Hrabok M, Dhanoa S, Kim E, Nwachukwu I, Abba-Aji A, Li D, Agyapong VIO. Burnout among Residents: Prevalence and Predictors of Depersonalization, Emotional Exhaustion and Professional Unfulfillment among Resident Doctors in Canada. *Int J Environ Res Public Health.* 2023 Feb 19;20(4):3677. doi: 10.3390/ijerph20043677. PMID: 36834373; PMCID: PMC9963802. Ultimo accesso: 15/12/2023