

**UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA  
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE**

**DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI**

**CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE**

**ANNO ACCADEMICO 2020/2021**

**TESI DI LAUREA**

I rischi psicosociali nei contesti lavorativi: un'analisi di alcune ricerche sugli  
operatori sanitari durante la pandemia da COVID-19.

**DOCENTE RELATORE:** Prof. Angelo Benozzo

**STUDENTESSA:** Matricola 18D03054

Arianna Casale-Brunet



Indice	
Introduzione.....	4
Capitolo 1. I rischi psicosociali .....	6
1.1 I cambiamenti del contesto .....	6
1.2 La definizione di rischio psicosociale.....	8
1.2.1 I fattori di rischio legati al contesto.....	10
1.2.2 I fattori di rischio legati al contenuto .....	12
1.3 Il decreto legislativo 81/08.....	13
Capitolo 2. Gli esiti dell’esposizione a fattori di rischio psicosociale.....	15
2.1 Lo stress .....	15
2.1.1 Lo stress occupazionale.....	16
2.1.2 Le tipologie di stress .....	18
2.2 Il burnout.....	19
2.2.1 Fattori che contribuiscono all’insorgenza del burnout.....	21
2.2.2 Strumenti di misurazione .....	22
2.3 Il mobbing.....	23
2.3.1 Le conseguenze .....	26
2.3.2 Metodi per la valutazione.....	27
2.4 Lo stalking .....	28
2.5 La traumatizzazione vicaria .....	29
Capitolo 3. Analisi di quattro ricerche condotte tra gli operatori sanitari durante la pandemia.....	31
3.1 Metodologia e campione.....	33
3.2 Raccolta e analisi dei dati .....	34
3.3 Risultati.....	37
Conclusioni.....	45
Bibliografia.....	48

## Introduzione

Negli ultimi decenni il mondo del lavoro è stato caratterizzato da cambiamenti legati alla sua organizzazione e gestione, dovuti a processi quali la globalizzazione, la mobilità, la precarietà e la flessibilità occupazionale.

I cambiamenti fanno riferimento allo spostamento dal lavoro fisico a quello mentale, all'utilizzo della tecnologia, alla nascita di nuove tipologie contrattuali, alle fusioni e incorporazioni tra aziende e all'ampio ricorso a forme contrattuali temporanee. I lavoratori per potersi adattare alle nuove richieste del mercato devono possedere competenze professionali sempre più elevate e di conseguenza un investimento maggiore di energie.

Cambia lo scenario dei tradizionali modelli di esposizione al rischio (Argentero, 2007): la patologia da lavoro «tradizionale» legata a rischi dovuti ad esposizione ad agenti chimici, cancerogeni, fisici o biologici e che quindi incidono maggiormente sull'aspetto fisico e biologico dei lavoratori che svolgono mansioni in cui è richiesta l'esposizione o il contatto con agenti nocivi è in diminuzione; sono in aumento il disagio lavorativo e le patologie attribuibili ad un'origine multifattoriale.

Emergono perciò altri rischi nel campo della sicurezza e della salute nei luoghi di lavoro, questi rischi, proprio per la loro natura, vengono definiti psicosociali. Essi, infatti, fanno riferimento all'interazione tra l'ambiente di lavoro e il lavoratore e possono influenzare negativamente sia la salute psicofisica del lavoratore sia quella organizzativa quindi relativa al luogo di lavoro.

Nascono differenti fonti di rischio per la salute e il benessere dei lavoratori, in grado di dare origine a reazioni psicologiche che si possono evolvere in vere e proprie patologie (Argentero, 2007).

A partire dai primi mesi del 2020 l'intera umanità ha dovuto far fronte alla gestione di un virus sconosciuto, SARS-CoV-2, il quale ha generato una pandemia a livello mondiale, tutt'ora in corso. Questa situazione ha modificato radicalmente gli scenari della vita quotidiana, organizzativa e lavorativa degli individui.

Gli operatori sanitari rientrano tra le categorie di lavoratori che sono stati sottoposti a maggiori fonti di rischio, come ad esempio contrarre il virus, il rischio di morte ed anche

dover lavorare a ritmi molto intensi senza avere una preparazione adeguata e senza avere gli strumenti adeguati a farvi fronte. Tutti questi rischi possono determinare l'insorgere di stress e burnout.

All'interno del seguente elaborato verrà inizialmente fornita una panoramica del contesto e dei fattori che hanno determinato l'insorgere dei rischi psicosociali nei luoghi di lavoro, successivamente verranno analizzati gli esiti dell'esposizione ai rischi ed infine verranno analizzati lo stress e il burnout tra gli operatori sanitari durante la pandemia di COVID-19.

All'interno del primo capitolo si procederà con una presentazione dei cambiamenti avvenuti nel contesto sociale, economico e politico che hanno determinato l'emergere dei rischi psicosociali. Successivamente verrà approfondito l'argomento dei rischi psicosociali.

Il capitolo si concluderà facendo riferimento al decreto legislativo 81/08, il quale regola la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori sui luoghi di lavoro, introducendo l'obbligo per i datori di lavoro di condurre un'analisi dei rischi psicosociali.

Successivamente, nel secondo capitolo, l'attenzione verrà focalizzata sugli esiti dell'esposizione a fattori di rischio psicosociale, ovvero: stress, burnout, mobbing, stalking e traumatizzazione vicaria.

Infine, nel terzo capitolo sarà presentata un'analisi di quattro ricerche qualitative condotte all'interno di ospedali situati in: Italia, Messico e Stati Uniti. Nello specifico le ricerche sono state condotte tra gli operatori sanitari durante le prime settimane di pandemia da COVID-19. L'obiettivo dell'analisi dei quattro studi è quello di comprendere e analizzare gli effetti che la situazione di emergenza ha avuto sugli operatori sanitari, in termini di aumento dello stress lavorativo e del burnout.

## Capitolo 1. I rischi psicosociali

### 1.1 I cambiamenti del contesto

Negli ultimi decenni il contesto sociale, politico ed economico è molto cambiato e continua a modificarsi rapidamente, con ripercussioni sul mercato del lavoro e sulle organizzazioni (Avallone & Paplomatas, 2005).

La globalizzazione ha dato luogo a nuove e considerevoli aperture per lo sviluppo economico, ma ciò comporta il rischio che i processi competitivi globali mettano pressione alle condizioni di lavoro e al rispetto dei diritti dei lavoratori.

I principali cambiamenti del mondo del lavoro possono essere raggruppati in quattro categorie: 1) nuove forme di organizzazione del lavoro; 2) nuove tipologie di relazioni contrattuali; 3) nuove tecnologie; 4) cambiamenti della popolazione lavorativa (Avallone & Paplomatas, 2005).

La prima categoria fa riferimento alle nuove forme di organizzazione del lavoro. Queste ultime riguardano in primo luogo i progressi tecnologici, l'utilizzo di internet e la digitalizzazione delle comunicazioni, i quali hanno portato a molti cambiamenti e innovazioni nei processi di lavoro. Lo sviluppo tecnologico ha consentito la nascita di lavori più complessi, determinando la necessità di lavoratori altamente istruiti che sappiano gestire al meglio le nuove tecnologie. Al tempo stesso, lavoratori molto istruiti hanno fatto sì che si venisse a creare un processo di complessificazione del lavoro. L'intensificazione e la complessità del lavoro hanno delle conseguenze contrastanti per la salute dei lavoratori; da un lato sono un vantaggio in termini di coinvolgimento e crescita professionale, dall'altro lato determinano però un aumento di responsabilità, di capacità attentive, di flessibilità, di cambiamento e di riduzione delle pause lavorative (Avallone & Paplomatas, 2005).

In secondo luogo, la recente crisi economica globale e la recessione hanno contribuito all'aumento della disoccupazione, della povertà e dell'esclusione sociale. A causa dell'attuale recessione economica molte organizzazioni sono state costrette a ridimensionare la loro attività economica mediante ristrutturazioni, ridimensionamenti, fusioni, licenziamenti massicci e outsourcing. Tutti questi fattori determinano quindi un aumento dell'instabilità e dell'insicurezza lavorativa. Un numero considerevole di

lavoratori disoccupati deve affrontare conseguenze drammatiche per sé stessi e per le proprie famiglie, il che ha un forte impatto sul benessere e sulla salute mentale. In terzo luogo, è sempre più diffusa la dilatazione dell'orario lavorativo che ha come conseguenza l'aumento di ore che si trascorre sul luogo di lavoro e un aumento di lavoro anche durante il weekend.

Infine, con il ritmo di lavoro dettato dalle comunicazioni istantanee e dagli alti livelli di concorrenza globale, i confini tra lavoro e vita personale stanno diventando sempre più difficili da identificare. Questa situazione aumenta sempre più con lo sviluppo dello smart working che consiste nel lavorare presso la propria abitazione o da postazioni lavorative virtuali avvalendosi dell'utilizzo di computer o nuove tecnologie per la comunicazione. Il lavoro da casa può aiutare a ridurre lo stress ma al tempo stesso genera una perdita di sicurezza, diminuzione della socializzazione e soprattutto l'introduzione dei rischi lavorativi in ambito domestico (Avallone & Paplomatas, 2005). L'incompatibilità tra ruoli lavorativi e ruoli familiari può rendere le richieste di ruolo in famiglia difficili o impossibili da soddisfare e viceversa.

La seconda categoria concerne le nuove tipologie di relazioni contrattuali. La globalizzazione ha portato dei cambiamenti nei modelli occupazionali attraverso una maggiore flessibilità, considerata come possibile soluzione per la disoccupazione. Si assiste quindi ad un maggiore utilizzo del lavoro part-time e temporaneo. Queste pratiche possono comportare richieste di lavoro più elevate, maggiore insicurezza del lavoro, minore controllo sul proprio lavoro e maggiore probabilità di licenziamento, contribuendo ad un aumento dello stress e dei disturbi associati.

È importante sottolineare il fatto che le condizioni dei lavoratori temporanei sono peggiori di quelle dei lavoratori con un contratto stabile, ed inoltre non vi è parità di accesso alle risorse organizzative e ai percorsi di carriera (Avallone & Paplomatas, 2005).

La terza categoria si riferisce alle nuove tecnologie. Nelle organizzazioni c'è stato un rapido sviluppo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione; lo scambio di informazioni, infatti, avviene attraverso strumenti elettronici ed internet è diventato ormai fondamentale. Ciò ha determinato la nascita dell'e-business e di nuove pratiche di lavoro. Nonostante non si conoscano ancora le influenze delle nuove tecnologie sulla salute dei

lavoratori, è evidente che non ci siano confini tra il tempo personale e il tempo del lavoro; infatti, i lavoratori sono in contatto costante con il loro lavoro.

Infine, la quarta categoria fa riferimento al cambiamento della popolazione lavorativa. La popolazione lavorativa è cambiata notevolmente poiché c'è stato un innalzamento dell'età dei lavoratori, in quanto sempre più soggetti hanno più di 50 anni; in parallelo il numero di giovani lavoratori diminuisce. Inoltre, la nuova popolazione lavorativa è costituita da un numero sempre maggiore di donne. Notevoli sono le differenze nelle possibilità di carriera e nelle tipologie contrattuali tra i due sessi; addirittura, alcuni lavori non sono adeguati alle lavoratrici femminili, ad esempio, per quanto riguarda l'orario di lavoro e le attrezzature (Avallone & Paplomatas, 2005).

Un altro elemento che contraddistingue la «nuova popolazione» è la presenza di immigrati. Essi hanno contribuito al ringiovanimento della popolazione lavorativa, ma spesso non possiedono un addestramento e un livello formativo adeguato (Avallone & Paplomatas, 2005). Il basso grado di scolarità e i problemi linguistici hanno una forte influenza negativa in un contesto lavorativo ad alta intensità di conoscenza, diminuendo la possibilità di trovare un lavoro stabile e qualificato.

Ricerche e studi recenti (Fraccaroli e Balducci, 2011), in particolare di tipo psicologico e sociologico, dimostrano che cambiamenti tecnici, organizzativi, socioeconomici, demografici e politici, come quelli sopra elencati, hanno un potenziale tale da causare l'emergere dei rischi psicosociali. Si tratta dei «nuovi rischi», la cui peculiarità è quella di impattare sulla sfera psicologica dei lavoratori esercitando effetti negativi sulla salute e sicurezza lavorativa.

## 1.2 La definizione di rischio psicosociale

Cox e Griffiths (citati in Bisio, 2009, p. 52) fornirono una prima definizione di rischi psicosociali, intesi come «quegli aspetti della progettazione del lavoro, dell'organizzazione e della gestione del lavoro e dei loro contesti sociali e organizzativi, che hanno il potenziale di causare danni psicologici e fisici»<sup>1</sup>. Questa definizione però dovrebbe estendere maggiormente il concetto di rischio e comprendere «ogni rischio per

---

<sup>1</sup> «Those aspects of work design, and the organization and management of work, and their social and organizational contexts, which have the potential for causing psychological or physical harm».



la sicurezza, la salute e il benessere, generato dal fatto di essere immersi in una rete di relazioni sociali» (Bisio, 2009, p. 52). Infatti, il dominio dei fenomeni sociali è molto più ampio rispetto a quello dei «fenomeni organizzativi» sopra citato.

Nel 1984 l'Ufficio Internazionale del lavoro (ILO) e l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) hanno fornito una definizione di rischio psicosociale: «Le interazioni tra l'ambiente di lavoro, il contenuto del lavoro, le condizioni organizzative e le capacità dei lavoratori, i bisogni, la cultura, le considerazioni personali extra lavorative che possono, attraverso le percezioni e l'esperienza, influenzare la salute, le prestazioni lavorative e la soddisfazione sul lavoro»<sup>2</sup> (Pillinger, 2016, p. 13). Questa definizione enfatizza l'interazione dinamica tra l'ambiente di lavoro e i fattori umani. D'altronde quando le condizioni di lavoro e i fattori umani sono in equilibrio, ad esempio quando il lavoratore ha richieste congrue a quelle che sono le sue capacità, il lavoro crea una sensazione di padronanza e fiducia in sé stessi, aumentando quindi la soddisfazione e la motivazione in termini di miglior salute. Al contrario, quando si verifica un'interazione negativa tra condizioni professionali e fattori umani si possono generare disturbi emotivi, problemi comportamentali e malattie mentali e fisiche.

Il concetto di rischio psicosociale, quindi, può essere definito come «il potenziale che le caratteristiche della situazione sociale e organizzativa hanno di produrre una diminuzione, o di impedire l'aumento del benessere, della salute e dell'incolumità delle persone» (Bisio, 2009, p. 54).

Fraccaroli e Balducci (2011) propongono una suddivisione dei rischi psicosociali in due gruppi: il primo gruppo fa riferimento al contesto di lavoro, ovvero i rischi psicosociali nell'organizzazione del lavoro e nelle relazioni di lavoro, il secondo fa riferimento al contenuto del lavoro ovvero i rischi psicosociali legati alle condizioni di lavoro e all'organizzazione del lavoro.

---

<sup>2</sup> «The interactions between and among work environment, job content, organizational conditions and workers' capacities, needs, culture, personal extra-job considerations that may, through perceptions and experience, influence health, work performance and job satisfaction».

### 1.2.1 I fattori di rischio legati al contesto

Le condizioni di rischio legate al contesto lavorativo sono: il ruolo nell'organizzazione, lo sviluppo della carriera, la cultura organizzativa, la giustizia organizzativa e le relazioni interpersonali.

Il ruolo nell'organizzazione. I rischi associati al ruolo che si ricopre all'interno dell'organizzazione si riferiscono al comportamento che gli altri si aspettano dall'individuo che ricopre un certo ruolo. Kahn e col. (citati in Fraccaroli & Balducci, 2011) hanno specificato due alterazioni del ruolo: il conflitto di ruolo e l'ambiguità di ruolo. Per quanto riguarda il conflitto di ruolo, esso si verifica quando le aspettative di ruolo possono risultare incompatibili con esigenze, bisogni, valori o etica del lavoratore che deve svolgere quel ruolo. Un'altra forma di conflitto deriva dal contrasto tra i diversi ruoli agiti dal lavoratore, ad esempio il conflitto lavoro-famiglia che dipende dall'intromissione e dalle sollecitazioni tra le aspettative che vi sono nel ricoprire il ruolo sul luogo di lavoro e il ruolo che si ricopre in famiglia (Fraccaroli & Balducci, 2011). Per quanto riguarda invece l'ambiguità di ruolo, essa si verifica quando il lavoratore non dispone delle informazioni necessarie circa gli ambiti e le responsabilità del compito svolto, le aspettative dei colleghi rispetto al ruolo o i compiti che gli sono stati affidati. Tutto ciò comporta una minore soddisfazione, maggiori tensioni e un abbassamento di autostima (Fraccaroli & Balducci, 2011).

Lo sviluppo della carriera. Gli aspetti di rischio relativi alla carriera sono le opportunità di apprendimento, promozione e di sviluppo personale; le persone sperano infatti che il lavoro consenta loro di accedere a posizioni lavorative più elevate. La mancanza di evoluzione di carriera rispetto alle proprie aspettative o ambizioni può essere una fonte di rischio perché il lavoratore può avere la sensazione di non essere considerato per le proprie capacità generando quindi frustrazione e delusione. Ulteriore fonte di rischio può essere la sovra-promozione, legata ad un senso di inadeguatezza e al timore di non essere all'altezza del compito, o le retrocessioni connesse alla sensazione di frustrazione, insoddisfazione e demotivazione, le quali possono influire negativamente sulla performance dei lavoratori e minare il loro benessere fisico e mentale (Fraccaroli & Balducci, 2011). Negli anni recenti il fenomeno è aumentato parecchio a causa di processi

di downsizing e l'utilizzo di forme contrattuali atipiche. Tutto questo genera insicurezza lavorativa.

La cultura organizzativa. «Essendo dei gruppi sociali, le organizzazioni sono caratterizzate anche da una cultura, un insieme condiviso di assunti che comprende i simboli, i valori, le ideologie, i modi ritenuti giusti di fare le cose nell'organizzazione. La cultura influenza i comportamenti adottati dai membri dell'organizzazione» (Fraccaroli & Balducci, 2011, p. 41). La funzione della cultura è quella di mantenere coesione interna e dare ordine e prevedibilità ai comportamenti dei lavoratori. Le interazioni degli individui, le norme che regolano le modalità lavorative e i valori di riferimento sono le manifestazioni della cultura e sono aspetti questi che possono avere un forte impatto sullo stress che possono esperire i lavoratori. Molto importante e rilevante per i suoi effetti sullo stress è la modalità di gestione del cambiamento (Fraccaroli & Balducci, 2011). Col termine «cambiamento» si fa riferimento alle ristrutturazioni, alle fusioni o all'introduzione di nuove tecnologie. Un approccio positivo al cambiamento nei confronti dei lavoratori, come ad esempio informarli preventivamente, renderli partecipi al cambiamento, avrà un impatto positivo e motivante su di essi. Al contrario, se ai lavoratori viene imposto il cambiamento ciò può avere un effetto negativo sulla loro salute.

La giustizia organizzativa. Essa riguarda in generale la percezione del lavoratore di essere trattato in maniera giusta sul posto di lavoro (Fraccaroli & Balducci, 2011). Le forme di giustizia organizzativa prese in considerazione come fattori di stress sono (Fraccaroli & Balducci, 2011): la giustizia distributiva, la giustizia procedurale e la giustizia interazionale. La giustizia distributiva corrisponde al senso di adeguatezza di quanto il lavoratore riceve in termini di responsabilità, promozione, carico e orario di lavoro. La giustizia procedurale corrisponde all'equità del processo decisionale stesso, ovvero i metodi e le procedure applicate dai decisori nelle scelte. Infine, la giustizia interazionale equivale al processo di comunicazione che accompagna la decisione (Fraccaroli & Balducci, 2011).

Le relazioni interpersonali sul lavoro. Un'ulteriore fonte di rischi psicosociali sono le dinamiche patologiche delle relazioni nei luoghi di lavoro con i colleghi e i superiori: la qualità delle relazioni interpersonali sul luogo di lavoro ha infatti un forte impatto sulla salute dei lavoratori. Se l'ambiente di lavoro viene vissuto come insicuro e ostile,

l'esperienza lavorativa perde la sua funzione di integrazione sociale e di realizzazione del sé diventando un fattore di rischio per la qualità della vita dei lavoratori (Bisio, 2009). Infatti, il supporto sociale funge da mediatore tra fattori stressogeni e tensioni di lavoro. Negli ultimi quindici anni è stata dedicata un'attenzione crescente al fenomeno della conflittualità interpersonale estrema nel luogo di lavoro, il mobbing. Il mobbing consiste in una serie di comportamenti ostili messi in atto dal superiore o dai colleghi nei confronti di un lavoratore. Questi comportamenti arrecano dei danni al lavoro svolto dalla vittima e alla sua reputazione (Fraccaroli & Balducci, 2011).

### 1.2.2 Fattori di rischio legati al contenuto

Le condizioni di rischio legate al contenuto e alla natura del lavoro sono: il carico di lavoro, l'orario di lavoro, il controllo sul lavoro e l'ambiente di lavoro.

Il carico di lavoro. Esso concerne le richieste poste alla persona dal lavoro, che possono essere di tipo quantitativo e di tipo qualitativo. Le richieste in termini quantitativi sono ad esempio il numero di cose da fare, mentre le richieste in termini qualitativi sono ad esempio la complessità del lavoro rispetto alle abilità che il lavoratore possiede. Il carico di lavoro ha a che fare sia col sovraccarico di lavoro che col sotto carico di lavoro, entrambi hanno una notevole influenza sulla salute del lavoratore. Per quanto riguarda il sovraccarico si fa riferimento a quelle situazioni in cui il lavoratore ha poco tempo a disposizione per svolgere i propri compiti, ha troppe cose da fare o non dispone delle capacità adatte per poter svolgere quel compito. Queste situazioni possono suscitare fenomeni di ansia, depressione, burnout o insoddisfazione. Per quanto riguarda il sotto lavoro si fa riferimento all'assenza di richieste lavorative, come ad esempio, la domenica, giornata di riposo in cui solitamente non si svolge alcuna attività lavorativa. Secondo alcune teorie psicoanalitiche, durante questa giornata potrebbero emergere episodi nevrotici, episodi che si placano durante la settimana, in quanto si svolgono attività che impongono continue richieste esterne.

L'orario di lavoro. Gli aspetti più indagati relativi all'orario di lavoro che possono incidere sulla salute del lavoratore sono: il lavoro a turni, soprattutto i turni notturni e un orario di lavoro prolungato, col termine prolungato si intende un'attività lavorativa che superi le 48 ore settimanali (Fraccaroli & Balducci, 2011). Le problematiche maggiormente riscontrate in entrambi i casi sono: disturbi del sonno, ansia, depressione,

sensazione di fatica e conflitto con le responsabilità familiari, quest'ultima problematica riguarda maggiormente le donne. Altri fattori che possono influenzare il benessere dei lavoratori sono la rigidità, ovvero mancanza di flessibilità negli orari di lavoro, e l'imprevedibilità, ovvero i lavori a chiamata o intermittenti.

Il controllo sul lavoro. Avere il controllo della propria vita significa essere in grado di influenzare le situazioni che si vivono quotidianamente a proprio favore (Fraccaroli & Balducci, 2011). Avere la percezione di poter perdere il controllo su una situazione è un fattore strettamente connesso al fenomeno dello stress. In ambito lavorativo il concetto di controllo fa riferimento alla possibilità del lavoratore di poter prendere decisioni sul proprio lavoro, quali ad esempio quando lavorare, dove lavorare e come lavorare (Fraccaroli & Balducci, 2011). Un elevato controllo in ambito lavorativo significa avere la possibilità di influenzare tutti gli aspetti sopra elencati. Uno scarso controllo è correlato con stati affettivi negativi, pensare di voler abbandonare il proprio lavoro e sintomi psicosomatici.

L'ambiente di lavoro e attrezzature. Molte condizioni fisiche possono incidere negativamente ed essere fonti di stress, riducendo la tolleranza agli stressor e la motivazione al lavoro o causare disturbi fisici o psicologici, incidendo sulla concentrazione, sul benessere e sulla soddisfazione lavorativa. Tra queste condizioni rientrano la scarsa illuminazione, le vibrazioni e le scarse condizioni igieniche.

### 1.3 Il decreto legislativo 81/08

Il decreto legislativo n° 81 del 9 aprile 2008 o Testo Unico sulla sicurezza, regola la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori sui luoghi di lavoro, introducendo l'obbligo per le aziende di condurre un'analisi sui rischi psicosociali.

Un aspetto innovativo del D.Lgs. 81/08 di particolare importanza, riguarda la definizione di «salute»: stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un'assenza di malattia o d'infermità (Longo, 2011).

Questa nuova definizione ci permette di acquisire la consapevolezza che in un'ottica preventiva, la sicurezza sul lavoro non può essere ricondotta a un'alterazione fisico-biologica come l'insorgenza di patologie o lesioni, ma riguarda la piena integrità psico-

fisica nel contesto lavorativo, focalizzando l'attenzione anche sulle problematiche psicosociali.

Un'ulteriore innovazione apportata dal D.Lgs 81/08, riguarda la valutazione dei rischi «La valutazione [...] deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato» (Fraccaroli & Balducci, 2011, p. 130).

Infine, un'ulteriore innovazione ha a che fare con la modalità di effettuazione della valutazione dei rischi, infatti, il datore di lavoro, in collaborazione con il responsabile del servizio di prevenzione e con il medico competente, deve effettuare la valutazione ed elaborare il documento.

Grazie all'introduzione di questa legge nel nostro paese si riconosce il fatto che la salute e la sicurezza psicofisica dei lavoratori possono essere minacciate da fattori ambientali ma anche, e soprattutto, da fattori di natura psicosociale, organizzativa e di gestione (Fraccaroli & Balducci, 2011).

Gli esiti negativi dell'esposizione a fattori di rischio psicosociale sono lo stress, il burnout, il mobbing, lo stalking, e la traumatizzazione vicaria.

## Capitolo 2. Gli esiti dell'esposizione a fattori di rischio psicosociale

### 2.1 Lo stress, modelli teorici

Il modello che stava alla base delle prime teorie dello stress, era molto semplice, meccanicistico e in gran parte derivato dell'ingegneria (Leka & Houdmont, 2010). L'argomento centrale era che gli eventi dell'ambiente esterno potevano causare una reazione fisiologica e comportamentale nell'individuo esposto ad essi. Quindi lo stress veniva concettualizzato come la causa ambientale della cattiva salute, da trattare come una variabile indipendente (Leka & Houdmont, 2010). Questa prospettiva venne espressa da Symonds, secondo cui «lo stress è ciò che accade all'uomo, non ciò che accade in lui, è un insieme di cause non un insieme di sintomi» (Leka & Houdmont, 2010, p. 34).

Una successiva tematizzazione dello stress si deve a Selye (citato in Leka & Houdmont, 2010, p. 35) che definì lo stress come «uno stato manifestato da una sindrome specifica che consiste in tutti i cambiamenti non specifici all'interno del sistema biologico». Secondo questa definizione lo stress viene inteso come la variabile dipendente, ovvero una risposta fisiologica a un ambiente minaccioso.

Selye (citato in Bisio, 2009, p. 57) ha proposto un modello di risposta allo stress a tre stadi che ha definito «sindrome generale di adattamento». La prima fase è la reazione d'allarme, ovvero una mobilitazione generale di tutte le forze dell'organismo che avviene subito dopo il primo impatto con l'agente nocivo. La fase successiva viene definita fase di resistenza e consiste nell'organizzare le difese dell'organismo e quindi un adattamento allo stimolo stressante. Ed infine la fase di esaurimento in cui l'organismo cede alla forza degli stimoli stressanti e va incontro a conseguenze negative o addirittura irreversibili. Ai lavori pionieristici di Selye, nel tempo, si sono aggiunti molti studi e molte definizioni di stress.

Si deve a Lazarus (citato in Bisio, 2009, p. 57) la definizione di stress «come ogni evento che comporta un'eccezionalità nelle capacità di adattamento, le quali vengono messe a dura prova». L'aspetto fondamentale di questa definizione consiste nel fatto che la valutazione cognitiva dello stimolo assume un ruolo di primaria importanza. Inoltre, questa definizione è molto importante poiché «suggerisce come lo stress non sia

identificabile con elementi parziali, bensì il risultato di un processo di scambio e di interazione continui tra individuo e ambiente» (Argentero, 2016, p. 243).

Una definizione oggi largamente condivisa indica lo stress come un «fenomeno che ha luogo quando la persona incontra eventi, o caratteristiche di eventi, percepiti come significativi per il proprio benessere ed eccedenti le proprie capacità di farvi fronte» (Bisio, 2009, p. 58). Si genera uno stato di tensione psicologica, fisiologica e comportamentale che può indurre conseguenze patologiche o dannose a livello individuale e organizzativo.

### 2.1.1 Lo stress occupazionale

«I cambiamenti avvenuti nel mondo del lavoro, associati alla crescente pressione esercitata sui dipendenti, hanno notevolmente influenzato le modalità con cui i soggetti percepiscono il loro lavoro» (Argentero, 2007, p. 156). I lavoratori svolgono la loro professione in un clima di costante incertezza e flessibilità, devono produrre di più, in qualsiasi momento e in meno tempo (Argentero, 2007). Lo stress occupazionale, quindi, coinvolge tutti i livelli professionali e tutte le professioni, con conseguenze negative a livello sociale, aziendale e personale.

Lo stress viene spesso descritto come un processo costituito da quattro elementi: gli stressor, o fonti di stress, ovvero le situazioni in grado di produrre disagio, ad esempio un'eccessiva quantità di lavoro da svolgere. Il secondo elemento fa riferimento ai processi cognitivi di valutazione della situazione, ad esempio quando si valuta eccessiva la quantità di lavoro rispetto alle forze che si possiedono. Il terzo elemento riguarda le differenze tra le diverse persone, ad esempio se due persone venissero sottoposte allo stesso carico di lavoro nello stesso tempo, una potrebbe valutare la situazione come meno pesante rispetto all'altra invece, che valuterebbe la situazione come molto stressante. Infine, il quarto elemento fa riferimento agli strain ovvero l'esito, le reazioni comportamentali o fisiologiche agli stressor.

Per quanto riguarda la situazione lavorativa, i principali fattori che possono condurre a stress si possono suddividere in: fattori centrati sulla persona e fattori centrati sull'ambiente (Bisio, 2009).



I fattori centrati sulla persona hanno a che fare con il ruolo, ovvero con l'ambiguità di ruolo, quando il ruolo non è chiaro e definito; i conflitti di ruolo che si creano quando una persona riveste più ruoli in contrasto tra loro oppure quando i ruoli in famiglia e al lavoro sono in contrapposizione tra loro; la pressione di ruolo e l'eccessiva responsabilità. Altri due aspetti che riguardano i fattori centrati sulla persona sono le relazioni con gli altri, nello specifico le relazioni interpersonali difficili e l'assenza di supporto da parte di colleghi e superiori ed infine la carriera che riguarda tutti quegli aspetti di insicurezza lavorativa, riduzione delle spese, fusioni, tagli al personale e promozioni.

Per quanto riguarda i fattori centrati sull'ambiente vi sono le caratteristiche intrinseche al lavoro, quindi le vibrazioni, i rumori, gli orari di lavoro, le nuove tecnologie e l'esposizione a rischi e pericoli; le caratteristiche dell'organizzazione, quindi i trasferimenti obbligatori ed il numero dei lavoratori, ed infine il clima e la cultura organizzativa, ad esempio la natura e il contenuto della comunicazione che avviene tra i lavoratori, il senso di appartenenza e la possibilità di partecipare ai processi decisionali.

A lungo andare, lo stress può indurre conseguenze patologiche o dannose, sia a livello individuale che organizzativo (Bisio, 2009).

Le conseguenze dello stress sull'individuo possono essere fisiologiche, psicologiche, psicosomatiche e comportamentali. Le conseguenze fisiologiche provocano modifiche nel sistema ormonale, circolatorio o cardiovascolare, provocando patologie quali, ulcere, cardiopatie o ipertensione. Le conseguenze psicologiche riguardano la relazione tra stress lavorativo e insoddisfazione lavorativa oppure il legame tra stress e ansia. Le conseguenze psicosomatiche fanno riferimento a disturbi dell'apparato cardiocircolatorio o digerente provocando ipertensione, sintomatologie irritative e dolorose o gastroenteropatie. Infine, le conseguenze comportamentali fanno riferimento ai comportamenti di difesa messi in atto per ostacolare lo stress e alle strategie messe in atto per scaricare la tensione accumulata; ad esempio, comportamenti aggressivi, disturbi dell'alimentazione, comportamenti a rischio per la salute e cali dell'attenzione.

Le conseguenze dello stress sull'organizzazione riguardano la prestazione e le assenze sul luogo di lavoro. Per quanto riguarda la prestazione un elevato livello di stress compromette negativamente il lavoro che si sta svolgendo e quindi comporta una

prestazione inferiore rispetto a livelli moderati di stress; invece, per quanto riguarda le assenze al lavoro si fa riferimento ai ritardi sul luogo di lavoro, all'assenza psicologia e all'assenteismo.

### 2.1.2 Tipologia di stress

Solitamente quando si pensa allo stress lo si associa solo a termini negativi, ma in realtà lo stress può essere di due tipi: eustress e distress.

L'eustress («eu» in greco significa buono, bello) è lo stress buono, «è quello stress indispensabile alla vita, che si manifesta sotto forma di stimolazioni ambientali costruttive e interessanti» (Longo, 2011, p. 17). Può essere ad esempio, una promozione lavorativa, la quale attribuisce maggiori responsabilità all'individuo ma anche molte soddisfazioni.

Si può affermare che un certo livello stress, quindi, sia utile a mantenere un buon livello di qualità della vita. Infatti, le ricerche dimostrano infatti che un grado ottimale di stress migliora lo stato di salute, mantiene il tono dell'umore a livelli accettabili, migliora le capacità di attenzione, di concentrazione, di apprendimento (Longo, 2011).

Il distress (dis: deriva dal greco e significa cattivo, morboso) è invece, al contrario, lo stress cattivo, «quello che provoca scompensi emotivi e fisici importanti, difficilmente risolvibili» (Longo, 2011, p. 17). Un esempio di questa tipologia di stress può essere un licenziamento inaspettato, un lutto improvviso o una separazione. Il distress non dipende solo dall'accumularsi degli eventi negativi ma anche da come questi ultimi vengono valutati emotivamente (Longo, 2011).

Ognuno di noi risponde agli eventi stressanti in modo diverso perché ognuno di noi fa esperienze diverse, applica strategie di intervento differenti e pensieri differenti. Di conseguenza un ruolo importante viene svolto dall'apprendimento: di fronte a certi stimoli impariamo infatti a comportarci in determinati modi.

Le strategie cognitive che un individuo mette in atto per fronteggiare un evento critico, una situazione dolorosa, pericolosa o difficile, sono racchiuse nel concetto di coping, formulato da Lazarus (citato in Bisio, 2009). Nella strategia di coping rientra anche il modo in cui il soggetto si adatta emotivamente alla situazione. La strategia di coping può

essere di tipo attivo, si verifica quando viene fronteggiato l'evento critico, oppure di tipo passivo, ovvero quando viene ridotto l'impatto emotivo che la situazione genera.

## 2.2 Il burnout

Il meccanismo che regola lo stress lavorativo è alla base del burnout, ovvero l'eccesso di stimolazioni esterne, che ha un'incidenza negativa sull'abilità adattiva della persona (Argentero, 2007). Mentre lo stress viene definito come squilibrio tra le risorse che il lavoratore ha a disposizione e le richieste provenienti dal mondo del lavoro, il burnout si riferisce invece a un insuccesso nel processo di adattamento, accompagnato a malfunzionamento cronico.

Il termine comparve per la prima volta negli anni Trenta e veniva utilizzato nel gergo dell'atletica sportiva per indicare quel fenomeno per cui un atleta, dopo alcuni successi, si esauriva e metteva in atto delle prestazioni al di sotto delle aspettative.

Intorno alla metà degli anni Settanta, Freudemberger (citato in Argentero, 2007, p. 160) riferì per la prima volta questo fenomeno allo stress lavorativo definendo il burnout come «una condizione d'esaurimento fisico ed emotivo, riscontrata tra gli operatori impegnati in professioni d'aiuto, determinata dalla tensione emotiva cronica creata dal contatto e dall'impegno continui ed intensi con le persone e le loro sofferenze».

Il fenomeno, infatti, inizialmente veniva collegato quasi esclusivamente alle cosiddette helping professions, il continuo contatto con persone in condizioni di sofferenza, l'alto investimento emotivo, il prolungato impegno professionale e personale sono condizioni favorevoli allo sviluppo del burnout (D'Orsi & Ballottin, 2011). Recentemente, a seguito di importanti evidenze scientifiche, si è iniziato a parlare di burnout riferendosi anche ad altre tipologie di professione, e non più esclusivamente alle professioni di aiuto (Bisio, 2009).

Importantissimi contributi alla comprensione della sindrome vennero forniti dalla nota studiosa Christina Maslach (citata in Argentero, 2007), che mise in evidenza come, oltre alle dimensioni emotive individuali, siano da considerare fattori di rischio anche gli elementi organizzativi del lavoro.

In letteratura si possono identificare due differenti orientamenti di studio che definiscono il fenomeno come una situazione di stato oppure come una situazione di processo (Argentero, 2016).

Per quanto riguarda la definizione di stato viene ripresa una descrizione fornita da Maslach (citata in Argentero, 2007), secondo cui la sindrome del burnout è caratterizzata da tre componenti: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale. L'esaurimento emotivo è quella sensazione di essere emotivamente esaurito o svuotato dal punto di vista emotivo, questo per effetto di un allontanamento emotivo nel rapporto con gli altri. Ciò genera sentimenti di frustrazione e tensione. La depersonalizzazione «si manifesta come un atteggiamento di allontanamento e di rifiuto nei confronti di coloro che richiedono la prestazione professionale» (Argentero, 2007, p. 162). Le manifestazioni più tipiche sono il distacco e l'insensibilità verso i collaboratori, gli utenti e l'organizzazione. La ridotta realizzazione personale si riferisce alla percezione della propria inadeguatezza sul luogo di lavoro, un sentimento di fallimento personale e perdita di autostima.

Per quanto riguarda invece, le definizioni di processo, esse descrivono le fasi di sviluppo del burnout. Uno dei modelli maggiormente riconosciuti è quello di Edelwich e Brodsky (citati in Argentero, 2009), che descrive il burnout come un processo costituito da quattro fasi. La prima fase è l'entusiasmo idealistico in cui si verificano aspettative di successo e avanzamento del proprio status. La seconda fase è rappresentata dalla stagnazione, in cui il lavoratore non è certo di aver svolto il compito con tutto l'impegno di cui dispone. La terza fase viene definita frustrazione, fase in cui prevalgono i sentimenti di inettitudine. Ed infine l'ultima fase, l'apatia è costituita da una completa chiusura in sé stessi (Argentero, 2009).

Quando si parla di burnout si utilizza il termine sindrome, che indica una costellazione di sintomi e segni. I sintomi associati alla sindrome di burnout sono complessi e possono riguardare la sfera psichica, la sfera psicosomatica e il comportamento (D'Orsi & Ballottin, 2011).

I sintomi psichici sono rappresentati da un crollo delle energie psichiche, nel senso che il lavoratore è demoralizzato, demotivato e apatico, e da un crollo dell'autostima, quindi,

il lavoratore non si sente quindi realizzato professionalmente e tende a svalutarsi con conseguente perdita di fiducia nelle proprie capacità. Altri sintomi possono essere: ansia, depressione e irritazione.

Per quanto riguarda i sintomi comportamentali si possono verificare situazioni di assenteismo, di turnover, di licenziamento, di assunzione di psicofarmaci o stupefacenti e la successiva comparsa di comportamenti violenti e di aggressività verbale o fisica.

Infine, i sintomi fisici, quindi di natura psicosomatica possono essere: disturbi gastrointestinali, disturbi del sistema nervoso centrale e disturbi del sonno.

### 2.2.1 Fattori che contribuiscono all'insorgenza del burnout

«Diverse ricerche hanno dimostrato che, nell'insorgenza della sindrome del burnout, sono implicati fattori sia individuali sia organizzativi» (Argentero, 2016, p. 271).

Per quanto riguarda i fattori individuali, la comparsa e gli effetti del burnout dipendono certamente dalle modalità con cui le persone rispondono alle situazioni stressanti, dalle loro differenti tipologie di personalità, dalle loro motivazioni e dalla loro vulnerabilità allo stress (Argentero, 2007).

Per quanto riguarda invece i fattori organizzativi, sono state identificate sei aree della vita lavorativa che possono incidere sui livelli più o meno elevati di burnout. Le sei aree sono rispettivamente, il carico di lavoro ovvero il tempo e le risorse di cui il soggetto dispone per svolgere i compiti che gli sono stati assegnati; il controllo, riferito all'autonomia nel prendere decisioni, esercitata dal lavoratore; il riconoscimento non soltanto economico ma anche sociale; l'integrazione sociale, ovvero la relazione di rapporti con i colleghi, i collaboratori e i capi; l'equità, ovvero la percezione che le decisioni prese siano eque e quindi trasparenti; infine, i valori, in termini di conformità che vi è tra i valori individuali e i valori organizzativi (Argentero, 2016).

La sindrome del burnout può avere effetti negativi sia a livello individuale, causando quindi ripercussioni a livello psicologico e fisico, sia a livello organizzativo, causando ripercussioni sull'intera organizzazione (Argentero, 2016). Le manifestazioni a livello individuale del burnout possono essere mal di testa, stanchezza, deficit a livello immunitario, ansia, depressione e irritazione. Gli effetti organizzativi fanno riferimento

all'insoddisfazione dei clienti per i servizi che hanno ricevuto, assenteismo, turnover e licenziamento.

### 2.2.2 Strumenti di misurazione

Il principale strumento di misura utilizzato per la rilevazione del burnout è il Maslach Burnout Inventory (M.B.I.) inventato da Maslach e Jackson nel 1986.

Lo strumento, inizialmente, è stato sviluppato per misurare le tre dimensioni precedentemente descritte, ovvero: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione personale (Argentero, 2007). «Gli item della scala sono classificati rispetto alla loro frequenza su una scala Likert a 7 punti, variando da 0=mai a 6=quotidianamente» (Argentero, 2007, p. 164).

Inizialmente l'M.B.I. veniva utilizzato per la valutazione delle manifestazioni sintomatologiche di coloro che svolgevano professioni d'aiuto, per i quali l'intenso e frequente contatto con gli utenti produceva esiti negativi per la salute (Argentero, 2016).

Dato che il termine burnout ora è stato esteso anche ad altre professioni e quindi non fa più riferimento solo ed esclusivamente alle *helping professions*, è necessario costruire strumenti utili per la misurazione del burnout per tutti gli ambiti lavorativi. Nascono, infatti, tre diverse versioni: la prima versione, il cui target è rappresentato dagli operatori socio-sanitari, è il Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey; la seconda versione costruita per docenti ed educatori è il Maslach Burnout Inventory-Educational Survey ed infine la terza versione applicabile per qualsiasi tipologia di professione, il Maslach Burnout Inventory-General Survey.

Più recentemente è stato sviluppato un ulteriore strumento per la misurazione del burnout, l'Organizational Checkup System (O.C.S.) Questo strumento non si limita ad analizzare gli aspetti individuali ma prende in considerazione anche gli aspetti organizzativi, i quali possono essere causa di burnout (Argentero, 2016). L'O.C.S. è un questionario composto da 68 item con modalità di risposta su scala likert, che indaga le aree della vita lavorativa del lavoratore, considerando il vissuto soggettivo all'intero del contesto di lavoro (Argentero, 2007).

Il questionario è suddiviso in quattro sezioni, finalizzate alla misurazione di differenti aspetti. La prima sezione valuta la relazione del lavoratore con il lavoro, considerando le tre dimensioni del burnout; è composto da 16 item. La seconda sezione analizza alcuni aspetti del contesto lavorativo, in particolare quelle che vengono definite come le sei aree della vita lavorativa, ovvero: carico di lavoro, controllo, riconoscimento, integrazione sociale, equità e valori. Questa sezione è costituita da 29 item. La terza sezione valuta la percezione soggettiva dei possibili cambiamenti nell'organizzazione; è composta da 10 item. Infine, la quarta sezione riguarda i processi di gestione che sono presenti all'interno delle organizzazioni, come ad esempio la leadership oppure la coesione del gruppo (Argentero, 2016); è composta da 13 item.

«L'applicazione dell'O.C.S. consentirebbe di individuare le criticità su cui intervenire, prevedendo, con l'introduzione del concetto di job-engagement, anche il coinvolgimento dell'operatore nel lavoro e nell'elaborare delle strategie di promozione del benessere lavorativo» (Argentero, 2007, p. 166).

### 2.3 Il mobbing

Negli ultimi trent'anni, accanto alle differenti problematiche riguardanti lo stress lavorativo e il fenomeno di interazione tra gruppi, è emersa una nuova e importante problematica: il mobbing.

Etimologicamente il termine mobbing trae origine dall'espressione latina «mobile vulgus» che significa mobilitazione della plebe, insurrezione del volgo (Consoletti, 2010). Da questo termine è stato derivato il verbo *to mob* dalla lingua inglese, che significa assalire, aggredire in gruppo.

Il termine mobbing fu utilizzato per la prima volta dall'etologo Lorenz (citato in Bisio, 2009) per descrivere il comportamento aggressivo di un gruppo di uccelli che si coalizzava contro un altro animale.

L'applicazione del termine al contesto umano si deve allo svedese Heinemann (citato in Bisio, 2009, p. 62), il quale utilizzò il termine «per definire la vittimizzazione di singoli bambini da parte di un gruppo di coetanei in un contesto scolastico».

Si deve a Harald Ege (citato in Consoletti, 2010, p. 5) una prima definizione, egli affermò che «con la parola mobbing si intende una forma di terrore psicologico sul posto di lavoro, esercitata attraverso comportamenti aggressivi e vessatori ripetuti, da parte di colleghi o superiori». Secondo l'autore, il mobbing è costituito da sei fasi: tutto ha inizio con una condizione «zero» in cui la persona possiede già una serie di conflitti dovuti al fatto di essere un individuo che vive all'interno della società, questi conflitti possono essere scaturiti dalla condizione economica, politica o personale che lo possono porre in una condizione di insicurezza (Consoletti, 2010).

A questa condizione zero succede la prima fase, definita del capro espiatorio, successivamente si verifica la seconda fase in cui inizia il mobbing vero e proprio (Consoletti, 2010). La terza fase è caratterizzata dai disturbi psicosomatici; la quarta fase è contraddistinta dalle lamentele da parte dell'amministrazione viste le continue assenze dal lavoro della vittima. Nella quinta fase tutti i lavoratori di una determinata azienda sono contro la vittima; ed infine la sesta fase, in cui il lavoratore si licenzia o viene licenziato dall'azienda, in questa fase è stato raggiunto l'obiettivo del mobber.

Il mobbing rientra nella categoria dei comportamenti definiti «comportamenti lavorativi controproduitivi», ovvero tutti i comportamenti aggressivi, di vendetta o devianti, messi in atto nei luoghi di lavoro (Argentero, 2016).

Einarsen e col. (citati in Argentero, 2016, p. 256) affermano che «Mobbing al lavoro significa molestare, offendere, escludere socialmente qualcuno o influenzarne negativamente i compiti lavorativi. Per poter definire mobbing una particolare attività, interazione o processo è necessario che esso si verifichi regolarmente e ripetutamente, per esempio settimanalmente e in un periodo di tempo di almeno sei mesi. È un processo progressivo, nel corso del quale una persona si trova a essere in una posizione d'inferiorità ed è bersaglio di sistematiche azioni sociali negative. Un conflitto non può essere definito mobbing se l'incidente è un evento isolato, o se le due parti coinvolte nel conflitto possiedono una capacità difensiva analoga». All'interno di questa definizione sono contenute le principali caratteristiche del fenomeno, ovvero: durata, frequenza, squilibrio di potere e ostilità. Per quanto riguarda la durata dei comportamenti messi in atto nei confronti della vittima, deve essere pari a sei o dodici mesi. La frequenza fa riferimento al numero di volte settimanali in cui i comportamenti vengono messi in atto. Il mobbing



non fa riferimento a eventi singoli ed isolati, infatti tali comportamenti devono essere messi in atto almeno una o due volte a settimana. Lo squilibrio di potere fa riferimento alla differenza di potere, fisica e sociale realmente esistente tra mobber e vittima; colui che affligge ai lavoratori comportamenti aggressivi può essere un supervisore, un manager oppure un gruppo di colleghi.

Coloro che si trovano in una posizione di basso potere, quindi dipendenti, impiegati, donne operai, possono essere più vulnerabili e quindi è più probabile che siano le vittime di chi riveste più potere (Bisio, 2009). Infine, per ostilità si intende l'aspetto negativo dei comportamenti messi in atto dal mobber.

I «comportamenti» sono un tema centrale del mobbing, il quale viene appunto definito come l'insieme di «tutti questi comportamenti violenti che si verificano sul posto di lavoro attraverso atti, parole, gesti, scritti vessatori, persecutori, intenzionali e comunque lesivi dei valori di dignità di personalità umana e professionale, che arrecano offesa alla dignità e integrità psicofisica di una persona fino a mettere in pericolo l'impiego, o di degradare il clima aziendale» (Consoletti, 2010).

Ci sono differenti comportamenti che possono caratterizzare la situazione di mobbing, ad esempio le vittime possono essere esposte a commenti offensivi, insulti, abusi psicologici, critiche, isolamento con l'intenzionalità di isolare la persona vittima di mobbing, umiliare e spaventare la vittima (Bisio, 2009).

Einarsen e col. (citati in Bisio, 2009, p. 63) hanno individuato alcune principali tipologie di comportamenti mobbizzanti: cambiamento volontario degli incarichi o delle mansioni della vittima, per cercare di mettere quest'ultima in difficoltà o dandole compiti più difficili da svolgere. L'isolamento sociale generato dalla mancanza di comunicazione con la vittima oppure dall'esclusione di quest'ultima; attacchi personali alla vittima, addirittura ridicolizzandola, umiliandola in pubblico. Ed infine, si possono verificare episodi di violenza fisica oppure minacce di poter mettere in atto tale violenza.

I mobber, nel mettere in atto i loro comportamenti lesivi possono avere differenti motivazioni e finalità, ma di solito fanno affidamento sulla complicità o sulla compiacenza dei colleghi.

Il mobbing si può mostrare sotto forma di tre tipologie: dall'alto verso il basso, tra pari o dal basso verso l'alto (Consoletti, 2010). Nel primo caso il mobber è in una posizione gerarchica superiore rispetto alla vittima, quindi può essere un capoufficio, un collega più anziano oppure un capo reparto. Per quanto riguarda invece il secondo caso il mobber e la vittima sono allo stesso livello, ad esempio due colleghi con pari opportunità e pari compiti. Infine, nel terzo caso il mobber è in una posizione inferiore rispetto alla vittima.

### 2.3.1 Le conseguenze

L'esposizione prolungata a questi comportamenti aggressivi danneggia il benessere dei lavoratori sia a livello psicologico e fisiologico sia a livello professionale e organizzativo. Si possono quindi verificare conseguenze sulla salute e conseguenze sociali nei confronti della vittima.

Per quanto riguarda le conseguenze sulla salute i primi effetti che derivano da situazioni di mobbing sono riscontrabili in tachicardia, cefalea, ansia, disturbi del sonno e disturbi dell'umore. «Se lo stimolo avverso è duraturo, oltre al possibile concorso nello sviluppo di patologia d'organo, i sintomi descritti possono organizzarsi nei due quadri sindromici principali che rappresentano le risposte psichiatriche a condizionamenti o situazioni esogene: il disturbo dell'adattamento e il disturbo post-traumatico da stress» (Gilioli et al., 2001, p. 4).

Per quanto riguarda invece le conseguenze sociali, esse possono essere devastanti in quanto la presenza di disturbi psicofisici comporta assenze sempre più prolungate dal luogo di lavoro, fino ad arrivare alle dimissioni o al licenziamento (Gilioli et al., 2001). Questa situazione comporta la perdita dell'autostima e del ruolo sociale, generando insicurezza, difficoltà relazionali e, per le fasce d'età più avanzate, l'impossibilità di nuovi inserimenti lavorativi (Gilioli et al., 2001).

Oltre ad avere ripercussioni sulla salute del singolo e sul contesto sociale, ci possono essere ricadute anche sul gruppo di lavoro, che subisce effetti negativi in termini di norme e coesione (Argentero, 2016). La presenza di mobbing, infatti, non ha soltanto effetti sulla vittima, ma anche sull'intero gruppo di lavoro, in termini di aumento dell'aggressività. «I membri di questi gruppi, inoltre, sono in genere più tolleranti nei confronti di comportamenti prevaricatori e illeciti, che quindi non solo sono tollerati, ma spesso anche

incoraggiati: in tali contesti possono, quindi, instaurarsi nuove norme, favorevoli al mobbing» (Argentero, 2016, p. 263). Bisogna sottolineare il fatto che coloro che assistono a fenomeni di mobbing tendono a schierarsi dalla parte del mobber per paura di essere le prossime vittime.

I principali effetti organizzativi causati dal mobbing sono: turnover, assenteismo, intenzione di lasciare il posto di lavoro e riduzione della produttività e della soddisfazione (Argentero, 2016).

### 2.3.2 Metodi per la valutazione del mobbing

Le metodologie di valutazione del mobbing possono essere suddivise in tre categorie (Argentero, 2016): la prima categoria fa riferimento ai metodi «interni», quei metodi che pongono l'attenzione sull'autopercezione del fenomeno. Gli strumenti di valutazione maggiormente utilizzati, facendo riferimento a questa prima prospettiva, sono i questionari, i focus group, le interviste e i diari (Argentero, 2016). Il secondo metodo utilizzato viene definito metodo «esterno», esterno perché si fa riferimento al contesto all'interno del quale si sviluppa il mobbing, quindi attraverso questo approccio si osserva il lavoratore all'interno del luogo di lavoro oppure vengono raccolte informazioni utilizzando questionari, interviste ai colleghi (Argentero, 2016). Infine, il terzo metodo è il metodo «integrato», si utilizza questo termine perché questo approccio si avvale dell'utilizzo sia dei metodi interni, sia dei metodi esterni. «A causa di varie difficoltà legali e organizzative connesse all'utilizzo di metodi esterni, vengono generalmente privilegiati i metodi autovalutativi basati sull'uso di questionari, che forniscono un primo elemento di valutazione, da approfondire però opportunamente attraverso ulteriori strumenti» (Argentero, 2016, p. 259).

«A livello italiano, è stato sviluppato uno strumento italiano per la rilevazione del mobbing, denominato Questionario di Autopercezione del Mobbing, finalizzato alla misurazione delle percezioni soggettive riferite sia alle caratteristiche del contesto lavorativo sia alle percezioni personali connesse alla situazione di lavoro» (Argentero, 2016, p. 259).

## 2.4 Lo stalking

Secondo Ege (citato in Consoletti, 2010, p. 100) lo stalking occupazionale può essere attuato come strategia aggiuntiva del mobbing, ad esempio, per costringere la vittima alle dimissioni o a rinunciare ad una promozione, oppure attuato da una vittima di un conflitto per vendicarsi del suo aggressore.

Il fenomeno per poter essere definito tale presuppone la copresenza di tre componenti: un molestatore detto anche stalker, una vittima e una serie di comportamenti intrusivi che vengono ripetuti nel tempo (Argentero, 2016). Col termine comportamenti intrusivi si fa riferimento a continue telefonate, lettere, appostamenti, invio di regali ed anche minacce. La vittima percepisce questi continui comportamenti come soffocanti, opprimenti e nocivi a cui la vittima risponde con difese quali cambiamenti della vita quotidiana, interruzione delle attività sociali; a ciò possono essere correlati disturbi del sonno, attacchi di panico, depressione, mal di testa e ansia (Argentero, 2016).

«Lo stalking occupazionale è una forma di molestia reiterata che ha origine sul luogo di lavoro (o a causa del lavoro) e invade la sfera privata della vittima» (Argentero, 2016, p. 265).

Le ricerche sullo stalking condotte da Ashmore e col. (citati in Argentero, 2016, p. 266) hanno evidenziato che tra le categorie di vittime maggiormente a rischio vi sono le professioni d'aiuto (medici, infermieri, tecnici di analisi di laboratorio, OSS, ecc.). Per spiegare l'incidenza dello stalking nelle categorie professionali di aiuto sono state individuate due possibili spiegazioni: la prima spiegazione concerne il fatto che questi lavoratori entrano in contatto con i bisogni profondi di aiuto delle persone e possono facilmente diventare oggetto di proiezioni, affetti, relazioni interiorizzate (Argentero, 2016). In secondo luogo, lo stalking può essere una domanda di attenzione.

La natura e la gravità dei sintomi delle vittime di stalking sul luogo di lavoro variano a seconda della gravità dello stress, della precedente relazione tra l'autore del reato e la vittima, dello sviluppo personale e psicosociale premorbo della vittima e delle risorse e i sistemi di supporto a disposizione dell'autore del reato. Si possono generare delle conseguenze psicologiche, comportamentali e disturbi psicosomatici.

Conseguenze psicologiche. Le vittime di stalking possono soffrire di sintomi quali: ansia, attacchi di panico e paura costante, così come molti sintomi che caratterizzano il disturbo depressivo: umore basso, scarso appetito, insonnia, attenuazione della concentrazione e della memoria e ideazione suicidaria (Robinson & Abrams, 2004).

Le conseguenze comportamentali fanno riferimento ai comportamenti messi in atto dalla vittima per affrontare lo stress. Un esempio di questi comportamenti può essere l'abuso di droghe o alcol, limitare le attività nella speranza di evitare lo stalker (Robinson & Abrams, 2004) ed inoltre, le vittime possono smettere di vedere amici e parenti per proteggerli o come risultato di sentimenti di depressione o vergogna.

Per quanto riguarda i disturbi somatici si fa riferimento a mal di testa, problemi gastrointestinali, tensione muscolare, ipertensione e asma (Robinson & Abrams, 2004).

## 2.5 La traumatizzazione vicaria

Dopo aver analizzato lo stress, il burnout, il mobbing e lo stalking, un ulteriore esito dell'esposizione a fattori di rischio psicosociale è la traumatizzazione vicaria.

Come afferma Figley (citato in Argentero, 2016, p. 277) la traumatizzazione vicaria è «l'insieme dei comportamenti e delle emozioni derivanti dalla conoscenza di eventi traumatici vissuti da altri significativi. Si tratta dello stress derivante dall'aiutare o dal voler aiutare persone traumatizzate o in sofferenza». A differenza dei rischi psicosociali descritti precedentemente, la definizione ci fa comprendere che la traumatizzazione vicaria è l'esito di specifici rischi legati a determinate professioni, quali ad esempio i vigili del fuoco, le forze dell'ordine, i medici e gli infermieri, più in generale a tutti coloro che prestano soccorso a persone che si trovano in una situazione di emergenza (Argentero, 2016). Questi professionisti o volontari devono affrontare situazioni lavorative difficili che rappresentano fattori di rischio sia per la salute fisica che per la salute psicologica.

Figley (citato in Pross, 2006, p. 2) parla di reazione di stress traumatiche secondarie o «stanchezza da compassione» tra i terapeuti, manifestate in sentimenti di debolezza, confusione e isolamento da amici e parenti, che possono creare gli stessi sintomi del Disturbo Post Traumatico da Stress. A differenza del DPTS, disturbo che si manifesta attraverso l'esposizione diretta ad un evento traumatico, la traumatizzazione vicaria si può sviluppare nonostante non si faccia esperienza diretta con l'evento traumatico, basta

quindi la conoscenza o il racconto di tali eventi traumatici. Infatti, coloro che si occupano di persone che hanno esperito fisicamente o psicologicamente un trauma possono sviluppare le stesse emozioni, diventando vittime indirette (Argentero, 2016).

I sintomi che manifestano i soggetti che soffrono di traumatizzazione vicaria sono (Argentero, 2016): pensieri intrusivi, tutti quei pensieri o quelle immagini ricorrenti dell'evento traumatico; l'evitamento di pensieri, ricordi o immagini relative all'evento traumatico; infine, l'iper-attivazione, che consiste nell'avere un comportamento difficilmente controllabile come irrequietezza, instabilità e ansia.

Il processo di valutazione della traumatizzazione vicaria è di fondamentale importanza, uno degli strumenti più utilizzati è la Secondary Traumatic Stress Scale. «Tale questionario valuta la frequenza di sintomi intrusivi, di evitamento e iperattivazione riportati come reazioni a esperienze traumatiche indirette» (Argentero, 2016, p. 278).

La scala è stata sviluppata in risposta alla scarsità di strumenti progettati per misurare specificamente i sintomi del trauma secondario negli assistenti sociali e altri professionisti dell'assistenza (Bride, Robinson, Yegidis & Figley, 2004).

La STSS è costituita da 17 item, suddivisi in tre scale che corrispondono ai tre sintomi della traumatizzazione vicaria: intrusione, evitamento e iper-attivazione. Gli item sono valutati su una scala Likert a 5 punti, punteggio 1 che corrisponde a «mai» e punteggio 5 che corrisponde a «molto spesso».

### Capitolo 3. Analisi di quattro ricerche condotte sugli operatori sanitari durante la pandemia

In tempi più recenti il mondo del lavoro è stato protagonista di profondi cambiamenti strutturali che hanno favorito una sempre più crescente attenzione agli esiti dell'esposizione a fattori di rischio psicosociale.

Dall'inizio del 2020 la situazione lavorativa e sociale di tutto il mondo è esposta ad un fattore di rischio altissimo, una pandemia di malattia da Coronavirus che causa un'esposizione elevata a rischio di infezione e di morte.

Il primo paziente a contrarre il coronavirus «il paziente zero» sembra essere stato un uomo di 55 anni residente a Wuhan. Il 21 febbraio 2020, un uomo di 38 anni residente a Codogno è risultato positivo al Coronavirus: è stato il paziente uno. Nel giro di poche ore sono state registrate le positività di altre quattordici persone. Il 9 marzo 2020 il Governo ha esteso le misure di contenimento a tutta l'Italia: l'intero Paese è stato in lockdown, è stato il primo tra gli stati occidentali ad adottare misure così restrittive e severe.

È quindi facile immaginare come il peso della crisi generata da COVID-19 possa avere delle conseguenze negative, anche e soprattutto nel lungo periodo, sulla salute psicologica e sul benessere fisico degli operatori sanitari, in particolare per coloro che lavorano nei reparti di emergenza e nei reparti appositamente dedicati al trattamento dei pazienti positivi al COVID-19. Tutto il personale medico ha dovuto affrontare un'ampia gamma di fattori di stress sul lavoro e un carico di stress superiore al normale dovuto all'uso prolungato di dispositivi di protezione individuale, a turni più lunghi, alla disidratazione, alla cattiva alimentazione, alla mancanza di sonno e alla stanchezza in generale. A questi fattori si aggiungono la maggior pressione psicologica e fisica, l'esposizione costante alla sofferenza e alla morte.

In questo scenario, comprendere le conseguenze dell'epidemia di COVID-19 sulla salute degli operatori sanitari è oggi urgente per fornire interventi tempestivi a tutela della salute degli operatori. La pandemia da COVID-19 potrebbe aver avuto un impatto negativo sugli operatori sanitari in termini di aumento del burnout e stress lavorativo.

Nonostante questa tematica sia molto recente e la pandemia sia tutt'ora in atto, sono stati condotti degli studi tra gli operatori sanitari durante l'emergenza da COVID-19 che

verranno di seguito analizzati. Verrà svolta un'analisi trasversale di quattro ricerche qualitative.

1. Alizadeh, A., Khankeh, H. R., Barati, M., Ahmadi, Y., Hadian, A., & Azizi, M. (2020). Psychological distress among Iranian healthcare providers exposed to coronavirus disease 2019 (COVID-19): a qualitative study. *BMC psychiatry*, *20*, 1-10.

Obiettivo della ricerca: «esplorare il disagio psicologico sperimentato dagli operatori sanitari iraniani nelle prime settimane dell'epidemia di coronavirus» (p. 1).

2. Gordon, J. M., Magbee, T., & Yoder, L. H. (2021). The experiences of critical care nurses caring for patients with COVID-19 during the 2020 pandemic: A qualitative study. *Applied Nursing Research*, *59*, 1-7.

Obiettivo della ricerca: esplorare le esperienze degli infermieri di terapia intensiva nella cura dei pazienti affetti da COVID-19 che lavorano nel Texas centrale durante la pandemia

3. Norful, A. A., Rosenfeld, A., Schroeder, K., Travers, J. L., & Aliyu, S. (2021). Primary drivers and psychological manifestation of stress in frontline healthcare workforce during the initial COVID-19 outbreak in the United States. *General Hospital Psychiatry*, *69*, 20-26.

Obiettivo della ricerca: «comprendere l'impatto psicologico degli ambienti clinici ad alto stress e i fattori che contribuiscono al burnout nella forza lavoro sanitaria multidisciplinare durante l'epidemia iniziale di COVID-19» (p. 1)

4. Testoni, I., Franco, C., Gallo Stampino, E., Iacona, E., Crupi, R., & Pagano, C. (2021). Facing COVID-19 between sensory and psychoemotional stress, and instrumental deprivation: a qualitative study of unmanageable critical incidents with doctors and nurses in two hospitals in northern Italy. *Frontiers in Psychology*, *12*, 1-13.

Obiettivo della ricerca: «esaminare lo stress professionale e psicoemotivo correlato al COVID-19 tra infermieri e medici in due ospedali del Nord Italia,



insieme ai peggiori incidenti critici che colpiscono il personale sanitario. Un obiettivo parallelo è stato quello di sollecitare le opinioni degli operatori sanitari su quali cambiamenti sono necessari nell'operatività del sistema sanitario, nonché sulle competenze relazionali/emotive necessarie per gestire al meglio i rapporti con i pazienti in situazioni di emergenza» (p. 1).

Gli studi sono stati condotti in Italia, Iran e Stati Uniti.

### 3.1 Metodologia e Campione

Le ricerche che verranno di seguito analizzate sono tutte di tipo qualitativo, nello specifico, nella ricerca condotta da Alizadeh e col. (2020) è stato utilizzato un approccio induttivo, nella ricerca condotta da Gordon, Magbee, e Yoder (2021) è stato utilizzato un approccio qualitativo e descrittivo.

Nella ricerca condotta da Alizadeh e col. (2020) e nello studio condotto da Gordon e col. (2020) è stata utilizzata la tecnica di campionamento intenzionale (o mirato) che prevede un campione selezionato in base alle caratteristiche di una popolazione e all'obiettivo dello studio. All'interno della ricerca condotta da Norful e col. (2021) e nello studio condotto da Testoni e col. (2021) è stata utilizzata una tecnica di campionamento a valanga che consiste nel selezionare un certo numero di soggetti dotati delle caratteristiche richieste e chiedere ad essi di presentare altri nominativi di soggetti da intervistare, che abbiano le loro stesse caratteristiche. Il campionamento a valanga viene spesso utilizzato nelle ricerche qualitative, in particolare nelle discipline sanitarie perché ritenuto appropriato soprattutto quando i membri di una popolazione sono difficili da individuare (Testoni et al., 2021).

All'interno dello studio condotto da Alizadeh e col. (2020) sono stati reclutati 18 partecipanti di cui 6 medici e 12 infermieri, nello specifico 10 donne e 8 uomini. Per quanto riguarda lo studio condotto da Gordon e col. (2020), hanno partecipato 11 infermieri del reparto di terapia intensiva, di cui 7 donne e 4 uomini. Nella ricerca condotta da Testoni e col. (2021) hanno preso parte 17 operatori sanitari, nello specifico 6 infermieri, di cui 5 donne e 1 uomo e 11 medici, di cui 4 donne e 7 uomini. Infine, nella ricerca condotta da Norful e col. (2021) sono stati reclutati 55 partecipanti, di cui 21

infermieri, 13 tecnici di cura del paziente, 12 medici, 5 pneumologi e 4 farmacisti. Tutti i partecipanti hanno lavorato a stretto contatto con pazienti affetti da COVID-19.

Quasi tutte le interviste sono state condotte di persona, in un luogo privato per evitare interruzioni e mantenere la privacy tra intervistato e intervistatore, ad eccezione della ricerca condotta da Testoni e col. (2021) in cui le interviste sono state condotte tramite Skype.

Non in tutte le ricerche è stata specificata la durata dell'intervista; all'interno della ricerca «*Psychological distress among Iranian healthcare providers exposed to coronavirus disease 2019 (COVID-19): a qualitative study*» (Alizadeh, Khankeh, Barati, Ahmadi, Hadian & Azizi, 2020) le interviste sono durate 35-40 minuti circa, invece, nella ricerca «*Facing COVID-19 between sensory and psychoemotional stress, and instrumental deprivation: a qualitative study of unmanageable critical incidents with doctors and nurses in two hospitals in northern Italy*» (Testoni et al., 2021) le interviste tramite Skype sono durate 60 minuti circa.

Infine, è importante sottolineare che la maggior parte delle ricerche sono state condotte durante la prima fase della pandemia di COVID-19, fase più difficile poiché ha colto tutti gli operatori sanitari impreparati di fronte a questa nuova malattia.

### 3.2 Raccolta e analisi dei dati

I dati sono stati raccolti utilizzando interviste semi-strutturate, nella ricerca «*Primary drivers and psychological manifestation of stress in frontline healthcare workforce during the initial COVID-19 outbreak in the United States*» (Norful, Rosenfeld, Schroeder, Travers & Aliyu, 2021) l'intervista è stata condotta utilizzando un adattamento del modello Job-demand control.

Il modello Job Demand-Control (JDC) di Karasek e col. (1979) oggi riveste un ruolo centrale ed è ampiamente utilizzato per lo studio del fenomeno dello stress. «Il modello nella sua prima formulazione postula che lo stress e in generale la salute dei lavoratori non siano associati in modo diretto con le caratteristiche del lavoro, ma che più spesso essi rappresentino l'effetto della combinazione interattiva delle caratteristiche del lavoro» (Converso, 2012, p. 45). Il JDC prevede due fattori fondamentali: le richieste lavorative (*job demands*) che riguardano l'impegno di cui il lavoratore si fa carico per svolgere il

suo lavoro e il margine di controllo (*control latitude*) accordato al lavoratore durante lo svolgimento della sua mansione lavorativa (Converso, 2012). Dalla combinazione di queste due dimensioni si originano quattro tipologie lavorative: lavori ad alta tensione psicologica, lavori attivi, lavori a bassa tensione psicologica e lavori passivi. I lavori ad alta tensione psicologica sono caratterizzati da elevate richieste lavorative e basso grado di controllo, essi producono un'elevata tensione negli individui; i lavori attivi sono caratterizzati da richieste lavorative molto elevate e un elevato controllo, favorendo la produttività e l'apprendimento, infatti questo profilo può essere definito anche sfidante (Converso, 2012). I lavori a bassa tensione psicologica sono contraddistinti da una bassa richiesta di domande e un elevato controllo; infine, i lavori passivi si caratterizzano per un basso livello di controllo e basse richieste lavorative (Converso, 2012). Nel 2008, il modello è stato riformulato in chiave dinamica per evidenziare gli effetti che i cambiamenti dell'ultimo ventennio hanno avuto sulla salute dell'individuo. Nella nuova versione del modello l'accento viene posto sul mondo globale e non solo sulla singola attività lavorativa, indagando le forme di equilibrio e disequilibrio che generano quindi benessere e disagio psicologico. L'equilibrio o il disequilibrio sono generati dalla possibilità del lavoratore di gestire le continue richieste che provengono dall'esterno e influisce sulla sua quotidianità (Converso, 2012). Nella nuova versione le domande, il controllo e il supporto vengono analizzati su tre livelli: task level, l'organizational level e il macro level (Converso, 2012).

Le interviste sono proseguite fino al raggiungimento della saturazione dei dati; in alcuni casi, nonostante fosse stata raggiunta la saturazione dei dati, è stata condotta un'ulteriore intervista per garantire la saturazione.

Per quanto riguarda l'analisi dei dati, sono state utilizzate tecniche differenti: nella ricerca «*Psychological distress among Iranian healthcare providers exposed to coronavirus disease 2019 (COVID-19): a qualitative study*» (Alizadeh, Khankeh, Barati, Ahmadi, Hadian & Azizi, 2020) dopo ogni intervista i file audio sono stati riascoltati più volte e avvalendosi dell'utilizzo del software MAXQDA, sono state realizzate trascrizioni letterali. Dopo aver letto più volte le trascrizioni sono state identificate le unità di significato, le quali sono state etichettate con un codice. Infine, i dati sono stati organizzati nel quadro del modello Job-Demand Resource (JD-R). L'assunto principale del modello

JD-R è che ogni occupazione ha i suoi fattori di rischio specifici associati allo stress lavorativo; questi fattori possono essere classificati in due categorie: le richieste lavorative e le risorse lavorative (Demerouti & Bakker, 2011). Le richieste lavorative sono tutti quegli aspetti fisici, psicologici, sociali o organizzativi del lavoro che richiedono al lavoratore degli sforzi e delle abilità che possono essere fisiche o mentali (Alizadeh et al., 2020). Le risorse lavorative comprendono tutti quegli aspetti sociali, fisici, psicologici o organizzativi del lavoro che generano un processo motivazionale; questi aspetti sono funzionali al raggiungimento degli obiettivi, tendono a ridurre le richieste di lavoro e i costi psicologici che ne derivano ed infine, stimolano la crescita personale, lo sviluppo e l'apprendimento (Demerouti & Bakker, 2011).

Per quanto riguarda la ricerca «*Facing COVID-19 between sensory and psychoemotional stress, and instrumental deprivation: a qualitative study of unmanageable critical incidents with doctors and nurses in two hospitals in northern Italy*» (Testoni et al., 2021) i dialoghi sono stati registrati e successivamente trascritti parola per parola e quindi è stata utilizzata la *Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA). In questo caso, i ricercatori hanno utilizzato il software Atlas.ti per identificare temi emergenti e comuni e per illustrare convergenze e specificità tra le risposte fornite dai partecipanti.

Nella ricerca «*Primary drivers and psychological manifestation of stress in frontline healthcare workforce during the initial COVID-19 outbreak in the United States*» (Norful, Rosenfeld, Schroeder, Travers & Aliyu, 2021) è stato utilizzato il software Nvivo 23 per l'analisi dei dati, confrontando i dati con i file audio per verificarne l'accuratezza. I ricercatori in questo caso, si sono suddivisi i vari compiti: alcuni hanno codificato in modo induttivo e deduttivo il primo 10% delle trascrizioni in modo indipendente, successivamente i ricercatori si sono incontrati per raggiungere il consenso sulle definizioni condivise, sulle categorie e sui temi emergenti (Norful, Rosenfeld, Schroeder, Travers & Aliyu, 2021). Le trascrizioni rimanenti sono state codificate in modo indipendente da due ricercatori. Il team si è riunito settimanalmente per discutere i codici, raggruppare i codici in categorie e determinare i temi emergenti; poi si sono confrontati sui risultati per raggiungere un consenso (Norful, Rosenfeld, Schroeder, Travers & Aliyu, 2021).

Per quanto riguarda la ricerca «*The experiences of critical care nurses caring for patients with COVID-19 during the 2020 pandemic: a qualitative study*» (Gordon, Magbee & Yoder, 2021) è stata utilizzata l'analisi comparativa per cercare somiglianze e differenze nelle narrazioni. I ricercatori successivamente hanno codificato riga per riga i dati e hanno infine identificato i temi rilevanti.

### 3.3 Risultati

Dall'analisi dei dati riportati nei quattro studi sono emerse numerose tematiche che risultano essere in parte comuni ai vari studi e in parte differenti.

La diffusione del COVID-19 ha esposto gli operatori sanitari di tutto il mondo ad uno scenario completamente inaspettato e imprevedibile che ha causato un intenso stress. Il primo elemento che si evince dall'analisi dei quattro studi è la scarsità di attrezzature mediche per provvedere alle cure dei pazienti, la mancanza di indumenti protettivi (mascherine, camici e visiere) e soprattutto la mancanza di una preparazione adeguata a far fronte ad una situazione simile. Un'infermiera afferma di essersi sentita completamente impreparata e in difficoltà nel gestire la situazione, le parole riportate nella sua intervista sono infatti: «Ho avuto a che fare con una marea di malati e non ho potuto gestire tutte le richieste [...] mancavano le attrezzature mediche [...]» (Testoni, 2021, p. 5). Questa situazione ha generato negli operatori sanitari sentimenti di scoraggiamento, impotenza e inadeguatezza in quanto qualsiasi tentativo di cura era fallimentare.

All'interno della ricerca «*Primary drivers and psychological manifestation of stress in frontline healthcare workforce during the initial COVID-19 outbreak in the United States*» (Norful, Rosenfeld, Schroeder, Travers & Aliyu, 2021) viene evidenziato il fatto che gli operatori sanitari vengono formati per gestire un'ampia varietà di potenziali sfide ma purtroppo manca una guida specifica per la gestione del COVID-19. A tal proposito un medico afferma quanto segue: «territorio inesplorato [...] non sapere cosa aspettarsi è davvero una sfida» (Norful, Rosenfeld, Schroeder, Travers & Aliyu, 2021, p. 22).

Un aspetto che viene sottolineato all'interno della ricerca condotta da Testoni e col. (2021) è come il senso di impotenza, l'angoscia e la disorganizzazione generino una forma latente di risentimento, una rabbia senza oggetto preciso; l'oggetto più concreto

che viene utilizzato come capro espiatorio è il sistema sanitario regionale. Sempre all'interno dello studio condotto da Testoni e col. (2021) viene sottolineata la scarsità di personale per far fronte a questa imprevedibile situazione. Un'intervistata riporta infatti le seguenti parole: «circa 100 colleghi sono stati prelevati da reparti e cliniche e trasferiti nelle aree COVID-19 per far fronte all'emergenza [...] negli ultimi anni c'è carenza di personale a causa dei tagli regionali. Eravamo usati come cerotti [...] sono stati usati qua e là come un ripiego senza che nessuno avesse le competenze necessarie per far fronte a questa emergenza [...]» (Testoni et al., 2021, p. 5).

A tal proposito è importante sottolineare il fatto che, in Italia, a causa della carenza di personale e vista l'urgenza nell'erogazione di cure, vi è stata una riorganizzazione dei reparti degli ospedali; in aggiunta un medico riporta quanto segue: «[...] era cambiato tutto il team perché molti professionisti provenivano da altri reparti, quindi anche il rapporto tra colleghi non poteva basarsi su un conoscenza reciproca stabilita in precedenza» (Testoni, 2021, p. 7), mentre, un'infermiera afferma: «Senza tempo per confrontarci gli uni con gli altri [...]» (Testoni et al., 2021, p. 5). Inoltre, la perdita di ogni referente ha lasciato medici e infermieri in uno stato di confusione.

Correlato al tema del rapporto tra colleghi e del team di lavoro nello studio condotto da Alizadeh e col. (2020) emergono problematiche di gestione, quali mancanza di trasparenza e cattiva condotta da parte dei manager; si evidenziano inoltre comportamenti aggressivi messi in atto dai dirigenti. Oltre a ciò, all'interno dello studio vengono evidenziati sentimenti di sfiducia e paura, soprattutto timore che dopo la crisi gli infermieri vengano nuovamente dimenticati. Al contrario, nello studio condotto da Norful e col. (2021) emerge un'ottima comunicazione e molto supporto tra gli operatori sanitari e i dirigenti, l'amministrazione tiene aggiornati tutti gli operatori sanitari tramite mail giornaliera. Inoltre, l'ospedale ha messo a disposizione dei dipendenti programmi ospedalieri per ridurre lo stress.

Uno degli aspetti più importanti, messo in crisi dalla situazione di emergenza e dall'enorme ondata di pazienti gravemente malati, è stato la dimensione relazionale. In Italia negli ultimi anni, medici e infermieri sono stati formati per «umanizzare» i rapporti con i pazienti; la letteratura, infatti, ha dimostrato i benefici di un rapporto empatico col paziente, ovvero un benessere sia degli operatori sanitari che dei pazienti (Testoni et al.,

2021). A causa dell'emergenza causata dal virus SARS-CoV-2, medici e infermieri italiani, protagonisti dello studio preso in esame, sono stati costretti a tornare a modelli di intervento meno «empatici»; infatti, durante le fasi della pandemia era impossibile per gli operatori sanitari rispondere alle esigenze dei pazienti a causa del sovraffollamento degli ospedali e dell'insufficienza di personale (Testoni et al., 2021). Il rapporto medico-paziente è diventato quindi impersonale, basti pensare alle mascherine, ai camici e alle visiere che fungono da «barriera» nella comunicazione e nell'espressione, in generale nella dimensione del non verbale, tra medico e paziente.

Un aspetto correlato alla mancanza di empatia e che, come quest'ultima, si è generato a causa della grave situazione di emergenza è la disumanizzazione delle relazioni. All'interno della ricerca condotta da Testoni e col. (2021) emerge che il totale allontanamento psicologico dai pazienti ha portato alla percezione dei partecipanti di non avere a che fare con degli esseri umani ma piuttosto «con cose simili a mobili» (Testoni et al., 2021, p. 8). Gli operatori sanitari italiani hanno vissuto questa mancanza di relazione empatica con i pazienti e la messa in discussione del modello di cura centrato sul paziente come una causa di disagio emotivo e forte fonte di stress.

Anche gli infermieri che hanno partecipato allo studio condotto in Texas hanno accusato elevati livelli di stress dovuti «all'incapacità di fornire una connessione umana confortante» (Gordon, Magbee & Yoder, 2021, p. 4); infatti, come riportato da un'intervistata i pazienti «[...] hanno visto solo infermieri che entrano in camice e maschera e non sembrano nemmeno umani» (Gordon, Magbee & Yoder, 2021, p. 4), «non puoi stabilire quella connessione personale [...]» (Gordon, Magbee & Yoder, 2021, p. 4). Sempre all'interno dello studio condotto da Gordon e col. (2021) è emerso un ulteriore «ostacolo» nella relazione medico-paziente: la barriera linguistica. Poiché la maggior parte degli abitanti del Texas parla in spagnolo, vi è una difficoltà a comunicare in inglese con gli operatori sanitari.

Gli elementi che sono stati evidenziati in precedenza hanno causato grande stress agli operatori sanitari. Un intervistato riporta infatti, le seguenti parole: «[...] ho vissuto molto stress perché mi chiedevo se fosse giusto che fossero sottoposti alle nostre decisioni senza sapere che cosa gli spettasse, mentre sapevamo che tutto quello che stavamo facendo poteva essere inutile» (Testoni et al., 2021, p. 8). Sono proprio questi i casi in cui la

mancanza di relazione con il paziente e la mancanza di empatia provata da medici e infermieri possono determinare l'insorgenza di stress psicoemotivo tra gli operatori sanitari e aumentare il rischio di burnout.

Un tema comune alle quattro ricerche analizzate è quello delle emozioni, presente più nello specifico nella ricerca «*The experiences of critical care nurses caring for patients with COVID-19 during the 2020 pandemic: a qualitative study*» (Gordon, Magbee & Yoder, 2021). Una prima emozione che è stata evidenziata è l'ansia, come riportato da alcune infermiere: «[...] rischio per me stesso e del rischio di portare a casa qualcosa alla mia famiglia, è uno stress molto alto» (Gordon, Magbee & Yoder, 2021, p. 2), «[...] sentire il mio cuore battere forte [...]» (Gordon, Magbee & Yoder, 2021, p. 2). Inoltre, è emersa l'emozione della paura, gli operatori sanitari hanno molta paura e sono molto preoccupati di contrarre la malattia proprio perché lavorano a stretto contatto con persone affette da COVID-19. Vi è la paura di poter infettare i familiari una volta rientrati a casa (Norful, Rosenfeld, Schroeder, Travers & Aliyu, 2021) e la paura dell'esposizione al rischio di contagio. Inoltre, è emersa la preoccupazione, come riportato da alcuni intervistati: «Sono preoccupato di contrarre la malattia, sono preoccupato di diffonderlo» (Gordon, Magbee & Yoder, 2021, p. 3), «[...] non essere in grado di rimanere in buona salute per continuare ad aiutare e lavorare» (Gordon, Magbee & Yoder, 2021, p. 3). Un intervistato afferma inoltre di essere preoccupato di non poter più lavorare e quindi non poter essere d'aiuto ai colleghi se dovesse contrarre la malattia (Gordon, Magbee & Yoder, 2021).

Lo stress psicoemotivo ha avuto ripercussioni psicosomatiche e post-traumatiche, un medico di medicina interna racconta: «Rivivo continuamente giorno e notte, le esperienze vissute durante il primo periodo della pandemia: l'urgenza, l'inefficacia e i decessi [...]» (Testoni et al., 2021, p. 5).

Le problematiche descritte precedentemente mettono in evidenza il fatto che la situazione vissuta dagli operatori sanitari è una situazione che può determinare l'insorgere di rischi psicosociali, generati dall'interazione dinamica tra l'ambiente di lavoro e i fattori umani. Se si verifica un'interazione negativa tra condizioni professionali e fattori umani si possono generare disturbi emotivi, problemi comportamentali e malattie mentali e fisiche.



I fattori di rischio possono essere dovuti innanzitutto al conflitto di ruolo, in quanto le aspettative di ruolo sono risultate incompatibili con i bisogni, le esigenze, i valori e l'etica degli operatori sanitari. Inoltre, si è generata un'ambiguità di ruolo in quanto gli operatori sanitari non disponevano di informazioni necessarie sugli ambiti e sulle responsabilità del compito da svolgere; il tutto ha generato forte insoddisfazione, tensioni e un abbassamento dei livelli di autostima. Il conflitto e l'ambiguità di ruolo sono due fattori presenti all'interno dei quattro studi presi in analisi. Un ulteriore fonte di rischio è la mancanza di giustizia: la giustizia corrisponde a quanto il lavoratore riceve in termini di responsabilità, carico e orari di lavoro. Gli operatori sanitari hanno dovuto affrontare una situazione in cui la responsabilità è stata elevata, come anche il carico di lavoro e gli orari di lavoro. Le relazioni interpersonali rappresentano un'altra fonte di rischio: la qualità delle relazioni interpersonali sul luogo di lavoro ha infatti un forte impatto sulla salute dei lavoratori. Nello studio condotto da Testoni e col. (2021) è emerso che il rapporto tra colleghi era diventato impersonale, una delle cause del rapporto distaccato è l'utilizzo di indumenti che non consentivano agli operatori sanitari di potersi riconoscere tra loro, un'ulteriore causa è la rapidità con cui si doveva rispondere alle richieste di cura ed infine il rapporto impersonale è causato dalla mancanza di linee guida. È importante però sottolineare che dai risultati della ricerca condotta da Gordon, Magbee & Yoder (2021) emerge l'importanza della relazione coi colleghi in termini di supporto sociale.

Un altro fattore di rischio è il carico di lavoro: durante la pandemia gli operatori sanitari hanno vissuto una situazione di sovraccarico di lavoro perché gli ospedali erano sovraffollati. A ciò si aggiunga il fatto che il lavoro era molto più complesso rispetto alle abilità possedute dagli operatori sanitari, in quanto essi non avevano una preparazione adeguata a gestire la situazione. A tal proposito un'intervistata riporta quanto segue: «non abbiamo avuto formazione, nessuna preparazione» (Norful, Rosenfeld, Schroeder, Travers & Aliyu, 2021). Queste situazioni possono generare ansia, depressione, burnout ed insoddisfazione.

Infine, un ulteriore fattore di rischio è legato all'ambiente di lavoro, molte condizioni fisiche possono incidere negativamente ed essere fonti di stress, riducendo la tolleranza agli stressor e la motivazione al lavoro o causare disturbi fisici o psicologici, incidendo sulla concentrazione, sul benessere e sulla soddisfazione lavorativa.

L'ambiguità e il conflitto di ruolo, le relazioni interpersonali difficili, gli orari di lavoro e le caratteristiche dell'organizzazione sono tutte fonti di stress. Il sovraccarico di lavoro, dover indossare indumenti protettivi per molte ore e il lavoro ripetitivo sono tutte cause del disagio psicologico sperimentato tra gli operatori sanitari. Questo clima di costante incertezza e flessibilità va ad incidere profondamente sui livelli di stress degli operatori sanitari.

Mentre lo stress viene definito come squilibrio tra le risorse che il lavoratore ha a disposizione e le richieste provenienti dal mondo del lavoro, il burnout si riferisce invece a un insuccesso nel processo di adattamento, accompagnato a malfunzionamento cronico.

La sindrome del burnout viene descritta solitamente facendo riferimento a tre componenti: la prima componente è l'esaurimento emotivo ovvero la sensazione di essere emotivamente esaurito o svuotato. L'esaurimento emotivo è generato da un allontanamento emotivo nel rapporto con gli altri, infatti, durante la pandemia c'è stato un allontanamento emotivo nella relazione tra medico e paziente che, come detto in precedenza, può essere fonte di insorgenza di burnout tra gli operatori sanitari. All'interno della ricerca «*The experiences of critical care nurses caring for patients with COVID-19 during the 2020 pandemic: a qualitative study*» (Gordon, Magbee & Yoder, 2021) due intervistati riportano quanto segue «sei solo esausto» (p. 3), «è estenuante stare lì dentro per così tante ore» (p. 3). Inoltre, questo allontanamento genera sentimenti di frustrazione e tensione.

La seconda componente del burnout è la depersonalizzazione, che si manifesta come un atteggiamento di allontanamento e di rifiuto; le manifestazioni più tipiche sono il distacco e l'insensibilità verso i collaboratori, gli utenti e l'organizzazione. Facendo riferimento alla depersonalizzazione alcuni operatori sanitari hanno riportato di non essere in grado di prendere coscienza delle proprie emozioni. Un'intervistata riferisce infatti: «[...] il lavoro era frenetico [...] non c'era il tempo per piangere e nemmeno per rendersi conto del dolore che stavamo provando, doveva essere fatto [...] tutto in fretta» (Testoni et al., 2021, p. 6).

Infine, il terzo elemento del burnout è la ridotta realizzazione personale, che si riferisce alla percezione della propria inadeguatezza sul luogo di lavoro, ad un sentimento di fallimento personale e alla perdita di autostima.

Nell'insorgenza del burnout sono implicati sia fattori individuali che fattori organizzativi. Per quanto concerne i fattori individuali si fa riferimento alle modalità con cui le persone rispondono alle situazioni stressanti, alle loro differenti tipologie di personalità, alle loro motivazioni e alla loro vulnerabilità allo stress. I fattori organizzativi che possono aver determinato l'insorgenza di burnout tra gli operatori sanitari durante la pandemia possono essere: il carico di lavoro, il controllo ovvero l'autonomia nel poter prendere decisioni, il riconoscimento sia economico che sociale, la relazione con colleghi, collaboratori e capi ed infine i valori, ovvero la conformità tra valori individuali e valori organizzativi.

Le manifestazioni del burnout a livello individuale possono essere: mal di testa, stanchezza, disturbi del sonno, come riportato da due intervistati all'interno della ricerca «*The experiences of critical care nurses caring for patients with COVID-19 during the 2020 pandemic: a qualitative study*» (Gordon, Magbee & Yoder, 2021) «[...] non dormivo davvero» (p. 3), «[...] è solo un sonno ansioso» (p. 3). Ulteriori manifestazioni sono ansia, depressione e irritazione.

Bisogna inoltre sottolineare il fatto che dall'analisi delle quattro ricerche sono emerse non soltanto le problematiche dovute alla pandemia e come esse abbiano avuto delle ripercussioni negative sugli operatori sanitari in termini di stress e burnout, ma anche le possibili risorse dei singoli messe in atto per gestire tale situazione: le strategie di coping e la resilienza.

La resilienza è la capacità umana di affrontare le avversità della vita, superarle e uscirne rinforzato o addirittura trasformato, le strategie di coping rappresentano invece il supporto adattativo e operativo che consente al soggetto di gestire, ridurre o tollerare lo stress.

Per quanto riguarda la resilienza, secondo alcuni intervistati praticare yoga e pregare erano due alternative nel tentativo di ridurre lo stress lavorativo (Norful, Rosenfeld, Schroeder, Travers & Aliyu, 2021). Per far fronte ai fenomeni avversi sono stati

evidenziati anche i tratti di personalità come fiducia in sé stessi, interesse, realismo, senso dell'umorismo, speranza, coraggio, flessibilità (Alizadeh et al., 2020).

Le risorse individuali utili per mitigare lo stress possono essere raggruppate in: la gioia di migliorare la salute dei pazienti, l'interesse per le persone, l'impegno nei confronti dei pazienti. Tutte queste possono agire come risorse individuali efficaci per ridurre lo stress (Alizadeh et al., 2020).

Per quanto riguarda le strategie di coping è stato riscontrato che il supporto da parte di familiari e più in generale il supporto sociale, sono molto utili al fine di mitigare lo stress (Norful, Rosenfeld, Schroeder, Travers & Aliyu, 2021).

Un'ulteriore fonte di supporto deriva dai social media, ma su questo tema le opinioni degli intervistati sono discordanti: secondo alcuni è confortante essere chiamato «eroe», secondo altri invece il termine «eroe» non si addice agli operatori sanitari in quanto si presuppone che gli eroi salvino tutti, mentre purtroppo però così non è stato (Gordon, Magbee & Yoder, 2021).

In sintesi, gli elementi che sono emersi dall'analisi dei quattro studi sono:

1. I fattori che hanno aumentato i livelli di stress sperimentato da medici e infermieri sembrano essere i seguenti: la scarsità di attrezzature mediche (mascherine, visiere e camici); la mancanza di linee guida per gestire la situazione; la mancanza di preparazione adeguata per gli operatori sanitari.
2. La dimensione relazionale, nello specifico la relazione medico-paziente, la mancanza di empatia e la disumanizzazione, che se non adeguatamente gestite possono determinare l'insorgere di burnout e stress tra gli operatori sanitari.
3. Le emozioni che hanno esperito gli operatori sanitari: ansia, paura e preoccupazione.
4. Le risorse dei singoli messe in atto per gestire la situazione di emergenza: le strategie di coping e la resilienza.

## Conclusioni

È ormai noto che all'interno dei contesti lavorativi vi siano molti fattori di rischio psicosociale che possono determinare l'insorgenza di stress, burnout, mobbing, stalking e traumatizzazione vicaria.

Con la diffusione del COVID-19 il rischio è aumentato per l'intera umanità, è però aumentato maggiormente per una categoria di lavoratori: gli operatori sanitari. Infatti, questi ultimi erano a stretto contatto con persone affette da COVID-19 e soprattutto hanno dovuto trovare delle soluzioni per sconfiggere questa malattia sconosciuta. Gli operatori sanitari hanno vissuto esperienze difficili, le quali hanno generato disagi psicologici e fisici, fattori questi correlati all'insorgenza di stress e burnout. Per comprendere meglio alcune delle esperienze vissute dagli operatori sanitari sono state analizzate quattro ricerche, all'interno delle quali è stata evidenziata una mancanza di protocolli operativi per gestire la situazione in atto e soprattutto una carenza di dispositivi di protezione necessari per evitare il contagio ed evitare di contrarre la malattia. La mancanza di protocolli e la carenza di dispositivi sono una conseguenza del fatto che questa pandemia si è manifestata in modo inatteso e il virus ha contagiato moltissime persone con una rapidità sconcertante, cogliendo impreparati tutti i sistemi sanitari.

Gli operatori sanitari erano infatti mal equipaggiati e non avevano una preparazione adeguata ad affrontare questa situazione, questo ha fatto sì che si generasse un aumento di stress psicoemotivo. I sintomi più frequenti dello stress evidenziati dall'analisi degli studi sono: i disturbi del sonno, i pensieri ricorrenti, la sofferenza, l'angoscia, l'ansia e l'esaurimento fisico. Il disagio psicologico esperito dal personale è inoltre conseguenza della natura sconosciuta della malattia, del rischio di infezione e soprattutto della paura di diffondere la malattia ad altri.

Una fonte di disagio evidenziata all'interno della ricerca condotta da Alizadeh e col. (2020) è stata riscontrata nella mancanza di coinvolgimento e comunicazione da parte della leadership. Al contrario, nell'analisi delle ricerche condotte da Norful e col. (2021) e da Testoni e col. (2021) si riscontra una buona capacità di comunicazione tra gli operatori sanitari e il leader o l'amministrazione. Infatti, tra le condizioni ambientali che favoriscono l'insorgenza di burnout vi sono scarsa o difficile comunicazione con i

colleghi o i superiori e insufficiente chiarimento e definizione degli obiettivi organizzativi.

Gli studi, oltre ad evidenziare gli effetti negativi e i rischi tra gli operatori sanitari durante la pandemia, hanno riportato alcune strategie adottate dal personale nel tentativo di mitigare lo stress. Molti operatori sanitari per mitigare gli effetti negativi dello stress hanno praticato attività fisica, altri ancora si sono dedicati alla preghiera.

È importante analizzare e conoscere le conseguenze per preparare gli operatori sanitari ad eventuali e possibili emergenze sanitarie come quella tuttora in atto. È quindi molto importante cercare di mettere in atto degli interventi preventivi nel tentativo di affrontare eventuali situazioni di emergenza.

Per quanto riguarda la situazione specifica in Italia, sarebbe opportuno preparare il personale sanitario offrendo dei corsi di formazione adeguati e dei protocolli anch'essi adeguati a queste situazioni. Un intervistato riporta le seguenti parole «[...] nel nostro sistema sanitario, nella nostra organizzazione e nella nostra formazione c'è una grande carenza [...]» (Testoni et al., 2021, p. 6).

Non soltanto in Italia, ma anche all'interno dello studio «*The experiences of critical care nurses caring for patients with COVID-19 during the 2020 pandemic: a qualitative study*» condotto da Gordon, Magbee e Yoder (2021), gli infermieri riferiscono di sentirsi incapaci ad affrontare ed intervenire prontamente durante le emergenze. Sarebbe quindi opportuno, anche in questo caso, mettere in atto dei corsi di formazione e dei protocolli adeguati.

Quando si verificano questi disastri un ulteriore intervento che sarebbe utile mettere in atto è un sostegno psicologico per tutti gli operatori sanitari, di modo tale che si possano mitigare gli effetti dello stress nel lungo periodo.

Un intervento che dovrebbe essere messo in atto sarebbe di tipo economico e quindi materiale che consentirebbe agli operatori sanitari una disponibilità adeguata di mascherine e più in generale indumenti per la protezione dal rischio di contagio, spazi dedicati al riposo e luoghi dove poter stare in alternativa alla dimora domestica per evitare di contagiare i familiari.

Un ulteriore intervento consiste nel rinforzare il personale sanitario di modo tale che gli operatori sanitari non debbano fare turni troppo lunghi e che si possano concedere delle brevi pause.

È importante sottolineare il fatto che le ricerche sono state condotte all'interno di singoli ospedali e in luoghi differenti: Italia, Iran e Stati Uniti. Essendo condotte in luoghi differenti bisogna tenere in considerazione il fatto che c'è una forte influenza sia della cultura del contesto e della cultura organizzativa sia nelle differenti modalità di gestione delle situazioni ad alto rischio sia negli interventi che si dovrebbero mettere in atto per affrontare le situazioni future.

Infine, un altro elemento che deve essere tenuto in considerazione consiste nel fatto che le ricerche sono state condotte durante la fase iniziale della pandemia, periodo maggiormente difficile e critico. Sarebbe quindi opportuno effettuare degli studi longitudinali per osservare gli effetti dello stress nel lungo periodo.

## Bibliografia

Alizadeh, A., Khankeh, H. R., Barati, M., Ahmadi, Y., Hadian, A., & Azizi, M. (2020). Psychological distress among iranian healthcare providers exposed to coronavirus disease 2019 (COVID-19): a qualitative study. *BMC psychiatry*, 20, 1-10.

Argentero, P. (Ed.). (2007). *Psicologia del lavoro e interventi organizzativi: Teorie e strumenti per la gestione delle risorse umane, la promozione della qualità e la prevenzione dei rischi psicosociali* (Vol.6). Milano: FrancoAngeli.

Argentero, P., & Cortese, C. G. (Eds.). (2016). *Psicologia del lavoro* (Vol.1). Milano: Raffaello Cortina Editore.

Avallone, F., & Paplomatas, A. (2005). *Salute organizzativa: Psicologia del benessere nei contesti lavorativi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Bisio, C. (2009). *Psicologia per la sicurezza sul lavoro: Rischio, benessere e ricerca del significato*. Firenze: Giunti Organizzazioni Speciali.

Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and validation of the secondary traumatic stress scale. *Research on social work practice*, 14, 27-35.

Consoletti, A. (2010). *Mobbing e discriminazioni sul luogo di lavoro, analisi e strumenti di tutela*. Torino: Giappichelli Editore.

Converso, D. (2012). *Benessere e qualità della vita organizzativa in sanità*. Torino: Espress Edizioni.

Demerouti, E., & Bakker, A. B. (2011). The job demand-resources model: challenges for future research. *Journal of Industrial Psychology*, 37 (2), 1-9.

D'Orsini, F., & Ballottin, A. (2011). *Stress lavoro-correlato dalla valutazione del rischio agli interventi correttivi*. Roma: EPC Editore.

Fraccaroli, F., & Balducci C. (2011). *Stress e rischi psicosociali nelle organizzazioni*. Bologna: il Mulino.



- Gilioli, R., Adinolfi, M., Bagaglio, A., Boccaletti, D., Cassitto, M., Della Pietra, B., et al. (2001). Un nuovo rischio all'attenzione della medicina del lavoro: le molestie morali (mobbing). *La medicina del lavoro*, 92 (1), 1-9.
- Gordon, J. M., Magbee, T., & Yoder, L. H. (2021). The experiences of critical care nurses caring for patients with COVID-19 during the 2020 pandemic: a qualitative study. *Applied Nursing Research*, 59, 1-7.
- Leka, S., & Houdmont, J. (2010). *Occupational health psychology*. Hoboken: Wiley-Blackwell.
- Longo, E. (2011). *Lavoro e stress: Conoscere, valutare, gestire*. Milano: Guerini e associati.
- Norful, A. A., Rosenfeld, A., Schroeder, K., Travers, J. L., & Aliyu, S. (2021). Primary drivers and psychological manifestation of stress in frontline healthcare workforce during the initial COVID-19 outbreak in the United States. *General Hospital Psychiatry*, 69, 20-26.
- Pillinger, J. (2016). Psychosocial risks and violence in the world of work: a trade union perspective. *International Journal of Labour Research*, 8 (2), 1-131.
- Pross, C. (2006). Burnout, vicarious traumatization, and its prevention. *Torture*, 16, 1-9.
- Robinson, G., & Abrams, K. (2004). Stalking in the workplace. *Directions in psychiatry*, 24, 89-96.
- Testoni, I., Franco, C., Gallo Stampino, E., Iacona, E., Crupi, R., & Pagano, C. (2021). Facing COVID-19 between sensory and psychoemotional stress, and instrumental deprivation: a qualitative study of unmanageable critical incidents with doctors and nurses in two hospitals in northern Italy. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-13.