

R. Pisanti

Una verifica empirica del modello Domanda-Controllo-Sostegno Sociale: effetti sul burnout e sulla somatizzazione tra il personale infermieristico

Dipartimento di Psicologia, Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute, Università degli studi di Roma "La Sapienza", Roma

RIASSUNTO. L'articolo riporta uno studio condotto su un gruppo di 271 infermieri. Obiettivo principale dell'indagine è stato la disamina delle modalità d'azione delle dimensioni domanda, controllo, sostegno sociale del modello di Karasek e Theorell nella predizione di alcune dimensioni di distress e di benessere lavorativo (burnout e livello di somatizzazione). In particolare, sono state esaminate: a) l'ipotesi di linearità tra ciascuna dimensione del modello (domanda, controllo, sostegno sociale) e ciascun indice di distress (esaurimento emotivo, depersonalizzazione, realizzazione personale e somatizzazione); e b) l'ipotesi d'azione additiva vs. interattiva ("buffer") tra le variabili del modello nella predizione degli indici di distress. Per quanto concerne l'ipotesi di linearità, le analisi della regressione dei termini quadratici della domanda, del controllo e del sostegno sociale hanno evidenziato due relazioni non-lineari: da un lato, tra il controllo e l'esaurimento emotivo e, dall'altro, tra il sostegno sociale e il livello di somatizzazione. Per quanto riguarda, invece, la valutazione dell'ipotesi additiva vs interattiva tra le variabili del modello, sono state condotte una serie di analisi della regressione multipla con strategia gerarchica i cui risultati hanno mostrato che la domanda, il controllo lavorativo e il sostegno sociale agiscono additivamente nel predire i differenti indici di distress. I risultati hanno, inoltre, evidenziato il ruolo significativo delle variabili socio-demografiche (genere e età) nella predizione dei differenti indici di distress.

Parole chiave: modello domanda/controllo/sostegno sociale; burnout, associazioni non-lineari, ipotesi additiva o interattiva.

ABSTRACT. AN EMPIRICAL INVESTIGATION OF THE DEMAND-CONTROL-SOCIAL SUPPORT MODEL: EFFECTS ON BURNOUT AND ON SOMATIC COMPLAINTS AMONG NURSING STAFF. The present study investigated the relationship between job characteristics and well-being dimensions (burnout and somatic complaints) in a group of 271 nurses. The study, based on Karasek and Theorell's theoretic model of demand-control-social support, aimed to test the following hypotheses: a) that there is a linear association between each job dimension (demand, control, social support) and indexes of stress (emotional exhaustion, depersonalization, personal accomplishment and somatization); b) whether there is an additive or interactive ("buffer") action among the model variables in predicting stress. Concerning the hypothesis of linearity, regression analysis revealed two non-linear associations: between job control and emotional exhaustion, and between social support and the level of somatic symptoms. Concerning the second hypothesis, controlling for age and gender, results of hierarchical regression indicated that job control and social support combine in different additive patterns with job demands to explain outcomes of well-being. Findings confirmed the significant role of socio-demographic variables (age and gender) in predicting occupational strain.

Key words: job demands-control-support model, burnout, non-linear associations, nurses, additive or interactive hypothesis.

Introduzione

Il modello domanda-controllo-sostegno è tra i maggiori paradigmi teorici che ha guidato la ricerca e gli interventi nel campo dello stress lavorativo degli ultimi anni (1, 2, 3, 4, 5). Il modello esplicita le associazioni tra le dimensioni psico-sociali dell'ambiente lavorativo da un lato, e il benessere e la produttività di chi lavora dall'altro, analizzando l'azione di tre dimensioni: *le richieste lavorative o la domanda* (job demands), ossia la percezione dell'insieme delle caratteristiche stressogene lavorative (es. la pressione temporale, l'ambiguità di ruolo, etc); *la percezione di controllo*, (job control) vale a dire la percezione di discrezionalità nell'organizzare il proprio lavoro (*decision authority*) anche attraverso differenti modalità (*skill variety*) e il *sostegno sociale*. Quest'ultima dimensione, aggiunta al modello in un momento successivo, si riferisce alla sensazione di far parte di una rete costituita da legami affettivamente appaganti all'interno dell'organizzazione e di poter contare su relazioni di reciproco aiuto da parte dei colleghi e dei supervisori. Secondo Karasek & Theorell (1), la diversa combinazione delle tre dimensioni dà luogo a due ipotesi esplicative principali: a) *iso-strain hypothesis*: gli individui che percepiscono simultaneamente alte richieste lavorative (high demands), basso controllo (low control) e che si sentono contemporaneamente isolati dal punto di vista relazionale (low social support) sono coloro che sperimentano le reazioni più avverse allo stress come ansia, depressione e sviluppo di malattie psicosomatiche; b) ipotesi dell'apprendimento attivo (*active learning hypothesis*): secondo questa ipotesi gli individui che percepiscono un'alta domanda lavorativa (high job demands) e un contemporaneo alto livello di controllo nell'affrontarla (high control), all'interno di un ambiente lavorativo supportivo (high social support), sono caratterizzati da livelli di motivazione e di soddisfazione lavorativa elevati.

Nonostante il modello domanda-controllo-sostegno sociale (DCS) sia stato tra i paradigmi più influenti, con oltre 100 studi condotti per testare le sue ipotesi, i risultati evidenziati sono stati inconclusivi e contrastanti. In due rassegne van Der Doef e Maes (6, 7) hanno sottolineato i diversi nodi critici del modello.

In primo luogo, è stata avvertita l'esigenza di validare il paradigma teorico all'interno di indagini condotte con gruppi di soggetti omogenei dal punto di vista lavorativo. Sin dalla sua introduzione il modello è stato considerato in studi di carattere epidemiologico, con campioni vasti ed eterogenei, e si è dimostrato efficace nella predizione di disturbi cardio e cerebrovascolari. Diverse indagini (8, 9) hanno sottolineato come la relazione tra stress lavorativo e benessere fosse condizionata dalla variabile status socio-economico.

Un secondo punto di discussione riguarda il tipo di relazione tra le dimensioni organizzative e gli indicatori di benessere. Secondo Warr (10, 11), il pattern di relazione tra ciascuna dimensione lavorativa e ciascun indice di salute mentale è analogo all'azione curvilinea che alcuni tipi di vitamine hanno sull'organismo. L'assunzione di vitamine (in particolare la A e la D) ha un effetto benefico sull'organismo fino ad una determinata soglia dopo la quale l'effetto diventa tossico (Additional Decrement Pattern).¹ Secondo l'autore un'analogia relazione a U invertita caratterizzerebbe le associazioni tra domanda, controllo e sostegno sociale da un lato, e benessere, dall'altro. Numerosi studi hanno trovato conferme per l'ipotesi curvilinea (12, 13).

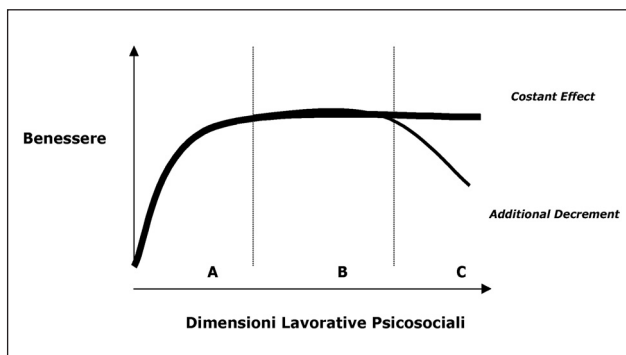


Figura 1. Relazione tra dimensioni lavorative psicosociali e benessere secondo il modello Vitaminico di Peter B. Warr (1987)

Un altro tema dibattuto riguarda la tipologia di azione degli indicatori del modello (domanda, controllo e sostegno sociale), additiva (*strain hypothesis*) o interattiva (*buffer hypothesis*), nella predizione del benessere. Van Der Doef e Maes (6, 7) hanno sottolineato l'esistenza di pochi studi che considerassero la validità delle due ipotesi contemporaneamente e con gli stessi indicatori di benessere.

Nel presente lavoro il modello domanda-controllo-sostegno sociale (DCS) viene testato in un gruppo di infermieri, considerando il burnout e lo sviluppo di disturbi psicosomatici come variabili dipendenti; più in particolare, tenteremo di investigare l'ipotesi di linearità e il tipo di azione additiva e/o interattiva delle dimensioni del modello DCS.

Un'ampia evidenza empirica testimonia che gli infermieri nel corso della loro carriera sperimentano alti livelli di stress psicologico e fisico (14, 15, 16, 17); le conseguenze si riflettono sia a livello individuale (umore depresso, perdita di autostima, ostilità) che organizzativo (prepensionamento, turnover, assenteismo, bassi livelli di produttività, tendenza ad arrivare tardi sul posto di lavoro, incremento della probabilità di incorrere in incidenti fortemente debilitanti).

Tra i sintomi di stress più studiati, la sindrome del burnout riveste particolare importanza a causa delle sue implicazioni sul deterioramento della qualità del servizio (18, 19). Il termine burnout è un'espressione metaforica usata per indicare un set di atteggiamenti, emozioni e comportamenti negativi derivanti da una cronica difficoltà nel controllare lo stress tipico delle professioni di "aiuto", ossia dei lavori che richiedono una costante tensione emotiva per fronteggiare le richieste di utenti in difficoltà e/o bisognosi di cure (20, 21).

Metodo

Soggetti e procedura di raccolta dei dati

I soggetti dello studio sono stati contattati tramite un questionario postale.

Da elenchi anonimi (presenti solo un codice, genere, età e tipologia di attività espletata) forniti da alcune associazioni infermieristiche presenti sul territorio nazionale sono stati estratti 600 codici casualmente e in maniera stratificata (200 residenti e operanti nel Nord, 200 nel Centro, e 200 nel Sud e Isole). Ciascuna associazione ha provveduto a inviare agli operatori estratti un questionario accompagnato da una lettera che, una volta terminato, veniva rispedito in forma anonima all'associazione di appartenenza. Dopo quattro mesi 271 infermieri (tasso di risposta 60%) hanno aderito all'indagine. Gli operatori erano così distribuiti: 50 (18%) maschi e 221 (82%) femmine di età compresa tra i 20 e i 60 anni, con un'età media di 37 anni (D.S. = 8). Il 15,5% del campione (N = 42) era impiegato nei vari servizi di emergenza (Medicina d'urgenza, Rianimazione, Terapia intensiva, Unità di terapia intensiva coronarica, etc), il 18,8% (N = 51) nei diversi servizi territoriali; (Sert, distretto sanitario, consultorio familiare, servizio domiciliare, ufficio igiene pubblica etc.), il 54,6% (N = 148) nelle strutture di degenza medica e chirurgica (Cardiologia, Ematologia, Ginecologia, Pediatria, Pneumologia, Ostetricia, Chirurgia, Oncologia, etc.), l'11,1% (N = 30) non ha specificato il servizio dove lavorava. Non sono stati rilevate differenze significative tra i due gruppi (aderenti all'indagine vs non aderenti) in base alle variabili demografiche (genere ed età) e al servizio di appartenenza.

¹ L'autore identifica un parallelo pattern di relazioni tra dimensioni lavorative e benessere analogo all'effetto del gruppo di vitamine C ed E. Secondo lo psicologo del lavoro britannico determinate dimensioni lavorative (non considerate nel presente studio) come la significatività del proprio lavoro, il reddito e la sicurezza sono associate positivamente con il benessere del lavoratore fino a un determinato punto, superato il quale l'effetto diventa costante (*Costant Effect*) come l'azione delle vitamine C ed E.

Strumenti

Ai partecipanti è stata somministrata una serie di scale che misuravano le seguenti variabili:

Le dimensioni lavorative

I costrutti del modello DCS sono stati misurati da una scala composta da 21 item in formato Likert a 4 punti (1 = totalmente in disaccordo; 4 = assolutamente d'accordo) che hanno valutato il grado di accordo dei soggetti intervistati ad affermazioni riguardanti il proprio lavoro. La scala è stata costruita e validata in un precedente studio e ha evidenziato adeguate proprietà psicometriche (Pisanti & Lazzari, 2002). Le 3 dimensioni individuate dagli item della scala sono: a) il sostegno sociale (9 item) percepito da parte dei colleghi (Es. *Generalmente i miei colleghi rispettano quanto concordato in precedenza*) e da parte del supervisore (Es. *Quando ho problemi sul lavoro posso chiedere aiuto al mio supervisore*); b) la domanda lavorativa (7 affermazioni) come la pressione temporale (Es. *Per fare bene il mio lavoro d'infermiere dovrei avere più tempo*), l'ambiguità di ruolo (Es. *Nel mio servizio non è chiaro con quali criteri una persona viene valutata come infermiere*) e il rapporto con i pazienti (Es. *I pazienti spesso sono eccessivamente esigenti*); e c) il controllo lavorativo (5 affermazioni) come la percezione di ambito decisionale (Es. *All'interno del mio servizio posso esercitare una certa influenza*) e la varietà del compito (Es. *Il mio lavoro comporta una varietà di compiti*). Le scale hanno presentato dei coefficienti alfa di Cronbach pari a .71; .72 e .79.

Indici di stress

Maslach Burnout Inventory: (21); versione italiana curata da Sirigatti e Stefanile, (23). La scala utilizzata per misurare il grado di disagio lavorativo nelle professioni di aiuto, è composta da 22 items che sottendono tre dimensioni: l'esaurimento emotivo (9 items, "Mi sento sfinito alla fine della giornata lavorativa."), la depersonalizzazione (5 items, "In realtà non mi importa di ciò che succede ad alcuni pazienti."), e la realizzazione personale (8 items, "Mi sento pieno di energie."). I soggetti indicano per ciascun item, misurato su una scala Likert a sette punti (1 = Mai; 7 = Ogni giorno), gli atteggiamenti e le sensazioni verso specifici aspetti del proprio lavoro. Lo strumento prevede la possibilità di misurare la frequenza o l'intensità con cui sperimentano le caratteristiche di ciascuna dimensione. In accordo con Gaines e Jermier (24), è stata utilizzata unicamente la scala relativa alla frequenza. Le scale hanno presentato dei coefficienti alfa di Cronbach pari, rispettivamente, a .90; .81 e .82.

Somatizzazione: subscale tratta dalla *Symptom Checklist (SCL90-R)* (25). Tale strumento è costituito da una lista di 12 sintomi fisici (es.: Emicranie, Disturbi Respiratori), il soggetto indica, su una scala da 1 (Per niente) a 5 (Moltissimo) quanto è stato infastidito da ciascun disturbo nell'ultima settimana. Il punteggio finale è composto dalla somma algebrica dei 12 items. Il coefficiente alfa di Cronbach è risultato pari a .82.

Analisi dei dati

Le intercorrelazioni tra le variabili dello studio sono state calcolate con il coefficiente prodotto-momento di Pearson.

Per rispondere al quesito riguardante la presunta linearità tra ciascuna variabile del modello DCS e ciascuna variabile dipendente sono state effettuate 12 serie preliminari di analisi della regressione tra ciascun predittore e ciascuna variabile criterio. Seguendo i suggerimenti di Cohen e Cohen (26), la linearità è stata calcolata introducendo nell'equazione di regressione il termine quadratico del predittore preso in esame (domanda, controllo o sostegno sociale). Un incremento statisticamente significativo dell' R^2 ha indicato una parte significativa di varianza spiegata dalla relazione non-lineare.

Infine, per analizzare gli effetti principali e le interazioni tra le variabili del modello DCS (domanda, controllo e sostegno sociale) su ciascuna variabile criterio (dimensioni del Burnout e indice di somatizzazione) è stata applicata un'analisi della regressione multipla, con strategia gerarchica. Le variabili indipendenti sono state incluse nell'equazione di regressione in 5 fasi successive. Nella prima fase sono state introdotte l'età e il sesso poiché numerosi studi hanno evidenziato il loro ruolo di variabile interveniente nella relazione tra caratteristiche lavorative e salute mentale (27, 1). Nella seconda fase le singole dimensioni del modello DCS (domanda, controllo e sostegno sociale), nella fase successiva (3) i predittori al quadrato che, nella precedente analisi, avevano mostrato una relazione non-lineare con la variabile criterio. Nella quarta fase le possibili interazioni a due vie tra i termini del modello DCS (domanda X controllo; domanda X sostegno; sostegno X controllo); infine è stata presa in considerazione l'interazione a tre vie (domanda X controllo X sostegno sociale). I predittori sono stati standardizzati sia per ridurre i problemi di collinearità tra i singoli predittori e i prodotti indicanti le loro interazioni, sia per migliorare l'interpretabilità dei risultati; per tale ragione saranno mostrati i coefficienti di regressione non standardizzati B (28). Le eventuali interazioni fra i predittori sono state rappresentate seguendo il metodo descritto da Aiken & West (28).

Risultati

Analisi correlazionali

La tabella I presenta le statistiche descrittive (media, deviazione standard) e i coefficienti di inter-correlazione R di Pearson delle variabili considerate nel presente studio. Per quanto riguarda le relazioni tra le variabili del modello DCS possiamo osservare che la domanda e il controllo non sono correlate significativamente tra loro ($r=-.10$) ma ciascuna presenta un'associazione significativa con il sostegno sociale ($r=-.17$ $p<.000$ nel primo caso; $r=.50$ $p<.000$ nel secondo). Per quanto concerne la relazione tra le variabili lavorative e gli indici di distress la domanda presenta significative associazioni con tutti gli indici di distress (esaurimento emotivo: $r=.42$; $p<.000$; depersonalizzazione: $r=.29$; $p<.000$; realizzazione personale $r=-.22$; $p<.000$; somatizzazione $r=.28$; $p<.000$); il controllo evidenzia significative associazioni con l'esaurimento emotivo: $r=-.23$; $p<.000$; la realizzazione personale $r=.24$; $p<.000$ e la somatizzazione $r=-.20$; $p<.000$;

Tabella I. Statistiche descrittive e correlazioni tra le variabili dello studio (N = 271)

Variabili	Medie	D.S.	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Sesso#	----	----	---							
2. Età	36,6	7,9	-,07	---						
3. Domanda	18,5	3,9	,03	,09	----					
4. Controllo	15,4	3,7	-,09	,09	-,10	----				
5. Sostegno Sociale	20,1	3,9	,04	-,06	-,17**	,50***	----			
6. Esaurimento Emotivo	27,2	12,4	-,08	-,01	,42***	-,23***	-,24***	----		
7. Depersonalizzazione	9,1	5,3	-,14*	-,13*	,29***	-,03	-,10	,41***	----	
8. Realizzazione personale	43,2	9,2	,16	,17**	-,22***	,24***	,21***	-,32***	-,41***	----
9. Somatizzazione	22,2	8,0	-,00	,07	,28***	-,20***	-,11	,36***	,11	-,18**

Note:

Maschi = 1; Femmine = 2; * p < .05; ** p < .01; *** p < .001 (a due code).

infine il sostegno sociale presenta due significative relazioni: con l'esaurimento emotivo ($r = -.24$; $p < .000$) e con la realizzazione personale ($r = .21$; $p < .000$). Le variabili dipendenti sono tutte significativamente associate tra loro eccetto la depersonalizzazione e la somatizzazione.

Test di linearità

Le analisi della regressione dei termini quadratici della domanda, del controllo e del sostegno sociale hanno evidenziato due relazioni non-lineari: tra il controllo e l'esaurimento emotivo ($F_{(1,262)} = 4,99$, $p < .05$, $\Delta R^2 = .02$); e tra il sostegno sociale e il livello di somatizzazione ($F_{(1,263)} = 3,80$, $p < .05$, $\Delta R^2 = .01$).

I grafici 1 e 2 evidenziano come in entrambi i casi il tipo di relazione sia in accordo con le ipotesi di Warr (1990).

Test del modello DCS

La tabella II mostra i risultati dell'analisi della regressione gerarchica.

Per quanto riguarda l'esaurimento emotivo i risultati sono significativi all'interno del secondo ($R^2_{change} = .207$;

$F_{change} = 21,05$; $p < .000$) e del quarto blocco ($R^2_{change} = .030$; $F_{change} = 2,74$; $p < .05$). I predittori che contribuiscono maggiormente alla significatività dell'esaurimento emotivo sono la domanda ($B = .39$), il sostegno sociale ($B = -.13$) e il termine al quadrato del controllo ($B = .12$). Per quanto concerne la depersonalizzazione e la realizzazione personale i risultati sono significativi all'interno del primo ($R^2_{change} = .025$; $F_{change} = 3,14$; $p < .05$; e $R^2_{change} = .037$; $F_{change} = 4,69$; $p < .0001$) e del secondo blocco ($R^2_{change} = .131$; $F_{change} = 10,03$; $p < .0001$; e $R^2_{change} = .086$; $F_{change} = 7,45$; $p < .0001$); per quanto riguarda la depersonalizzazione i predittori maggiormente incidenti sono il genere ($\beta = -.10$) l'età ($B = -.18$), la domanda ($B = .29$), il controllo ($B = -.13$) e il sostegno sociale ($B = -.14$), nel caso della realizzazione personale l'età ($B = .18$), la domanda ($B = -.20$), e il sostegno sociale ($B = .18$).

Infine anche per quanto riguarda la somatizzazione i risultati sono significativi all'interno del secondo blocco ($R^2_{change} = .092$; $F_{change} = 8,36$; $p < .0001$) i predittori maggiormente significativi sono: il genere ($\beta = .12$), la domanda ($B = .26$) e il sostegno sociale ($B = .18$).

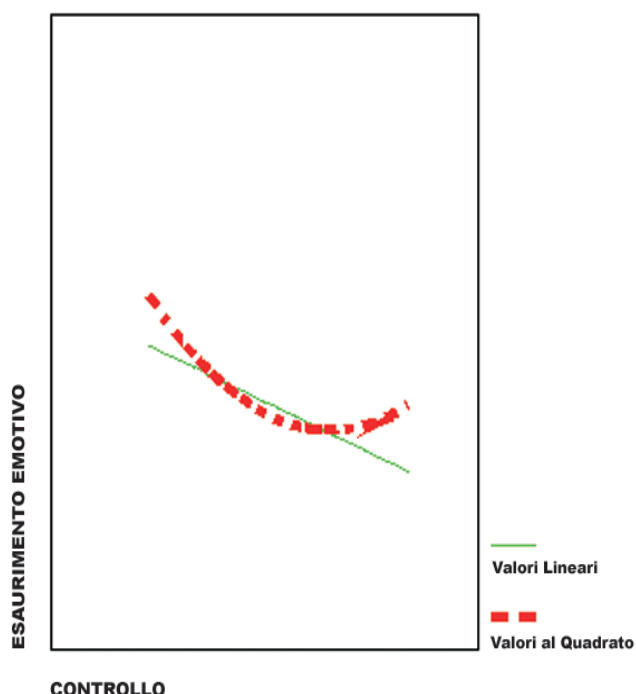


Grafico 1. Test di linearità

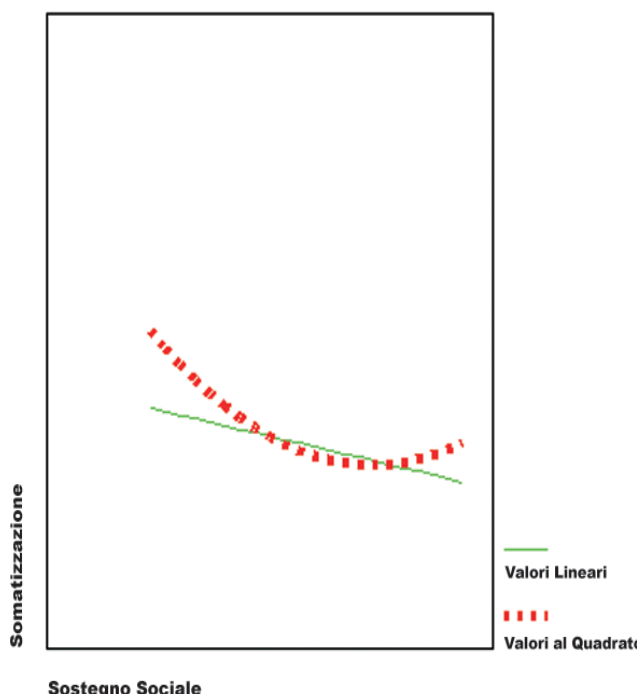


Grafico 2. Test di linearità

Tabella II. Risultati dell'analisi della regressione gerarchica

Variabili Criterio				
Predittori	E. E.	DEP.	R.P	SOM
Età	.003	-.144*	.166**	.103
Genere	.027	-.088*	.089	.167**
Step 1 ΔR^2	.010	.025*	.037**	.365*
Età	.007	-.181**	.180**	.099
Genere	.124	-.092*	-.054	.124*
Domanda	.386***	.287***	-.199***	.257***
Controllo	-.141*	.105	-.170*	.101
Sostegno Sociale	-.136*	-.145*	.168**	-.178**
Step 2 ΔR^2	.207***	.013***	.086***	.092***
Età	.007	----	----	.085
Genere	.128	----	----	.127*
Domanda	.378***	----	----	.244***
Controllo	-.135*	----	----	.091
Sostegno Sociale	-.135*	----	----	-.146*
Controllo 2	.131*	----	----	N.I.
Sostegno Sociale 2	N. I.	----	----	.141*
Step 3 ΔR^2	.002	----	----	.008
Età	.003	-.157*	.166**	.097
Genere	.125	-.111*	.089	.132*
Domanda	.389***	.299**	-.209***	.272***
Controllo	-.113	.091	.156**	.069
Sostegno Sociale	-.128*	-.140*	.144*	-.117*
Controllo 2	.123*	N.I.	N.I.	N.I.
Sostegno Sociale 2	N. I.	N.I.	N.I.	.144*
Domanda*Controllo	-.022	.007	.043	-.087
Domanda*Sostegno Sociale	-.113	-.013	-.012	-.092
Controllo*Sostegno Sociale	.043	-.144.	.116	-.037
Step 4 ΔR^2	.030*	.011*	.013	.027
Età	.003	-.154*	.168**	.096
Genere	.130	-.100*	.089	.131*
Domanda	.393***	.272**	-.205***	.279***
Controllo	-.114	.067	.144**	-.121*
Sostegno Sociale	-.127*	-.140*	.076	.068
Controllo 2	.122*	N.I.	N.I.	N.I.
Sostegno Sociale 2	N. I.	N.I.	N.I.	.142*
Domanda*Controllo	-.020	.007	.047	-.083
Domanda*Sostegno Sociale	-.117	-.013	-.015	-.099
Controllo*Sostegno Sociale	-.130	-.023	.119	-.038
Dom. * Cont. * Sost. Sociale	-.010	-.003	-.011	.012
Step 5 ΔR^2	.000	.000	.000	.000
R ²	.247	.156	.365	.164

Legenda:

E.E. = Esaurimento Emotivo; Dep. = Depersonalizzazione; R.P. = Realizzazione Personale; SOM. = Somatizzazione

La variabile Genere è stata codificata: 1 per i Maschi e 2 per le Femmine.

N.I.: Termine non incluso nella equazione di regressione. * P < .05; ** P < .01. *** P < .001

Discussione

Lo scopo del presente studio è stato di investigare le associazioni tra la percezione di stress lavorativo, da un lato, e alcune dimensioni di distress, dall'altro (Burnout e livelli di somatizzazione), testando il modello domanda-controllo-sostegno sociale (DCS) in un gruppo di infermieri.

Un primo aspetto dell'analisi ha riguardato la presunta linearità dell'associazione tra le dimensioni lavorative individuate dal modello di Karasek & Theorell (1) e i sintomi di distress; la validità dell'ipotesi curvilinea è limitata dal fatto che solo 2 dei possibili 12 termini quadratici appaiono significativi: il rapporto tra controllo ed esaurimento emotivo da un

lato, e tra sostegno sociale e somatizzazione dall'altro.

La domanda lavorativa è *linearmente* correlata con tutte e quattro le variabili dipendenti; tale dato, in accordo con gli studi di Fletcher & Jones (29) e de Jonge & Schaufeli (13), è riconducibile alla restrizione del range di fluttuazione della variabile domanda (esperita dall'operatore) derivante dall'effettivo alto carico lavorativo all'interno delle organizzazioni sanitarie (30, 31). Queste ultime, infatti, sono sempre più spesso soggette a programmi di ristrutturazione che, se da un lato sono volti al miglioramento degli standards terapeutici, dall'altro hanno come obiettivo principale il contenimento dei costi. La conseguenza è che sempre più compiti devono essere portati a termine da un numero più esiguo di professionisti; nei contesti sanitari, difficilmente troveremo operatori che sperimentano bassi livelli di carico lavorativo. In altri termini, considerando la figura 1, la maggior

parte degli infermieri del nostro gruppo di soggetti è raggruppata nella sezione C.

Il controllo lavorativo risulta *curvilinearmente* associato con l'esaurimento emotivo. Tale risultato è confermato anche all'interno dell'equazione di regressione riguardante la validazione del modello DCS. La forma a U invertita indica che sia *bassi* che *alti* livelli di autonomia risultano associati con alti livelli di esaurimento emotivo. Il dato, confermato nell'equazione di regressione, corrobora le conclusioni di diversi autori (13), secondo i quali la percezione di un basso e di un alto potere decisionale è associata ad alti livelli di distress lavorativo. Secondo Warr (11), un'alta percezione di ambito decisionale implicherebbe incertezza, difficoltà nella presa di decisioni e

un'eccessiva responsabilità lavorativa che non sempre si è in grado di gestire.

Altro elemento significativo emerso nel test di linearità è il rapporto curvilineo tra sostegno sociale e somatizzazione: ad alti livelli di sostegno corrispondono alti livelli di somatizzazione.

Tale dato supporterebbe la teoria "stress transfer buffering" di Karasek, Triantis e Chaundry (32), secondo la quale in caso di alta coesione sociale, il gruppo di lavoro fungerebbe da serbatoio (reservoir) moderatore dello stress di alcuni dei suoi membri (in altre parole gli individui meno stressati assorbono parte dei problemi dei colleghi maggiormente stressati equilibrando le differenze di strain individuali).

Un secondo aspetto di discussione riguarda le modalità di azione (additiva o interattiva) delle dimensioni del modello DCS. Bisogna sottolineare che la considerevole mole di ricerche volta alla dimostrazione degli effetti interattivi tra richieste e risorse lavorative è giustificata dal punto di vista applicativo. Com'è stato ampiamente sottolineato (5, 33, 6, 7), se fosse provata l'ipotesi interattiva, si potrebbero progettare interventi finalizzati alla promozione delle risorse organizzative (controllo e sostegno) indipendentemente dal carico lavorativo (domanda), simile strategia sarebbe meno efficace se invece fosse dimostrata l'ipotesi additiva. L'ipotesi interattiva a tre vie (*iso-strain*: domanda x controllo x sostegno sociale) non risulta confermata in alcun caso. I risultati delle analisi della regressione sulle quattro variabili criterio sono tutte significative all'interno del secondo blocco confermando l'ipotesi additiva. Da un esame più attento della tabella II si può evincere come la domanda e il sostegno siano significativamente e additivamente associate con tutte le variabili criterio dello studio, rivelando il loro ruolo chiave nella predizione dello stress e del benessere degli infermieri, i quali, oltre a dover sopportare un alto sovraccarico lavorativo, si contraddistinguono per il dover lavorare in piccoli gruppi interdipendenti tra loro.

Un'ultima osservazione riguarda il ruolo delle variabili sociodemografiche. Per quanto concerne l'età, i risultati sono significativi nel caso delle dimensioni cognitive (depersonalizzazione e realizzazione personale): gli infermieri più anziani si autopercepiscono come più realizzati professionalmente ma anche come più freddi e impersonali. Probabilmente la fase di "socializzazione lavorativa", per certi aspetti traumatizzante nel caso della professione infermieristica, verrebbe superata con l'adozione di strategie di coping che implicano maggiore "freddezza" e presa di distanza dai problemi dei pazienti. Per quanto riguarda il ruolo del genere, i risultati hanno evidenziato due differenze significative riguardanti la depersonalizzazione e la percezione di sintomi somatici: gli infermieri di sesso maschile dichiarano di essere più "freddi" e "impersonali" con i pazienti, rispetto alle colleghe, che, a loro volta, dichiarano di soffrire maggiormente di sintomi somatici. Nel primo caso, in accordo con Greenglass (34), la maggiore presa di distanza dai problemi dei pazienti da parte degli infermieri maschi rappresenterebbe una strategia di coping scaturita da una minore capacità di gestione delle emozioni nelle professioni d'aiuto dei maschi rispetto alle femmi-

ne. In accordo con l'autrice, le professioni di aiuto sono lavori "tipologizzati" in senso femminile ("Feminine gender typed"), cioè lavori che richiedono empatia e partecipazione emotiva, caratteristiche considerate per lo più femminili. Secondo alcuni autori (35), anche la percezione di sintomi somatici è da considerare come una risposta "gender typed" rilevata frequentemente negli studi sul benessere, dovuta a una differente modalità di valutare la salute e i sintomi di malattia tra gli uomini e le donne.

Nel complesso, dai risultati dello studio emerge un quadro già ampiamente evidenziato in letteratura (13, 11): nel predire i differenti indicatori di distress le variabili del modello DCS non mostrano un tipo di azione univoca. Più specificamente le "richieste" lavorative operazionalizzate sotto forma di domanda risultano particolarmente associate con l'esaurimento emotivo (B=30) confermando i risultati di precedenti studi (36) dove variabili come il sovraccarico lavorativo e la percezione di pressione temporale risultavano maggiormente associati con la dimensione emotiva del distress lavorativo che con le componenti cognitivo-comportamentali. Una spiegazione a tale risultato può essere rintracciata in una possibile reciprocità della relazione tra domanda e esaurimento emotivo: probabilmente gli operatori più sfiniti emotivamente tendono a sovrastimare il carico lavorativo, che, a sua volta, genera aumento dei livelli di esaurimento. È auspicabile sviluppare future indagini caratterizzate da disegni longitudinali con misure ripetute nel tempo in grado di stabilire con certezza la direzione delle relazioni tra i vari ordini di variabili. Sempre per quanto riguarda l'esaurimento emotivo, un secondo aspetto da rilevare riguarda il ruolo significativo del sostegno sociale. Concordando con Warr (11) gli stati depressivi connessi al lavoro (una condizione molto simile all'esaurimento emotivo) sono associati a sentimenti di perdita e privazione di una o più risorse lavorative. Come abbiamo visto per la professione infermieristica risulta di peculiare importanza il lavorare in ambienti organizzativi particolarmente supportivi.

Un ulteriore risultato sul quale prestare attenzione riguarda la relazione particolarmente incidente tra controllo lavorativo e realizzazione personale. I risultati, in linea con i precedenti studi (36), evidenziano che i sentimenti di competenza, di produttività nel lavoro e di crescita personale si associano soprattutto con la percezione di un maggiore controllo lavorativo. La percezione di alti livelli di autonomia decisionale e di varietà del compito favoriscono la formazione e lo sviluppo di nuove competenze, la consapevolezza di essere efficaci nel proprio lavoro, nonché la sensazione di arricchimento personale e professionale.

Infine dal punto di vista applicativo gli spunti operativi derivanti dalle conclusioni dello studio ci indirizzano verso la progettazione e lo sviluppo di percorsi formativi che tengano conto dei differenti aspetti con i quali si esprime il distress e il burnout degli operatori. In tal senso la promozione di interventi di stress management multifocali e in grado di armonizzare diverse tecniche come, ad esempio: il rilassamento, la gestione del tempo, la gestione dei conflitti sul lavoro e la promozione di social skills; possono, a nostro avviso rivelarsi un'adeguata strategia di gestione dello stress della professione infermieristica.

Bibliografia

- 1) Karasek RA., Theorell T. Healthy work, stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books, 1990.
- 2) Favretto G. Lo stress nelle organizzazioni. Bologna: Il Mulino, 1995.
- 3) Johnson JV., Hall E. Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health* 1988; 78: 1336-42.
- 4) Johnson JV, Control, collectivity and the psychosocial work environment. In: Sauter SL, Hurrell JJ, Cooper CL, eds. Job control and worker health. Chichester: Wiley & Sons, 1989.
- 5) Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Adm Sci Q* 1979; 24, 285-308.
- 6) van Der Doef M, Maes S. The Job Demand-Control (-Support) Model and Physical Health Outcomes: A Review of The Strain and Buffer Hypotheses. *Psychol Health* 1998; 13: 909-36.
- 7) van Der Doef M, Maes S. The Job Demand-Control (-Support) model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. *Work Stress* 1999; 13: 87-114.
- 8) Carroll D, Davey Smith G, Bennett P. Some observations on health and socioeconomic status. *J Health Psychol* 1996; 1: 23-39.
- 9) Sheffield D, Dobbie D, Carroll D. Stress, social support, and psychological and physical wellbeing in secondary school teachers. *Work Stress* 1994; 8: 235-243.
- 10) Warr PB. Decision latitude, job demands, and employee well-being. *Work Stress* 1990; 4: 285-294.
- 11) Warr PB. A conceptual framework for the study of work and mental health. *Work Stress* 1994; 8: 84-97.
- 12) De Jonge J. Job autonomy, well-being, and health: A study among Dutch health care workers. PhD thesis, Maastricht: Datawyse, 1995.
- 13) De Jonge J, Schaufeli WB. Job characteristics and employee well-being: a test of Warr's Vitamin Model in health care workers using structural equation modelling. *Journal of Organizational Behavior* 1998; 19: 387-407.
- 14) Bourbonnais R, Comeau M., Vezina M. Job strain and evolution of mental health among nurses. *J Occup Health Psychol* 1999; 4: 95-107.
- 15) Dorz S, Novara C, Sica C, Sanavio E. La sindrome del burnout in operatori sanitari a contatto con malati di AIDS: variabili predittive. *G Ital Med Lav Ergon* 2004; 26: 114-118.
- 16) Costantini A, Solano L, Di Napoli R, Bosco A. Relationship between hardiness and risk of burnout in a sample of 92 nurses working in oncology and AIDS wards. *Psychother Psychosom* 1997; 66: 78-82.
- 17) Zani B, Pietrantonio L. Antecedenti e conseguenti del Burnout nel personale ospedaliero. *Bollettino di Psicologia Applicata* 2000; 231: 35-43.
- 18) Garman A, Corrigan PW, Morris S. Staff burnout and patient satisfaction: evidence of relationship at the care unit level. *J Occup Health Psychol* 2002; 7: 235-241.
- 19) Leiter MP, Harvie PL. The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Soc Sci Med* 1998; 47: 1611-1617.
- 20) Cherniss C. Professional burnout in human service organizations. New York: Praeger. 1980.
- 21) Maslach C, Jackson S, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press. 1996.
- 22) Pisanti R, Lazzari D. La Misura della qualità del lavoro in ambito infermieristico: lo sviluppo di una scala di misura delle dimensioni lavorative. "Atti del V Congresso Italiano di Psicologia della Salute." Firenze 18-20 ottobre. 2002.
- 23) Sirigatti S, Stefanile C. Maslach Burnout Inventory in Italia alla luce dell'analisi fattoriale confirmatoria./Factorial structure of the Maslach Burnout Inventory in Italy. *Bollettino di Psicologia Applicata* 1991; 200: 39-45.
- 24) Gaines J, Jermier JM. Emotional exhaustion in a high stress organization. *Acad Manage J* 1983; 26: 567-586.
- 25) Derogatis LR. SCL 90 - R Version Manual. John Hopkins University School of Medicine Baltimore, M.D. 1983.
- 26) Cohen J., Cohen P. Applied multiple regression/ correlation analysis for the behavioral sciences. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1983.
- 27) Kasl SV. An epidemiological perspective on the role of control in health. In Sauter SL, Hurrell J.Jr, Cooper CL. Eds. Job control and Worker Health. Chichester. Wiley and Sons, 1989: 161-189
- 28) Aiken LS, West SG. Multiple regression: Testing and interpreting interactions. Newbury Park, CA: Sage. 1991.
- 29) Fletcher BC, Jones F. A refutation of Karasek's demand discretion model of occupational stress with a range of dependent measures. *Journal of Organizational Behavior* 1993; 14: 319-330.
- 30) Auerbach SM. Stress management and coping research in the health care setting: an overview and methodological commentary. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57: 388-395.
- 31) Bakker AB., Killmer CH., Siegrist J. Shaufeli WB. Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *J Adv Nurs* 2000; 31: 884-891.
- 32) Karasek RA., Triantis KP., Chaundry SS. Coworker and supervisor support as moderators of associations between task characteristics and mental strain. *Journal of Occupational Behavior* 1982; 3: 181-200.
- 33) Parkes KR. Locus of control as a moderator: An explanation for additive versus interactive findings in the demand-discretion model of work-stress? *Br J Psychol* 1991; 82: 291-312.
- 34) Greenglass E. Gender, work stress and coping: Theoretical implications. *J Soc Behav Pers* 1995; 10: 121-134.
- 35) Reddy DM, Fleming R, Adesso V. Gender and health. In Maes S, Leventhal H, Johnston M. eds. International Review of Health Psychology review. John Wiley e Sond Ltd. 1992: 3-32.
- 36) Cordes CL., Dougherty TW. A review and an integration of research on job burnout. *Acad Manage Rev* 1993; 18: 621-656.

Richiesta estratti: Dr. Renato Pisanti, Dipartimento di Psicologia, Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute, Università degli studi di Roma "La Sapienza", Via dei Marsi 78, 00174 Roma, Italy - Tel +39 06 49917535, Fax +39 349 2631267, E-mail: Renato.Pisanti@uniroma1.it