

UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

## TESI DI DOTTORATO

Sede Amministrativa: Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Psicologia Applicata

SCUOLA DI DOTTORATO DI RICERCA IN: SCIENZE PSICOLOGICHE  
INDIRIZZO: PSICOLOGIA SOCIALE E DELLA PERSONALITÀ  
CICLO XXIII

### **BENESSERE ORGANIZZATIVO E RISCHI PSICOSOCIALI: CARICO LAVORATIVO E RISORSE PERSONALI POSITIVE**

**Direttore della Scuola:** Ch.ma Prof.ssa Clara Casco

**Coordinatore d'indirizzo:** Ch.mo Prof. Egidio Robusto

**Supervisore:** Ch.mo Prof. Nicola A. De Carlo

**Dottorando:** Annamaria Di Sipio



# Indice

<b>Introduzione</b>	1
<b>Parte prima</b>	
<b>Benessere organizzativo e rischi psicosociali: carico lavorativo e risorse personali</b>	
<b>1.1</b> Quadro normativo di riferimento in ambito europeo e italiano	3
<b>1.2</b> Benessere organizzativo e rischi psicosociali	14
<b>1.3</b> Carico lavorativo e controllo	23
<b>1.4</b> Risorse personali positive	28
<i>1.4.1 La resilienza</i>	30
<i>1.4.2 La speranza</i>	32
<i>1.4.3 L'ottimismo</i>	34
<i>1.4.4 L'autoefficacia</i>	35
<b>Parte seconda</b>	
<b>Primo e secondo studio</b>	
<b>2.1</b> Obiettivi del primo studio	38
<b>2.2</b> Descrizione dell'organizzazione	39
<b>2.3</b> Procedura di rilevazione	42
<b>2.4</b> Descrizione del questionario	43
<b>2.5</b> I partecipanti	44
<b>2.6</b> Codifica e analisi dei dati	50
<b>2.7</b> I risultati	54
<b>2.8</b> Obiettivi del secondo studio	66
<b>2.9</b> I partecipanti	67
<b>2.10</b> I risultati	68
<b>2.11</b> Conclusioni	69

**Riflessioni conclusive** 72

**Bibliografia** 76

## Introduzione

Il presente contributo di ricerca tenta di porsi in ascolto delle più attuali preoccupazioni nell'ambito del contesto europeo, nonché italiano, in relazione alle tematiche del benessere organizzativo e dei rischi psicosociali; segnala, in particolare, la rilevanza attribuita al rischio stress lavoro - correlato (*work - related stress*).

È crescente la considerazione delle conseguenze dell'esperienza dello stress, legato all'attività lavorativa, in relazione sia alla salute e alla sicurezza dei singoli individui, che alla produttività delle organizzazioni e dei paesi europei; le indicazioni dell'OMS segnalano che la depressione diventerà la causa principale di inabilità al lavoro entro il 2020. In ambito europeo e nazionale è quindi presente una produzione di documentazione normativa che si riferisce alla tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro e che segnala l'importanza e la necessità di valutare e di prevenire gli effetti negativi dei rischi psicosociali.

La ricerca sullo stress si è sviluppata attraverso l'evoluzione di tre principali approcci: tecnico, fisiologico, psicologico (Cox, Griffiths & Rial-González, 2000). Il presente contributo di ricerca si colloca nell'ambito dell'approccio psicologico di tipo transazionale. La rilevanza attribuita alle variabili di personalità ha portato all'approfondimento della Psicologia Positiva e del Positive Organizational Behavior.

La prima parte del contributo si riferisce quindi ad aspetti teorici, la seconda alla presentazione dei risultati dei due studi condotti.

Gli obiettivi del primo studio consistono nella presentazione delle strutture fattoriali delle scale relative al carico lavorativo (*workload*), al controllo (*control*) e a quattro variabili di personalità: la resilienza (*resilience*), la speranza (*hope*), l'ottimismo (*optimism*) e l'autoefficacia (*self-efficacy*) (Falvo, Hichy, Capozza & De Carlo, 2002).

In riferimento al carico lavorativo, al controllo e all'ottimismo sono state messe a punto delle specifiche scale di rilevazione nell'ambito di analisi di benessere organizzativo all'interno di due strutture sanitarie pubbliche venete. Le scale relative alla resilienza e alla speranza costituiscono una proposta di adattamento, tratto dalla letteratura internazionale, finalizzato alla messa a punto di scale che risultino maggiormente "sensibili" in un ambiente di tipo lavorativo e organizzativo.

Gli obiettivi del secondo studio sono stati rivolti alla verifica della presenza di un fattore sovraordinato rispetto alle risorse personali positive resilienza, speranza, ottimismo e autoefficacia.

Gli adattamenti dei modelli ai dati in base agli indici di fit  $\chi^2$ , CFI (Comparative Fit Index) e SRMR (Standardized RMR) (Hu & Bentler, 1999) risultano soddisfacenti; vengono quindi confermate le strutture fattoriali delle scale e il fattore di ordine superiore.

### **Ringraziamenti**

Si desidera ringraziare il Prof. N. A. De Carlo per il prezioso insegnamento e per la disponibilità.

## **Parte Prima**

### **Benessere organizzativo e rischi psicosociali: carico lavorativo e risorse personali**

Il presente contributo di ricerca tenta di porsi in ascolto delle più attuali preoccupazioni nell'ambito del contesto europeo, nonché italiano, in relazione alle tematiche del benessere organizzativo e dei rischi psicosociali; segnala, in particolare, la rilevanza attribuita al rischio stress lavoro - correlato (work - related stress).

L'interesse nei confronti della valutazione e della gestione dello stress sul lavoro è testimoniato non solo dall'attenzione della popolazione, in generale, e dei mezzi di comunicazione, ma anche dai diversi tentativi di dialogo tra differenti interlocutori sociali, quali le parti imprenditoriali e sindacali, le organizzazioni professionali e scientifiche. È crescente la considerazione delle conseguenze dell'esperienza dello stress, legato all'attività lavorativa, in relazione sia alla salute e alla sicurezza dei singoli individui, che alla produttività delle organizzazioni e dei paesi europei. A tale proposito, in ambito europeo e nazionale è presente una produzione di documentazione normativa che si riferisce alla tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro e che segnala l'importanza e la necessità di valutare e di prevenire gli effetti negativi dei rischi psicosociali.

#### **1.1 Quadro normativo di riferimento in ambito europeo e italiano**

L'Accordo europeo sullo stress sul lavoro dell'8 ottobre 2004 siglato a Bruxelles da CES (Sindacato Europeo), da UNICE (Confindustria Europea), da UEAPME (Associazione europea artigianato e PMI) e da CEEP (Associazione europea delle imprese partecipate dal pubblico e di interesse economico generale) evidenzia come lo stress da lavoro sia considerato non solo a livello europeo e nazionale, ma anche a livello internazionale, un problema sia da parte dei datori lavoro che da parte dei lavoratori. L'obiettivo dell'accordo è costituito dalla volontà di proporre degli strumenti per individuare, prevenire o gestire i problemi di stress lavoro - correlato nel tentativo di promuovere una maggiore efficienza e un miglioramento delle condizioni di salute e di

sicurezza sul lavoro, tali conseguenze si potranno tradurre in termini di benefici economici e sociali sia per le aziende che per i lavoratori e la società nel suo insieme. L'accordo si propone di migliorare la consapevolezza e la comprensione dei sintomi che possono indicare l'insorgenza di difficoltà riconducibili allo stress. La persona viene valorizzata dichiarando che l'individuo in difficoltà non deve assolutamente essere colpevolizzato qualora si trovi a vivere un'esperienza di stress; infatti, si segnala come l'esposizione prolungata a forti pressioni comporti delle difficoltà di reazione. Inoltre, si precisa come persone diverse possano trovarsi a reagire in modi differenti di fronte a delle situazioni che presentano degli aspetti simili, ma si sottolinea anche come una stessa persona possa reagire in modi differenti a situazioni simili in diversi momenti della propria vita.

Lo stress viene definito come *“uno stato, che si accompagna a malessere e disfunzioni fisiche, psicologiche o sociali e che consegue dal fatto che le persone non si sentono in grado di superare i gap rispetto alle richieste o alle attese nei loro confronti”* (Accordo europeo sullo stress sul lavoro, 2004, p. 2).

L'accordo evidenzia la complessità del fenomeno dello stress e ne segnala alcuni potenziali indicatori: in termini di sintomi, l'alto assenteismo, un'elevata rotazione del personale e la presenza di conflitti interpersonali o di lamentele; inoltre, in termini di analisi di fattori, l'organizzazione e i processi di lavoro, le condizioni e l'ambiente di lavoro, la comunicazione, e i fattori soggettivi. In particolare, tra i potenziali indicatori del fenomeno dello stress troviamo il carico lavorativo e il grado di autonomia o controllo, quali fattori organizzativi e dei processi di lavoro, e anche aspetti soggettivi quali, per esempio, la sensazione di non poter far fronte ad una situazione. Il datore di lavoro viene indicato come responsabile di riferimento per stabilire quali misure adottare per la tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori; i lavoratori, invece, devono impegnarsi a rispettarle con scrupolosità. Tali misure, volte a prevenire, eliminare o ridurre lo stress lavorativo, possono essere di tipo individuale o collettivo e dovranno essere rivalutate con regolarità in termini di efficacia e di adeguatezza; alcuni possibili interventi possono riguardare le misure di gestione e di comunicazione, o la formazione dei dirigenti e dei lavoratori.

L'Accordo interconfederale del 9 giugno 2008 per il recepimento dell'accordo quadro europeo sullo stress lavoro - correlato conferma la preoccupazione, sia dei datori di lavoro che dei lavoratori, per la condizione di stress, che può coinvolgere diversi contesti lavorativi e differenti tipologie di lavoratori in modo indipendente rispetto alle dimensioni aziendali, al settore di attività e alle tipologie contrattuali. L'interesse è sempre rivolto a promuovere dei riferimenti sia per i datori di lavoro che per i lavoratori allo scopo di facilitare l'individuazione, la prevenzione e la gestione dei problemi di stress lavoro - correlato; e si precisa che lo stress non è attribuibile alla responsabilità dell'individuo. L'accordo non affronta le problematiche della violenza, delle molestie e dello stress post - traumatico, anche se li riconosce come potenziali fattori di stress lavoro - correlato.

Lo stress viene definito come *"una condizione che può essere accompagnata da disturbi o disfunzioni di natura fisica, psicologica o sociale ed è conseguenza del fatto che taluni individui non si sentono in grado di corrispondere alle richieste o alle aspettative riposte in loro"* (Accordo interconfederale art.3, comma 1, 2008, p.2). Tali disturbi di natura multifattoriale (fisica, psicologica e sociale) sono determinati da un'esposizione prolungata nel tempo ad una pressione di elevata intensità; si segnala che l'esposizione alla tensione non viene considerata, in generale, in termini negativi, se di breve durata può, infatti, essere sostenuta dal lavoratore senza difficoltà. La tensione prolungata, invece, comporta una riduzione dell'efficienza lavorativa e può peggiorare le condizioni di salute della persona e condurre ad un cattivo stato di salute.

L'accordo ribadisce la complessità del fenomeno e ripropone alcuni potenziali indicatori dello stress, da non ritenersi come segnali esaustivi: l'assenteismo, un'elevata rotazione del personale, la presenza di conflitti interpersonali o di lamentele. Inoltre, suggerisce l'analisi di alcuni fattori quali la gestione dell'organizzazione e dei processi di lavoro, in particolare, la disciplina dell'orario di lavoro, l'adeguatezza delle competenze rispetto ai requisiti professionali richiesti, l'autonomia e il carico lavorativo; le condizioni di lavoro e ambientali, nello specifico, l'esposizione al rumore, a fonti di calore o sostanze tossiche e pericolose; la comunicazione, in particolare, l'incertezza legata alle future prospettive di impiego e ai possibili cambiamenti; e, infine, i fattori soggettivi, tra cui vengono ricordate le tensioni di natura emotiva e sociale, le

sensazioni di non poter far fronte alle situazioni e la percezione di mancata attenzione nei propri confronti.

Il datore di lavoro detiene la responsabilità di stabilire delle misure appropriate volte a prevenire, eliminare o ridurre lo stress lavoro - correlato; tali decisioni vanno stabilite con la partecipazione e la collaborazione dei lavoratori e/o dei loro rappresentanti; si può ricorrere a degli esperti esterni qualora manchino delle professionalità competenti in materia nel contesto lavorativo di riferimento. I lavoratori sono tenuti al rispetto, in termini di dovere generale, delle misure adottate, sia di tipo individuale che collettivo.

È necessaria una rivalutazione, nel corso del tempo, delle misure adottate per verificare l'efficacia, l'adeguatezza e l'indispensabilità delle stesse; inoltre, risulta necessario controllare che le risorse siano utilizzate in modo ottimale. Tra le principali misure suggerite troviamo alcune proposte relative alla gestione e comunicazione, alla formazione sia dei dirigenti che dei lavoratori, e all'informazione e alla consultazione dei lavoratori e/o dei loro rappresentanti.

La Commissione delle comunità europee con il documento “Adattarsi alle trasformazioni del lavoro e della società: una nuova strategia comunitaria per la salute e la sicurezza 2002 - 2006” segnala che la politica sociale dell'Unione dovrebbe rivolgere la propria attenzione al settore relativo alla salute e alla sicurezza sul luogo di lavoro, poiché caratterizzato da severe implicazioni. La Commissione ribadisce che dalla fine degli anni '70 si assiste all'implementazione del corpus legislativo in materia di sanità e di sicurezza, la preoccupazione è rivolta al miglioramento delle norme che dovrebbero introdurre e garantire delle tutele più elevate in materia di salute e di sicurezza. La strategia risulta un documento innovativo poiché si propone di migliorare la qualità del lavoro focalizzandosi sulle trasformazioni presenti nel contesto lavorativo e, in particolare, evidenzia la rilevanza dei rischi emergenti di tipo psico-sociale; inoltre, persegue il rafforzamento della cultura della prevenzione. Il concetto di benessere in ambito lavorativo non riguarda più solo l'assenza di infortuni o di malattie professionali, ma si estende agli aspetti psicologici e sociali; inoltre, lo stress viene considerato un rischio emergente di entità rilevante.

La strategia comunitaria 2002 - 2006 considera le trasformazioni che stanno interessando il mondo del lavoro in relazione alla società, alle forme di occupazione e ai cambiamenti dei rischi.

La partecipazione delle donne all'attività lavorativa è in aumento, risultano maggiormente impiegate nei servizi, e bisognerà prestare attenzione al tipo di rischi ai quali risultano più sensibili, anche in riferimento alle differenze di genere, fisiologiche e psicologiche. Viene segnalata la tendenza all'invecchiamento della popolazione attiva e la riduzione dei lavoratori appartenenti alle fasce d'età più giovani; le generazioni più anziane in generale risultano meno qualificate, inserite in prevalenza nei mestieri industriali manuali, le più giovani, invece, sono maggiormente caratterizzate da rapporti di lavoro di tipo precario.

Si assiste ad un'espansione dei rapporti di lavoro temporanei; il lavoro a tempo parziale e gli orari atipici costituiscono delle nuove forme di lavoro che incrementano i rischi per i lavoratori; in particolare, viene specificato che i contratti di lavoro di tipo precario possono condurre ad una mancanza di motivazione e che i rapporti di lavoro di natura atipica vanno a costituire un gruppo sensibile.

Lo stress, la depressione e l'ansia vengono individuate quali malattie e rischi emergenti; inoltre, insieme alla violenza sul luogo di lavoro, alle molestie e all'intimidazione costituiscono il 18% dei problemi di salute legati al lavoro. Le dipendenze, in particolare riferite all'abuso di alcolici e di medicinali, vengono indicate quali cause rilevanti di infortuni.

È quindi necessario, per la costruzione di una strategia globale del benessere, prendere in considerazione diversi fattori tra cui l'integrazione della dimensione di genere, l'evoluzione di natura demografica, le trasformazioni nelle forme di occupazione e, infine, i rischi emergenti legati non solo ad aspetti di interazione tra agenti chimici, fisici e biologici, ma anche ad aspetti ergonomici, psicologici e sociali. Inoltre, nell'ambito della strategia si esplicita quanto sia indispensabile la costruzione e la diffusione di una cultura della prevenzione per la promozione del benessere avvalendosi della sensibilizzazione e dell'educazione sia attraverso i programmi scolastici dei percorsi di studio professionali, che attraverso la formazione professionale da condurre con regolarità e da adeguare alle differenti realtà lavorative. È anche opportuno costituire un osservatorio permanente per anticipare l'insorgenza di eventuali

nuovi rischi che tendono a sprigionarsi in seguito sia alle innovazioni tecnologiche che alle evoluzioni sociali. I servizi di prevenzione vengono individuati quali sedi che dovranno dotarsi quanto prima di competenze pluridisciplinari per essere preparate ad affrontare anche i rischi di natura sociale e psicologica.

La Commissione invita le singole autorità nazionali ad una collaborazione, in termini di convergenza, per l'attuazione delle direttive comunitarie, e per l'elaborazione di obiettivi e metodi di valutazione comuni; è infatti auspicabile che i dati raccolti diventino sempre più precisi e comparabili. Inoltre, prevede *in itinere* una consultazione delle parti sociali in relazione alla problematica dello stress, poiché viene individuato quale causa di numerose patologie.

La Commissione delle comunità europee con il documento “Migliorare la qualità e la produttività sul luogo di lavoro: strategia comunitaria 2007 - 2012 per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro” individua nell'ambiente lavorativo un contesto fondamentale per la prevenzione e la promozione della salute, l'attività lavorativa viene considerata una condizione in grado di rafforzare sia la salute che il benessere della persona.

Il miglioramento della salute, della sicurezza e del benessere globale sul luogo di lavoro comporta un miglioramento della qualità e della produttività sul luogo di lavoro. Il perseguimento della qualità e della produttività in ambito lavorativo risulta determinante per il miglioramento delle performance e della competitività economica in generale; inoltre, la riduzione dei costi economici relativi ai problemi di salute e di sicurezza sui luoghi di lavoro non solo diminuisce l'onere dei sistemi di sicurezza sociale e della spesa pubblica, ma tende a favorire la crescita economica, nonché l'occupazione. Si segnala che, per garantire la produttività, è necessario non solo migliorare l'attitudine occupazionale delle donne, ma anche contrastare le disparità di genere, poiché queste ultime possono incidere sulle condizioni di salute e di sicurezza delle lavoratrici; inoltre, si esplicita che è opportuno occuparsi delle conseguenze di tali differenze anche in relazione a quanto si verifica negli ambienti extra - lavorativi.

La possibilità di accesso al mercato del lavoro e il mantenimento di un'occupazione lavorativa contribuiscono, quindi, all'implementazione e al

miglioramento, in senso globale, della salute dell'individuo con delle ricadute positive sulla sanità pubblica.

La strategia conferma l'attenzione nei confronti dell'evoluzione del mondo del lavoro e l'importanza della valutazione dei rischi, in particolare di natura psicosociale; inoltre, considerata la forte diminuzione del numero degli infortuni sul lavoro in seguito alle indicazioni della strategia comunitaria 2002 - 2006, propone l'obiettivo di riduzione del 25% (per 100.000 lavoratori) dell'incidenza degli infortuni sul lavoro a livello dell'UE-27 entro il 2012. Ricorda che i lavoratori europei ritengono l'attività lavorativa causa o entità aggravante le condizioni di salute personali nel 28% dei casi, e rischio per la salute nel 35%; tra le malattie professionali risultano in aumento i problemi connessi alle pressioni psicologiche. La riduzione dei rischi si è verificata in modo omogeneo in relazione ad alcune categorie di lavoratori quali i giovani, i precari, i più anziani e i migranti; le PMI risultano una categoria d'impresa più vulnerabile; alcuni settori lavorativi risultano più pericolosi, quali l'edilizia/genio civile, la sanità e servizi sociali, l'agricoltura, la pesca e i trasporti. Emerge tra le nuove sfide la problematica della gestione dei flussi migratori verso l'Europa e delle conseguenze della successiva immissione di lavoratori migranti nel contesto lavorativo.

Si precisa l'obiettivo di creare un contesto legislativo moderno ed efficace in grado di rafforzare l'attuazione della legislazione comunitaria, poiché solo un'applicazione equivalente nell'ambito delle legislazioni nazionali garantisce un criterio di confronto adottabile dagli ispettorati del lavoro. A tale proposito è necessario un incremento dell'efficacia preventiva della sorveglianza sanitaria dei lavoratori, gli Stati membri e le imprese sono invitati alla sistematica raccolta e analisi dei dati ai fini della prevenzione. È opportuno un intervento per rafforzare la riabilitazione e l'integrazione dei lavoratori che si sono allontanati dall'attività lavorativa per un periodo di tempo prolungato; per esempio, a causa di infortuni sul lavoro o di malattie professionali. Inoltre, i mutamenti sociali e demografici vanno fronteggiati attraverso l'integrazione delle donne, dei lavoratori migranti, e dei lavoratori più giovani e anziani nell'ambito del contesto lavorativo; l'osservazione delle categorie professionali più svantaggiate favorirà la rilevazione dei rischi emergenti

La strategia si propone l'obiettivo di promuovere una cultura della prevenzione sanitaria in generale, non si rivolge quindi alla sola popolazione attiva. Si vuole

incoraggiare un cambiamento del comportamento, di abitudini e di stili di vita attraverso l'approfondimento delle tematiche relative alla salute, alla sicurezza e alla prevenzione nei programmi di istruzione, a partire dalla scuola primaria sino all'insegnamento in ambito universitario e alla formazione dei lavoratori, in particolare, dei giovani imprenditori.

Viene segnalata l'urgenza di far fronte agli rischi emergenti attraverso la ricerca sia di base che applicata, in particolare, l'identificazione dei rischi psico - sociali viene considerata prioritaria, quanto l'approfondimento delle patologie muscoloscheletriche, e dei rischi connessi a sostanze pericolose, a più fattori incrociati, alle nanotecnologie o alle interfacce uomo - macchina.

La Commissione delle comunità europee si riferisce, in modo esplicito, all'importanza della promozione della salute mentale sul luogo di lavoro evidenziando come i problemi connessi a una cattiva salute mentale rappresentino la quarta causa più frequente di inabilità al lavoro. Nell'ambito della strategia si attribuisce rilevanza alle indicazioni dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) riguardo alla depressione, poiché entro il 2020 diventerà la causa principale di inabilità al lavoro. La realtà lavorativa viene definita come un luogo di interesse particolare in una prospettiva di prevenzione dei disturbi psicologici e di promozione della salute mentale. In riferimento alla promozione della salute mentale sul luogo di lavoro, la strategia precisa che è necessario prestare attenzione alla prevenzione dello stress.

In ambito italiano la Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, con la direttiva del 24 marzo 2004 "Misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle pubbliche amministrazioni" individua lo stress come una variabile critica della condizione lavorativa. Oltre alla prevenzione degli infortuni e dei rischi professionali, è necessario tenere sotto controllo i livelli percepiti di fatica, sia fisica che mentale, e gestire le situazioni conflittuali.

È esplicitata la volontà di cambiamento e di gestione delle risorse umane; le amministrazioni pubbliche vengono incoraggiate non solo a perseguire degli obiettivi di efficacia e di produttività, ma anche a realizzare e a mantenere il benessere, sia fisico che psicologico, delle persone; in particolare, viene evidenziata l'importanza attribuita alle dimensioni organizzative del clima e della cultura.

Si invitano le amministrazioni sia alla valutazione del benessere, attraverso la rilevazione delle opinioni dei lavoratori dipendenti in merito ai fattori che determinano la qualità della vita e delle relazioni nell'ambito del contesto lavorativo, che al miglioramento del benessere, attraverso la realizzazione di misure quali la valorizzazione delle risorse umane, l'aumento della motivazione dei collaboratori, il miglioramento dei rapporti tra i dirigenti e gli operatori, l'aumento del senso di appartenenza e di soddisfazione dei lavoratori nei confronti della propria amministrazione; inoltre, cercando di attrarre i talenti migliori; di migliorare l'immagine dell'amministrazione nei confronti dei clienti sia interni che esterni; di scalfare la cultura dell'adempimento per diffondere l'orientamento al risultato come presupposto di una cultura della partecipazione; di creare dei sistemi di comunicazione interna; e, infine, di prevenire i rischi psico-sociali. La direttiva suggerisce delle indicazioni per migliorare il benessere organizzativo, inteso come elemento di cambiamento culturale e fenomeno di complessità tale da rendere necessaria l'attenzione a differenti variabili critiche; vengono descritte le fasi per il processo di rilevazione, tra cui la definizione di un piano di miglioramento, nonché il monitoraggio e la verifica dello stesso.

Il Decreto legislativo n. 81 del 9 aprile 2008, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, in particolare con l'art. 28, segnala l'importanza e la necessità di valutare i rischi per la salute dei lavoratori, con attenzione ai gruppi esposti a rischi particolari, tra cui lo stress lavoro - correlato, per prevenire anche gli effetti negativi dei rischi psicosociali. Si specificano i gruppi caratterizzati dalle lavoratrici in stato di gravidanza, da differenze di età, dalla provenienza da Paesi differenti e da disparità di genere.

Il Decreto legislativo n. 626 del 19 settembre 1994 in precedenza aveva previsto l'attuazione di diverse direttive riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro indicando delle misure generali di tutela. Nello specifico, con l'art. 17 il medico competente veniva invitato a una collaborazione sia con il datore di lavoro che con i servizi di prevenzione e protezione per la predisposizione di misure di tutela dell'integrità psico - fisica dei lavoratori. Il Decreto legislativo n. 242 del 19 marzo 1996 ha indicato le modifiche e le integrazioni al d.lgs. n. 626, in merito al miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo

di lavoro. La Legge n. 39 del 1 marzo 2002 segnalava le disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia alle Comunità europee - Legge comunitaria 2001

Le indicazioni della Commissione consultiva per la valutazione dello stress lavoro - correlato (articoli 6, comma 8, lettera m-quater, e 28, comma 1-bis, d.lgs. n. 81/2008 e successive modificazioni e integrazioni) del 18 novembre 2010 formulano delle indicazioni metodologiche per l'attuazione del livello minimo di valutazione rivolte ai datori di lavoro sia del settore pubblico che privato.

La lettera circolare accoglie la definizione di stress lavoro - correlato come recepita dall'Accordo Interconfederale del 9 giugno 2008.

La valutazione dello stress lavoro - correlato integra quella dei rischi, il datore di lavoro ne è responsabile e si avvale del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), dell'eventuale coinvolgimento del medico competente, se nominato, e della previa consultazione del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS/RLST).

Sono previste due fasi di valutazione: la prima, la “valutazione preliminare”, è giudicata indispensabile; invece, la seconda, la “valutazione approfondita”, viene attuata se le soluzioni adottate in seguito alla prima fase non sono riuscite a correggere la situazione di disagio precedentemente rilevata.

La valutazione preliminare si propone di rilevare degli indicatori di tipo oggettivo, verificabili, e numericamente apprezzabili, suddivisi in tre categorie: gli eventi sentinella, quali le assenze per malattia e il turnover; i fattori di contenuto del lavoro, quali il carico e i ritmi di lavoro; e i fattori di contesto del lavoro, quali l'autonomia decisionale e il controllo. Possono essere utilizzate delle liste di controllo in relazione a tutte le categorie e dei campioni rappresentativi di lavoratori in relazione ai fattori di contesto e di contenuto.

In caso di valutazione approfondita è necessario considerare la *percezione soggettiva* dei lavoratori attraverso l'uso di *strumenti* quali questionari, focus group e interviste semi-strutturate in merito a tutte le categorie di indicatori precedentemente ricordate.

La Regione del Veneto con la legge Bur n.8 del 22 gennaio 2010 “prevenzione e contrasto dei fenomeni di mobbing e tutela della salute psico - sociale della persona sul luogo del lavoro” riconosce il diritto dell'individuo alla tutela dell'integrità psico - fisica nell'ambito del contesto lavorativo; inoltre, sostiene la prevenzione del disagio lavorativo e la riduzione dei fenomeni quali lo stress psico - sociale e il mobbing attraverso azioni di prevenzione, formazione, sostegno, informazione, ricerca e assistenza.

L'art. 6 si riferisce alla creazione di sportelli di “assistenza ed ascolto sul mobbing, sul disagio lavorativo e sullo stress psico - sociale nei luoghi di lavoro” da parte delle aziende ULSS con la finalità di orientare i lavoratori in merito ai propri diritti, agli strumenti di tutela e alle strutture di supporto presenti sul territorio. Le aziende ULSS del comune capoluogo di provincia sono tenute ad istituire un centro di riferimento per il benessere organizzativo al cui interno operi un collegio di specialisti provenienti da diverse discipline. È previsto, infatti, che siano presenti almeno due medici, specializzati rispettivamente in medicina del lavoro e in psichiatria; due psicologi, esperti l'uno in psicologia del lavoro e delle organizzazioni e l'altro in test psicodiagnostici; e infine, uno psicoterapeuta. Tali centri vengono indicati come supporto agli SPISAL (Servizio di Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro) riguardo alla valutazione dei rischi psico-sociali ai sensi dell'art.28 del d.lgs. n. 81 del 2008 e successive modificazioni (già segnalati); in seguito a rilevati casi di disagio lavorativo individuano le misure di tutela che i datori di lavoro dovranno implementare; inoltre, accertato lo stato di malattia o di disagio psico - sociale dovranno suggerire un opportuno percorso di tipo terapeutico orientato al sostegno, alla cura e alla riabilitazione della persona.

Nell'ambito dell'attività presso gli sportelli d'ascolto per la valutazione e la prevenzione delle problematiche occupazionali si rilevano le richieste di intervento in merito a diverse tipologie di disagio lavorativo, tra cui le difficoltà legate allo stress e alla depressione (Pastore, 2006).

## **1.2 Benessere organizzativo e rischi psicosociali**

Il quadro normativo di riferimento ha evidenziato quanto il concetto di benessere in ambito lavorativo si sia esteso dalla sola considerazione dell'assenza di infortuni e di malattie professionali alla rilevanza attribuita agli aspetti psicologici e sociali.

In riferimento al contesto lavorativo la depressione, lo stress e l'ansia sono state individuate quali malattie e rischi emergenti. Anche le dipendenze, in particolare riferite all'abuso di alcolici e di medicinali, sono state segnalate quali cause sempre più frequenti di infortuni.

La depressione viene segnalata nell'ambito della strategia comunitaria in quanto indicata dall'OMS quale futura causa principale di inabilità al lavoro; risulta necessario intervenire in ambito lavorativo per prevenirne l'insorgenza, ma anche per individuarla e programmare degli interventi di sostegno. I fattori genetici hanno un ruolo nello sviluppo dei disturbi dell'umore; ma anche gli eventi della vita e gli stress ambientali risultano significativi. L'ansia rappresenta un disturbo coesistente comune (Kaplan & Sadock, 1999).

Il disturbo depressivo, maggiore o unipolare, viene incluso tra i disturbi dell'umore; distingue le persone che presentano solo episodi di tipo depressivo, e non maniacali, misti o ipomaniacali.

Le principali classificazioni dei disturbi mentali basate sulle sindromi sono state il DSM-IV (1994), pubblicato dalla American Psychiatric Association (APA), con revisione DSM-IV-TR (2000) e l'ICD-10 (1992) pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Tali classificazioni presentano tre principali differenze: il primo è stato utilizzato in prevalenza negli Stati Uniti, il secondo in Gran Bretagna, Irlanda e in quasi tutta l'Europa; il DSM-IV ha privilegiato delle definizioni di tipo operativo, invece, l'ICD-10 di tipo più generale; infine, il DSM-IV ha utilizzato cinque assi o dimensioni per l'approccio diagnostico, l'ICD-10 presenta tre assi o dimensioni (Casey & Kelly, 2007).

L'approccio nei confronti della classificazione è quello di definire delle sindromi per agevolare l'attività di ricerca della specifica malattia. L'eziologia dei disturbi psichiatrici risulta di tipo multifattoriale; infatti, considera sia la vulnerabilità costituzionale, che ambientale, nonché la presenza di fattori precipitanti. Una sindrome

si riferisce a una costellazione di sintomi inseriti nell'ambito di unico gruppo (Casey & Kelly, 2007).

I criteri diagnostici del DSM-IV-TR per l'episodio depressivo maggiore indicano che devono essere presenti almeno cinque sintomi per un periodo di due settimane; tali sintomi non sono causati da effetti fisiologici attribuibili all'assunzione di medicinali o all'abuso di droghe, né a una condizione medica di tipo generale.

Un sintomo deve essere necessariamente costituito dalla presenza di un umore depresso per quasi tutto il giorno, ogni giorno, oppure dalla diminuzione del piacere in tutte, o quasi tutte le attività del giorno, quasi ogni giorno.

Per quanto riguarda gli altri sintomi, troviamo la perdita o aumento di peso in modo significativo; la diminuzione o aumento di appetito; l'insonnia o ipersonnia; l'agitazione o rallentamento psicomotorio; la tendenza all'affaticamento o alla mancanza di energia, tutti con frequenza quasi giornaliera. Inoltre, la sensazione di inutilità, o colpa eccessiva e inappropriata; la riduzione della capacità di pensiero o concentrazione, o l'indecisione; pensieri di morte, ideazione suicidaria senza piano specifico, tentativi di suicidio o un piano di suicidio.

I criteri di gravità si distinguono in tre categorie principali: compromissione lieve, con pochi o nessun sintomo rispetto a quelli necessari per la diagnosi; moderata, tra lieve e grave; grave, con un eccesso di sintomi che comportano un disagio clinico evidente e significativo che ostacola un funzionamento normale nell'ambito della vita personale, sociale e lavorativa.

Il DSM-IV-TR presenta anche dei criteri diagnostici per il disturbo depressivo minore e il disturbo depressivo breve ricorrente. Il disturbo depressivo minore non presenta una gravità di sintomi accettabile per una diagnosi di disturbo depressivo maggiore; il disturbo depressivo breve ricorrente, invece, corrisponde per gravità dei sintomi, ma non presenta una durata adeguata.

Anche i criteri diagnostici dell'ICD-10 (1993) indicano che l'episodio depressivo in generale dovrebbe presentare una durata di almeno due settimane, in assenza di utilizzo di sostanze psicoattive o di altro disturbo mentale di tipo organico; inoltre, non dovrebbero essersi verificati in precedenza degli episodi caratterizzati da sintomi di tipo ipomaniacale o maniacale.

La sindrome per l'episodio depressivo in generale, individuata come somatica o biologica, comporta l'identificazione di almeno quattro ulteriori sintomi tra cui la perdita di interesse/piacere nello svolgimento delle attività; la perdita di reazioni emotive in occasione di eventi/attività che solitamente implicano delle risposte di tipo emotivo; il risveglio anticipato di due o più ore rispetto al solito; l'intensificarsi della depressione al mattino; il rallentamento o l'eccitazione psicomotoria; la perdita del desiderio; la perdita di appetito; l'aumento di peso.

L'episodio depressivo grave, oltre a soddisfare i criteri per l'episodio depressivo in generale, risulta individuato dalla presenza di umore depresso per quasi tutto il giorno e quasi ogni giorno, per almeno due settimane; inoltre, dalla perdita di interesse/piacere nello svolgimento delle attività; da diminuzione di energia e facilità all'affaticamento. Sono necessari dei sintomi addizionali sino ad un totale di almeno otto sintomi; tra questi troviamo la perdita di fiducia e autostima; sentimenti di autoaccusa inappropriati con senso di colpa irragionevole; pensieri ricorrenti di morte/suicidio o orientamento verso comportamenti di suicidio; diminuzione delle capacità di pensiero e di concentrazione; agitazione aumentata o attività psicomotoria rallentata; disturbi del sonno; cambiamenti di appetito e di peso.

L'ICD-10 individua anche l'episodio depressivo lieve e l'episodio depressivo moderato.

In seguito all'osservazione clinica e all'analisi dei resoconti dei pazienti depressi Beck ha proposto un modello esplicativo di tipo cognitivo rispetto alla progressione dei sintomi della depressione; la sequenza si rivela con chiarezza nell'eventualità di una depressione di tipo reattivo, con origine attribuibile a un preciso evento scatenante (Beck, 1984). Lo scopo dell'intervento è la riorganizzazione cognitiva, intesa in termini di psicologia dei costrutti personali (Kelly, 1955).

La depressione è caratterizzata da un vissuto di dolore intenso e dalla presenza di due elementi principali: il primo, è costituito da una tristezza profonda, non riconducibile a motivazioni precise; il secondo, si riferisce all'inibizione delle attività psichiche. Si possono verificare stati depressivi di tipo reattivo, tali condizioni sono individuate da reazioni comprensibili, ma eccessive, di fronte agli accadimenti (Jaspers, 1964).

Alcuni autori segnalano l'anedonia come sintomo principale della depressione;

L'anedonia è caratterizzata da perdita delle capacità di provare piacere dagli eventi della vita, dalla rigidità affettiva e dal ristagno delle emozioni positive, dalla mancanza di gioia e dall'assenza di desideri (Scharfetter, 2004).

Nell'ambito delle attività rivolte all'ascolto delle problematiche occupazionali viene incoraggiato il confronto tra specialisti detentori di differenti competenze, quali medici del lavoro, psichiatri, psicologi del lavoro e psicoterapeuti, che iniziano ad affrontare insieme le sfide legate ai nuovi rischi emergenti. L'attività professionale mi ha consentito di partecipare, in fase di costituzione, ad una tale realtà lavorativa, a cui vengono spesso rivolte richieste d'aiuto per problematiche legate ad uno stato depressivo individuale. La multidisciplinarietà costituisce un'opportunità per lo sviluppo di riflessioni e strategie di intervento, sicuramente non priva di difficoltà, a causa dell'imprescindibile confronto tra differenti professionalità. Considerando, per esempio, i soli ambiti psicologico e psicoterapeutico applicati alla realtà sanitaria in reparti caratterizzati da elevata sofferenza psicologica, quali i reparti hospice, stati vegetativi e oncologici, di cui possiedo diretta esperienza, alcune proposte possono riguardare l'intervento psicoanalitico breve (Gillieron, 1994); l'orientamento della terapia cognitiva (Beck, 1984); l'approccio dei costrutti personali (Kelly, 1955); o la teoria trasformativa (Mezirow, 1991).

Il quadro normativo di riferimento ha evidenziato quanto il fenomeno dello stress coinvolga diversi contesti lavorativi, indipendentemente dalle dimensioni aziendali e dal settore di attività; inoltre, interessa differenti tipologie di lavoratori, nonché i datori lavoro. Gli sforzi sono rivolti alla valorizzazione della persona in difficoltà; l'obiettivo è rendere la società tutta, e non solo il mondo lavorativo, più consapevole della pericolosità dello stress, considerato causa di numerose patologie.

Si vuole promuovere una cultura del benessere attraverso specifici percorsi di studio e di formazione professionale. Il cambiamento, però, implica delle difficoltà; infatti, non è così semplice modificare o abbandonare dei comportamenti già acquisiti, né promuovere l'adesione ad abitudini e stili di vita orientati al mantenimento della propria salute. In riferimento allo stress, le attività finalizzate all'implementazione di un cambiamento a vantaggio sia dei singoli che della società rientrano sicuramente nella sfera d'interesse sociale; infatti, la promozione di idee e comportamenti desiderati per il miglioramento del benessere delle persone risultano condivise socialmente. Il marketing

sociale è una disciplina che si occupa di diverse tipologie di cambiamento: cognitivo; d'azione, comportamentale, di valori (Tamborini, 1996; Kotler & Lee, 2008).

Il cambiamento cognitivo si propone di destare consapevolezza e incrementare le conoscenze, si esplica solo a livello cognitivo e viene ritenuto meno complicato da attivare.

Il cambiamento d'azione risulta più arduo, poiché oltre all'implementazione delle informazioni viene richiesta l'attuazione di una specifica azione in un determinato periodo di tempo.

Il cambiamento comportamentale implica l'abbandono di abitudini ormai consuete e la loro sostituzione con stili di vita più opportuni.

Il cambiamento di valori è il più difficile da ottenere, poiché si tenta di indurre un cambiamento nei valori, nelle credenze e nelle opinioni più profondamente radicate negli individui.

Intorno agli anni '70 - '80 negli Stati Uniti si considera l'importanza degli aspetti sia mentali della salute che psicosociali del lavoro, l'interesse è rivolto alla prevenzione e alla promozione della protezione attiva delle proprie condizioni di salute, in termini di benessere sia fisico che psicologico. Inizialmente le proposte di intervento si focalizzano sul cambiamento del comportamento delle persone; si tenta di sostituire i comportamenti dannosi instaurando dei comportamenti salutari, quali dieta ed esercizio fisico (Avallone & Paplomatas, 2005).

In ambito italiano la salute organizzativa viene definita come *“l'insieme dei nuclei culturali, dei processi e delle pratiche organizzative che animano la convivenza nei contesti di lavoro promuovendo, mantenendo e migliorando il benessere fisico, psicologico e sociale delle comunità lavorative”* (Avallone & Paplomatas, 2005, p. 66). Il costrutto è di tipo multidimensionale, composto da 14 dimensioni: la chiarezza degli obiettivi organizzativi, la valorizzazione delle competenze, l'ascolto attivo, la disponibilità delle informazioni, la gestione della conflittualità, la sicurezza e la prevenzione degli infortuni, le relazioni interpersonali collaborative, la scorrevolezza operativa, i fattori di stress, l'equità organizzativa, la tollerabilità dei compiti, il senso di utilità sociale, l'apertura all'innovazione, il comfort dell'ambiente di lavoro. Inoltre, vengono individuati degli indicatori positivi di salute organizzativa, degli indicatori negativi di salute organizzativa e dei disturbi individuali legati all'area psicosomatica.

I programmi di intervento di promozione della salute vengono ricondotti a tre tipologie principali (Avallone & Paplomatas, 2005): il livello individuale; il livello interfaccia individuo - organizzazione; e, infine, il livello organizzativo.

L'interesse si è esteso dalle strategie di prevenzione di tipo terziario, tipiche del livello individuale e focalizzate sulla riduzione dei sintomi in una logica di tipo riparativo, a strategie di tipo primario e secondario, che coinvolgono anche le caratteristiche del contesto di lavoro.

Gli interventi a livello individuale hanno l'obiettivo di rafforzare le risorse dell'individuo per consentirgli di affrontare gli eventi stressanti attraverso lo sviluppo, di abilità di coping, l'utilizzo di tecniche di rilassamento o del counselling.

Il livello interfaccia, a cui corrisponde una strategia di prevenzione di tipo secondario, si propone di migliorare l'adattamento persona - ambiente intervenendo sul carico lavorativo, sull'autonomia lavorativa e sulle relazioni; lo scopo è rivolto al contenimento degli effetti dello stress.

Il livello organizzativo, a cui corrisponde una strategia di prevenzione di tipo primario, cerca di individuare i fattori lavorativi che scatenano lo stress e di intervenire in anticipo sia sulla progettazione del lavoro che sullo sviluppo organizzativo ai fini di una riduzione delle cause di stress. Tra gli interventi di tipo organizzativo si ricordano gli interventi sociotecnici, che riguardano i cambiamenti di aspetti oggettivi/strutturali dell'ambiente di lavoro; e i più attuali interventi psicosociali, il cui obiettivo principale è il cambiamento delle percezioni legate al contesto lavorativo, attraverso strategie orientate per esempio al miglioramento del controllo e dell'autonomia lavorativa o alla riduzione dei conflitti. Nell'ambito degli interventi psicosociali, la Participatory Action Research (PAR) rappresenta l'approccio più noto, deriva da tre tradizioni di ricerca: la ricerca azione, la ricerca intervento e la ricerca partecipativa.

La Ricerca Azione (Action Research) è considerata come una modalità di lavoro caratterizzata dalla cooperazione tra ricercatori e soggetti coinvolti nella ricerca. Tali soggetti vengono valorizzati come persone portatrici di conoscenze e di idee in relazione all'ambiente lavorativo in cui operano. Le persone, quindi, non sono trattate come dei soggetti passivi, ma come degli agenti attivi e propositivi; una buona ricerca, di conseguenza, non è condotta sulle persone, ma con le persone; i ruoli dei ricercatori e dei soggetti non si escludono a vicenda l'uno con l'altro, ma entrambe le parti lavorano

insieme e rivestono anche i ruoli di co - ricercatori e co - soggetti (Heron & Reason, 2006). La ricerca azione è partecipativa ed è considerata un processo democratico che permette lo sviluppo del sapere e della conoscenza. Necessita di momenti di riflessione, ma anche di azione, di sviluppo e approfondimento teorico, nonché di applicazione pratica (Reason & Bradbury, 2006).

Il benessere organizzativo è un costrutto multidimensionale definito come *“la capacità dell'organizzazione di promuovere e mantenere il benessere fisico, psicologico e sociale dei lavoratori”* (De Carlo, 2006, p. 100) *“ e nel contempo di incrementare la qualità dei servizi resi dall'organizzazione, nella prospettiva della soddisfazione degli utenti”* (De Carlo, 2009, p. 23), viene individuato e può essere analizzato a livello individuale, di gruppo e organizzativo. Le dimensioni che compongono il benessere organizzativo sono inizialmente suddivise in determinanti organizzative e in conseguenze, sia positive che negative. Tra le determinanti organizzative troviamo il clima organizzativo, la cultura organizzativa, il perceived organizational support (POS) e l'efficacia collettiva; tra le conseguenze positive, la soddisfazione lavorativa, il commitment organizzativo, l'altruismo; tra le negative, il conflitto, il turnover, il disagio, lo stress, il burnout e il mobbing (De Carlo, 2006). Il Test di valutazione dello stress lavoro - correlato nella prospettiva del benessere organizzativo, Q-Bo, (De Carlo, Falco & Capozza, 2008 - 10) si basa sui più recenti sviluppi di tale modello di benessere organizzativo e propone cinque livelli di analisi e di intervento per rispondere alle esigenze delle organizzazioni per il monitoraggio e il controllo del benessere organizzativo e della prevenzione del rischio psicosociale; tale strumento d'indagine costituisce il riferimento per le analisi di benessere organizzativo relative alla seconda parte del presente contributo di ricerca.

I nuovi codici del lavoro, quali criteri per il comportamento sia dei singoli che delle organizzazioni, individuano nel benessere organizzativo un elemento fondamentale per la realizzazione degli obiettivi (De Carlo, 2009).

Anche il quadro normativo di riferimento ha richiamato la necessità di gestire le situazioni conflittuali e di tenere sotto controllo i livelli percepiti di fatica, sia fisica che mentale; inoltre, ha evidenziato l'importanza attribuita alle dimensioni organizzative del clima e della cultura. In particolare, il clima organizzativo si riferisce alle percezioni sviluppate dalle persone nei riguardi del proprio contesto lavorativo e il gruppo viene

considerato quale sede privilegiata del clima. Il clima risulta essere in contemporanea sia determinante che risultato del comportamento degli individui e dei gruppi all'interno della struttura organizzativa (Marocci & Pozzi, 2003).

La tassonomia proposta da Ostroff nel 1993, modificata da Carr, Schmidt, Ford e DeShon nel 2003, considera il clima organizzativo come un costrutto multidimensionale, composto da tre fattori di ordine superiore, ciascuno costituito da quattro dimensioni: il fattore affettivo (partecipazione, calore, ricompense sociali, cooperazione); il fattore cognitivo (crescita, innovazione, autonomia, ricompense intrinseche); e, infine, il fattore strumentale (gerarchia, struttura, ricompense estrinseche, orientamento successo). Carr, Schmidt, Ford e DeShon propongono sia l'inserimento della dimensione comunicazione in relazione al fattore affettivo che l'esclusione della dimensione ricompense intrinseche dal fattore cognitivo. Il modello teorico risultante comprende quindi tre fattori di livello superiore, il primo è costituito da cinque dimensioni, il secondo da tre, ed il terzo da quattro, sempre per un totale di dodici dimensioni.

In ambito lavorativo i rischi possono essere suddivisi in due categorie principali: i rischi fisici, di tipo tradizionale, e gli emergenti rischi psicosociali.

I rischi psicosociali si differenziano da quelli di tipo tradizionale, caratterizzati da una natura monofattoriale, per esempio, di tipo meccanico, elettrico, chimico o biologico, per la rilevanza assunta dagli aspetti relazionali; inoltre, per l'eziologia di tipo multifattoriale; nonché per l'interesse nei confronti del disagio organizzativo e delle patologie stress correlate. I rischi psicosociali si riferiscono all'insieme delle variabili organizzative, gestionali, ambientali e relazionali che possono causare un danno psicologico, sociale o fisico alle persone (Cox, Griffiths & Rial-González, 2000), nonché determinare effetti negativi in termini di efficienza e di immagine a livello organizzativo, economico, sociale e ambientale.

Tra i rischi psicosociali emergenti in riferimento alla salute e alla sicurezza occupazionale vengono segnalate le nuove tipologie contrattuali e di insicurezza lavorativa; l'invecchiamento della forza lavoro; l'intensificazione dell'attività lavorativa; le richieste di elevato coinvolgimento emotivo sul lavoro e lo scarso equilibrio tra vita privata e lavorativa (European Agency for Safety and Health at Work, 2007).

L'analisi della letteratura nazionale ed internazionale ha permesso di individuare alcuni principali modelli teorici per la valutazione dello stress lavoro - correlato e di considerare alcune caratteristiche complementari di tali modelli.

La ricerca sullo stress si è sviluppata attraverso l'evoluzione di tre principali approcci: tecnico, fisiologico, psicologico (Cox, Griffiths & Rial-González, 2000).

L'approccio tecnico considera lo stress come una variabile indipendente, uno stimolo di tipo ambientale avverso, dannoso o minaccioso.

L'approccio fisiologico, invece, reputa lo stress come una variabile dipendente, una reazione o effetto fisiologico in seguito all'esposizione ad una realtà ambientale. Questi primi due approcci considerano modelli di tipo stimolo - risposta che non tengono conto delle differenze psicologiche individuali, né dei processi cognitivi e percettivi, né delle interazioni tra la persona e l'ambiente. L'approccio psicologico si basa su più attuali e convergenti definizioni di stress che pongono al centro l'interazione dinamica tra la persona e i contesti psico - sociali e organizzativi.

L'approccio psicologico comprende dei modelli che si riferiscono sia alle teorie "interazionali" sullo stress sia alle teorie "transazionali", considerate un'evoluzione di quelle interazionali. Il punto di vista interazionale privilegia l'attenzione alle caratteristiche strutturali dell'interazione tra l'individuo e il contesto lavorativo nel quale si trova inserito; per esempio, il modello Demand - Control/Domanda - Controllo di Karasek (1979). Il punto di vista transazionale, invece, si interessa anche ai meccanismi psicologici dell'interazione, in particolare i processi cognitivi e le reazioni emotive; per esempio, il modello Effort Reward - Imbalance/Squilibrio Sforzo - Ricompensa di Siegrist (1996).

La produzione di risposte fisiologiche, psicologiche e comportamentali di tensione con possibile sviluppo di gravi conseguenze di strain, in riferimento al modello Domanda - Controllo di Karasek (1979), è caratterizzata da un alto livello di richieste lavorative (Job Demand) e un basso livello di discrezionalità decisionale (Decision Latitude); in riferimento al modello Squilibrio Sforzo - Ricompensa di Siegrist (1996), da uno squilibrio (Imbalance) tra alto sforzo e bassa ricompensa sul lavoro. In letteratura la "domanda lavorativa" (Job Demand) si riferisce anche al costrutto del carico lavorativo, che rappresenta una variabile psicosociale di rilevante interesse per lo

studio della realtà lavorativa in generale. Il carico lavorativo è connesso ad aspetti di tipo sia cognitivo che emozionale.

Nell'ambito dei modelli transazionali la condizione di stress viene definita come uno stato psicologico negativo riferito ad aspetti sia di tipo cognitivo che emotivo, riguarda le rappresentazioni interiori della persona in occasione di attività di transazione tra l'individuo e la realtà ambientale con cui si confronta (Cox, Griffiths & Rial-González, 2000). Il presente contributo di ricerca si colloca nell'ambito dell'approccio psicologico di tipo transazionale.

L'attenzione è quindi rivolta alla proposta di strumenti, quali riferimenti sia per i datori di lavoro che per i lavoratori, per poter individuare, prevenire o gestire i problemi di stress lavoro - correlato nel tentativo di promuovere una maggiore efficienza e un miglioramento delle condizioni di salute e di sicurezza sul lavoro, poiché tali conseguenze si potranno tradurre anche in termini di benefici economici e sociali sia per le aziende che per i lavoratori e la società nel suo insieme. Inoltre, l'interesse per una valutazione approfondita rende rilevante la considerazione della *percezione soggettiva* dei lavoratori anche attraverso l'uso di strumenti quali questionari, focus group e interviste semi-strutturate.

### **1.3 Carico lavorativo e controllo**

L'analisi della letteratura nazionale ed internazionale ha consentito di individuare alcuni tra i principali modelli teorici per la valutazione del carico lavorativo e del controllo. Tra i diversi fattori di rischio organizzativo il carico lavorativo e il controllo o autonomia assumono una sempre maggior rilevanza nell'ambito di contesti lavorativi caratterizzati da una continua espansione del settore terziario; tale tipologia di lavoro riduce le richieste di tipo fisico, ma accresce la domanda di sforzi di tipo cognitivo ed emozionale per la centralità assunta dalla relazione tra gli individui (De Carlo, 2009; Siegrist et al., 2004). I principali modelli teorici relativi allo stress occupazionale tendono a considerare l'importanza di tali dimensioni; in particolare, sia il DC model di Karasek (1979), che il DCS di Karasek e Theorell (1990) si riferiscono al carico lavorativo e al controllo; anche l'ERI di Siegrist (1996) si riferisce alle richieste lavorative in termini di pressione temporale e di carico quantitativo. Si ricorda

che l'ERI considera sia aspetti strutturali che personali, infatti con la dimensione overcommitment richiede informazioni riguardo alle caratteristiche di coping dei lavoratori; inoltre, si riferisce al carico lavorativo in termini qualitativi (Siegrist et al., 2004). In particolare, l'attenzione nei confronti di tali costrutti ha permesso l'approfondimento di alcune delle principali dimensioni in grado di determinarli, per poter procedere in seguito alla messa a punto di una scala di rilevazione.

In letteratura il costrutto del carico lavorativo rappresenta una variabile psicosociale di rilevante interesse per lo studio della realtà lavorativa in generale; in particolare, il carico lavorativo può essere sia di tipo cognitivo che emozionale, e viene anche individuato in termini di "domanda lavorativa" (job demands).

Bakker, Demerouti e Schaufeli (2003) definiscono come domanda/richieste lavorativa/e (job demands) l'insieme delle caratteristiche lavorative che possono potenzialmente provocare strain, nei casi in cui superino le capacità di adattamento delle persone. Tali caratteristiche si riferiscono agli aspetti fisici/psicologici, sociali ed organizzativi del lavoro che richiedono al lavoratore uno sforzo notevole di tipo fisico e/o psicologico (cognitivo o emozionale) e che risultano quindi associati a specifici costi di tipo fisiologico e/o psicologico. Le dimensioni rilevate riferite alla domanda lavorativa sono costituite dalla pressione/carico lavorativo (work pressure), dai cambiamenti nei compiti (changes in tasks), dalle richieste emozionali (emotional demands) e dai problemi informatici (computer problems) (Bakker, Demerouti & Schaufeli, 2003).

Il modello Job Demands-Resources (JD-R), oltre alla considerazione degli aspetti di tipo quantitativo quali la pressione temporale e il carico lavorativo relativi al modello di Karasek (Norman, 2005), pone quindi attenzione anche al cambiamento nei compiti, alla domanda emozionale e alle problematiche relative alle dotazioni informatiche. Rispetto ai modelli precenti inerenti lo stress occupazionale (DC - Karasek, 1979; DCS - Karasek & Theorell, 1990; ERI - Siegrist, 1996) evidenzia l'importanza delle risorse lavorative (job resources), quali caratteristiche fisiche, psicologiche, sociali o organizzative del lavoro che sostengono la crescita personale, il perseguimento degli obiettivi e la riduzione delle tensioni derivate dalle richieste lavorative; inoltre, viene attribuito un ruolo rilevante alle caratteristiche individuali quali, per esempio, l'autoefficacia e l'ottimismo (Bakker, Demerouti & Schaufeli, 2003;

Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001; Xanthopoulou, Bakker, Demerouti, & Schaufeli, 2007).

Sono presenti delle relazioni tra fattori lavorativi ed influenza sulla salute e sul benessere dei lavoratori in termini di disturbi legati alla salute; se le richieste sono elevate e le risorse limitate si rischiano condizioni di stress, sino al burnout (De Lange, Taris, Kompier, Houtman & Bongers, 2003; Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001; Tsutsumi & Kawakami, 2004; Van Vegchel, de Jonge, Bosma & Schaufeli, 2005). Il burnout costituisce un disagio rilevante in ambito sanitario (Gustafsson, Persson, Eriksson, Norberg & Strandberg, 2009).

Il carico lavorativo si riferisce alle variazioni nel volume di lavoro richiesto ad un individuo; può essere quindi misurato in termini di numero di ore di lavoro, livello di produzione e richieste cognitive proprie del lavoro da svolgere (Spector & Jex, 1998).

Le richieste lavorative (job demands) vengono individuate in riferimento a sette aspetti principali. Il primo si riferisce al carico lavorativo (workload), che comprende dimensioni quantitative ed impegnative del lavoro quali la pressione temporale (time pressure) e lavorare in modo intenso (working hard). I successivi riguardano le richieste relative a condizioni fisiche (physical demands), a problemi di progettazione (problems with planning), a richieste emozionali (emotional demands), infine, a molestie sessuali (sexual harassment). L'autonomia viene definita in termini di risorse e si riferisce alle abilità utilizzate dai lavoratori (skill discretion) e alla libertà di azione (decision authority) (Bakker, Demerouti, Taris, Schaufeli & Schreurs, 2003b).

La complessità del lavoro (job complexity) può essere ricondotta al carico lavorativo. Tale dimensione si riferisce alla complessità delle decisioni e dei processi di pianificazione richiesti per eseguire un compito. Consente di valutare la frequenza con cui devono essere portati a termine dei compiti difficili e se il lavoro in generale consente di sviluppare le proprie conoscenze e competenze professionali (Zapf, Isic, Bechtold & Blau, 2003).

Le condizioni lavorative (working conditions) comprendono il controllo (job control), la complessità (job complexity) e diversi stressors riferiti al compito (task - related stressors) (Grebner, Semmer, Lo Faso, Gut, Kalin & Elfering, 2003; Semmer, Zapf & Dunkel 1995). Il controllo comprende due aspetti: il controllo del metodo, quale capacità di organizzare indipendentemente il proprio lavoro, e il controllo del tempo,

relativo al programma di lavoro. La complessità misura le difficoltà riferite sia ai compiti, per esempio la necessità di prendere delle decisioni complesse; che alla varietà dei compiti, quindi determinata dalla loro numerosità. Infine tra gli stressors riferiti alle attività lavorative, si trovano la pressione temporale (time pressure), la richiesta di concentrazione (concentration demands), i problemi di organizzazione del lavoro (problems of work organization), l'incertezza causata, per esempio, da istruzioni non chiare (uncertainty), e le interruzioni sul lavoro (work interruptions) (Grebner, Semmer, Lo Faso, Gut, Kalin & Elfering, 2003).

Per la valutazione del carico lavorativo (workload) i riferimenti principali sono costituiti dalla “Nasa-TLX Scale” (National Aeronautics and Space Administration – Task Load Index) e dalla “SWAT Scale” (Subjective Workload Assessment Technique). La NASA-TLX è una scala multidimensionale che rileva il carico di lavoro mentale complessivo; tale carico dipende dalle richieste sia mentali, che fisiche e temporali, inoltre, dal tipo di prestazione, dallo sforzo e dalla frustrazione. Anche la SWAT è una scala di tipo multifattoriale, le sue dimensioni sono costituite dal carico in termini di tempo (time load), dal carico collegato allo sforzo cognitivo (mental effort load) e allo stress psicologico (psychological stress load) (Luximon & Goonetilleke, 2001).

In riferimento alla messa a punto delle scale di rilevazione risultano di particolare interesse i contributi di Jackson, Wall, Martin e Davids (1993), Mullarkey, Jackson e Parker (1995), Norman (2005) e Wall, Jackson e Mullarkey, (1995).

I principali fattori di rischio psicosociale relativi al contesto lavorativo comprendono le richieste psicologiche (psychological demands), tra cui le richieste sia cognitive (cognitive demands) che emozionali (emotional demands), nonché la pressione temporale (time pressure) (Norman, 2005); inoltre, la scala “Working conditions and health at call centres” in riferimento alla sezione “Job requirements” presenta item con fraseggio attribuibile ai ritmi di lavoro, alle richieste contraddittorie e alla necessità di controllare più operazioni contemporaneamente (National Institute for Working Life, 2005).

Tra gli aspetti dell'attività lavorativa considerati rilevanti per il benessere e il comportamento dei lavoratori sono stati individuati cinque fattori riconducibili alle dimensioni del carico lavorativo e del controllo o autonomia. Il primo fattore si riferisce

al controllo del tempo (timing control), inteso quale possibilità per la persona di determinare il proprio programma di lavoro; il secondo, al controllo del metodo (method control), quale opportunità di scelta individuale delle modalità con cui condurre e portare a termine i propri compiti lavorativi; il terzo, alla richiesta di monitoraggio (monitoring demand), quale tentativo di monitoraggio passivo dell'attività lavorativa; il quarto, alla richiesta di risoluzione dei problemi (problem - solving demand), quale richiesta di intervento più attivo, rispetto al terzo fattore, attraverso un'attivazione dei processi cognitivi per prevenire o correggere eventuali errori; infine, la responsabilità di produzione (production responsibility), quali costi attribuibili ad errori con ricadute in termini di non realizzazione dei risultati o di danneggiamento degli strumenti di lavoro (Jackson, Wall, Martin & Davids, 1993; Wall, Jackson & Mullarkey, 1995).

La richiesta lavorativa (job demands) è misurabile attraverso quattro dimensioni: la richiesta di monitoraggio (monitoring demands), la richiesta di risoluzione dei problemi (problem - solving demands), la responsabilità di produzione (production responsibility), la pressione produttiva (production pressure). La dimensione autonomia comprende il controllo del tempo (timing control) e il controllo del metodo (method control) (Mullarkey, Jackson & Parker, 1995).

In riferimento al carico lavorativo (Jackson, Wall, Martin & Davids, 1993; Mullarkey, Jackson & Parker, 1995; Norman, 2005; Wall, Jackson & Mullarkey, 1995) e al controllo (Wall, Jackson & Mullarkey, 1995; Mullarkey, Jackson & Parker, 1995), sono quindi state messe a punto delle specifiche scale di rilevazione nell'ambito di un'analisi di benessere organizzativo (vedi seconda parte, primo studio).

Le dimensioni di carico lavorativo, di cui la nuova scala messa a punto per il contesto italiano si compone, sono: carico cognitivo, pressione temporale e problem solving. La scala controllo è unidimensionale.

L'analisi di benessere organizzativo segnalata è stata realizzata mediante la somministrazione di un questionario in forma anonima. Lo strumento utilizzato - il Q-Bo, Test di valutazione del rischio stress lavoro-correlato nella prospettiva del benessere organizzativo (De Carlo, Falco & Capozza, 2008 - 10) - si basa su un modello teorico di riferimento di tipo transazionale. I dati sono stati analizzati in base a quattro differenti livelli di indagine e di approfondimento: analisi descrittive basate sui singoli item e

sulle scale; comparazione dei valori che caratterizzano la struttura sanitaria oggetto dell'indagine con quelli di un campione di riferimento; differenze statisticamente significative in relazione alle variabili indipendenti di maggior interesse relative alla sezione anagrafica; analisi delle regressioni per individuare il ruolo esercitato dai rischi psicosociali e da alcune dimensioni individuali nella promozione del benessere organizzativo (De Carlo, 2009).

In tale occasione la valutazione ha favorito puntuali informazioni sugli ambiti nei quali "investire" per la prevenzione dello stress lavoro-correlato e per il miglioramento in termini di benessere/efficienza-efficacia organizzativa.

#### **1.4 Risorse personali positive**

Nell'ambito del costrutto del benessere organizzativo e dei rischi psicosociali, una particolare attenzione è stata dedicata all'approfondimento della Psicologia Positiva (Positive Psychology).

La Psicologia Positiva rappresenta un movimento emergente che si propone di spostare l'interesse da una ricerca psicologica precedente, focalizzata sulla comprensione del disagio, degli stati di sofferenza e della patologia, ad un'indagine relativa alle caratteristiche e ai predittori di buon funzionamento psicologico, nonché alla costruzione delle capacità positive delle persone, secondo una logica di prevenzione. Non contesta quindi l'importanza dei risultati raggiunti nell'ambito degli studi antecedenti, ma desidera integrare le conoscenze attribuendo un ruolo di rilievo anche alla felicità (happiness) per approfondire l'analisi riferita all'esperienza umana. Considera tre principali livelli di analisi: il livello soggettivo, il livello individuale e il livello di gruppo. Il primo riguarda la valutazione dell'esperienza soggettiva; il secondo si riferisce a dei tratti positivi individuali; infine, il terzo comprende le virtù civiche. Gli obiettivi di miglioramento non riguardano solo i singoli individui, ma anche le comunità e le società (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005). L'attenzione è rivolta allo sviluppo delle potenzialità delle persone anche attraverso la diffusione di conoscenze in grado di orientare gli individui, non portatori di problematiche cliniche, psicopatologiche o psichiatriche, alla promozione del proprio benessere (Lopez & Gallagher, 2009). Gli sviluppi della disciplina devono considerare

l'implementazione di metodi di valutazione, tra cui strumenti self-report; i fenomeni vanno indagati in riferimento a diversi livelli di analisi, per esempio biologico, cognitivo, interpersonale, istituzionale e sociale (Diener, 2009). L'invito a realizzare nuovi strumenti di rilevazione, integranti differenti necessità emergenti, emerge quindi anche nell'ambito di tale corrente di pensiero.

Il Positive Organizational Behavior (POB) (Luthans, 2002a) aderisce al movimento della Psicologia Positiva, è rilevante livello internazionale, e si riferisce all'ambiente lavorativo, un criterio specifico dichiarato riguarda il miglioramento della performance lavorativa; si distingue dall'Organizational Behavior (OB) per il particolare ulteriore interesse nei confronti di alcuni costrutti di personalità quali la resilienza, la speranza e l'autoefficacia (Luthans, 2002b), in precedenza non trattati in modo adeguato nell'ambito della letteratura OB. Si fonda sulla teoria, sulla ricerca, in relazione sia ad aspetti teorici che applicativi, e su una valida misurazione; presenta una particolare attenzione alle variabili "state - like" o di stato rispetto alle variabili "trait - like" o di tratto, di tipo disposizionale e più stabili (Luthans & Avolio, 2009).

Psychological Capital o PsyCap è un costrutto multidimensionale, introdotto di recente, che si articola in quattro componenti di base: la resilienza (resilience/resiliency); la speranza (hope), l'ottimismo (optimism) e l'autoefficacia (self-efficacy) (Luthans & Youssef, 2004; Luthans, Youssef & Avolio, 2007a). Tali dimensioni corrispondono a delle caratteristiche di personalità che soddisfano i criteri principali del POB; infatti, sono misurabili, presentano delle potenzialità di sviluppo e delle relazioni con la performance. PsyCap corrisponde a un "core construct", un fattore multidimensionale di ordine superiore, unico e misurabile; risulta essere un predittore più efficace sia della performance che della soddisfazione lavorativa rispetto alle singole variabili individuali che lo compongono (Luthans, Avolio, Avey & Norman, 2007). È emersa una significativa relazione negativa tra il costrutto PsyCap e la percezione dei sintomi dello stress legato al lavoro; inoltre, tra PsyCap e le intenzioni di rassegnare le dimissioni e di ricerca di un lavoro, indicatori volontari di turnover, da combattere con il potenziamento e lo sviluppo delle risorse positive rappresentate dalla resilienza, dalla speranza, dall'ottimismo e dall'autoefficacia, nonché dal core construct PsyCap (Avey, Luthans & Jensen, 2009). In letteratura è presente l'indicazione di incrementare la ricerca relativa ai costrutti positivi per la realizzazione di interventi di

miglioramento del benessere psicologico in ambito organizzativo anche in riferimento all'attività di formazione (Avey, Luthans, Smith & Palmer, 2010).

Lo "PsyCap Questionnaire" (PCQ) comprende quattro dimensioni ognuna composta da sei item, misurati attraverso scale di tipo Likert, estratti da diversi strumenti già presenti in letteratura e adattati alla condizione di stato; nello specifico, per la resilienza, la scala di Wagnild e Young (1993), per la speranza, la "State Hope Scale" di Snyder (1996), per l'ottimismo il "Life Orientation Test" di Scheier e Carver (1985), infine, per l'autoefficacia, la scala di Parker (1998) (Luthans, Youssef & Avolio, 2007b).

In riferimento al secondo studio della seconda parte del presente contributo, ci si riferisce ad un fattore sovraordinato disposizionale per la selezione (Luthans, Avolio, Avey & Norman, 2007; Luthans, Youssef & Avolio, 2007b; Avey, Luthans & Jensen, 2009; Campbell-Sills & Stein, 2007; Snyder et al., 1991; Scheier, Carver & Bridges, 1994; Scheier & Carver, 1985; Falvo, Hichy, Capozza & De Carlo, 2002).

#### **1.4.1 La resilienza**

Le ricerche sulla *resilienza* si sono concentrate in passato in ambito clinico in relazione allo studio di modelli di adattamento positivo a eventi avversi con esiti negativi. In relazione alla psicopatologia infantile e all'ambito evolutivo sono presenti due principali tipi di approccio allo studio della resilienza: l'approccio *variable-focused*, orientato allo studio di variabili sia individuali che ambientali per capire quali siano i fattori salienti che consentono di raggiungere dei risultati positivi in situazioni difficili; e, l'approccio *person-focused*, che invece si propone di individuare le persone resilienti per comprenderne le caratteristiche distintive (Masten, Cutuli, Herbers & Reed, 2009).

La resilienza non è determinata da qualità rare e speciali (Masten, 2001), si riferisce alla capacità degli individui di affrontare con successo degli accadimenti negativi ed è soggetta a cambiamenti nel tempo (Stewart, Reid & Mangham, 1997); è implicata anche in previsione di cambiamenti positivi, ma che richiedono un'assunzione di grande responsabilità, tale aspetto è stato evidenziato nell'ambito della Psicologia Positiva (Luthans, 2004). Viene indicata quindi quale capacità psicologica positiva di

superare (dal verbo “bounce back” = rimbalzare o tornare indietro da) le avversità (Luthans, 2002b).

Le persone resilienti sono caratterizzate da una ferma accettazione della realtà; dalla profonda convinzione che la vita abbia un significato; dalla presenza di forti valori; infine, dalla capacità d’improvvisazione (Coutu, 2002). Il processo di resilienza è caratterizzato da una trasformazione verso una condizione più vantaggiosa, è un processo dinamico, che si riferisce ad un adattamento di tipo positivo in relazione ad eventi severi quali l’esposizione a gravi minacce e ad avversità nel corso della vita, o a violenze e aggressioni subite durante il periodo evolutivo (Magrin, 2008; Luthar, Cicchetti & Becker, 2000). La resilienza non si riferisce alla sola capacità di recupero e all’assenza di psicopatologia, ma implica la capacità di sostenere nel tempo stabilità ed equilibrio (Bonanno, 2004).

In particolare, l’attenzione nei confronti di tale costrutto ha permesso l’approfondimento di alcune delle principali dimensioni in grado di determinarlo. L’analisi della letteratura nazionale e internazionale ha evidenziato come la resilienza venga presentata sia come costrutto multidimensionale che come fattore unico. Costrutto multidimensionale determinato, per esempio, da cinque fattori quali il concetto di competenza personale, come mantenimento di elevati standard e tenacia; le convinzioni sul proprio istinto, sulla capacità di tolleranza degli eventi negativi e sul rafforzamento dal superamento di situazioni stressanti; l’accettazione positiva del cambiamento e la presenza di relazioni salde e sicure; il controllo della propria vita; e infine, l’influenza del destino o di entità di tipo superiore e spirituale, in riferimento alla Connor-Davidson Resilience Scale (CD - RISC), 25 item (Connor & Davidson, 2003); e ancora la competenza personale; la competenza sociale; la struttura personale; la coerenza familiare; il supporto sociale secondo una nuova proposta ispirata alla Resilience Scale of Adults (RSA), 45 item (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge & Martinussen, 2003). Costrutto trifattoriale, nello specifico, Tenacia, Forza e Ottimismo (Yu & Zhang, 2007); ma anche unidimensionale (Campbell-Sills & Stein, 2007; Smith, Dalen, Wiggins, Tooley, Christopher & Bernard, 2008; Siu, Hui, Phillips, Lin, Wong & Shi, 2009).

In riferimento alla resilienza (Campbell-Sills & Stein, 2007), è stata messa a punto una proposta di adattamento, tratto dalla letteratura internazionale, finalizzato alla

messa a punto di una scala che risulti maggiormente “sensibile” in un ambiente di tipo lavorativo e organizzativo (vedi seconda parte, primo studio).

I risultati emersi dall’analisi della scala originaria (CD - RISC) di Connor e Davidson, in seguito all’applicazione di due analisi fattoriali di tipo esplorativo e un’analisi fattoriale di tipo confermativo, hanno condotto alla proposta di una scala ridotta, di 10 item, già presenti nella scala CD-RISC; solo 4 item sono stati lievemente modificati; la nuova scala misura la resilienza come costrutto unidimensionale (Campbell-Sills & Stein, 2007).

#### **1.4.2 La speranza**

Le ricerche sulla *speranza* hanno evidenziato come la “Hope Theory” di Snyder rappresenti un punto di riferimento nell’ambito della letteratura internazionale. La speranza come costrutto di tipo cognitivo, disposizionale o di stato (Snyder, Sympton, Ybasco, Borders, Babyak & Higgins, 1996), e bidimensionale, composta dalle dimensioni *agency* e *pathways*; tali componenti risultano distinte, additive, in interazione tra loro, reciproche e positivamente correlate. L’*agency* è *goal-directed*, si riferisce alla percezione di essere in grado di determinare con successo il raggiungimento dei propri obiettivi nel passato, nel presente e nel futuro; la *pathways* indica la specifica capacità di pianificare e progettare delle modalità adeguate per realizzare i propri obiettivi (*planning of ways*) (Snyder et al., 1991; Abdel-Khalek & Snyder, 2007; Venning, Elliott, Kattler & Wilson, 2009). Diverse ricerche relative all’influenza della speranza sulla performance e sul benessere evidenziano che in presenza di livelli di speranza più elevati si ottengono dei risultati migliori in ambito accademico, sportivo e in relazione sia alla prevenzione che alla gestione della propria salute fisica e psicologica; inoltre, le relazioni interpersonali risultano più profonde (Rand & Cheavens, 2009).

Nell’ambito della Hope Theory sono presenti due proposte per misurare la speranza, la prima in termini disposizionali, la seconda di stato.

La Dispositional Hope Scale (DHS) si riferisce alla misurazione della speranza di tipo disposizionale; è composta da 12 item: 4 per la dimensione *agency*; 4 per la dimensione *pathways*; e, infine, 4 distrattori, con scala di risposta a quattro alternative da “assolutamente falso” ad “assolutamente vero” (Snyder et al., 1991).

La Dispositional Hope Scale è stata somministrata in lingua araba, con scala di risposta invariata rispetto all'originale; le analisi hanno confermato la presenza dei due fattori agency e pathways (Abdel-Khalek & Snyder, 2007). È stata adattata a livello linguistico alla popolazione australiana, e somministrata ad adolescenti (13-17 anni) mantenendo i 12 item originali, ma con variazioni nella scala di risposta, a 8 punti rispetto ai 4 originali, sempre da “assolutamente falso” ad “assolutamente vero”. L'analisi fattoriale ha confermato la presenza di due fattori distinti (Venning, Elliott, Kattler & Wilson, 2009). In lingua tedesca è stata somministrata con scala di risposta a 8 punti, e i risultati dello studio hanno portato all'individuazione di un unico fattore hope (Brouwer, Meijer, Weekers & Baneke, 2008).

Il comportamento umano è orientato al raggiungimento dei propri scopi, ricondotti a due principali tipi di obiettivi: il primo si riferisce alla capacità di affrontare una situazione mai affrontata prima o alla determinazione nel perseguire uno scopo (positive o approach goal); il secondo, al tentativo di impedire che un evento accada (i negative goal). L'agency si riferisce all'aspetto cognitivo di ritenersi in grado di utilizzare le migliori pathways, tale percezione implica il coinvolgimento di uno sforzo mentale a sostegno della motivazione sia ad intraprendere la strategia più opportuna che a perseverare nel perseguirla.

La State Hope Scale (SHS), si propone di misurare la speranza come stato; è sempre costituita costituita dai due fattori agency e pathways.

La speranza di tipo disposizionale si riferisce a diverse situazioni nel tempo; invece, la speranza state - like a eventi precisi o più vicini nel tempo. Nell'ambito del dibattito sulle prospettive trait-like e state-like, Snyder ritiene che siano entrambe utili; le persone probabilmente presentano sia una hope di tipo disposizionale che di stato (Snyder, Sympton, Ybasco, Borders, Babyak & Higgins, 1996). Snyder precisa che anche in situazioni specifiche, si presentano comunque dei pensieri e delle valutazioni più generali rispetto al raggiungimento dei propri obiettivi (Snyder, 2002).

La State Hope Scale è stata ottenuta dalla DHS, gli item distrattori sono stati omessi e sono stati apportati dei cambiamenti nel fraseggio e nelle istruzioni con focus sul presente. In base ai primi risultati sono stati eliminati 2 item: un item afferente alla dimensione agency (A), decisione giustificata in seguito alle analisi e, di conseguenza, un item pathways (P) per finalità di bilanciamento. La scala di risposta presenta 8

possibilità di risposta da “assolutamente falso” ad “assolutamente vero” (Snyder, Sympton, Ybasco, Borders, Babyak & Higgins, 1996).

In riferimento alla speranza (Snyder et al., 1991), è stata messa a punto una proposta di adattamento, tratto dalla letteratura internazionale, finalizzato alla messa a punto di una scala che risulti maggiormente “sensibile” in un ambiente di tipo lavorativo e organizzativo (vedi seconda parte, primo studio).

### **1.4.3 L'ottimismo**

L'*ottimismo* si riferisce alla tendenza ad aspettarsi che accadano degli eventi positivi nella propria vita. Gli ottimisti presentano una focalizzazione sulle aspettative per il futuro, il comportamento è orientato al raggiungimento di quanto desiderato, e un elemento di rilievo è rappresentato dalla fiducia di poter realizzare i propri obiettivi; gli ottimisti si differenziano dai pessimisti per il modo di affrontare i problemi e le avversità, infatti tendono ad essere più perseveranti (Carver, Scheier, Miller & Fulford, 2009).

In letteratura sono presenti due principali orientamenti per definire l'ottimismo, nonché per spiegarne l'influenza sugli atteggiamenti e sui comportamenti: l'Explanatory Style Model di Seligman (1998) e il Self-Regulatory Model di Carver e Scheier (1981) (Kluemper, Little, & DeGroot, 2009; Peterson, 2000).

Il modello dello stile esplicativo evidenzia come le persone interpretino le cause degli eventi e si riferisce agli aspetti cognitivi ed emotivi; in particolare, gli ottimisti attribuiscono gli eventi negativi a cause esterne, e invece gli eventi positivi a caratteristiche personali.

Il modello della autoregolazione spiega come la percezione di una discrepanza tra la situazione del presente e i propri obiettivi determini l'attivazione di un processo di regolazione del sé in cui risulta rilevante la componente motivazionale; nello specifico, se la persona valuta gli obiettivi desiderati realizzabili, malgrado la discrepanza, continuerà a impegnarsi aumentando lo sforzo (Kluemper, Little & DeGroot, 2009; Peterson, 2000).

In riferimento all'ottimismo (Scheier, Carver & Bridges, 1994; Scheier & Carver, 1985), è stata messa a punto una specifica scala di rilevazione nell'ambito di un'analisi di benessere organizzativo (vedi seconda parte, primo studio).

La scala “Life Orientation Test” (LOT) considera l'ottimismo in termini disposizionali, l'approccio teorico di riferimento enfatizza il ruolo delle aspettative, riferite a risultati sia positivi che negativi, quali predittori del comportamento. Le prime analisi rivelano la presenza di due fattori principali: il primo, comprende item espressi in direzione negativa, il secondo, in direzione positiva. La versione finale della scala consiste di 12 item: 4 positivi, 4 negativi, più 4 distrattori. La scala di risposta presenta 5 alternative da “totalmente d'accordo” a “totalmente in disaccordo”; gli item caratterizzati da un fraseggio negativo devono essere rigirati prima di procedere con le analisi. I risultati delle analisi fattoriali confermate, condotte utilizzando Lisrel VI, hanno rivelato delle soluzioni accettabili per entrambe le soluzioni, ma gli indici relativi alla soluzione bifattoriale risultano migliori considerata la correlazione tra i fattori  $r = .64$ . Gli autori segnalano che gli item tendono a misurare il costrutto senza ridondanza e che la scala presenta una stabilità nel tempo (Scheier & Carver, 1985). Ulteriori analisi hanno evidenziato delle problematiche relative a 2 item con fraseggio positivo, di conseguenza eliminati; la scala è stata riproposta con l'aggiunta di 1 item positivo e l'eliminazione di 1 item negativo per bilanciamento. La scala “Life Orientation Test” (LOT – R) risulta quindi composta da un totale di 6 item, e la soluzione bi fattoriale continua a presentare migliori indici di fit (Scheier, Carver & Bridges, 1994).

#### ***1.4.4 L'autoefficacia***

L'*autoefficacia* presenta un ruolo rilevante nell'influenzare il comportamento umano (Bandura, 1977); la teoria della “Self-efficacy” di Bandura si riferisce alle “*credenze delle persone nelle proprie capacità di produrre gli effetti desiderati attraverso le proprie azioni*” (Bandura, 1997, p.vii).

La sperimentazione delle relazioni di causa - effetto tra gli eventi e, di conseguenza, lo sviluppo della consapevolezza di poter essere causa di azioni con degli effetti sulla realtà risultano fondamentali per l'evoluzione del pensiero simbolico nell'infanzia e per lo sviluppo dell'autoefficacia. L'interazione con l'ambiente familiare consente una verifica delle reazioni, da parte degli adulti nei confronti del bambino, in relazione alle prime esperienze e ai primi tentativi di controllo della realtà esterna; inoltre, agisce quale fonte di incoraggiamento all'esplorazione (Bandura, 1997; Maddux, 2009).

Nel corso dell'età adulta continuano a svilupparsi le credenze in merito alla propria efficacia personale attraverso l'integrazione di informazioni provenienti da esperienze di origine differente: esperienze di padronanza attiva delle situazioni; di tipo vicario, implica l'osservazione di modelli; di persuasione verbale, con intervento esterno di incoraggiamento e rafforzamento personale. Le esperienze di padronanza attiva delle situazioni risultano più efficaci; in ordine decrescente troviamo le esperienze di tipo vicario e di persuasione verbale (Bandura, 1997).

L'autoefficacia si riferisce alle credenze sulle proprie capacità di mettere in atto un comportamento o un insieme di comportamenti che consentano il raggiungimento degli obiettivi desiderati in determinate condizioni specifiche, differenti tra loro e in continuo cambiamento; oltre alle intenzioni e predizioni di un comportamento, e alle attribuzioni causali degli eventi, implica delle abilità di gestione e di coordinamento delle proprie capacità (Maddux, 2009).

L'autoefficacia ha suscitato un interesse applicativo, in ambito clinico e psicoterapeutico, in riferimento allo sviluppo delle capacità personali allo scopo di risoluzione delle problematiche personali, nonché di apprendimento e mantenimento di comportamenti orientati al miglioramento del benessere fisico e psicologico dell'individuo (Maddux, 2009). L'attenzione rivolta a tale costrutto è stata estesa anche ad altri settori di ricerca, quali quello educativo (Sherer et al, 1982) e del lavoro (Pierro, 1997).

In riferimento alla Psicologia Positiva, un'elevata percezione di autoefficacia spinge al perseguimento di obiettivi più difficili, sostenuti da una motivazione orientata allo sforzo personale e alla perseveranza malgrado gli ostacoli (Luthans, Youssef & Avolio, 2007).

La valutazione dell'autoefficacia può essere di tipo generale, ma anche più specifico.

Sherer et al. (1982) sono i primi a proporre una scala per misurare un concetto di autoefficacia di tipo globale (Woodruff & Cashman, 1993). Ritengono che le esperienze, sia di successo che di fallimento, contribuiscano allo sviluppo di un insieme generale di aspettative utilizzabile anche in ulteriori e differenti contesti (Sherer et al, 1982). La prima versione della scala General Self-efficacy (36 item) prevedeva tre dimensioni principali: la volontà di mettere in atto un comportamento, la

determinazione nel portarlo a conclusione malgrado gli sforzi da sostenere e, infine, la perseveranza di fronte agli ostacoli per il raggiungimento degli obiettivi. L'analisi fattoriale ha rivelato una struttura bidimensionale in relazione a 23 item, i rimanenti sono stati scartati: 17 item sono stati riferiti alla sottoscala General Self-efficacy e 6 item alla sottoscala Social Self-efficacy. Viene segnalata l'opportunità di utilizzare la sottoscala General Self-efficacy in ambito clinico per una valutazione dell'efficacia sia degli interventi di tipo psicoterapeutico che di cambiamento dei comportamenti. Nella versione definitiva la General Self-efficacy presenta una scala Likert a 5 punti, e viene definita più utile rispetto alla Social Self-efficacy (Sherer et al, 1982; Sherer & Adams, 1983).

La rivalutazione della General Self-efficacy ha consentito l'individuazione di tre componenti principali riconducibili alla teoria socio - cognitiva di Bandura: la strength/forza dell'efficacia, si riferisce alla capacità di perseverare e far fronte agli ostacoli; la magnitude/ampiezza, valuta l'efficacia percepita rispetto a difficili livelli di prestazione; e, infine, la generalità/generalità, si riferisce a un senso di competenza globale nell'affrontare le problematiche che si presentano (Woodruff & Cashman, 1993; Pierro, 1997). La scala tradotta in ambito italiano risulta articolata in tre dimensioni, ma può anche essere utilizzata come monodimensionale (Pierro, 1997). La traduzione italiana di Pierro è stata successivamente adattata al contesto lavorativo per valutare l'autoefficacia professionale; in particolare, sono state considerate due dimensioni: l'efficacia rispetto a difficili livelli di prestazione e l'efficacia nel far fronte agli ostacoli (Falvo, Hichy, Capozza & De Carlo, 2002). In riferimento all'autoefficacia, nell'ambito del presente contributo di ricerca è stato considerato tale adattamento, già presente in ambito italiano (vedi seconda parte, primo studio).

La somministrazione delle scale di personalità è stata realizzata in contemporanea nell'ambito di un'indagine sul benessere organizzativo all'interno di una struttura sanitaria pubblica veneta.

## **Parte seconda**

### **Primo e secondo studio**

#### **Primo studio**

##### **2.1 Obiettivi del primo studio**

Gli obiettivi del primo studio consistono nella presentazione delle strutture fattoriali delle scale relative al carico lavorativo (*workload*), al controllo (*control*) e a quattro variabili di personalità quali la resilienza (*resilience*), la speranza (*hope*), l'ottimismo (*optimism*) e l'autoefficacia (*self-efficacy*) (Falvo, Hichy, Capozza & De Carlo, 2002).

In riferimento al carico lavorativo, al controllo, alla resilienza, alla speranza e all'ottimismo sono state messe a punto delle specifiche scale di rilevazione.

Le scale relative al carico lavorativo e al controllo sono state messe a punto nell'ambito di un'analisi del benessere organizzativo all'interno di una struttura sanitaria pubblica veneta, in tale occasione la ricerca si proponeva di mettere in luce le principali fonti di stress a cui si trovava esposto il personale sanitario.

Le scale relative alla resilienza e alla speranza costituiscono una proposta di adattamento, tratto dalla letteratura internazionale, finalizzato alla messa a punto di scale che risultino maggiormente "sensibili" in un ambiente di tipo lavorativo e organizzativo. La scala relativa all'ottimismo è stata messa a punto nell'ambito di un'analisi di benessere organizzativo. Anche in tale occasione è stato coinvolto un contesto sanitario pubblico veneto ed è stato possibile riproporre le precedenti scale relative al carico lavorativo e al controllo.

La scala relativa all'autoefficacia (Falvo, Hichy, Capozza & De Carlo, 2002) è stata analizzata prima di inserirla in studi successivi.

La scala relativa al carico lavorativo è costituita da tre fattori: il carico cognitivo (CC), la pressione temporale (PP) e il problem solving (PS) (Jackson, Wall, Martin & Davids, 1993; Mullarkey, Jackson & Parker, 1995; Norman, 2005; Wall, Jackson & Mullarkey, 1995).

La scala relativa al controllo è di tipo unidimensionale (Wall, Jackson & Mullarkey, 1995; Mullarkey, Jackson & Parker, 1995).

La scala relativa alla resilienza presenta un adattamento unidimensionale (Campbell-Sills & Stein, 2007).

La scala relativa alla speranza costituisce un adattamento bifattoriale: il primo fattore, “pathways”, riguarda il processo di pianificazione (S1); il secondo fattore, “agency”, si riferisce alla determinazione orientata verso un obiettivo (S2) (Snyder et al., 1991). La scala relativa all’ottimismo risulta composta da due fattori: il primo presenta degli item di tipo negativo (O1), il secondo di tipo positivo (O2) (Scheier, Carver & Bridges, 1994; Scheier & Carver, 1985).

La scala relativa all’autoefficacia risulta composta da due fattori: efficacia rispetto a livelli difficili di prestazione lavorativa (A1) ed efficacia nel far fronte agli ostacoli (A2) (Falvo, Hichy, Capozza & De Carlo, 2002).

## **2.2 Descrizione dell’organizzazione**

I dati sono stati raccolti nell’ambito della realtà sanitaria pubblica veneta in due contesti organizzativi differenti entrambi di grandi dimensioni.

Il primo contesto sanitario è un Ente di rilevanza nazionale, a carattere scientifico, che persegue standard di eccellenza sia nell’attività di ricerca, prevalentemente clinica (ma anche in campo biomedico e biotecnologico), che per le prestazioni di ricovero e cura di alta specialità. L’alta qualificazione si esprime non solo relativamente alle attività di ricerca e di assistenza, ma anche nell’organizzazione e gestione dei servizi sanitari, nonché nell’attenzione rivolta alla formazione professionale e all’educazione sanitaria.

Il rispetto e la dignità nei confronti della persona, considerata nella sua complessità come caratterizzata non solo da aspetti biologici, ma anche psicofisici e relazionali, rappresentano la *mission* di tale istituzione. La collaborazione e la condivisione vengono incoraggiate sia in un’ottica di approccio multidisciplinare alla patologia che di creazione e di implementazione di una rete con altre strutture sanitarie, per favorire un miglioramento della prevenzione; inoltre, viene promosso e sostenuto l’inserimento in attività internazionali.

L'uguaglianza dei diritti degli utenti rappresenta un rilevante valore riferimento, infatti le cure mediche devono essere garantite senza discriminazioni legate all'età anagrafica, al genere, alla nazionalità, alle credenze religiose, agli orientamenti politici o alle condizioni sociali, e secondo criteri di imparzialità, qualità e trasparenza.

L'impegno è rivolto a garantire una continuità terapeutica nei confronti degli utenti senza trascurare gli aspetti relazionali e interpersonali, poiché il miglioramento del rapporto tra il medico e il paziente e i suoi familiari incide non solo sulla soddisfazione, ma anche in merito all'adesione alle cure.

Nell'ambito dei contesti sanitari l'attenzione ai processi di umanizzazione e alla qualità percepita del servizio sanitario assume una rilevanza sempre maggiore; è attuale la problematica della relazione tra il medico e il paziente e i suoi familiari. Le risposte del paziente e dei suoi familiari alla condizione di malattia, e le strategie di interazione con il personale medico/infermieristico, sono state approfondite in letteratura e valutate anche sulla base di differenti modelli teorici di riferimento (Rutelli, Faa & Matta, 2007; Rutelli, Faa & Matta, 2008): il modello della dipendenza emozionale; il modello della controdipendenza emozionale; il modello del conflitto spostato; il modello dell'interdipendenza.

Il modello della dipendenza emozionale è caratterizzato dalla richiesta, da parte del paziente e dei suoi familiari, di pressoché totale assunzione di responsabilità, sia a livello emozionale che professionale, del personale medico/infermieristico in relazione alla gestione della situazione di crisi. Il paziente ed i suoi parenti ricercano la protezione e la rassicurazione del personale sanitario, a cui preferiscono delegare la gestione della situazione. L'atteggiamento di fiducia quasi incondizionata nei confronti del personale medico/infermieristico incoraggia un'adesione acritica alle indicazioni terapeutiche.

Il modello della controdipendenza emozionale si distingue per la valutazione delle capacità professionali del personale medico/infermieristico da parte del paziente e dei suoi parenti; prevale la ricerca del conflitto e la contestazione della diagnosi e delle terapie proposte. Il paziente, quindi, tende a non affidarsi al medico e a gestire in maniera autonoma le cure. Nell'ambito di questo modello è prevista anche la possibilità che il personale medico/infermieristico per reazione giochi un ruolo di critica e/o oppositivo nei confronti del paziente e dei suoi familiari.

Il modello del conflitto spostato è caratterizzato da una comunicazione più razionale; infatti, ci si focalizza sullo scambio di informazioni relative ad aspetti tecnico - scientifici. Le modalità di interazione evidenziano che il ruolo attribuito al personale medico/infermieristico è quello di “esperti del settore”; invece, il paziente e i suoi familiari risultano persone in cerca di spiegazioni sempre più precise e dettagliate in relazione al proprio stato fisico. Le problematiche psicologiche, quali i vissuti d’ansia e di paura, generati dalle nuove condizioni di vita influenzate dallo stato di salute non vengono né prese in carico, né verbalizzate o affrontate dagli interlocutori. Il disagio emotivo non viene elaborato, e si tende a spostare l’attenzione su aspetti di tipo razionale, tecnico o scientifico.

Il modello dell’interdipendenza corrisponde ad uno stile di relazione più funzionale alla gestione delle problematiche della salute. Si distingue per il rapporto di collaborazione che si instaura tra il personale medico/infermieristico, il paziente ed i suoi familiari. La valutazione delle informazioni e delle decisioni viene condivisa; viene costruito un progetto diagnostico-terapeutico che nasce dal confronto tra gli interlocutori; il paziente si propone in modo attivo per affrontare le problematiche legate alla sua attuale condizione di salute. È presente sia la volontà di approfondire gli aspetti razionali, tecnici e scientifici, sia un’attenzione alle difficoltà psicologiche, emotive e relazionali che il paziente vive ed incontra nel percorso di adattamento alla nuova realtà. Tale modalità di interazione viene costruita in collaborazione.

L’interazione tra il personale medico/infermieristico, il paziente ed i suoi familiari, può essere caratterizzata dalla prevalenza di uno stile relazionale fra i quattro finora descritti.

Qualunque sia il modello prevalente riscontrato è sempre possibile l’evoluzione verso stili di pensiero e di comportamento maggiormente funzionali e soddisfacenti, anche attraverso le integrazioni fra i punti di forza e di debolezza dei quattro modelli proposti. La comprensione del tipo di relazione instaurata e l’attenzione ai potenziali cambiamenti rivolti ad un miglioramento consentono una valutazione più appropriata della situazione diagnostico - terapeutica e migliori strategie di azione e d’intervento.

Anche il secondo contesto sanitario è un Ente di rilievo nazionale caratterizzato da alta specializzazione sia nell’attività di ricerca, che di diagnosi, cura e riabilitazione in riferimento a ricoveri, visite e prestazioni ambulatoriali.

La struttura si propone di contribuire alla promozione, al mantenimento e al recupero delle condizioni di salute degli utenti; inoltre, di sviluppare rapporti di collaborazione sia con altre aziende sanitarie presenti sul territorio che con altri soggetti, sia pubblici che privati, quali le associazioni di volontariato o altre componenti sociali ed economiche.

Gli obiettivi sono rivolti a soddisfare una domanda sanitaria complessa assicurando una risposta appropriata ed efficace, di elevato livello scientifico, caratterizzata da qualità dei servizi e orientamento all'innovazione.

I valori etici di riferimento considerano la centralità delle aspettative del cittadino; come paziente, in termini di garanzie assistenziali di elevato livello tecnico e professionale, a disposizione secondo criteri di equità; come utente, in termini di accesso informato e tempestivo sia alle informazioni che ai servizi, per una scelta consapevole; come contribuente, in termini di trasparenza di utilizzo appropriato ed efficiente delle risorse.

Nell'ambito dei contesti organizzativi assume sempre maggior rilevanza l'attenzione alla responsabilità sociale e ai codici e valori etici di riferimento (Cerana, 2004; De Carlo, 2009).

### **2.3 Procedura di rilevazione**

La procedura di rilevazione dei dati ha previsto una somministrazione di tipo collettivo, organizzata per gruppi, in sede e in orario lavorativo, previo accordo con le direzioni di entrambe le strutture.

Prima della somministrazione in aula, coordinata da ricercatori, i partecipanti sono stati informati riguardo agli obiettivi dell'indagine e alle modalità di risposta implicate dalla procedura di rilevazione; inoltre, è stato garantito il rispetto dell'anonimato per facilitare un'adesione alla ricerca libera da eventuali timori relativi alla compilazione.

Durante la somministrazione i partecipanti hanno avuto la possibilità di richiedere dei chiarimenti in caso di difficoltà relative alla compilazione.

Al termine della compilazione i partecipanti hanno riconsegnato i materiali seguendo le indicazioni fornite dai ricercatori, hanno prima inserito i questionari in una busta chiusa e li hanno poi riposti in un'urna dedicata ai fini di garanzia dell'anonimato.

## **2.4 Descrizione del questionario**

Il questionario risulta costituito da 6 scale di misura per un totale di 52 item: 13 riferiti alla scala carico lavorativo, 6 alla scala controllo, 10 alla scala resilienza, 7 alla scala speranza, 7 alla scala ottimismo, 9 alla scala autoefficacia.

Il formato della domanda scelto è rappresentato dall'item espresso in forma di affermazione e chiuso. Il formato di risposta utilizzato è la scala di giudizio di tipo Likert a sei punti con la presenza di un'ulteriore possibilità di risposta N corrispondente a un "Non posso valutare" (1 = Molto in disaccordo, 2 = Abbastanza in disaccordo, 3 = Moderatamente in disaccordo, 4 = Moderatamente d'accordo, 5 = Abbastanza d'accordo, 6 = Molto d'accordo, N = Non posso valutare).

Per la scala riferita al carico lavorativo si richiede ai partecipanti di indicare il proprio grado di accordo o disaccordo nei confronti delle affermazioni riportate pensando a cosa ci si aspetta dal partecipante stesso sul lavoro, con attenzione a che cosa il lavoro richieda.

Per la scala riferita al controllo si chiede ai partecipanti di indicare il proprio grado di accordo o disaccordo nei confronti delle affermazioni riportate, con attenzione a che cosa il lavoro permetta.

Per le quattro scale riferite alle variabili di personalità si chiede ai partecipanti di indicare, con una crocetta, il proprio grado di accordo o disaccordo nei confronti delle affermazioni riportate relative alla percezione che si ha di se stessi.

Alcuni item sono formulati in modo tale da esprimere sia un atteggiamento favorevole o positivo che sfavorevole o negativo per evitare fenomeni di response set, quindi la tendenza a fornire risposte stereotipate, accordando una preferenza alla modalità destra o sinistra della scala di risposta indipendentemente dal contenuto dell'affermazione. Per la formulazione degli item sono stati adottati dei criteri di semplificazione rivolti all'eliminazione delle difficoltà di risposta, con particolare

attenzione nei confronti degli indicatori sfavorevoli o negativi, che tendono a creare maggiori complicazioni ai soggetti in fase di compilazione.

Il questionario è suddiviso in tre sezioni fondamentali: la prima prevede l'esposizione delle istruzioni necessarie per una corretta compilazione del questionario e la presentazione delle garanzie riguardanti il rispetto dell'anonimato e l'uso scientifico dei dati raccolti; la seconda è costituita dagli item raggruppati per dimensioni e dalle rispettive scale di risposta; la terza ed ultima parte consente di rilevare le variabili indipendenti di attributo, spesso indicate come variabili del soggetto o categoriali, relative alle caratteristiche socio-anagrafiche degli individui considerate utili ai fini della ricerca, in tali contesti si richiedono informazioni sull'età, sul genere, sul titolo di studio, sulla posizione o qualifica ricoperta all'interno della struttura, sulla tipologia di contratto, sul tempo di lavoro e sulla sicurezza legata all'attività lavorativa.

## **2.5 I partecipanti**

La prima rilevazione ha permesso di individuare due campioni di riferimento (Tab. 1): il primo, per la scala relativa al carico lavorativo, è caratterizzato da una numerosità campionaria di 206 soggetti; il secondo, per la scala relativa al controllo, è composto da 217 soggetti.

La seconda rilevazione ha consentito l'identificazione di sei campioni di riferimento (Tab. 2): il primo, per la scala relativa al carico lavorativo, presenta una numerosità campionaria di 1580 soggetti; il secondo, per la scala relativa al controllo, è costituito da 1698 soggetti; il terzo, per la scala relativa alla resilienza, è composto da 1470 soggetti; il quarto, per la scala relativa alla speranza, è costituito da 1496 soggetti; il quinto, per la scala relativa all'ottimismo, è composto da 1523 soggetti; ed infine, il sesto, per la scala relativa all'autoefficacia è costituito da 1520 soggetti.

In riferimento alla prima rilevazione, i risultati relativi al primo campione hanno evidenziato una differente distribuzione di genere: il 73,3% dei soggetti appartiene al genere femminile, invece il 25,2% a quello maschile, i mancanti di sistema corrispondono all'1,5%. Il 39,3% del campione presenta un'età compresa tra i 30 e i 40 anni, il 59,2% superiore ai 40 anni, i mancanti di sistema corrispondono all'1,5%. I risultati relativi al titolo di studio indicano che la maggioranza del campione,

rappresentata dal 53,9% dei soggetti, è in possesso di una laurea o di un titolo post - lauream, il 38,3% di un diploma di licenza superiore o di specializzazione professionale, solo il 6,3% della licenza relativa alla scuola dell'obbligo, i mancanti di sistema corrispondono all'1,5%. In riferimento alla posizione o qualifica ricoperta all'interno della struttura il 49,5% si colloca tra gli operatori sanitari del comparto, il 24,3% ricopre la carica di dirigente e il 10,2% si dichiara operatore amministrativo, il 14,1% altro, i mancanti di sistema corrispondono all'1,9%. La maggior parte del campione, l'82,5% segnala una tipologia di contratto di lavoro a tempo indeterminato, solo il 15,5% un contratto di lavoro a tempo determinato, i mancanti di sistema corrispondono all'1,9%. Il 44,2% dichiara che il proprio lavoro è regolato dall'attuale tipologia contrattuale da più di 15 anni, il 29,6% da meno di cinque anni e il 23,8% da un periodo compreso tra i 5 e i 15 anni, i mancanti di sistema corrispondono al 2,4%.

### Campioni

Scala	N
Carico lavorativo - I	206
Controllo - I	217

Tab. 1

Scala	N
Carico lavorativo - S	1580
Controllo - S	1698
Resilienza	1470
Speranza	1496
Ottimismo	1523
Autoefficacia	1520

Tab. 2

**Tab. 1 e Tab. 2:** numerosità campionaria.

I risultati relativi al secondo campione della prima rilevazione hanno confermato una differente distribuzione di genere: la maggioranza del campione, rappresentata dal 73,7% dei soggetti, appartiene al genere femminile, invece il 24% a quello maschile, i

mancanti di sistema corrispondono al 2,3%. Il 41,5% del campione presenta un'età compresa tra i 30 e i 40 anni, il 56,2% superiore ai 40 anni, i mancanti di sistema corrispondono al 2,3%. I risultati relativi al titolo di studio indicano che la maggioranza del campione, rappresentata dal 54,8% dei soggetti, è in possesso di una laurea o di un titolo post - lauream, il 36,9% di un diploma di licenza superiore o di specializzazione professionale, solo il 6% della licenza relativa alla scuola dell'obbligo, i mancanti di sistema corrispondono al 2,3%. In riferimento alla posizione o qualifica ricoperta all'interno della struttura il 48,4% si colloca tra gli operatori sanitari del comparto, il 23,5% ricopre la carica di dirigente e il 9,7% si dichiara operatore amministrativo, il 15,7% altro, i mancanti di sistema corrispondono al 2,8%. La maggior parte del campione, l'80,2% segnala una tipologia di contratto di lavoro a tempo indeterminato, solo il 17,5% un contratto di lavoro a tempo determinato, i mancanti di sistema corrispondono al 2,3%. Il 41,5% dichiara che il proprio lavoro è regolato dall'attuale tipologia contrattuale da più di 15 anni, il 30,9% da meno di cinque anni e il 24% da un periodo compreso tra i 5 e i 15 anni, i mancanti di sistema corrispondono al 3,7%.

In riferimento alla seconda rilevazione, i risultati relativi al primo campione hanno evidenziato una differente distribuzione di genere: il 67,8% dei soggetti appartiene al genere femminile, invece il 28,2% a quello maschile, i mancanti di sistema corrispondono al 4,1%. Il 74,8% del campione presenta un'età maggiore o uguale a 40 anni, il 21,4% inferiore a 40 anni, i mancanti di sistema corrispondono al 3,7%. La quasi totalità dei partecipanti, corrispondente al 94,9%, possiede la nazionalità italiana, solo lo 0,7% altra nazionalità, i mancanti di sistema corrispondono al 4,4%. Il 57,2% dei soggetti si trova con figli a carico e il 26,1% è senza figli, i mancanti di sistema corrispondono al 16,7%. In riferimento alla posizione o qualifica ricoperta all'interno della struttura il 55,5% dei soggetti si colloca nella categoria D-DS, il 20,7% nella categoria B-BS, il 9,5% nella categoria C e il 10,3% ricopre la carica di dirigente, i mancanti di sistema corrispondono al 3,9%. La maggior parte del campione, corrispondente al 75,9% dei soggetti, ricopre un'attività lavorativa di tipo full-time, invece il 19,2% lavora part-time, i mancanti di sistema corrispondono al 4,9%. La maggior parte del campione, il 94,3% segnala una tipologia di contratto di lavoro a tempo indeterminato, solo il 2,7% un contratto di lavoro a tempo determinato, i mancanti di sistema corrispondono al 3%. In termini di continuità nel tempo il 42,1%

dei partecipanti percepisce l'attuale attività lavorativa come molto sicura, il 51,3% abbastanza sicura, solo il 2,3% poco sicura e lo 0,6% per nulla sicura, i mancanti di sistema corrispondono al 3,6%. Il 71% dei soggetti svolge un'attività lavorativa di tipo assistenziale e di prestazione di servizi, il 17,6% di tipo amministrativo, i mancanti di sistema corrispondono all'11,4%.

I risultati relativi al secondo campione della seconda rilevazione hanno confermato una differente distribuzione di genere: il 68,1% dei soggetti appartiene al genere femminile, invece il 27,7% a quello maschile, i mancanti di sistema corrispondono al 4,2%. Il 75,2% del campione presenta un'età maggiore o uguale a 40 anni, il 20,7% inferiore a 40 anni, i mancanti di sistema corrispondono al 4,1%. La quasi totalità dei partecipanti, corrispondente al 94,4%, possiede la nazionalità italiana, solo lo 0,7% altra nazionalità, i mancanti di sistema corrispondono al 4,9%. Il 56,6% dei soggetti si trova con figli a carico e il 26,6% è senza figli, i mancanti di sistema corrispondono al 16,8%. In riferimento alla posizione o qualifica ricoperta all'interno della struttura il 54,4% dei soggetti si colloca nella categoria D-DS, il 21,3% nella categoria B-BS, il 9,8% nella categoria C e il 10,2% ricopre la carica di dirigente, i mancanti di sistema corrispondono al 4,3%. La maggior parte del campione, corrispondente al 74,8% dei soggetti, ricopre un'attività lavorativa di tipo full-time, invece il 19,8% lavora part-time, i mancanti di sistema corrispondono al 5,4%. La maggior parte del campione, il 97,1% segnala una tipologia di contratto di lavoro a tempo indeterminato, solo il 2,9% un contratto di lavoro a tempo determinato, i mancanti di sistema corrispondono al 3,3%. In termini di continuità nel tempo il 42% dei partecipanti percepisce l'attuale attività lavorativa come molto sicura, il 51,2% abbastanza sicura, solo il 2,4% poco sicura e lo 0,8% per nulla sicura, i mancanti di sistema corrispondono al 3,7%. Il 69% dei soggetti svolge un'attività lavorativa di tipo assistenziale e di prestazione di servizi, il 18,7% di tipo amministrativo, i mancanti di sistema corrispondono al 12,3%.

I risultati relativi al terzo campione della seconda rilevazione hanno evidenziato una differente distribuzione di genere: il 69,9% dei soggetti appartiene al genere femminile, invece il 27,3% a quello maschile, i mancanti di sistema corrispondono al 2,8%. Il 76,5% del campione presenta un'età maggiore o uguale a 40 anni, il 21,2% inferiore a 40 anni, i mancanti di sistema corrispondono al 2,4%. La quasi totalità dei

partecipanti, corrispondente al 95,7%, possiede la nazionalità italiana, solo lo 0,6% altra nazionalità, i mancanti di sistema corrispondono al 3,7%. Il 58,5% dei soggetti si trova con figli a carico e il 26,5% è senza figli, i mancanti di sistema corrispondono al 15%. In riferimento alla posizione o qualifica ricoperta all'interno della struttura il 56,1% dei soggetti si colloca nella categoria D-DS, il 20,5% nella categoria B-BS, il 9,7% nella categoria C e il 10,7% ricopre la carica di dirigente, i mancanti di sistema corrispondono al 3%. La maggior parte del campione, corrispondente al 75,6% dei soggetti, ricopre un'attività lavorativa di tipo full-time, invece il 20,5% lavora part-time, i mancanti di sistema corrispondono al 3,9%. La maggior parte del campione, il 95,1% segnala una tipologia di contratto di lavoro a tempo indeterminato, solo il 2,8% un contratto di lavoro a tempo determinato, i mancanti di sistema corrispondono al 2,1%. In termini di continuità nel tempo il 43,6% dei partecipanti percepisce l'attuale attività lavorativa come molto sicura, il 51,2% abbastanza sicura, solo il 2,4% poco sicura e lo 0,5% per nulla sicura, i mancanti di sistema corrispondono al 2,4%. Il 71,5% dei soggetti svolge un'attività lavorativa di tipo assistenziale e di prestazione di servizi, il 18,2% di tipo amministrativo, i mancanti di sistema corrispondono al 10,3%.

I risultati relativi al quarto campione della seconda rilevazione hanno evidenziato una differente distribuzione di genere: il 69,2% dei soggetti appartiene al genere femminile, invece il 28,3% a quello maschile, i mancanti di sistema corrispondono al 2,5%. Il 76,7% del campione presenta un'età maggiore o uguale a 40 anni, il 20,9% inferiore a 40 anni, i mancanti di sistema corrispondono al 2,4%. La quasi totalità dei partecipanti, corrispondente al 96,2%, possiede la nazionalità italiana, solo lo 0,5% altra nazionalità, i mancanti di sistema corrispondono al 3,3%. Il 57,2% dei soggetti si trova con figli a carico e il 27,1% è senza figli, i mancanti di sistema corrispondono al 15,8%. In riferimento alla posizione o qualifica ricoperta all'interno della struttura il 55,4% dei soggetti si colloca nella categoria D-DS, il 21,9% nella categoria B-BS, il 9,8% nella categoria C e il 10,2% ricopre la carica di dirigente, i mancanti di sistema corrispondono al 2,7%. La maggior parte del campione, corrispondente al 75,5% dei soggetti, ricopre un'attività lavorativa di tipo full-time, invece il 20,6% lavora part-time, i mancanti di sistema corrispondono al 3,9%. La maggior parte del campione, il 95,7% segnala una tipologia di contratto di lavoro a tempo indeterminato, solo il 2,6% un contratto di lavoro a tempo determinato, i

mancanti di sistema corrispondono all'1,7%. In termini di continuità nel tempo il 43% dei partecipanti percepisce l'attuale attività lavorativa come molto sicura, il 51,7% abbastanza sicura, solo il 2,4% poco sicura e lo 0,4% per nulla sicura, i mancanti di sistema corrispondono al 2,5%. Il 70,8% dei soggetti svolge un'attività lavorativa di tipo assistenziale e di prestazione di servizi, il 18,6% di tipo amministrativo, i mancanti di sistema corrispondono al 10,6%.

I risultati relativi al quinto campione della seconda rilevazione hanno evidenziato una differente distribuzione di genere: il 69,1% dei soggetti appartiene al genere femminile, invece il 28,4% a quello maschile, i mancanti di sistema corrispondono al 2,5%. Il 76,6% del campione presenta un'età maggiore o uguale a 40 anni, il 21,1% inferiore a 40 anni, i mancanti di sistema corrispondono al 2,3%. La quasi totalità dei partecipanti, corrispondente al 96,3%, possiede la nazionalità italiana, solo lo 0,5% altra nazionalità, i mancanti di sistema corrispondono al 3,3%. Il 57,7% dei soggetti si trova con figli a carico e il 26,9% è senza figli, i mancanti di sistema corrispondono al 15,4%. In riferimento alla posizione o qualifica ricoperta all'interno della struttura il 55,9% dei soggetti si colloca nella categoria D-DS, il 21,7% nella categoria B-BS, il 9,4% nella categoria C e il 10,5% ricopre la carica di dirigente, i mancanti di sistema corrispondono al 2,5%. La maggior parte del campione, corrispondente al 77% dei soggetti, ricopre un'attività lavorativa di tipo full-time, invece il 19,1% lavora part-time, i mancanti di sistema corrispondono al 3,9%. La maggior parte del campione, il 95,7% segnala una tipologia di contratto di lavoro a tempo indeterminato, solo il 2,6% un contratto di lavoro a tempo determinato, i mancanti di sistema corrispondono all'1,7%. In termini di continuità nel tempo il 43,5% dei partecipanti percepisce l'attuale attività lavorativa come molto sicura, il 51,3% abbastanza sicura, solo il 2,4% poco sicura e lo 0,7% per nulla sicura, i mancanti di sistema corrispondono al 2,1%. Il 71,4% dei soggetti svolge un'attività lavorativa di tipo assistenziale e di prestazione di servizi, il 18,6% di tipo amministrativo, i mancanti di sistema corrispondono al 9,9%.

I risultati relativi al sesto campione della seconda rilevazione hanno evidenziato una differente distribuzione di genere: il 68,6% che dei soggetti appartiene al genere femminile, invece il 28,7% a quello maschile, i mancanti di sistema corrispondono al 2,7%. Il 76,6% del campione presenta un'età maggiore o uguale a 40 anni, il 20,9%

inferiore a 40 anni, i mancanti di sistema corrispondono al 2,5%. La quasi totalità dei partecipanti, corrispondente al 95,9%, possiede la nazionalità italiana, solo lo 0,6% altra nazionalità, i mancanti di sistema corrispondono al 3,5%. Il 57,2% dei soggetti si trova con figli a carico e il 26,7% è senza figli, i mancanti di sistema corrispondono al 16,1%. In riferimento alla posizione o qualifica ricoperta all'interno della struttura il 55,3% dei soggetti si colloca nella categoria D-DS, il 21,6% nella categoria B-BS, il 9,1% nella categoria C e il 10,8% ricopre la carica di dirigente, i mancanti di sistema corrispondono al 3,2%. La maggior parte del campione, corrispondente al 76,6% dei soggetti, ricopre un'attività lavorativa di tipo full-time, invece il 19,7% lavora part-time, i mancanti di sistema corrispondono al 3,7%. La maggior parte del campione, il 95,6% segnala una tipologia di contratto di lavoro a tempo indeterminato, solo il 2,6% un contratto di lavoro a tempo determinato, i mancanti di sistema corrispondono all'1,8%. In termini di continuità nel tempo il 43,4% dei partecipanti percepisce l'attuale attività lavorativa come molto sicura, il 51,2% abbastanza sicura, solo il 2,4% poco sicura e lo 0,6% per nulla sicura, i mancanti di sistema corrispondono al 2,4%. Il 70,9% dei soggetti svolge un'attività lavorativa di tipo assistenziale e di prestazione di servizi, il 18,5% di tipo amministrativo, i mancanti di sistema corrispondono al 10,6%. I campioni risultano caratterizzati da una prevalenza del genere femminile, di lavoratori con età superiore o uguale a 40 anni, e da una tipologia di contratto a tempo indeterminato.

## **2.6 Codifica e analisi dei dati**

Il formato della domanda scelto, rappresentato dall'item espresso in forma di affermazione e chiuso, consente sia una somministrazione che una codifica più agevole e più veloce.

Il materiale empirico grezzo ottenuto è stato trasformato in una forma più adeguata per le successive analisi statistiche dei dati, è stata quindi creata la matrice dei dati. La lettura della matrice dei dati permette di individuare in ogni riga tutte le risposte fornite da un singolo soggetto; risulta costituita, quindi, da tante righe quante sono le unità di analisi prese in esame, i casi corrispondono ai questionari dei soggetti, e da

tante colonne quante sono le variabili considerate, comprese le caratteristiche socio-anagrafiche.

La codifica delle informazioni è stata definita a priori, è stato possibile assegnare un simbolo o codice ad ogni variabile, poiché erano già conosciute in partenza tutte le possibili modalità di risposta delle domande.

Si è ritenuto opportuno attribuire alla scala di risposta un numero progressivo da 1 a 6 (1 = Molto in disaccordo, 2 = Abbastanza in disaccordo, 3 = Moderatamente in disaccordo, 4 = Moderatamente d'accordo, 5 = Abbastanza d'accordo, 6 = Molto d'accordo) e considerare la possibilità di risposta N corrispondente a "Non posso valutare" come un valore mancante.

Alle informazioni di carattere socio-anagrafico è stato assegnato un valore, sempre progressivo, in grado di individuare le specifiche modalità di risposta.

La matrice dei dati è stata successivamente elaborata con l'apposito programma di calcolo SPSS, che consente la lettura delle informazioni e l'esecuzione di operazioni di conteggio e aritmetiche richieste da diverse tecniche statistiche.

Sono stati eseguiti dei controlli di plausibilità attraverso una pulizia dei codici non previsti. Si è cercato, quindi, di individuare nelle distribuzioni di frequenza di ogni variabile i codici non compresi negli intervalli di valori previsti; inoltre, di controllare le eventuali frequenze di un codice anomale rispetto a quanto atteso. Si è consapevoli che tale metodo non consente di individuare errori nei codici attesi, si accetta quindi il compromesso di identificare solo una parte degli errori.

In fase di codifica dei dati i *missing value* sono stati codificati in modo opportuno per distinguerli dai valori che potevano essere effettivamente assunti dalle variabili. In fase di analisi è stata utilizzata la strategia di esclusione listwise per il trattamento preliminare dei dati mancanti di ogni scala, sono stati quindi analizzati i soli casi che presentavano valori validi per tutte le variabili prese in esame (Barbaranelli, 2007); la *listwise deletion* (LD) costituisce uno dei metodi più diffusi per la gestione delle informazioni quando queste risultano incomplete (Schafer & Graham, 2002). Inoltre, si ricorda che ove previsto è stato invertito il sistema di punteggio prima di procedere con le analisi.

Per l'affidabilità delle scale è stato utilizzato il coefficiente Alpha di Cronbach che consente la verifica della coerenza interna complessiva di una scala ed una stima della sua attendibilità; è stata controllata la correlazione item - totale corretta.

L'analisi degli item si propone di individuare gli item più adeguati mediante la verifica sia dell'omogeneità della scala che della coerenza interna degli item (Corbetta, 1999).

La correlazione item - totale corretta consente la verifica dell'omogeneità della scala, permette di esaminare se un item correla in modo sostanziale con l'insieme degli altri item. Per ciascun item si calcola separatamente la correlazione tra l'item ed il punteggio composto; tale punteggio si riferisce al punteggio totale basato su tutti gli item, escludendo dal composto l'item in questione. Si sceglieranno gli item con i coefficienti di correlazione positivi con il punteggio totale della scala, uguali o superiori a .30. Le correlazioni nulle o molto basse indicano che l'item non misura la stessa variabile latente della scala. I coefficienti alti, ma negativi, individuano o la presenza di un errore di scoring, e la necessità di invertire il sistema di punteggio e ricalcolare il punteggio totale per ciascun soggetto; o una formulazione ambigua dell'item; oppure il problema può riguardare la concettualizzazione del costrutto e la sua operazionalizzazione. Esiste un legame tra il numero di item e la grandezza dei coefficienti di correlazione item - totale: più sono gli item, più bassi possono risultare i coefficienti; ma la scala può rivelare ugualmente una buona coerenza interna.

Il coefficiente alpha di Cronbach consente la verifica della coerenza interna complessiva della scala ed una stima della sua attendibilità. La coerenza interna indica il grado di accordo tra più misure dello stesso costrutto rilevate in una stessa occasione di somministrazione con lo stesso metodo. Il coefficiente alpha è una funzione del numero degli item e delle loro intercorrelazioni, cresce con l'aumentare sia del numero degli elementi della scala che della loro correlazione media. In seguito all'aggiunta di item, dopo un rapido incremento, l'aumento diventa sempre minore, inoltre si verifica l'aumento solo se non diminuisce la correlazione media tra gli item.

Il coefficiente alpha normalmente assume un valore positivo fra 0 ed 1, più elevati sono i valori maggiore è la coerenza interna della scala, la soglia suggerita per poter accettare una scala è di .70: valori  $>.90$  = ottimo, tra .80 e .90 = buono, tra .70 e .80 = discreto, tra .60 e .70 = sufficiente,  $<.60$  = insufficiente (Corbetta, 1999).

L'individuazione di un coefficiente alpha negativo rivela un'errata codifica di qualche item.

Le analisi effettuate hanno considerato il valore del coefficiente alpha in rapporto ai fattori e alle singole scale di misura, e l'eventuale modificazione di tale valore in seguito all'eliminazione di un item.

Per la verifica della struttura fattoriale è stata applicata l'analisi fattoriale confermativa (LISREL 8.7; Jöreskog & Sörbom, 2004; LISREL 8.8; Jöreskog & Sörbom, 2007). L'analisi fattoriale è una procedura statistica che consente di indagare le relazioni tra variabili osservate e latenti; esistono due tipi di analisi fattoriali: l'EFA, analisi fattoriale esplorativa, e la CFA, analisi fattoriale confermativa. Nel primo caso i legami tra le variabili osservate e latenti non sono noti, sono presenti delle ipotesi; nel secondo, invece, sono presenti delle conoscenze sulle relazioni tra le variabili osservate e i fattori latenti; tali indicazioni derivano dalla teoria, dalla ricerca empirica, o da entrambe e viene quindi testata una struttura fattoriale individuata (Byrne, 1998).

I modelli di equazioni strutturali (SEM, Structural Equation Modeling) sono applicati a variabili metriche, intese come variabili ad intervalli e cardinali secondo Stevens (1951); nel caso delle scale di tipo Likert non si verifica l'ampiezza dei segmenti del continuum (Corbetta, 1992).

Per l'adattamento del modello ai dati sono stati considerati principalmente gli indici  $\chi^2$ , CFI (Comparative Fit Index) e SRMR (Standardized RMR) (Hu & Bentler, 1999). L'adozione delle regole di combinazione di due indici, oltre al test del  $\chi^2$ , sensibile alla numerosità campionaria, è un criterio preferibile rispetto alla presentazione di un unico indice (Hu & Bentler, 1999; Schermelleh-Engel, Moosbrugger & Müller, 2003).

Sono stati valutati anche gli indici RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation), NNFI (Nonnormed Fit Index), GFI (Goodness of Fit Index), AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index) (Schermelleh-Engel, Moosbrugger & Müller, 2003).

I criteri di cut off considerati risultano:  $< .08$  per SRMR e  $\geq .95$  per CFI per un buon adattamento (Hu & Bentler, 1999).

Inoltre,  $0 \leq RMSEA \leq .05$  per un buon fit e  $.05 < RMSEA \leq .08$  per un fit accettabile;  $.97 \leq NNFI \leq 1.00$  per un buon fit e  $.95 \leq NNFI < .97$  per un fit accettabile;

$.95 \leq GFI \leq 1$  per un buon fit e  $.90 \leq GFI < .95$  per un fit accettabile;  $.90 \leq AGFI \leq 1$  per un buon fit e  $.85 \leq AGFI < .90$  per un fit accettabile.

Per le analisi ci si è avvalsi di matrici di covarianza, calcolate con l'utilizzo di Prelis. Per l'identificazione del modello Lisrel prevede la saturazione ad uno per il primo item di ogni scala/fattore. Inoltre, è stato utilizzato il metodo della massima verosomiglianza (ML, Maximum Likelihood), che costituisce un approccio di stima diffuso tra quelli previsti per i SEM; inoltre, risulta abbastanza robusto rispetto alla violazione dell'assunzione di normalità multivariata (Schermelleh-Engel, Moosbrugger & Müller, 2003).

## **2.7 I risultati**

L'analisi delle statistiche descrittive consente di valutare la distribuzione dei valori delle variabili all'interno del campione. Verranno presentati i valori medi delle scale, come misure di tendenza centrale, per individuare un unico valore che rappresenti al massimo grado tutti quelli presenti nella distribuzione; e la deviazione standard, come misura di dispersione o di variabilità della distribuzione, per indicare quanto i casi si disperdano attorno alla misura di tendenza centrale. La presenza di un valore elevato evidenzia una forte dispersione dei dati, che risultano quindi sparpagliati in relazione alla misura di tendenza centrale, al contrario un valore basso individua una dispersione debole, che vede i dati accumularsi intorno alla misura di tendenza centrale.

In riferimento alla prima rilevazione e alla scala carico lavorativo vengono presentati i risultati relativi ai singoli fattori.

Il fattore carico cognitivo (CC) presenta un valore medio di 5,07 con deviazione standard 1,22. I valori delle medie dei singoli item tendono a discostarsi dal valore centrale della scala di risposta. I soggetti ritengono che il lavoro richieda di doversi concentrare anche se disturbati dall'ambiente circostante; inoltre, di tenere in mente molte informazioni in contemporanea e di seguire più operazioni alla volta.

Il fattore pressione temporale (PT) presenta un valore medio di 4,17 con deviazione standard 1,53. I valori delle medie dei singoli item si posizionano abbastanza intorno al valore centrale della scala di risposta. I partecipanti tendono a ritenere che il lavoro richieda di lavorare con velocità, sotto pressione, abbastanza duramente ed

intensamente; inoltre, di non avere abbastanza tempo per terminare il compito e di non riuscire a smaltire i lavori pregressi.

Il fattore problem solving (PS) presenta un valore medio di 4,09 con deviazione standard 1,46. I valori delle medie dei singoli item si posizionano abbastanza intorno al valore centrale della scala di risposta. I soggetti segnalano che possono trovarsi a dover prendere decisioni difficili, a risolvere problematiche mai incontrate prima o complesse, e ad acquisire nuove conoscenze.

La scala controllo presenta un valore medio di 3,73 con deviazione standard 1,56. I valori delle medie dei singoli item si collocano intorno al valore centrale della scala di risposta. I partecipanti dichiarano di essere moderatamente d'accordo rispetto alla possibilità di pianificare autonomamente le modalità e i ritmi lavorativi.

In riferimento alla seconda rilevazione e alla scala carico lavorativo vengono presentati i risultati relativi ai singoli fattori.

Il fattore CC presenta un valore medio di 5,11 con deviazione standard 1,15. I valori delle medie dei singoli item tendono a discostarsi dal valore centrale della scala di risposta. I risultati confermano che i soggetti ritengono che il lavoro richieda di doversi concentrare anche se disturbati dall'ambiente circostante; inoltre, di tenere in mente molte informazioni in contemporanea e di seguire più operazioni alla volta.

Il fattore PT presenta un valore medio di 4,14 con deviazione standard 1,44. I valori delle medie dei singoli item si posizionano abbastanza intorno al valore centrale della scala di risposta. I partecipanti tendono a ritenere che il lavoro richieda di lavorare con velocità, sotto pressione, abbastanza duramente ed intensamente; inoltre, di non avere abbastanza tempo per terminare il compito e di non riuscire a smaltire i lavori pregressi.

Il fattore PS presenta un valore medio di 4,34 con deviazione standard 1,34. I valori delle medie dei singoli item si posizionano abbastanza intorno al valore centrale della scala di risposta. I soggetti segnalano che possono trovarsi a dover prendere decisioni difficili, a risolvere problematiche mai incontrate prima o complesse, e ad acquisire nuove conoscenze.

La scala controllo presenta un valore medio di 3,8 con deviazione standard 1,5. I valori delle medie dei singoli item si collocano intorno al valore centrale della scala di

risposta. I partecipanti dichiarano di essere moderatamente d'accordo rispetto alla possibilità di pianificare autonomamente le modalità e i ritmi lavorativi.

I risultati delle scale carico lavorativo e controllo si presentano simili in entrambe le occasioni di rilevazione.

La scala resilienza presenta un valore medio di 4,38 con deviazione standard 1,04. I valori delle medie dei singoli item si posizionano abbastanza intorno al valore centrale della scala di risposta. I soggetti tendono a percepirsi in grado di adattarsi ai cambiamenti e capaci di gestire sentimenti, sensazioni spiacevoli ed emergenze relative alla vita lavorativa; inoltre, ritengono di poter superare gli ostacoli e di sapersi riprendere dalle difficoltà lavorative.

In riferimento alle scale speranza, ottimismo, e autoefficacia vengono presentati i risultati relativi ai singoli fattori.

Per la scala speranza il fattore "pathways" presenta un valore medio di 4,51 con deviazione standard 0,96. I valori delle medie dei singoli item tendono a discostarsi dal valore centrale della scala di risposta. I partecipanti dichiarano di riuscire a elaborare delle soluzioni per risolvere i problemi lavorativi e per raggiungere dei risultati che reputano importanti sul lavoro.

Il fattore "agency" presenta un valore medio di 4,64 con deviazione standard 1,05. I valori delle medie dei singoli item tendono a discostarsi dal valore centrale della scala di risposta. I soggetti sentono che potranno affrontare con determinazione e successo le future esigenze grazie alle precedenti esperienze lavorative, ritengono di riuscire a dedicarsi con decisione alla realizzazione di un obiettivo e che la loro vita lavorativa sia caratterizzata da buoni risultati.

Per la scala ottimismo il fattore O1 presenta un valore medio di 4,04 con deviazione standard 1,26. I valori delle medie dei singoli item si collocano intorno al valore centrale della scala di risposta. I partecipanti ritengono che le situazioni e gli eventi non debbano necessariamente volgersi al negativo o essere sfavorevoli.

Il fattore O2 presenta un valore medio di 4,25 con deviazione standard 1,08.

I valori delle medie dei singoli item si posizionano abbastanza intorno al valore centrale della scala di risposta. I soggetti si aspettano esiti positivi sia nelle situazioni di difficoltà che di incertezza; inoltre, si percepiscono ottimisti nei confronti del futuro.

Per la scala autoefficacia il fattore A1 presenta un valore medio di 4,66 con deviazione standard 1,27. I valori delle medie dei singoli item tendono a discostarsi dal valore centrale della scala di risposta. I partecipanti segnalano che, nel lavoro, non rinunciano con facilità quando si tratta di imparare qualcosa di nuovo; inoltre, non desistono perché l'obiettivo sembra troppo complicato e probabilmente non avranno subito successo.

Il fattore A2 presenta un valore medio di 4,58 con deviazione standard 1,13. I valori delle medie dei singoli item tendono a discostarsi dal valore centrale della scala di risposta. I soggetti affermano di dedicarsi alla realizzazione degli obiettivi, di riuscire ad insistere per completare un compito spiacevole e di continuare con impegno malgrado gli insuccessi.

I risultati dell'analisi dell'omogeneità e della coerenza interna (Tab. 3) delle scale si sono rivelati nel complesso soddisfacenti.

In riferimento alla prima rilevazione e alla scala carico lavorativo, il fattore carico cognitivo presenta una discreta correlazione item - totale ed una soddisfacente coerenza interna con  $\alpha = .66$ , l'eliminazione dell'item n°85 consente un aumento del valore  $\alpha$  che diventa pari a  $.72$ ; il fattore pressione temporale presenta una buona correlazione item - totale ed una buona coerenza interna con  $\alpha = .89$ ; il fattore problem solving presenta una buona correlazione item-totale ed una buona coerenza interna con  $\alpha = .88$ .

La scala controllo presenta una buona correlazione item - totale ed una coerenza interna molto buona con  $\alpha = .91$ ; l'item n° 103 presenta una correlazione item - totale buona, ma meno coerente rispetto agli altri item, la sua eliminazione consentirebbe solo un aumento del valore  $\alpha$  a  $.92$ .

In riferimento alla seconda rilevazione e alla scala carico lavorativo, il fattore carico cognitivo presenta una discreta correlazione item - totale ed una soddisfacente coerenza interna con  $\alpha = .68$ , l'eliminazione dell'item n° 30.4 (corrispondente al n° 85 della prima rilevazione) consente un aumento del valore  $\alpha$  che diventa pari a  $.81$ ; il fattore pressione temporale presenta una buona correlazione item - totale ed una buona coerenza interna con  $\alpha = .88$ ; il fattore problem solving presenta una buona correlazione item - totale ed una buona coerenza interna con  $\alpha = .87$ .

La scala controllo presenta una buona correlazione item - totale ed una buona coerenza interna con  $\alpha = .89$ ; l'item n° 33.5 (corrispondente al n° 103 della prima rilevazione) presenta una correlazione item - totale buona, ma meno coerente rispetto agli altri item, la sua eliminazione consentirebbe solo un aumento del valore  $\alpha$  a .90.

La scala resilienza presenta una buona correlazione item - totale ed una buona coerenza interna con  $\alpha = .89$ .

In riferimento alla scala speranza, il fattore “pathways” presenta una buona correlazione item - totale ed una buona coerenza interna con  $\alpha = .82$ .; il fattore “agency” una discreta correlazione item - totale ed una soddisfacente coerenza interna con  $\alpha = .66$ .

<b>Alpha di Cronbach</b>	
<b>Scala</b>	<b><math>\alpha</math></b>
Carico lavorativo - I	CC=.72 PT=.89 PS=.88
Controllo - I	.91
Carico lavorativo - S	CC=.81 PT=.88 PS=.87
Controllo - S	.89
Resilienza	.89
Speranza	S1=.82 S2=.66
Ottimismo	O1=.70 O2=.77
Autoefficacia	A1=.86 A2=.74

Tab. 3

**Tab. 3:** valori Alpha di Cronbach.

In riferimento alla scala ottimismo, il primo fattore (O1) presenta una discreta correlazione item - totale ed una soddisfacente coerenza interna con  $\alpha = .70$ .; il secondo fattore (O2) una discreta correlazione item - totale ed una soddisfacente coerenza interna con  $\alpha = .77$ .

In riferimento alla scala autoefficacia, il primo fattore (A1) presenta una buona correlazione item - totale ed una buona coerenza interna con  $\alpha = .86$ .; il secondo fattore (A2) una discreta correlazione item - totale ed una soddisfacente coerenza interna con  $\alpha = .74$ .

I risultati delle analisi delle strutture fattoriali delle scale si sono rivelati nel complesso soddisfacenti.

La scala relativa al carico lavorativo, messa a punto per il contesto italiano, è composta da tre dimensioni: carico cognitivo, pressione temporale e problem solving (Jackson, Wall, Martin & Davids, 1993; Mullarkey, Jackson & Parker, 1995; Norman, 2005; Wall, Jackson & Mullarkey, 1995). In riferimento alla prima rilevazione, gli indici di adattamento del modello indicano che il modello si adatta bene ai dati:  $\chi^2(62) = 235.01$ ,  $p \cong .00$ ; SRMR = .071; CFI = .95 per N = 206. La struttura trifattoriale della scala è stata confermata.

Vengono riportati anche gli indici RMSEA = .12, NNFI = .94, GFI = .85, AGFI = .77, non soddisfacenti.

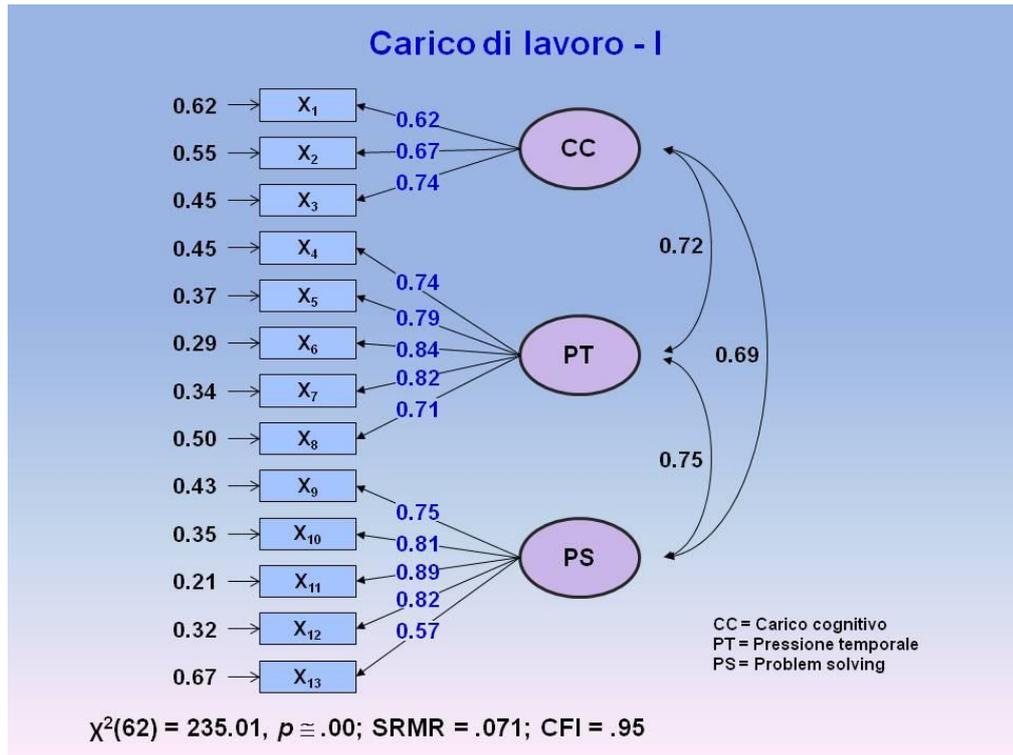
Le saturazioni  $\lambda_x$  risultano tutte significative e superiori a .57; sono presenti delle correlazioni  $\Phi$  tra i fattori comprese tra .69 e .75 (Fig. 1).

Il modello trifattoriale è stato quindi confrontato con un modello nested di tipo monofattoriale applicando la differenza del chi-quadrato, che è risultata significativa:  $\chi^2_d(3) = 178,79$ ,  $p \cong .00$ ; il modello a tre fattori è più significativo, presenta dei migliori indici di fit e un  $\chi^2$  meno elevato.

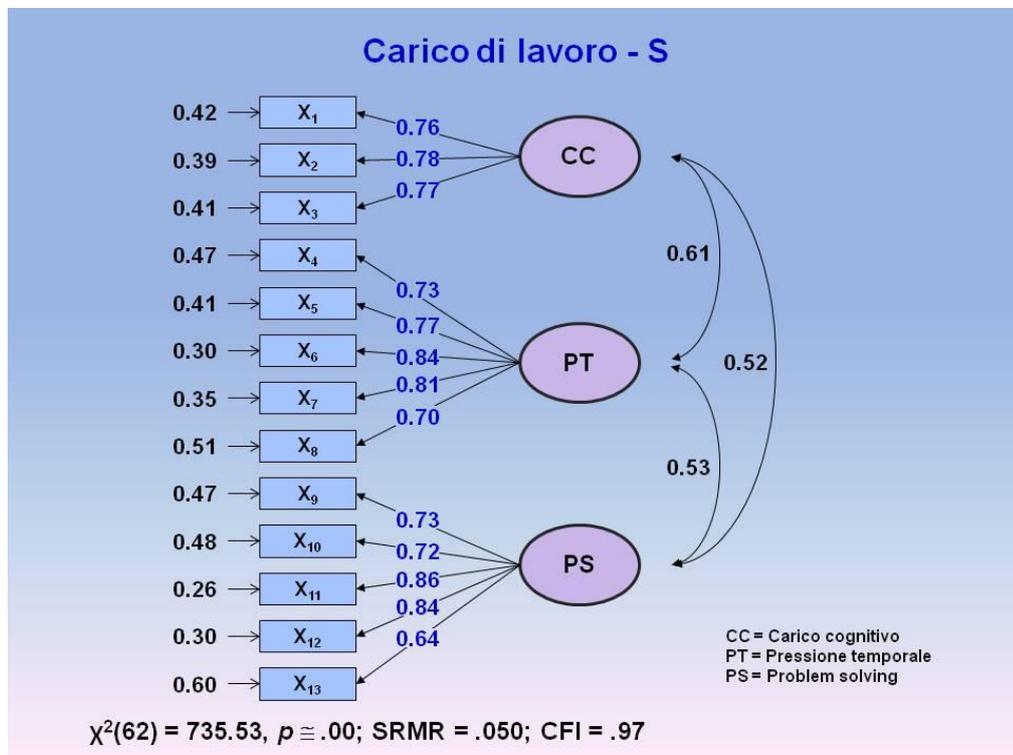
Anche in occasione della seconda rilevazione gli indici di adattamento del modello indicano che il modello si adatta bene ai dati:  $\chi^2(62) = 735.53$ ,  $p \cong .00$ ; SRMR = .050; CFI = .97 per N = 1580. La struttura trifattoriale della scala è stata confermata.

Vengono riportati anche gli indici RMSEA = .085, NNFI = .96, GFI = .93, che risultano accettabili e soddisfacenti e AGFI = .90, che risulta buono.

Le saturazioni  $\lambda_x$  risultano tutte significative e superiori a .64; sono presenti delle correlazioni  $\Phi$  tra i fattori comprese tra .52 e .61 (Fig. 2).



**Fig. 1:** Prima rilevazione, CFA, scala carico lavorativo.



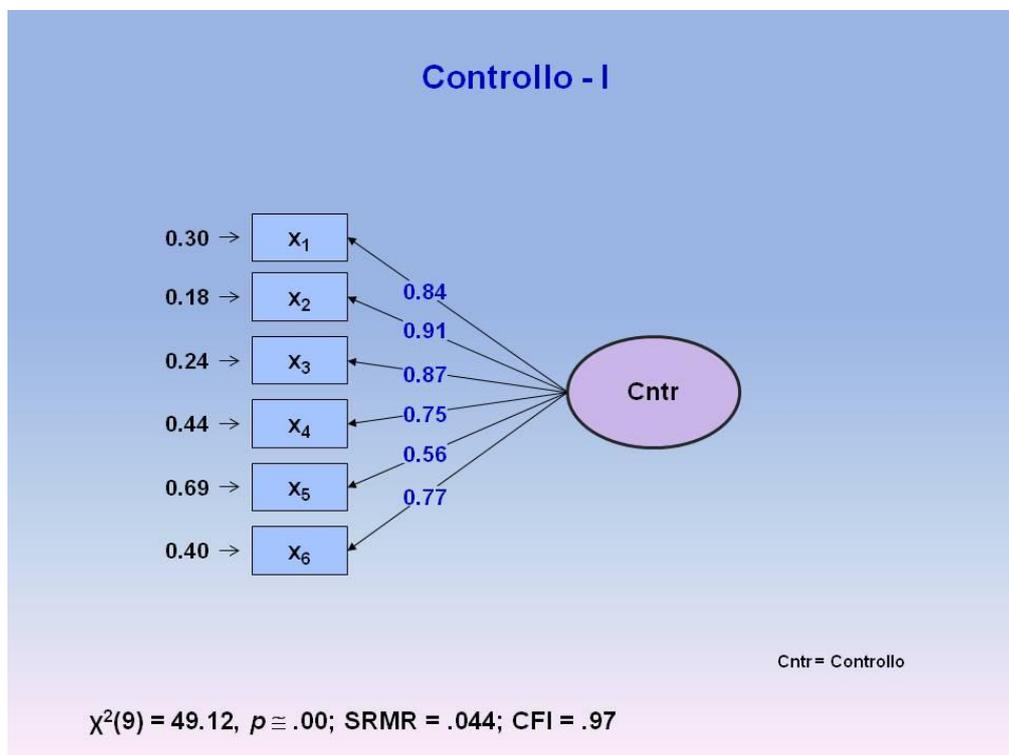
**Fig. 2:** Seconda rilevazione, CFA, scala carico lavorativo.

Il modello trifattoriale è stato confrontato con un modello nested di tipo monofattoriale applicando la differenza del chi-quadrato, che è risultata significativa:  $\chi^2_d(3) = 2970,57$ ,  $p \cong .00$ ; il modello a tre fattori è più significativo, presenta dei migliori indici di fit e un  $\chi^2$  meno elevato, risulta quindi preferibile alla struttura più semplice.

La scala relativa al controllo, messa a punto per il contesto italiano, è di tipo unidimensionale (Wall, Jackson & Mullarkey, 1995; Mullarkey, Jackson & Parker, 1995). In riferimento alla prima rilevazione, gli indici di adattamento del modello indicano che il modello si adatta bene ai dati:  $\chi^2(9) = 49.12$ ,  $p \cong .00$ ; SRMR = .044; CFI = .97 per  $N = 217$ . La struttura monofattoriale della scala è stata confermata.

Vengono riportati anche gli indici RMSEA = .14, non soddisfacente; NNFI = .95 e GFI = .93, accettabili e soddisfacenti; AGFI = .84, non soddisfacente.

Le saturazioni  $\lambda_x$  risultano tutte significative e superiori a .56 (Fig. 3).

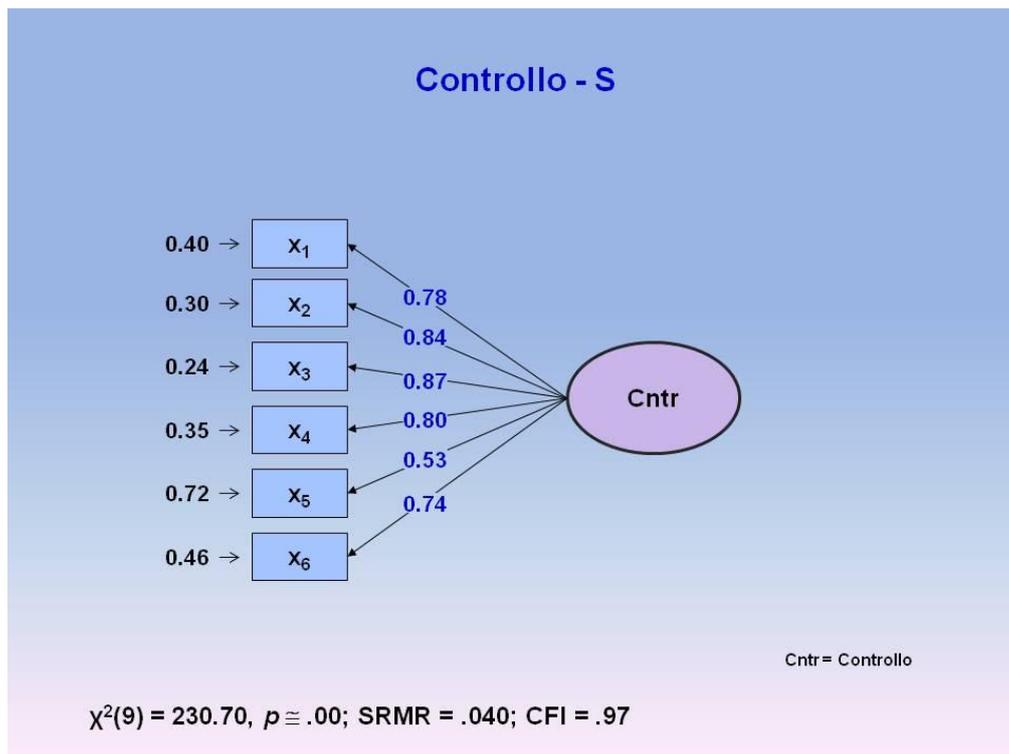


**Fig. 3:** Prima rilevazione, CFA, scala controllo.

Anche in occasione della seconda rilevazione gli indici di adattamento del modello indicano che il modello si adatta bene ai dati:  $\chi^2(9) = 230.70$ ,  $p \cong .00$ ; SRMR = .040; CFI = .97 per N = 1698. La struttura monofattoriale della scala è stata confermata.

Vengono riportati anche gli indici RMSEA = .13, non soddisfacente; NNFI = .96 accettabile e soddisfacente; GFI = .95, buono; AGFI = .89, accettabile e soddisfacente.

Le saturazioni  $\lambda_x$  risultano tutte significative e superiori a .53 (Fig. 4).

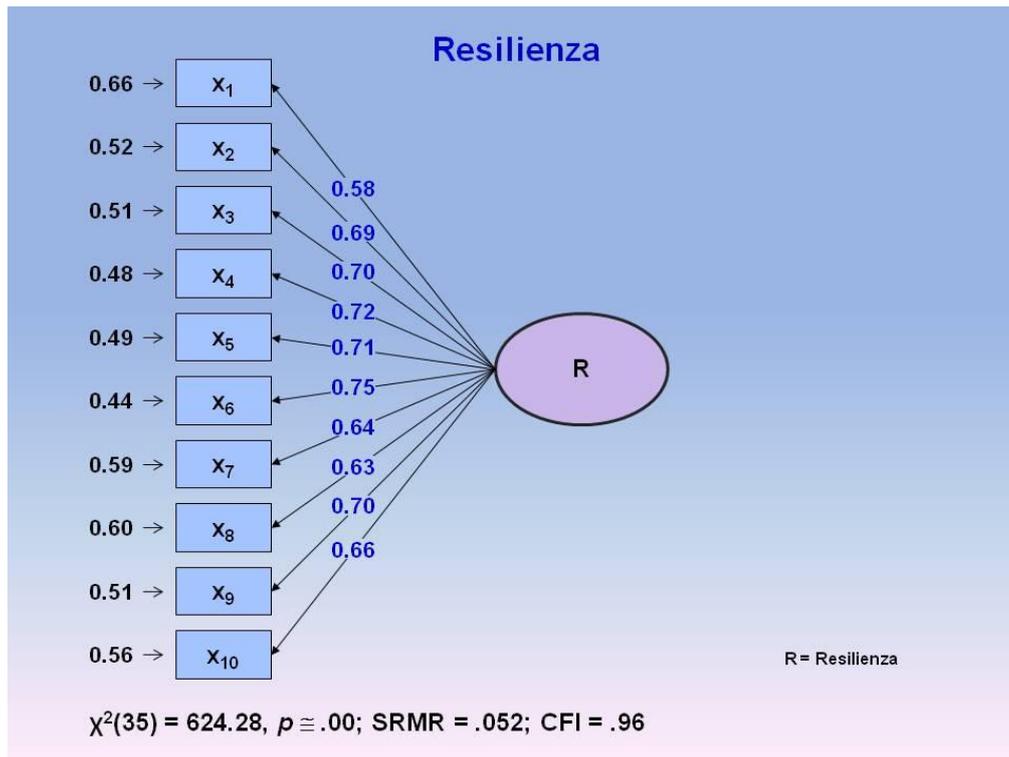


**Fig. 4:** Seconda rilevazione, CFA, scala controllo.

L'adattamento della scala resilienza considera un fattore di tipo unidimensionale (Campbell-Sills, L. & Stein, M. B., 2007). Gli indici di adattamento del modello indicano che il modello si adatta bene ai dati:  $\chi^2(35) = 624.28$ ,  $p \cong .00$ ; SRMR = .052; CFI = .96 per N = 1470; la struttura unifattoriale della scala è stata confermata.

Vengono riportati anche gli indici RMSEA = .12, non soddisfacente; NNFI = .96, GFI = .91 e AGFI = .86, accettabili e soddisfacenti.

Le saturazioni  $\lambda_x$  risultano tutte significative e superiori a .58 (Fig. 5).



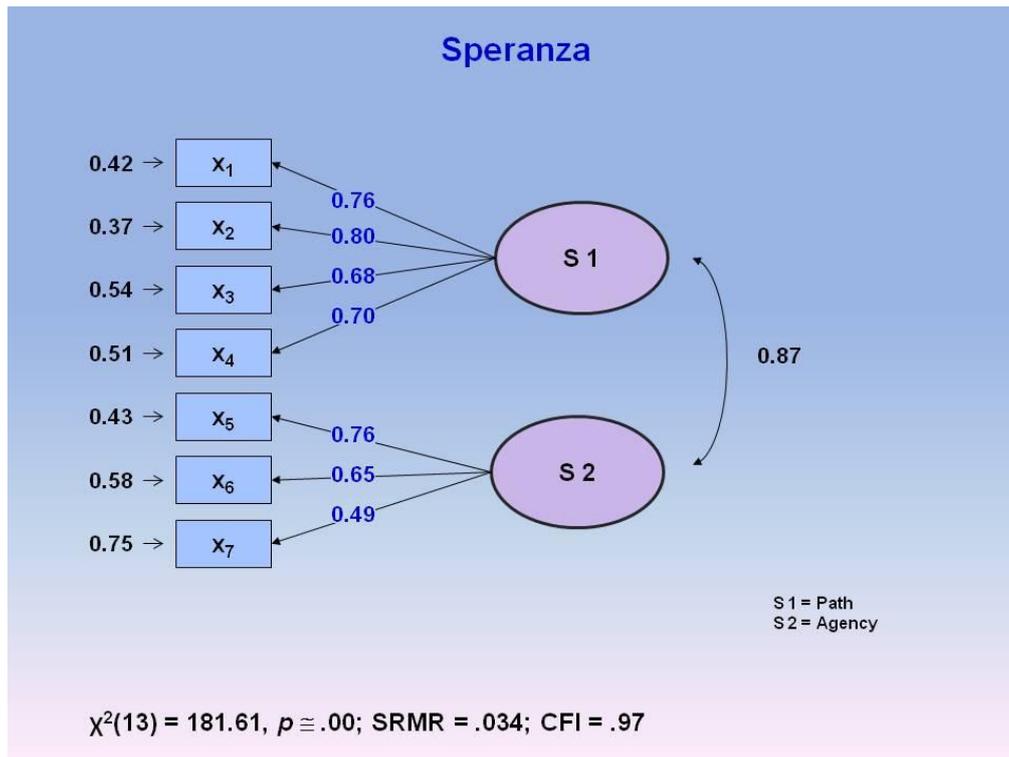
**Fig. 5:** Seconda rilevazione, CFA, scala resilienza.

L'adattamento della scala speranza presenta le due dimensioni pathways e agency (Snyder et al., 1991). Gli indici di adattamento del modello indicano che il modello si adatta bene ai dati:  $\chi^2(13) = 181.61, p \cong .00; SRMR = .034; CFI = .97$  per  $N = 1496$ ; la struttura bifattoriale della scala è stata confermata.

Vengono riportati anche gli indici  $RMSEA = .095$ , non soddisfacente;  $NNFI = .96$ , accettabile e soddisfacente;  $GFI = .97$  e  $AGFI = .93$ , che risultano buoni.

Le saturazioni  $\lambda_x$  risultano tutte significative e superiori a .49; la correlazione  $\Phi$  tra i fattori risulta elevata e pari a .87 (Fig. 6).

Il modello bifattoriale è stato quindi confrontato con un modello nested di tipo monofattoriale, fissando la covarianza tra i fattori  $\xi$  ad 1 e applicando la differenza del chi-quadrato; tale differenza è risultata significativa:  $\chi^2_d(1) = 62,01, p \cong .00$ ; il modello a due fattori è più significativo, presenta dei migliori indici di fit e un  $\chi^2$  meno elevato.



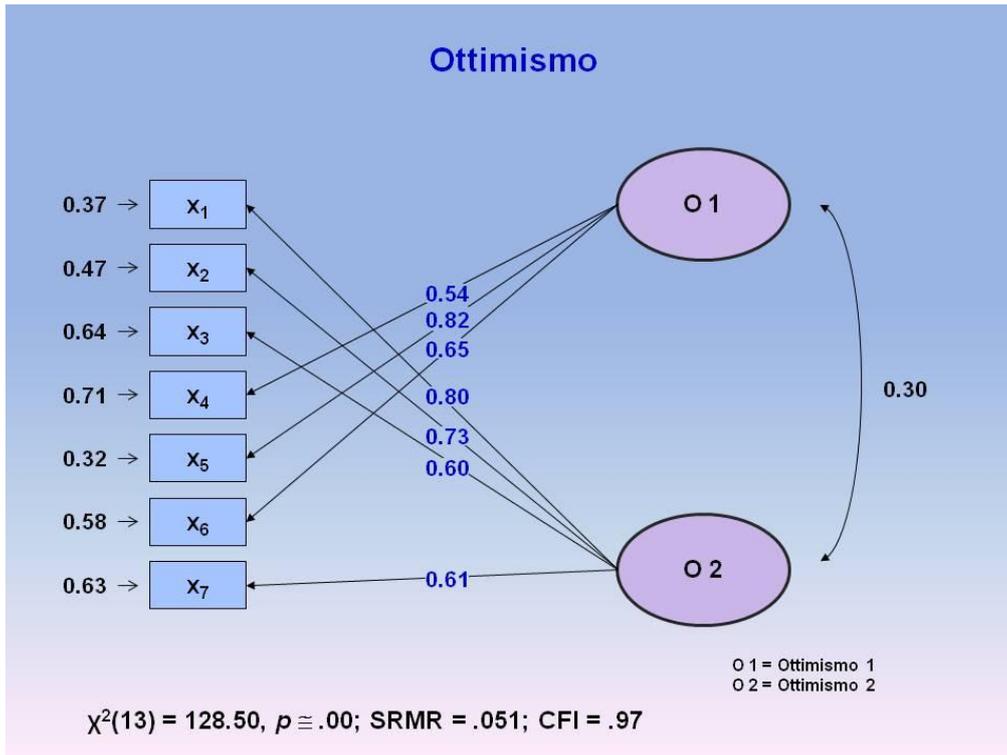
**Fig. 6:** Seconda rilevazione, CFA, scala speranza.

La scala relativa all'ottimismo, messa a punto per il contesto italiano, risulta composta da due fattori: il primo presenta degli item di tipo negativo (O1), il secondo di tipo positivo (O2) (Scheier, Carver & Bridges, 1994; Scheier & Carver, 1985). Gli indici di adattamento del modello indicano che il modello si adatta bene ai dati:  $\chi^2(13) = 128.50, p \cong .00; SRMR = .051; CFI = .97$  per  $N = 1523$ ; la struttura bifattoriale della scala è stata confermata.

Vengono riportati anche gli indici  $RMSEA = .077$ , accettabile e soddisfacente;  $NNFI = .94$ , non soddisfacente;  $GFI = .98$  e  $AGFI = .95$ , che risultano buoni.

Le saturazioni  $\lambda_x$  risultano tutte significative e superiori a .54; la correlazione  $\Phi$  tra i fattori non risulta elevata, corrisponde a .30 (Fig. 7).

Il modello bifattoriale è stato confrontato con un modello nested di tipo monofattoriale applicando la differenza del chi-quadrato, che è risultata significativa:  $\chi^2_d(1) = 778,27, p \cong .00$ ; il modello a due fattori è più significativo, presenta dei migliori indici di fit e un  $\chi^2$  meno elevato.



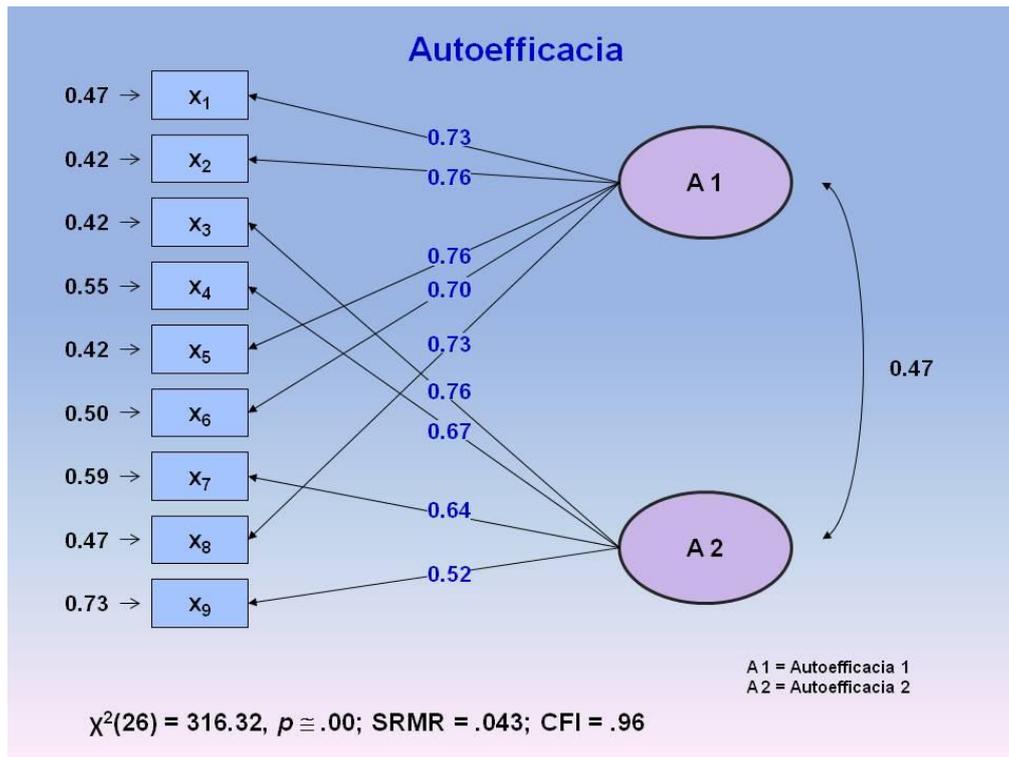
**Fig. 7:** Seconda rilevazione, CFA, scala ottimismo.

La scala relativa all'autoefficacia risulta composta da due fattori: efficacia rispetto a livelli difficili di prestazione lavorativa (A1) ed efficacia nel far fronte agli ostacoli (A2) (Falvo, Hichy, Capozza & De Carlo, 2002). Gli indici di adattamento del modello indicano che il modello si adatta bene ai dati:  $\chi^2(26) = 316.32, p \cong .00; SRMR = .043; CFI = .96$  per  $N = 1520$ ; la struttura bifattoriale della scala è stata confermata.

Vengono riportati anche gli indici  $RMSEA = .087$  e  $NNFI = .95$ , accettabili e soddisfacenti;  $GFI = .95$  e  $AGFI = .92$ , che risultano buoni.

Le saturazioni  $\lambda_x$  risultano tutte significative e superiori a  $.52$ ; la correlazione  $\Phi$  tra i fattori non risulta elevata, corrisponde a  $.47$  (Fig. 8).

Il modello bifattoriale è stato confrontato con un modello nested di tipo monofattoriale applicando la differenza del chi-quadrato, che è risultata significativa:  $\chi^2_d(1) = 880,72, p \cong .00$ ; il modello a due fattori è più significativo, presenta dei migliori indici di fit e un  $\chi^2$  meno elevato.



**Fig. 8:** Seconda rilevazione, CFA, scala autoefficacia.

## Secondo studio

### 2.8 Obiettivi del secondo studio

Gli obiettivi del secondo studio sono rivolti a verificare la presenza di un fattore sovraordinato rispetto alle quattro risorse personali positive già anticipate: resilienza, speranza, ottimismo e autoefficacia (Luthans, Avolio, Avey & Norman, 2007; Luthans, Youssef & Avolio, 2007a).

I risultati del primo studio relativi alle analisi fattoriali confermatrice di primo ordine per le scale resilienza, speranza, ottimismo e autoefficacia (Falvo, Hichy, Capozza & De Carlo, 2002) consentono di proseguire con il secondo studio.

I dati si riferiscono sempre alla realtà sanitaria e al contesto organizzativo di più grandi dimensioni, pertanto si ritiene valido quanto già esposto in merito alle procedure di rilevazione e alla descrizione del questionario.

Viene mantenuta la strategia di esclusione listwise per il trattamento preliminare dei dati mancanti con risultato  $N = 1130$ ; inoltre, continuano ad essere considerati validi i riferimenti già anticipati nel primo studio in merito ai cutoff criteria per gli indici di fit.

## **2.9 I partecipanti**

La seconda rilevazione ha consentito l'identificazione di un campione di 1130 soggetti per le scale relative alla resilienza, alla speranza, all'ottimismo e all'autoefficacia.

I risultati relativi al campione hanno evidenziato una differente distribuzione di genere: il 69,5% dei soggetti appartiene al genere femminile, invece il 28,4% a quello maschile, i mancanti di sistema corrispondono al 2,1%. Il 76,2% del campione presenta un'età maggiore o uguale a 40 anni, il 22% inferiore a 40 anni, i mancanti di sistema corrispondono all'1,8%. La quasi totalità dei partecipanti, corrispondente al 96,5%, possiede la nazionalità italiana, solo lo 0,3% altra nazionalità, i mancanti di sistema corrispondono al 3,2%. Il 58,1% dei soggetti si trova con figli a carico e il 27,6% è senza figli, i mancanti di sistema corrispondono al 14,3%. In riferimento alla posizione o qualifica ricoperta all'interno della struttura il 56,4% dei soggetti si colloca nella categoria D-DS, il 20,2% nella categoria B-BS, il 9,6% nella categoria C e l'11,2% ricopre la carica di dirigente, i mancanti di sistema corrispondono al 2,6%. La maggior parte del campione, corrispondente al 76,3% dei soggetti, ricopre un'attività lavorativa di tipo full-time, invece il 20,5% lavora part-time, i mancanti di sistema corrispondono al 3,2%. La maggior parte del campione, il 96,3% segnala una tipologia di contratto di lavoro a tempo indeterminato, solo il 2,1% un contratto di lavoro a tempo determinato, i mancanti di sistema corrispondono all'1,2%. In termini di continuità nel tempo il 44,7% dei partecipanti percepisce l'attuale attività lavorativa come molto sicura, il 50,7% abbastanza sicura, solo il 2,2% poco sicura e lo 0,4% per nulla sicura, i mancanti di sistema corrispondono al 2%. Il 72,7% dei soggetti svolge un'attività lavorativa di tipo assistenziale e di prestazione di servizi, il 20,2% di tipo amministrativo, i mancanti di sistema corrispondono all'8,9%.

Il campione, come i precedenti, risulta caratterizzato da una prevalenza del genere femminile, di lavoratori con età superiore o uguale a 40 anni, e da una tipologia di contratto a tempo indeterminato.

## 2.10 I risultati

I risultati evidenziano che gli indici di adattamento segnalano un modello non lontano dai criteri di adeguatezza:  $\chi^2(11) = 357.15$ ,  $p \cong .00$ ; l'indice SRMR = .071 risulta buono; ma il CFI = .94 non soddisfacente.

Vengono riportati anche gli indici RMSEA = .16, NNFI = .88 e AGFI = .80, non soddisfacenti; GFI = .92 che risulta accettabile.

In seguito a considerazioni teoriche relative alla formulazione degli item vengono liberati due parametri relativi alla correlazione tra gli errori (Del Líbano, Llorens, Salanova & Schaufeli, 2010) e il modello presenta un buon adattamento ai dati:  $\chi^2(9) = 86.64$ ,  $p \cong .00$ ; SRMR = .027; CFI = .99 (Fig. 9).

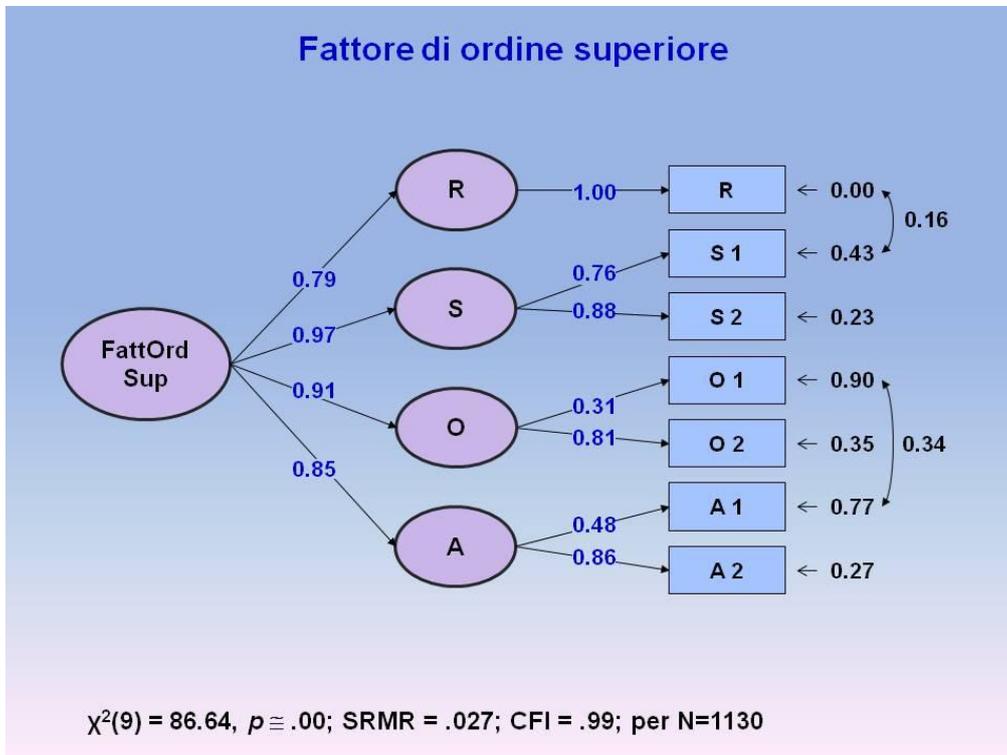
Vengono riportati anche gli indici RMSEA = .089, accettabile e soddisfacente; NNFI = .97, GFI = .98 e AGFI = .93, che risultano buoni. Viene quindi confermato il fattore di ordine superiore.

La resilienza, in quanto monofattoriale, richiede l'inserimento di una coincidenza tra resilienza osservata e resilienza latente; la saturazione viene quindi fissata ad 1 e l'errore a 0.

Considerando l'espressione matematica  $x = \Lambda_x \xi + \delta$ , che esprime la relazione tra le variabili osservate ( $x$ ), le variabili latenti ( $\xi$ ), e gli errori di misura o residui ( $\delta$ ) corrispondenti alla varianza non spiegata dal modello, risulta  $x = 1\xi + 0$ , di conseguenza  $x = \xi$ ; la variabile latente corrisponde di fatto ad un'osservata.

I modelli di equazioni strutturali consentono di stimare il modello di misurazione, quindi le relazioni tra le variabili latenti e i rispettivi indicatori (o variabili osservate), attraverso l'analisi fattoriale confermativa sia di primo che di secondo ordine; il primo studio ha previsto CFA di primo ordine, il secondo studio di secondo ordine. Nei modelli di secondo ordine le variabili osservate sono rappresentati da delle  $y$ , i fattori di primo ordine da delle  $\eta$  e i fattori di secondo ordine da delle  $\xi$ , gli errori di

misura da delle  $\epsilon$ ; da cui,  $y = \Lambda_y\eta + \epsilon$ , quindi fissando la saturazione ad 1 e l'errore a 0,  $y = \eta$ .



**Fig. 9:** CFA, fattore di ordine superiore.

## 2.11 Conclusioni

Gli obiettivi del primo studio hanno riguardato la presentazione delle strutture fattoriali delle scale relative al carico lavorativo (*workload*), al controllo (*control*) e a quattro variabili di personalità quali la resilienza (*resilience*), la speranza (*hope*), l'ottimismo (*optimism*) e l'autoefficacia (*self-efficacy*) (Falvo, Hichy, Capozza & De Carlo, 2002). Gli obiettivi del secondo studio sono stati rivolti alla verifica della presenza di un fattore sovraordinato rispetto alle risorse personali positive resilienza, speranza, ottimismo e autoefficacia (Luthans, Avolio, Avey & Norman, 2007; Luthans, Youssef & Avolio, 2007a). Sono stati coinvolti due contesti sanitari pubblici veneti.

In riferimento al carico lavorativo, al controllo e all'ottimismo sono state messe a punto delle specifiche scale di rilevazione nell'ambito di due analisi di benessere organizzativo.

Le scale relative alla resilienza e alla speranza costituiscono una proposta di adattamento, tratto dalla letteratura internazionale, finalizzato alla messa a punto di scale che risultino maggiormente “sensibili” in una realtà di tipo lavorativo e organizzativo.

I campioni risultano caratterizzati da una prevalenza del genere femminile, di lavoratori con età superiore o uguale a 40 anni, e da una tipologia di contratto a tempo indeterminato.

I risultati delle analisi descrittive evidenziano che secondo i partecipanti il lavoro richiede di doversi concentrare anche se disturbati dall'ambiente circostante, di tenere in mente molte informazioni in contemporanea o di seguire più operazioni alla volta; inoltre, di lavorare con velocità, sotto pressione, abbastanza duramente ed intensamente, senza abbastanza tempo per terminare il compito e senza riuscire a smaltire i lavori pregressi; infine, segnalano che possono trovarsi a dover prendere decisioni difficili, a risolvere problematiche mai incontrate prima o complesse, e ad acquisire nuove conoscenze. Sono moderatamente d'accordo rispetto alla possibilità di pianificare in autonomia le modalità e i ritmi lavorativi.

I partecipanti tendono a percepirsi in grado di adattarsi ai cambiamenti e capaci di gestire sia sentimenti che sensazioni spiacevoli, nonché emergenze relative alla vita lavorativa; inoltre, ritengono di poter superare gli ostacoli e di sapersi riprendere dalle difficoltà lavorative.

Sono convinti di riuscire a elaborare delle soluzioni per risolvere i problemi lavorativi e per raggiungere dei risultati che reputano importanti sul lavoro; inoltre, sentono che potranno affrontare con determinazione e successo le future esigenze grazie alle precedenti esperienze lavorative, credono di riuscire a dedicarsi con decisione alla realizzazione di un obiettivo e che la loro vita lavorativa sia caratterizzata da buoni risultati.

Ritengono che le situazioni e gli eventi non debbano necessariamente volgersi al negativo o essere sfavorevoli; si aspettano esiti positivi sia nelle situazioni di difficoltà che di incertezza; inoltre, si percepiscono ottimisti nei confronti del futuro.

Segnalano che, nel lavoro, non rinunciano con facilità quando si tratta di imparare qualcosa di nuovo, non desistono perché l'obiettivo sembra troppo complicato e probabilmente non avranno subito successo; inoltre, affermano di dedicarsi alla

realizzazione degli obiettivi, di riuscire ad insistere per completare un compito spiacevole e di continuare con impegno malgrado gli insuccessi.

I risultati dell'analisi dell'omogeneità e della coerenza interna delle scale si sono rivelati nel complesso soddisfacenti; diverse scale presentano una buona correlazione item - totale ed una buona coerenza interna.

Gli adattamenti dei modelli ai dati in base agli indici di fit  $\chi^2$ , CFI (Comparative Fit Index) e SRMR (Standardized RMR) (Hu & Bentler, 1999) risultano soddisfacenti e caratterizzati da solidità; vengono quindi confermate le strutture fattoriali delle scale e il fattore di ordine superiore.

## **Riflessioni conclusive**

Il presente contributo di ricerca considera le più attuali preoccupazioni nell'ambito del contesto europeo, evidenziate con la presentazione di un quadro normativo di riferimento, in relazione alle tematiche del benessere organizzativo e dei rischi psicosociali; in particolare, il rischio stress lavoro - correlato (work - related stress).

Si cerca di cogliere la richiesta di strumenti, anche da parte di differenti interlocutori sociali, quali le parti imprenditoriali e sindacali, e le organizzazioni professionali e scientifiche. Tali strumenti costituirebbero dei riferimenti, sia per i datori di lavoro che per i lavoratori, per poter individuare, prevenire o gestire i problemi di stress lavoro - correlato ai fini della realizzazione di una maggiore efficienza e di un miglioramento delle condizioni di salute e di sicurezza sul lavoro.

Il perseguimento della qualità e della produttività in ambito lavorativo risulterebbe determinante per il miglioramento delle performance e della competitività economica in generale; inoltre, la riduzione delle problematiche di salute e di sicurezza nell'ambito dei contesti lavorativi comporterebbe una successiva diminuzione sia dei costi economici che degli interventi dei sistemi di sicurezza sociale e della spesa pubblica.

Il presente contributo accoglie quindi tali richieste di strumenti rivolti alla rilevazione delle fonti di stress e delle risorse personali dei lavoratori secondo il più recente approccio psicologico transazionale, che evidenzia il ruolo attribuito alle differenze individuali dell'esperienza dello stress; una valutazione approfondita implica la rilevazione delle percezioni soggettive dei lavoratori attraverso l'uso di questionari, con la consapevolezza della rilevanza assunta dalla triangolazione delle prove (Cox, Griffiths & Rial-González, 2000).

L'attenzione è stata rivolta principalmente alla messa a punto o all'adattamento di scale di misura da somministrare in contesti di tipo lavorativo e organizzativo, ma è stata comunque segnalata l'importanza che assume l'attività condotta a livello individuale nell'ambito degli sportelli d'ascolto sia per la valutazione che per la prevenzione delle problematiche occupazionali. In tali sedi ci si occupa di diverse

tipologie di disagio lavorativo, tra cui la depressione; a tale problematica è stata dedicata una specifica attenzione a causa dell'impatto previsto nell'immediato futuro.

Inoltre, sono state espresse delle considerazioni in merito alle difficoltà legate al cambiamento, con cui ci si dovrà confrontare nel promuovere degli stili di vita e delle abitudini orientate al benessere.

Sono state riportate anche alcune riflessioni in merito al cambiamento da promuovere in riferimento allo sviluppo della multidisciplinarietà in ambito professionale per affrontare le problematiche emergenti; inoltre, è stata sottolineata l'importanza che riveste la cooperazione tra ricercatori e soggetti coinvolti nella ricerca nell'ambito degli interventi psicosociali, i ruoli dei ricercatori e dei soggetti non si escludono a vicenda l'uno con l'altro.

Tale contributo di ricerca si colloca nell'ambito della Psicologia Positiva condividendo il recente interesse nei confronti di un'indagine relativa alle caratteristiche e ai predittori di buon funzionamento psicologico, e alla costruzione delle capacità positive delle persone, secondo una logica di prevenzione; non ci si pone in termini di contrasto nei confronti della ricerca psicologica precedente, rivolta soprattutto alla comprensione del disagio, degli stati di sofferenza e della patologia, ma si desidera approfondire il campo d'indagine riferito all'esperienza umana.

Il primo studio si è riferito alla presentazione delle strutture fattoriali delle scale relative al carico lavorativo (*workload*), al controllo (*control*) e a quattro variabili di personalità quali la resilienza (*resilience*), la speranza (*hope*), l'ottimismo (*optimism*) e l'autoefficacia (*self-efficacy*) (Falvo, Hichy, Capozza & De Carlo, 2002). Il secondo studio è stato rivolto alla verifica della presenza di un fattore sovraordinato rispetto alle risorse personali positive resilienza, speranza, ottimismo e autoefficacia (Luthans, Avolio, Avey & Norman, 2007; Luthans, Youssef & Avolio, 2007a). Sia nel primo che nel secondo studio è stato coinvolto un contesto sanitario pubblico veneto.

In riferimento al carico lavorativo, al controllo e all'ottimismo sono state messe a punto delle specifiche scale di rilevazione nell'ambito di due analisi di benessere organizzativo; invece, per le scale relative alla resilienza e alla speranza è stata prevista una proposta di adattamento, tratto dalla letteratura internazionale, finalizzato alla messa a punto di scale che risultino maggiormente "sensibili" in una realtà di tipo lavorativo e organizzativo.

I principali risultati sono relativi all'analisi dell'omogeneità e della coerenza interna delle scale e agli adattamenti dei modelli.

I risultati dell'analisi dell'omogeneità e della coerenza interna delle scale si sono rivelati nel complesso soddisfacenti; anche gli adattamenti dei modelli ai dati in base agli indici di fit  $\chi^2$ , CFI (Comparative Fit Index) e SRMR (Standardized RMR) (Hu & Bentler, 1999) risultano soddisfacenti; vengono quindi confermate le strutture fattoriali delle scale e il fattore di ordine superiore.

I principali limiti del presente contributo sono rivolti alla necessità di ulteriori approfondimenti sulle relazioni tra le variabili anticipate quali fonti di stress (carico di lavoro), risorse lavorative (controllo), risorse personali positive (resilienza, speranza, ottimismo, autoefficacia) e conseguenze di stress.

Tra le conseguenze di stress, in riferimento alla realtà sanitaria oggetto dell'indagine, potrebbe essere considerato in particolare il fenomeno del burnout (Maslach, 2011; Maslach & Leiter, 2008; Schaufeli, Bakker & Van Rhenen, 2009; Schaufeli, Maassen, Bakker & Sixma, 2011; Schaufeli, Leiter & Maslach, 2008).

In merito alle risorse personali potrebbe essere valutata ed approfondita la considerazione degli aspetti sia di stato che disposizionali; inoltre, il ruolo da queste assunto in termini di mediazione e di moderazione, sia singolarmente che quale fattore di ordine superiore.

In riferimento agli aspetti metodologici e alla violazione dell'assunzione di normalità multivariata andrebbe considerata l'applicazione di stimatori robusti (Satorra & Bentler, 1988); inoltre, in riferimento al fattore di ordine superiore, potrebbe essere ridotta la struttura dei dati in entrata per il software Lisrel al fine di migliorarne l'equivalenza.

Gli sviluppi futuri potrebbero quindi riguardare degli approfondimenti sulle relazioni fra le variabili e alcune conseguenze di stress, un miglioramento degli aspetti metodologici, nonché un'ulteriore riflessione in merito alle metodologie per la valutazione degli effetti di mediazione e di moderazione. In riferimento al fattore di ordine superiore degli studi successivi potrebbero essere finalizzati a verificare se il costrutto possa risultare quale predittore più efficace rispetto alle singole variabili individuali che lo compongono.

Gli approfondimenti di ricerca riferiti alle caratteristiche individuali hanno consentito l'incontro con differenti aree disciplinari, rispetto a quelle psicologiche. Per esempio, in relazione alla psicopatologia infantile e all'ambito evolutivo sono presenti degli approcci allo studio della resilienza; inoltre, l'evoluzione del pensiero simbolico nell'infanzia è considerato fondamentale per lo sviluppo dell'autoefficacia.

Gli sviluppi futuri potrebbero quindi coinvolgere anche un orientamento alla multidisciplinarietà, alla promozione di un dialogo rivolto alla convergenza e all'integrazione tra differenti punti di vista riconducibili ad aree disciplinari di tipo pedagogico, filosofico e sociologico.

## Bibliografia

- Abdel-Khalek, A., & Snyder, C. R. (2007). Correlates and predictors of an Arabic translation of the Snyder Hope Scale. *The Journal of Positive Psychology, 2*(4), 228-235.
- Accordo europeo sullo stress sul lavoro, (8 ottobre 2004). Bruxelles.
- Accordo interconfederale per il recepimento dell'accordo quadro europeo sullo stress lavoro-correlato, (9 giugno 2008).
- Avallone, F., & Paplomatas, A. (2005). *Salute Organizzativa*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Avey, J. B., Luthans, F., & Jensen, S. M. (2009). Psychological Capital: a positive resource for combating employee stress and turnover. *Human Resource Management, 48*(5), 677-693.
- Avey, J. B., Luthans, F., Smith, R.M., & Palmer, N. F. (2010). Impact of Positive Psychological Capital on Employee Well-Being Over Time. *Journal of Occupational Health Psychology, 15*(1), 17-28.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2003). Dual Processes at Work in a call centre: An Application of the Job Demands-Resources Model. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 12*(4), 393-417.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., Taris, T. W., Schaufeli, W. B., & Schreurs, P. J. (2003). A Multigroup Analysis of the Job Demands-Resources Model in Four Home Care Organizations. *International Journal of Stress Management, 10*(1), 16-38.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review, 84*(2), 191-215.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman & Company.
- Barbaranelli, C. (2007). *Analisi dei dati, II Edizione*. Milano: Led.
- Beck, A. (1984). *Principi di terapia cognitiva*. Roma: Astrolabio.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience. Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist, 59*(1), 20-28.

- Brouwer, D., Meijer, R. R., Weekers, A. M., & Baneke, J. J. (2008). On the Dimensionality of the Dispositional Hope Scale. *Psychological Assessment*, 29(3), 310-315.
- Byrne, B. M. (1998). *Structural Equation Modeling with Lisrel, Prelis, and Simplis: Basic Concepts, Applications, and Programming*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric Analysis and Refinement of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-Item Measure of Resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 1019-1028.
- Carr, J. Z., Schmidt, A. M., Ford, J. K., & DeShon, R. P. (2003). Climate perceptions matter: a meta-analytic path analysis relating molar climate, cognitive and affective states, and individual level work outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 88(4), 605-619.
- Carver, C. S., Scheier, F. S., Miller, C. J., & Fulford, D. (2009). Optimism. In Lopez, S. J., & Snyder C. R., *Oxford Handbook of Positive Psychology*, 303-321. New York: Oxford University Press.
- Casey, P., & Kelly, B. (2007). *Fish Psicopatologia Clinica*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Cerana, N. (2004). *Comunicare la responsabilità sociale. Teorie e modelli d'eccellenza*. Milano: FrancoAngeli.
- Commissione delle comunità europee, COM(2002). *Adattarsi alle trasformazioni del lavoro e della società: una nuova strategia comunitaria per la salute e la sicurezza 2002-2006*. Bruxelles.
- Commissione delle comunità europee, COM(2007). *Migliorare la qualità e la produttività sul luogo di lavoro: strategia comunitaria 2007-2012 per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro*. Bruxelles.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Consiglio regionale & Presidente della Giunta regionale, (22 gennaio 2010). Legge regionale (Bur) n.8, *Prevenzione e contrasto dei fenomeni di mobbing e tutela della salute psico-sociale della persona sul luogo del lavoro*. Venezia.

- Corbetta, P. (1992). *Metodi di analisi multivariata per le scienze sociali*. Bologna: Il Mulino.
- Corbetta, P. (1999). *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*. Bologna: Il Mulino.
- Coutou, D. L. (2002). How resilience works. *Harvard Business Review*, May, 46-55.
- Cox, T, Griffiths , A, & Rial-González, E. (2000). *Research on Work-related stress*. European Agency for Safety and Health at Work.
- De Carlo, N. A. (2006). Dimensioni immateriali del lavoro: il ruolo del benessere organizzativo. In De Carlo, N. A., & Luzzato, G. (a cura di ), *Il carisma al servizio della salute*, 85-111.
- De Carlo, N. A. (2009) (a cura di). *Nuovi codici del lavoro*. Padova-Roma: TPM Edizioni e Cisl Funzione Pubblica.
- De Carlo, N. A., Falco, A., & Capozza, D. (a cura di) (2008 - 10). *Test di valutazione del rischio stress lavoro-correlato nella prospettiva del benessere organizzativo*. Milano: FrancoAngeli.
- De Lange, A. H., Taris, T. W., Kompier, M. A. J., Houtman, I. L. D., & Bongers, P. M. (2003). “The Very Best of the Millennium”: Longitudinal Research and the Demand - Control - (Support) Model. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8(4), 282-305.
- Decreto legislativo n. 242, (19 marzo 1996). *Modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, recante attuazione di direttive comunitarie riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro*.
- Decreto legislativo n. 626, (19 settembre 1994). *Attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE, e 90/679/CEE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro*.
- Decreto legislativo n. 81, (9 aprile 2008). *Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro*.
- Del Líbano, M., Llorens, S., Salanova, M., & Schaufeli, W. (2010). Validity of a brief workaholism scale. *Psicothema*, 22(1), 143-150.

- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W.B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of applied psychology*, 86(3), 499-512.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV* (4a edizione, 1994). Washington: APA.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR* (4a edizione, testo riveduto, 2000). Washington: APA.
- Diener, E. (2009). Positive Psychology: Past, Present, and Future. In Lopez, S. J., & Snyder C. R., *Oxford Handbook of Positive Psychology*, 7-11. New York: Oxford University Press.
- European Agency for Safety and Health at Work (2007). *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Falvo, R., Hichy, Z., Capozza, D., & De Carlo, N. A. (2002). Impegno nei confronti dell'azienda, percezione di autoefficacia personale e collettiva e comportamenti organizzativi. *TPM - Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 9(1-2), 57-70.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2), 65-76.
- Gilliéron, E. (2007). *Il primo colloquio in psicoterapia*. Roma: Borla.
- Grebner, S., Semmer, N. K., Lo Faso, L., Gut, S., Kälin, W., & Elfering, A. (2003). Working conditions, well-being, and job-related attitudes among call centre agents. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 12(4), 341-365.
- Gustafsson, G., Persson, B., Eriksson, S., Norberg, A., & Strandberg, G. (2009). Personality traits among burnt out and non-burnt out health-care personnel at the same workplaces: A pilot study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(5), 336-348.

- Heron, J., & Reason, P. (2006) The Practice of Co-operative Inquiry: Research “with” rather than “on” people. In Reason, P., & Bradbury, H. (a cura di), *Handbook of Action Research*, 144-154, London: Sage Publications.
- Hu, L. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55.
- Jackson, P. R., Wall, T. D., Martin, R., & Davids, K. (1993). New Measures of Job Control, Cognitive Demand and Production Responsibility. *Journal of Applied Psychology*, 78(5), 753-762.
- Jaspers, K (1964). *Psicopatologia Generale*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Jöreskog, K., & Sörbom, D., (2004). *LISREL 8.7*. Scientific Software International.
- Jöreskog, K., & Sörbom, D., (2007). *LISREL 8.8*. Scientific Software International.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1999). *Psichiatria. Manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica*. Torino: Centro Scientifico Internazionale.
- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
- Karasek., R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308.
- Kelly, G. A. (1955). *La Psicologia dei Costrutti Personali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Kluemper, D.H., Little, L.M., & DeGroot, T. (2009). State or trait: effects of state optimism on job-related outcomes. *Journal of Organizational Behavior*, 30(2), 209-231.
- Kotler, P., & Lee, N. R. (2008). *Social Marketing*. Thousand Oaks, California: Sage publications.
- Lopez, S. J., & Gallagher, M. W. (2009). A Case for Positive Psychology. In Lopez, S. J., & Snyder C. R., *Oxford Handbook of Positive Psychology*, 3-6. New York: Oxford University Press.
- Luthans, F. (2002a). Positive organizational behavior: developing and managing psychological strengths. *Academy of Management Executive*, 16, 57-72.
- Luthans, F. (2002b). The need for and meaning of positive organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 23, 695-706.

- Luthans, F., & Avolio, B. J. (2009). The point of positive organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 30, 291-307.
- Luthans, F., & Youssef, C. M. (2004). Human, Social, and Now Positive Psychological Capital Management: Investing in People for Competitive Advantage. *Organizational Dynamics*, 33(2), 143-160.
- Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007). Positive Psychological Capital: measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology*, 60, 541-572.
- Luthans, F., Youssef, C. M., & Avoilo, B. J. (2007a). Psychological Capital: Investing and Developing Positive Organizational Behavior. In Nelson, D. L., & Cooper, C. L., *Positive organizational behavior*, 9-24. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2007b). Psychological Capital. New York: Oxford University Press.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: a Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Luximon, A., & Goonetilleke, R. S. (2001). Simplified Subjective Workload Assessment Technique. *Ergonomics*, 44(3), 229-243.
- Maddux, J. E. (2009). Self-Efficacy: The Power of Believing You Can. In Lopez, S. J., & Snyder, C. R., *Oxford Handbook of Positive Psychology*, 335-343. New York: Oxford University Press.
- Magrin, M. E. (2008). Dalla resistenza alla resilienza: promuovere benessere nei luoghi di lavoro. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia. Supplemento A, Psicologia*. 30(1), A11-A19.
- Marocci, G., & Pozzi, E. (2003). Il clima organizzativo e la sua evoluzione. In Majer, V. & Marocci, G. (a cura di), *Il clima organizzativo*. Roma: Carocci.
- Maslach, C. (2011). Engagement research: Some thoughts from a burnout perspective. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 20(1), 47-52.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498-512.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary Magic. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.

- Masten, A. S., Cutuli, J. J., Herbers, J. E., & Reed, M. J. (2009). Resilience in development. In Lopez, S. J., & Snyder, C. R., *Oxford Handbook of Positive Psychology*, 117-132. New York: Oxford University Press.
- Mezirow, J. (2003). *Apprendimento e trasformazione*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Direzione Generale della tutela delle condizioni di lavoro, (18 novembre 2010). *Indicazioni della Commissione consultiva per la valutazione dello stress lavoro-correlato (articoli 6, comma 8, lettera m-quater, e 28, comma 1-bis, d.lgs. n. 81/2008 e successive modificazioni e integrazioni)*. Roma.
- Mullarkey, S., Jackson P. R., & Parker, S. K. (1995). Employee Reactions to JIT Manufacturing Practices: a Two-Phase Investigation. *International Journal of Operations & Production Management*, 15(11), 62-79.
- National Institute for Working Life (2005). *Working conditions and health at call centres*. Stockholm: National Institute for Working Life.
- Norman, K. (2005). *Call Centre Work - characteristics, physical, and psychological exposure, and health related outcomes*. Doctoral Thesis. Stockholm: National Institute for Working Life.
- Ostroff, C. (1993). The effects of climate and personal influences on individual behavior and attitudes in organizations. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 56, 56-90.
- Parlamento Italiano, (1 marzo 2002). *Legge 1 marzo 2002, n.39. Disposizioni per l'adempimento di obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia alle Comunità europee - Legge comunitaria 2001*.
- Pastore, L. (2006). *Il fenomeno del mobbing*. Milano: FrancoAngeli.
- Peterson, C. (2000). The future of Optimism. *The American Psychologist*, 55(1), 44-55.
- Pierro, A. (1997). Caratteristiche strutturali dalla scala di General Self-Efficacy. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 221, 29-38.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, (24 marzo 2004). *Direttiva 24 marzo 2004. Misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle pubbliche amministrazioni*. Roma.

- Rand, K. L., & Cheavens, J. S. (2009). Hope Theory. In Lopez, S. J., & Snyder, C. R., *Oxford Handbook of Positive Psychology*, 323-334. New York: Oxford University Press.
- Reason, P., & Bradbury, H. (2006). Introduction: Inquiry & Participation in Search of a World Worthy of Human Aspiration. In Reason, P., & Bradbury, H. (a cura di), *Handbook of Action Research*, 1-14, London: Sage Publications.
- Rutelli, P., Faa, G., & Matta, M. C. (2007). La professione sanitaria, la malattia e la relazione medico-paziente. In Cadeddu, A., D'Aloja, E., Faa, G., Fanos, V., Granese, A., & Rutelli, P. (a cura di), *Qualità e sanità: un dialogo per l'umanizzazione*, 18-31. Milano: FrancoAngeli.
- Rutelli, P., Faa, G., & Matta, M. C. (2008). La professione sanitaria, la malattia e la relazione medico-paziente. In De Carlo, N. A., Faa, G., & Rutelli, P. (a cura di), *Umanizzazione e professione sanitaria*, 19-31. Milano: FrancoAngeli.
- Satorra, A., & Bentler, P. M. (1988). Scaling corrections for chi-square statistics in covariance structure analysis. *In American Statistical Association 1988 proceedings of the business and economics section*, 308-313. Alexandria, VA: American Statistical Association.
- Schafer, J. L. & Graham, J. W. (2002). Missing Data: Our View of the State of the Art. *Psychological Methods*, 7(2), 147-177.
- Scharfetter, C. (2004). *Psicopatologia Generale. Un'introduzione*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Van Rhenen, W. (2009). How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism. *Journal of Organizational Behavior*, 30(7), 893-917.
- Schaufeli, W. B., Maassen, G. H., Bakker, A. B., & Sixma, H. J. (2011). Stability and change in burnout: A 10-year follow-up study among primary care physicians. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84(2), 248--267.
- Schaufeli, W.B., Leiter M., & Marslach C. (2008). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204-220.
- Scheier, M. F., & Carver, C.S. (1985). Optimism, Coping and Health: Assessment and Implications of Generalized Outcomes Expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-247.

- Scheier, M.F., Carver, C.S., & Bridges, M.W. (1994). Distinguishing Optimism from Neuroticism (and Trait Anxiety, Self-mastery, and Self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67 (6), 1063-1078.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness - of - Fit Measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8(2), 23-74.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress. *American Psychologist*, 60(5), 410-421.
- Semmer, N., Zapf, D., & Dunkel, H. (1995). Assessing Stress at Work: a Framework and an Instrument. In O. Svane, & C. Johansen (Eds.), *Work and Health - Scientific basis of Progress in the Working Environment*. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, pp. 15-113.
- Sherer, M., & Adams, C. H. (1983). Construct validation of the self-efficacy scale. *Psychological Reports*, 53, 899-202.
- Sherer, M., Maddux, J.E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale: construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high effort-low reward conditions at work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-43.
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., & Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, 58(8), 1483-1499.
- Siu, O., Hui, C. H., Phillips, D. R., Lin, L., Wong, T., & Shi, K. (2009). A study of resiliency among Chinese health care workers: Capacity to cope with workplace stress. *Journal of Research in Personality*, 43, 770-776.
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P. & Bernard, J (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the Ability to Bounce Back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 194-200.

- Snyder, C. R. (2002). Hope Theory: Rainbows in the Mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249-275.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The Will and the Ways: Development and Validation of an Individual-Differences Measure of Hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570-585.
- Snyder, C. R., Sympson, S. C., Ybasco, F. C., Borders, T. F., Babyak, M. A., & Higgins, R. L. (1996). Development and Validation of the State Hope Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 321-335.
- Spector, P. E., & Jex, S. M. (1998). Development of Four Self-Report Measures of Job Stressors and Strain: Interpersonal Conflict at Work Scale, Organizational Constraints Scale, Quantitative Workload Inventory, and Physical Symptoms Inventory. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 356-367.
- Stewart, M., Reid, G., & Mangham, C. (1997). Fostering Children's Resilience. *Journal of Pediatric Nursing*, 12(1), 21-31.
- Tamborini, S. (1996). *Marketing e Comunicazione Sociale*. Milano: Lupetti Editore.
- The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines* (10a edizione, 1992). Ginevra: OMS.
- The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research* (10a edizione, 1993). Ginevra: OMS.
- Tsutsumi, A., & Kawakami, N. (2004). A review of empirical studies on the model of effort-reward imbalance at work: reducing occupational stress by implementing a new theory. *Social Science & Medicine*, 59, 2335-2359.
- Van Vegchel, N., de Jonge, J., Bosma, H., & Schaufeli, W. (2005). Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social Science & Medicine*, 60, 1117-1131.
- Venning, A. J., Elliott, J., Kattler, L., & Wilson, A. (2009). Normative data for the Hope Scale using Australian adolescents. *Australian Journal of Psychology*, 61(2), 100-106.
- Wall, T. D., Jackson, P. R., & Mullarkey, S. (1995). Further Evidence on Some New Measures of Job Control, Cognitive Demand and Production Responsibility. *Journal of Organizational Behavior*, 16(5), 431-456.

- Woodruff, S. L., & Cashman, J. F. (1993). Task, domain, and general efficacy: a reexamination of the self-efficacy scale. *Psychological Reports, 71*, 423-432
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B., (2007). The Role of Personal Resources in the Job Demands-Resources Model. *International Journal of Stress Management, 14*(2), 121-141.
- Yu, X., & Zhang, J. (2007). Factor Analysis and Psychometric Evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) with Chinese People. *Social Behavior and Personality, 35*(1), 19-30.
- Zapf, D., Isic, A., Bechtoldt, M., & Blau, P. (2003). What is Typical for Call Centre Jobs? Job Characteristics, and Service Interactions in Different Call Centres. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 12*(4), 311-340.