

Misure volte a promuovere il benessere degli operatori sanitari sul posto di lavoro

L'esperienza del Gruppo Promozione Benessere e Contrasto al Disagio Lavorativo dell'AUSL di Bologna

Concetta Mazza¹, Daniela Di Fabbio², Anna Maria Grassilli², Enrico Garau³ e Cinzia De Angelis³

Sommario

L'AUSL di Bologna ha strutturato un Gruppo Aziendale per contrastare il disagio lavorativo, con gli obiettivi di progettare e realizzare misure per la promozione del benessere organizzativo e il superamento del distress. La metodologia integra il modello «Domande-risorse» con l'Empowerment. In sette anni sono stati erogati 218 interventi, con un esito positivo del 95%. Le tipologie preminenti sono il Supporto emotivo e alla Leadership, seguiti dalla Consulenza sui Conflitti sul Gruppo di lavoro, la Progettazione di Interventi di miglioramento del clima interno e la Consulenza sul Disagio lavorativo. Il modello teorico proposto risulta essere un buon metodo di analisi e progettazione, il Gruppo prevede l'implementare della misurazione dell'efficacia e la raccolta dei dati, oltre che la revisione delle categorie tassonomiche.

Parole chiave

Benessere lavorativo, Supporto emotivo, Disagio lavorativo, AUSL Bologna, Processo consulenziale.

¹ UO Servizio Prevenzione e Protezione (SC) AUSL di Bologna, Referente «Gruppo Benessere e Contrasto al Disagio Lavorativo».

² UO Psicologia Territoriale (SC) AUSL di Bologna, membro del «Gruppo Benessere e Contrasto al Disagio Lavorativo».

³ UO Servizio Prevenzione e Protezione (SC) AUSL di Bologna, membro del «Gruppo Benessere e Contrasto al Disagio Lavorativo».

Measures to promote the well-being of health professionals in the workplace

The experience of the Promotion of Well-being and Contrast to Work Distress Group at the AUSL in Bologna

Concetta Mazza¹, Daniela Di Fabbio², Anna Maria Grassilli², Enrico Garau³ and Cinzia De Angelis³

Abstract

The AUSL of Bologna set up a company group to counter work distress, with the aim of designing and implementing measures for the promotion of organizational well-being and the overcoming of distress. The methodology integrates the «Demands-Resources» model with Empowerment. 218 interventions were offered in seven years, with a positive result of 95%. The main types are Emotional Support and Leadership, followed by Counseling on Conflicts in the Work Group, the Planning of Interventions to improve the internal atmosphere and Counseling on Work Distress. The proposed theoretical model is a good method of analysis and design, the professional group plan to implement effectiveness measures and data collection, as well as a review of the taxonomic categories.

Keywords

Occupational Well-being, Emotional Support, Work Distress, AUSL Bologna, Counseling Process.

¹ UO Servizio Prevenzione e Protezione (SC) AUSL di Bologna, Referente «Gruppo Benessere e Contrasto al Disagio Lavorativo».

² UO Psicologia Territoriale (SC) AUSL di Bologna, membro del «Gruppo Benessere e Contrasto al Disagio Lavorativo».

³ UO Servizio Prevenzione e Protezione (SC) AUSL di Bologna, membro del «Gruppo Benessere e Contrasto al Disagio Lavorativo».

Introduzione

Il concetto del benessere nei luoghi di lavoro si è delineato a partire dal termine di *occupational health psychology* (OHP), con cui si indicava una nuova materia interdisciplinare in ambito organizzativo, finalizzato a migliorare la qualità della vita lavorativa nelle aziende (Raymond et al., 1990). Riprendendo il primo concetto di salute dell'OMS (https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=7), anche l'Organizzazione Internazionale del Lavoro si è data come mandato la protezione dei lavoratori dalle malattie, le infermità e le lesioni legate ai rischi sui luoghi di lavoro, a causa delle sue caratteristiche ergonomiche e l'organizzazione del lavoro, promuovendo la salute sui luoghi di lavoro (Niu, 2010).

Approssimativamente il benessere organizzativo può essere definito come la capacità di un'organizzazione di promuovere e mantenere in qualsiasi tipo di occupazione il miglior livello di benessere fisico, psichico e sociale possibile dei suoi lavoratori (Avallone & Bonaretti, 2003). Una corretta percezione del clima interno in una organizzazione è essenziale per migliorare la qualità del lavoro, per assicurare adeguati livelli di performance degli operatori e fornire nuove opportunità di sviluppo professionale. In tal senso, «le persone, che mantengono e decretano il successo di un'organizzazione, hanno bisogno per esprimersi al meglio di “stare bene” sul luogo di lavoro, non solo sul piano fisico... ma anche sul piano emotivo/relazionale... È forse banale ma per lavorare bene bisogna stare bene sul proprio luogo di lavoro» (Di Blasi et al., 2010, pp. 2). Il benessere organizzativo, che è in relazione con le variabili organizzative e il work engagement (Simbula & Guglielmi, 2013; Wagner, 2011), è legato alla mutua influenza fra il vissuto individuale e l'organizzazione collettiva, 2 dimensioni che si integrano e si superano nel concetto del «soggetto collettivo» (Spaltro, 2004). In Italia l'importanza del benessere lavorativo e della valutazione dello Stress lavoro-correlato è stata ratificata dal DLgs n. 81 del 2008, Testo Unico in materia di Tutela della Salute e della Sicurezza sui luoghi di lavoro (Ministero del lavoro e delle politiche Sociali, 2008), oltre che dalla Direttiva del Ministero per la Pubblica Amministrazione del 23 aprile 2004 (Ministero per la P.A., 2004), che ha avviato i primi percorsi di ricerca inerente al benessere all'interno delle amministrazioni pubbliche (Pelizzoli, 2005).

Il benessere nelle organizzazioni sanitarie e l'AUSL di Bologna

Nel servizio sanitario un clima organizzativo caratterizzato da benessere (Rosen, 1986; Zani et al., 2012), salute organizzativa (Agnelli et al., 2015) e coinvolgimento dei lavoratori ai processi decisionali nei casi di change management

(Guglielmi et al., 2017) aumenta la qualità della prestazione, della vita lavorativa e dello stato di salute psicofisica degli operatori (McCray et al., 2016): sostenere il benessere organizzativo permette di gestire i rischi psicosociali e individuare azioni correttive, tutelando maggiormente sia i pazienti che gli operatori.

Lo Stress e il burnout degli operatori sanitari invece peggiorano la qualità delle cure erogate e della vita stessa degli operatori (Kreitzer & Klatt, 2016). La promozione del benessere organizzativo nelle aziende, compreso il SSN, deve quindi partire dall'approfondimento dei punti di forza e delle criticità in esse presenti, al fine di progettare opportuni interventi di miglioramento (Vignoli et al., 2017).

Seguendo l'orientamento legislativo e la policy territoriale, nel 2010 l'AUSL di Bologna ha avviato la creazione di un Gruppo Aziendale interprofessionale, con la finalità di promuovere interventi volti a contrastare il disagio lavorativo e promuovere il benessere. Essa presenta 6 Dipartimenti Ospedalieri (con 9 presidi), 4 Territoriali e 5 di supporto all'intera organizzazione aziendale. Al suo interno operano circa 8.200 professionisti, più di 1.300 dei quali medici, e 4.200 operatori assistenziali (<https://www.ausl.bologna.it/asl-bologna>).

Il DLgs 81/2008 ha stabilito che le strutture di ricovero e cura con oltre 50 lavoratori abbiano al proprio interno un Servizio con finalità di prevenzione e protezione dai rischi: esso è diretto da un Responsabile designato dal Datore di Lavoro, che coordina e concretizza quindi tali prescrizioni legislative; le principali funzioni svolte sono l'individuazione e la valutazione dei fattori di rischio, a cui segue l'elaborazione di misure preventive e protettive per la sicurezza; la formazione dei lavoratori in ambito della sicurezza, e l'elaborazione del DVR. Alla luce dell'indicazione legislativa inerente all'obbligo di valutare e intervenire anche sulle componenti di sicurezza e benessere psicologico, l'SPP ha istituito nel 2012 il Gruppo Benessere, al fine di integrare e arricchire il Documento di Valutazione Rischi.

Il gruppo di lavoro, gli obiettivi e i modelli teorici di riferimento

La composizione del gruppo e i suoi obiettivi

Il «Gruppo Benessere» è costituito da una *équipe* di psicologi e professionisti dei Sistemi per la Sicurezza già strutturati in azienda e specificatamente formati, i suoi componenti sono 5: la Referente Organizzativa del Gruppo afferente all'SPP, 2 Psicologhe cliniche interne all'AUSL e 2 psicologi esterni, di cui 1 specializzata nella psicologia del lavoro e delle organizzazioni. Il gruppo è supervisionato dal Direttore UO SPP. La comunicazione e diffusione del

progetto utilizza un apposito spazio sul sito aziendale, dove si descrive la Mission e l'organizzazione del Gruppo (https://intranet.internal.ausl.bologna.it/progetti_wkg/gruppo-promozione-benessere-e-contrasto-al-disagio#section-1). Progettare e realizzare misure per la promozione del benessere e il contrasto del disagio lavorativo è la Mission del progetto, per la quale sono stati individuati alcuni obiettivi specifici: pianificare e mettere in atto azioni per superare distress, disagio e sofferenza nei gruppi di lavoro; supportare la leadership in difficoltà; rispondere agli eventi avversi di particolare gravità; offrire interventi di formazione e per la negoziazione e la gestione dei conflitti nei gruppi; realizzare interventi con singoli operatori.

Il modello teorico alla base degli interventi

È stato scelto come modello teorico il *Job Demands Resources Model* (Bakker & Demerouti, 2007; 2017), già applicato nel territorio da alcune ricerche sperimentali, come lo studio sul work engagement e il workaholism (Mazzetti et al., 2016). Esso divide le caratteristiche del lavoro in 2 categorie: le domande lavorative (carico di lavoro, conflitto con i colleghi, ecc.) e le risorse lavorative (ossia i fattori protettivi, come il supporto dei colleghi, controllo, ecc.). Riconoscere quali siano le domande e le risorse specifiche di ogni ambiente lavorativo permette di rilevarne le caratteristiche e peculiarità, determinanti per il benessere dei lavoratori. Al tempo stesso è importante analizzare le risorse individuali che possono mitigare l'impatto della domanda lavorativa (Bakker et al., 2005), individuando sia le condizioni e le problematicità del lavoro (fattori di rischio), sia gli elementi di motivazione, realizzazione, sviluppo e miglioramento della situazione lavorativa (fattori protettivi). L'applicazione di tale modello ha previsto l'approccio della ricerca intervento, dopo il reperimento in letteratura di ulteriori materiali (Cacciola, 2002; Siforp & Eutròpia, 2007).

Tale modello teorico è stato integrato con il costrutto dell'empowerment psicologico (Bruscaglioni, 2007; Piccardo, 1995): il primo traduce l'analisi della domanda psicosociale in interventi nei gruppi di lavoro, il secondo permette di sviluppare le potenzialità degli individui e/o dei gruppi di lavoro nei contesti organizzativi sanitari, prevenendo il burnout (Ghaniyoun et al., 2017). Il costrutto dell'empowerment media fra i sistemi di lavoro ad alta performance lavorativa e la qualità della cura del paziente (Mihail & Kloutsiniotis, 2016) e ha una correlazione positiva anche con la funzione della leadership (Bobbio et al., 2007). Partendo da fonti bibliografiche (Bonias et al., 2010), si è declinato gli interventi a partire da specifiche dimensioni dell'empowerment, come l'autonomia, la percezione della competenza lavorativa e il significato, inteso come speranza e attitudine a ritenere il contesto lavorativo controllabile.

Metodologia degli interventi del gruppo benessere

Il ruolo dell'Équipe nel coordinamento e nella pianificazione degli interventi

La Metodologia del gruppo è partita dalla strutturazione dell'Équipe, intesa come un gruppo di professionisti che lavora e coopera in maniera integrata e coordinata, per raggiungere comuni obiettivi professionali e tutelarne i membri dall'isolamento e il burnout. L'Équipe rappresenta una struttura portante nell'organizzazione del lavoro e nonostante le difficoltà e complessità d'impiego è uno strumento utile e potente. Ogni mese il Gruppo effettua delle riunioni d'Équipe, per una durata di 3 ore, dove la Referente raccoglie l'ordine del giorno e avvia la discussione. Durante le riunioni vengono presentate e discusse le richieste/segnalazioni, per poi individuare gli psicologi che effettueranno il primo colloquio e la presa in carico; si monitorano e supervisionano gli interventi in corso e si definiscono invii e collaborazioni con altri servizi aziendali. Per l'attribuzione dei casi ai consulenti vengono valutati eventuali vincoli di lealtà e l'esperienza maturata in interventi analoghi.

Le tipologie d'intervento

Gli interventi si articolano in 3 macroaree: Livello delle direzioni, Livello dei gruppi di lavoro e Livello dell'individuo. Esse vengono declinate, a volte in compresenza, con varie modalità di lavoro, come l'Azione informativa e orientativa, la Consulenza, la Formazione e la Supervisione clinica del lavoro.

L'azione informativa e orientativa aiuta l'operatore sanitario a ottenere una maggior coscienza dei suoi obiettivi e progredire nel percorso professionale; la Consulenza invece è un percorso d'aiuto, strutturato come un intervento breve composto da un ciclo di incontri, per potenziare le risorse personali in condizione di crisi e offrire la possibilità di interiorizzare nuovi strumenti per superare disagi di natura emozionale e relazionale (Nonnis et al., 2013). I percorsi di formazione sono interventi efficaci che incidono positivamente sul benessere lavorativo, incrementando le conoscenze e le abilità tecniche, le competenze relazionali e di interazione con il proprio gruppo di lavoro (Quaglino et al., 2010; Xanthopoulou et al., 2009). Le supervisioni cliniche del lavoro non solo sono utili come modalità di «manutenzione» degli operatori sociosanitari, ma anche come importante strumento di prevenzione del burnout e di miglioramento della qualità del servizio svolto (Braidì & Cavicchioli, 2006).

Dalle 3 macroaree e le varie modalità di lavoro, derivano diversi tipi di intervento, fra i quali i principali sono:

- Intervento sui conflitti intraprofessionali;
- Intervento sui Conflitti inter e intra professionali con ricaduta sulla qualità del clima interno;

- Intervento inerente alla sintomatologia da stress lavoro correlato;
- Intervento inerente al Disagio lavorativo;
- Intervento inerente agli Eventi avversi;
- Supporto alla Leadership.

Il processo consulenziale: dalla richiesta all'intervento

Per processo consulenziale si intende l'insieme e la sequenza di interazioni e azioni tra il consulente e il cliente dal contatto iniziale fino all'incontro finale di restituzione, per trovare una soluzione al problema riportato; ogni azione e interazione fra consulente e cliente può avere sia un valore diagnostico che un valore d'intervento migliorativo (Schein, 1999). Il processo di consulenza parte dal presupposto dell'importanza di aiutare «il cliente» a capire la natura del problema, per poi decidere quale tipo di intervento attuare (Schein, 1987). L'intervento è attivabile in caso di elementi che sono causa di un disagio lavorativo, situazioni che alterano il clima o il benessere lavorativo del gruppo di lavoro, eventi critici che vedano coinvolti i professionisti singoli e/o il gruppo di lavoro. Per ottimizzare il processo, esso è stato codificato e sistematizzato dal Gruppo in varie fasi, che permettono di utilizzare al meglio gli aspetti sopra riportati: esse sono la richiesta, l'analisi della domanda psicosociale, l'intervento, la restituzione. Le direzioni e i coordinatori che necessitano dell'intervento del Progetto, possono fare richiesta inviando una mail ad un indirizzo dedicato SPP. Successivamente la Referente organizzativa dopo un primo confronto con il Gruppo attiva la presa in carico o l'invio ad altri Servizi aziendali. L'attività di consulenza è di secondo livello. I tempi di risposta per la presa in carico sono così articolati: da 1 a 3 giorni lavorativi per eventi avversi (terremoto, decessi improvvisi di pazienti, aggressioni di pazienti e/o familiari, lutti di colleghi); una settimana lavorativa per tutte le altre richieste.

Ciascun intervento dal momento della presa in carico sarà caratterizzato da:

1. analisi del bisogno attraverso uno o più incontri con il richiedente, la Responsabile organizzativa, la/lo psicologo del Gruppo che curerà direttamente l'intervento;
2. definizione di un percorso/progetto di intervento condiviso nel Gruppo;
3. attività di consulenza psicologica indirizzata ai soggetti interessati con azioni rivolte ai gruppi di lavoro o ai singoli professionisti;
4. conclusione dell'intervento e condivisione delle possibili azioni di miglioramento o soluzione del problema con il richiedente;
5. invio di una relazione al/ai richiedente/i da parte dell'SPP.

L'intervento consulenziale dura dai 3 ai 5 incontri. Gli interventi erogati possono avere una variabilità temporale da un minimo di 2 mesi ad un massimo di

un anno. La tempistica è dettata dalla complessità della domanda, alla fine di ogni intervento il Gruppo redige un *report* di sintesi delle azioni intraprese e pianifica le soluzioni co-costruite con il management. I partecipanti (inviati e fruitori diretti) valutano la qualità dell'intervento con un apposito questionario.

Strumenti

Il primo strumento a disposizione del Gruppo, che permette il monitoraggio e la valutazione degli interventi erogati, è la riunione mensile, dove si svolge attività di intervizione, con l'obiettivo di non colludere, durante la consulenza, con le dinamiche istituzionali e organizzative che stanno alla base di molte situazioni per le quali viene richiesto l'intervento (Kets De Vries & Miller, 1992). Vi è inoltre una revisione del processo di lavoro riportato nel paragrafo precedente, per monitorare se nell'erogazione sono state rispettate tutte le fasi dell'intervento e la loro sequenza, se vi è aderenza e coerenza fra la metodologia e la sua applicazione concreta, se il processo è stato efficace (in base alle informazioni esterne legate alla percezione degli operatori coinvolti). Si indaga la situazione lavorativa post-intervento, con particolare attenzione all'estinzione, riduzione oppure alla persistenza degli aspetti problematici, anche attraverso gli incontri finali di restituzione. Per valutare l'efficacia e l'efficienza delle azioni realizzate, il gruppo ha elaborato un inventario, dove si misura il gradimento e l'utilità percepita, come riportato nei risultati.

L'inventario consiste in un questionario che indaga 5 macroaree (informazioni ricevute; percezione della qualità dell'intervento; percezione della qualità dei consulenti; percezione della qualità della logistica; percezione della soddisfazione complessiva dell'intervento). In una sezione qualitativa viene rilevata la percezione soggettiva da parte dell'operatore, attraverso 2 domande aperte volte a richiedere indicazioni, considerazioni e suggerimenti sull'intervento e ulteriori esigenze.

Un altro strumento di valutazione è il Focus Group, la cui efficacia e importanza vengono sottolineati da autorevoli fonti (De Carlo et al., 2013; INAIL, 2011, 2017).

I dati raccolti

Da Maggio 2012 a Dicembre 2019 sono pervenute 77 richieste di consulenza, a cui sono seguiti 218 interventi. Tale discrepanza è dovuta al fatto che dall'iniziale richiesta, la successiva analisi della domanda realizzata con i clienti può far emergere plurimi bisogni, che necessitano a loro volta di vari e diversificati interventi. In figura 1 (vedi in Appendice) riportiamo le percentuali delle richieste ricevute.

Gli eventi avversi (es. terremoto, suicidio di colleghi, morte improvvisa di un collega, lutti familiari) (33%) e i conflitti nei gruppi di lavoro (29%) risultano le richieste prevalenti, seguiti dal disagio lavorativo (22%) e dalle redazioni di protocolli per il lavoro di rete aziendale (5%). Dopo questa prima analisi delle Richieste di Intervento, riportiamo i dati inerenti agli interventi erogati.

Le tabelle 1 e 2 (vedi in Appendice) mostrano le distribuzioni in valori assoluti e percentuali dei dati degli interventi nel periodo 2012-2019, suddivisi per anno. Il primo dato che emerge è il valore totale presente nell'anno 2012 (53 interventi, corrispondenti al 24% del totale), legato alla calamità naturale del terremoto avvenuto nella regione Emilia-Romagna nel Maggio del 2012. Si evidenzia inoltre il valore relativo al 2014 (42 interventi, corrispondenti al 19% del totale), in cui sono stati realizzati interventi che hanno visto il coinvolgimento di unità ad alta complessità organizzativa. In Appendice vengono presentate 3 rappresentazioni grafiche, elaborate a partire dalle tabelle.

La figura 2 (in Appendice) mostra l'andamento delle frequenze degli interventi negli ultimi 7 anni. La frequenza del primo anno è legata all'impiego di diversi psicologi aziendali nell'ambito dell'emergenza regionale legata al terremoto del 2012, di cui una parte afferiva al Gruppo Benessere. Nei seguenti 2 anni il numero di interventi ha registrato una significativa crescita; a partire dal 2015, in seguito a una riorganizzazione istituzionale dell'AUSL e riassetamenti interni allo stesso gruppo, si è andati incontro a una ridefinizione del numero di interventi, che per 4 anni ha mantenuto una significativa regolarità e costanza. La loro diminuzione a partire dal 2015 (18 interventi all'anno dal 2015 al 2018, corrispondenti all'8%) sembra coincidere con l'inizio di una diversificazione qualitativa delle tipologie d'intervento (vedi la figura 4 in Appendice).

La figura 3 (vedi in Appendice) mostra le percentuali dei vari tipi di azioni erogate negli ultimi 7 anni. In esso si è voluto omettere il dato inerente agli interventi del 2012, che con il loro peso specifico avrebbero influenzato in maniera significativa il computo globale. Escludendo i dati relativi al primo anno di attività, le percentuali relative al Supporto emotivo degli operatori e al Supporto alla leadership sono rispettivamente del 35% e del 32%, dato che ci permette di affermare che queste 2 tipologie sono le più ricorrenti. Dietro ad esse seguono la Consulenza sui Conflitti nei Gruppi di lavoro (15%), la Progettazione di Interventi di miglioramento del clima interno (7%) e la Consulenza sul Disagio lavorativo (6%).

La figura 4 (vedi in Appendice) mostra come in concomitanza alla diminuzione del numero di interventi nel 2015 ci sia stata una significativa differenziazione delle loro tipologie. Negli ultimi 5 anni, inoltre, fra le tipologie è comparsa anche la progettazione di interventi di miglioramento del clima interno, oltre che un insieme di nuovi interventi categorizzati sotto la tipologia «Altro».

Nel tempo gli interventi promossi hanno visto un'evoluzione dai gruppi di lavoro all'organizzazione, mentre resta stabile il livello del supporto emotivo per gli

operatori. Negli interventi sono stati coinvolti 554 operatori sanitari, dall'analisi dei questionari di valutazione è emerso un esito positivo nel 95% dei casi, ottenendo una sostanziale riduzione del disagio psicologico nei soggetti coinvolti.

In Appendice riportiamo un'elaborazione grafica dei risultati ottenuti a partire da un primo campione di 12 questionari somministrati; in tal senso il Gruppo si riserva di approfondire tale analisi successivamente, attraverso un ampliamento del campione dei questionari presi in considerazione. La figura 5 (in Appendice) nello specifico presenta i risultati medi dei 12 questionari nelle 5 aree discusse nella sezione «Strumenti». Le figure 6-10 (in Appendice) riportano i valori medi per ogni item del questionario.

Discussione

Il primo dato che emerge dalle richieste è la significativa percentuale delle segnalazioni inerenti agli eventi avversi: essa è determinata dal carattere improvviso e imprevedibile di tali situazioni, il lavoro di emergenza presente nella cura sanitaria porta necessariamente alla comparsa di eventi avversi e ciò spiega questa significativa percentuale. Le richieste legate ai conflitti nei gruppi di lavoro invece possono essere legate alle caratteristiche strutturali e culturali proprie dei gruppi professionali in una grande organizzazione istituzionale.

Per quel che riguarda le tipologie di interventi, il Supporto emotivo risulta essere quello più utilizzato, in quanto viene valutato come il più adatto a rispondere alla maggioranza delle richieste pervenute. Esso è un tipo di intervento legato all'analisi della domanda che i professionisti del gruppo fanno della richiesta iniziale, in base anche alle proprie esperienze e competenze, oltre che la conoscenza delle specificità del contesto in cui si opera. Questo intervento tende a comparire in un secondo momento, successivo a un primo livello gruppale, come se la prima consulenza vada a creare condizioni che permettono poi di occuparsi del Sé nel contesto del gruppo di lavoro. Il Supporto alla Leadership sembra avere una significativa rilevanza alla luce del fatto che il Management intermedio sanitario, interfaccia di ruolo tra operatori e Direzione Aziendale, è portatore di un carico di lavoro e responsabilità che ha bisogno di supporto per le competenze relazionali e manageriali. Se alcune tipologie di intervento rimangono sul livello iniziale della richiesta (Consulenza sui Conflitti nei gruppi di lavoro, Supporto emotivo per gli eventi avversi, Consulenza Disagio lavorativo) altri comportano un'elaborazione della richiesta iniziale, per gli aspetti metodologici discussi. Gli interventi sulla Redazione di Protocolli, ad esempio, sono spiegabili dalle esigenze del Gruppo di relazionarsi con altri Servizi aziendali e interaziendali in maniera adeguata alle richieste istituzionali e ai bisogni degli interlocutori. La categoria «Altro», comparsa soprattutto negli ultimi 5 anni del Progetto, non sempre catalogabile

nelle tipologie d'intervento codificate, rende l'idea del processo di evoluzione continua del Gruppo Benessere e dell'organizzazione a cui appartiene, caratterizzata da costanti cambiamenti dei suoi equilibri, risorse e bisogni. Ciò comporta un aggiornamento e riadattamento delle proprie competenze, per affrontare la mutevolezza dell'istituzionale organizzativa e delle sue domande.

A partire dal 2015, in contemporanea alla diminuzione del numero degli interventi si è avuta una diversificazione qualitativa degli stessi (figura 4 in Appendice): questa ha permesso di rispondere con più accuratezza ai complessi bisogni dei richiedenti e degli interlocutori istituzionali, una prima spiegazione può essere legata al fatto che dopo i primi 3 anni di formazione e pratica il gruppo sia riuscito a maturare competenze specifiche che gli hanno permesso di diversificare il proprio operato. Questo sviluppo e affinamento delle competenze è legato al lavoro comune; le supervisioni e le intervizioni hanno permesso alle singole professionalità di integrarsi e arricchirsi a vicenda. Sulle distribuzioni in questione influiscono anche le evoluzioni dei criteri e modalità di categorizzazione, specialmente per la categoria della Consulenza sul disagio lavorativo, il cui andamento irregolare può esser legato proprio alla mutevolezza dei criteri di inclusione o esclusione di alcuni interventi al suo interno. La sua variazione di frequenza del 2019 (incremento del 3% rispetto ai 4 anni precedenti) si spiega con la revisione metodologica dei criteri di conteggio e registrazione degli interventi.

Un'analisi più generale dei dati permette ulteriori commenti: per potenziare la qualità degli interventi di promozione del benessere all'interno del contesto sanitario, si potrebbe arricchire e integrare le 3 tipologie di intervento preminenti («Supporto emotivo», «Supporto alla Leadership», «Consulenza sui Conflitti nei gruppi di lavoro») con le altre tipologie di azione emerse a partire dal 2015 (Tipologia: «Altro», «Consulenza Disagio lavorativo», «Progettazione di interventi di miglioramento del clima interno»). Il limitato numero dei questionari di gradimento somministrati presenta una bassa significatività statistica, fatto che impone cautela nelle analisi delle indicazioni ricevute, per quanto esse sembrino confermare la qualità degli interventi erogati.

Conclusioni

La discussione sui risultati ha evidenziato la crescente complessità delle situazioni prese in carico e la necessità di diversificare gli interventi; l'utilizzo della metodologia dell'Analisi della Domanda ha permesso di elaborare una più complessa progettazione, da un livello micro a macro-organizzativo. L'ottica organizzativa si è tradotta quindi in una proposta di implementazione del progetto al Management aziendale, che prevede la presa in carico delle aggressioni al personale sanitario e un ampliamento quantitativo e multidisciplinare del Gruppo

di lavoro. Nel corso degli anni è stato possibile rispondere a tutte le richieste presentate, il cui numero è legato probabilmente al mandato istituzionale che colloca il Gruppo in un'azione consulenziale di secondo livello. È necessario inoltre indagare la proporzione fra i beneficiari degli interventi e chi ne potrebbe beneficiare, per comprendere se il numero di interventi svolti è sufficientemente adeguato alle esigenze dell'organizzazione sanitaria.

La promozione del benessere è fondamentale per prevenire fenomeni di burnout all'interno delle organizzazioni sanitarie (Maslach & Jackson, 1984; Maslach & Leiter, 2017), alla luce delle significative correlazioni fra burnout, stress-lavoro correlato e soddisfazione lavorativa (Choi & Koh, 2015; Khamisa et al., 2015). In tal senso l'operato del Gruppo sembra rispondere alla mission del Servizio SPP, incentrato sulla prevenzione dello stress lavoro-correlato e un possibile sviluppo del burnout.

Il *Job Demands Resources Model* resta a nostro avviso un buon metodo di analisi e progettazione delle azioni consulenziali. Oltre agli aspetti organizzativi, è necessario anche revisionare la classificazione tassonomica degli interventi: al momento non tutti sono di facile classificazione, condizione che può spiegare le variazioni delle classi. Nello specifico le classi «Disagio lavorativo» e «Altro» necessitano di ulteriore declinazione. La ridefinizione di chiari criteri tassonomici delle categorie d'intervento può permettere di approfondire il passaggio di decodifica dalla richiesta alle tipologie d'intervento.

Le limitate risorse umane e materiali del gruppo non hanno permesso di implementare il controllo e il monitoraggio del progetto, condizione che ha portato a concentrarsi su pochi strumenti di valutazione, al fine di utilizzarli e svilupparli al meglio e garantire buoni livelli di intervento. Preso atto dei limiti presenti, si è preferito predisporre pochi dispositivi, ma con buona validità e affidabilità. Per approfondire la valutazione d'efficacia il Gruppo ha intenzione di introdurre uno o più strumenti standardizzati, ancora in via di definizione. Tale implementazione testistica risponde all'esigenza di migliorare il processo di raccolta dati.

Ringraziamenti

Si ringrazia il dott. Daniele Tovoli, Direttore del Servizio Prevenzione e Protezione in carica fino al 30 novembre 2020, per aver sostenuto l'esperienza del «Gruppo Promozione Benessere e Contrasto al Disagio Lavorativo» dell'AUSL di Bologna.

Bibliografia

- Agnelli, I., Saglietti, D., Salvi, E., & Toscano, M. (Eds.) (2015). *Salute Organizzativa*. In FIASO, *Promozione della salute organizzativa nelle Aziende sanitarie in tempo di crisi* (pp. 13-32). Roma: Edizioni Iniziative Sanitarie.
- Avallone, F., & Bonaretti, M. (Eds.). (2003). *Benessere organizzativo. Per migliorare la qualità del lavoro nelle amministrazioni pubbliche*. Soveria Mannelli: Rubbettino Editore.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328. doi: <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Bakker, A. B., Demerouti, E. (2017). Job demands-resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273-285. doi: <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Euwema, M.C. (2005). Job Resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(2), 170-180. doi: <https://doi.org/10.1037/1076-8998.10.2.170>
- Bobbio, A., Rattazzi, A. M., & Muraro, M. (2007). Empowering Leadership Style in ambito sanitario. Uno studio sul coordinatore infermieristico. *Giornale Italiano di Medicina del lavoro ed Ergonomia. Supplemento A, Psicologia*, 29(1), A37-A49.
- Bonias, D., Bartram, T., Leggat S.G., & Stanton P. (2010). Does psychological empowerment mediate the relationship between high performance work systems and patient care quality in hospitals? *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 48(3), 319-337. doi: <https://doi.org/10.1177/1038411110381667>
- Braidì, G., & Cavicchioli G. (2006). *Conoscere e condurre i gruppi di lavoro: esperienze di supervisione e intervento nei servizi alla persona*. Milano: FrancoAngeli.
- Bruscaglioni, M. (2007). *Personal Empowerment*. Milano: FrancoAngeli.
- Cacciola, S. (2002). La ricerca intervento nei servizi socio-sanitari. In D. Francescato, L. Leone & M. Traversi (Eds.), *Oltre la psicoterapia. Percorsi innovativi di psicologia di comunità* (pp. 181-194). Roma: Carrocci.
- Choi, J. I., & Koh, M. S. (2015). Relations of job stress, burnout, mindfulness and job satisfaction of clinical nurses. *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, 7(3), 121-128. doi: <http://dx.doi.org/10.14257/ijbsbt.2015.7.3.12>
- De Carlo, N.A., Falco, A., & Capozza, D. (Eds.) (2013). *Stress, benessere organizzativo e performance. Valutazione & Intervento per l'Azienda Positiva*. Milano: FrancoAngeli.
- Di Blasi, F., Catania, L., Celsa, R., Iacono, A., Miccichè G., & Sapuppo, M.F. (2010), Il Benessere organizzativo in Sanità, ripensare le organizzazioni. *Timeoutintensiva.it*, 15, 1-8.
- Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. (1994). *Decreto legislativo 19 Settembre 1994, n. 626*. Retrieved February 2, 2021, from <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1994/11/12/094G0610/sg>
- Ghaniyou, A., Shakeri, K., & Heidari M. (2017). The Association of Psychological Empowerment and Job Burnout in Operational Staff of Teheran Emergency Center. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 21(9), 563-567. doi: 10.4103/ijccm.ijccm_56_17
- Guglielmi, D., Florini, M. C., Mazzetti, G., Depolo, M., Calabrò, E., Miglioli, S., Mariani, M., & Cioni, G. (2017). Assessment of organizational well-being in an Italian General Hospital after an organizational change. *Italian Journal of Medicine*, 11(2), 95-101. doi: <https://doi.org/10.4081/itjm.2017.788>
- INAIL. (2011). *Valutazione e Gestione del rischio da Stress lavoro-correlato. Manuale ad uso delle aziende in attuazione del D.Lgs. 81/08 e s.m.i*. Milano: Tipolitografia INAIL.
- INAIL. (2017). *La Metodologia per la valutazione e gestione del rischio Stress lavoro-correlato. Manuale ad uso delle aziende in attuazione*

- del d.lgs. 81/2008 e s.m.i. Milano: Tipolitografia INAIL.
- Kets De Vries, M.F.R., & Miller, D. (1992). *L'Organizzazione Nevrotica. Una diagnosi in profondità dei disturbi e delle patologie del comportamento organizzativo*. Milano: Raffaello Cortina Editore
- Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., & Ilic, D. (2015). Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International journal of environmental research and public health*, 12(1), 652-666. doi: 10.3390/ijerph120100652
- Kreitzer, M. J., & Klatt, M. (2016). Educational innovations to foster resilience in the health professions. *Medical Teacher*, 39(2), 153-159. doi: 10.1080/0142159X.2016.1248917
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual*, 5, 133-153. Retrieved February 2, 2021, from https://smlr.rutgers.edu/sites/default/files/documents/faculty_staff_docs/BurnoutinOrganizationalSettings.pdf
- Maslach, C., & Leiter, M.P. (2017). New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout. *Medical Teacher*, 39(2), 160-163. doi: 10.1080/0142159X.2016.1248918
- Mazzetti, G., Biolcati, R., Guglielmi, D., Vallesi, C., & W.B. Schaufeli (2016), Individual Characteristics Influencing Physicians' Perceptions of Job Demands and Control: The Role of Affectivity, work Engagement and Workaholism. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(6), 567. doi: 10.3390/ijerph13060567
- McCray, J., Palmer, A., & Chmiel, N. (2016). Building resilience in health and social care teams. *Personnel Review*, 45(6), 1132-1155. doi: 10.1108/PR-04-2014-0095
- Mihail, D. M., & Kloutsiniotis P. V. (2016). Modeling patient care quality: an empirical high-performance work system approach. *Personnel Review*, 45(6), 1176-1199. doi: <https://doi.org/10.1108/PR-03-2015-0068>
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. (2008). *Decreto legislativo 9 Aprile 2008, n. 81*. Retrieved February 2, 2021, from <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2008/04/30/008G0104/sg>
- Ministero per la Pubblica Amministrazione. (2004). *DPR 23 Aprile 2004, n. 108*. Retrieved February 2, 2021, from <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2004/04/29/004G0105/sg>
- Niu, S. (2010). Ergonomics and occupational safety and health: An ILO perspective. *Applied Ergonomics*, 41, 744-753. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2010.03.004>
- Nonnis, M., Pedditzi, M.L., & Barbieri, B. (2013), Benessere organizzativo, ascolto, sostegno e valorizzazione della persona. In N.A. De Carlo, A. Falco, D. Capozza, *Stress, benessere organizzativo e performance, Valutazione & Intervento per l'Azienda Positiva* (pp 536-569), Milano: FrancoAngeli.
- Pelizzoli, B. (Eds.) (2005). *Amministrazioni alla ricerca del benessere organizzativo Esperienze di analisi del clima organizzativo nelle amministrazioni pubbliche*. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane Spa.
- Piccardo, C. (1995). *Empowerment. Strategie di sviluppo organizzativo centrate sulla persona*. Milano: Raffaele Cortina Editore
- Quaglino, G.P., Ghislieri, C., & Colombo, L. (2010). Benessere e motivazione al lavoro: il caso dei call center. In G. P. Quaglino (Eds.), *Scritti di formazione 5* (pp. 173-190). Milano: FrancoAngeli.
- Quaglino, G.P., Ghislieri, C., Colombo, L., D'Orso, M. I., Maina, G., Turbati, M., Fubini, E., Re, A., Spano, M., Iavicoli, S., & Cesana G.C. (2010). Il benessere nei call-center: un approccio multidisciplinare di ricerca e valutazione. *La Medicina del Lavoro*, 101, 169-188.
- Raymond, J. S., Wood, D. W., & Patrick, W. K. (1990). Psychology doctoral training in work and health. *American Psychologist*, 45(10), 1159-1161. doi: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.45.10.1159>

- Rosen, R.H. (1986), *Health Companies: A human resource approach*. New York: Amacom Books.
- Schein, E.H. (1987). *Process Consultation: lessons for Managers and Consultants*: v. 2. Boston: Addison-Wesley Publishing Company, Inc.
- Schein, E.H. (1999). *Process Consultation Revisited: Building the Helping Relationship*. Boston: Addison-Wesley Publishing Company, Inc.
- Siforp, & Eutròpia. (Eds.) (2007). *Rischi psicosociali e benessere organizzativo in ASL. Una ricerca in sanità*. Milano: FrancoAngeli.
- Simbula, S., & Guglielmi, D. (2013). I am engaged, I feel good, and I go the extra-mile: Reciprocal relationships between work engagement and consequences. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 29(3), 117-125. doi: <https://doi.org/10.5093/tr2013a17>
- Spaltro, E. (2004). *Il clima lavorativo. Manuale di meteorologia organizzativa*. Milano: FrancoAngeli.
- Vignoli, M., Nielsen, K., Guglielmi, D., Tabanelli, M. C., & Violante F. S. (2017). The Importance of Context in Screening in Occupational Health Interventions in Organizations: A Mixed Methods Study. *Frontiers in Psychology*. 8: 1347. doi: [10.3389/fpsyg.2017.01347](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01347)
- Wagner, J. (2011). Exploring The Relationships Among Spirit At Work, Structural And Psychological Empowerment, Resonant Leadership, Job Satisfaction, And Organizational Commitment In The Health Care Workplace. *Dissertation Abstracts International*, 71, 7395. doi: <https://doi.org/10.7939/R3735Z>
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E. & Scaufeli, W. B. (2009). Reciprocal relationship between job resources, personal resources and work engagement. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 235-244. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2008.11.003>
- Zani, B., Prati, G., & Martorano, G. (Eds.) (2012). *Indagine sul benessere organizzativo percepito (BOP). In FIASO, Sviluppo e tutela del benessere e della salute organizzativa nelle Aziende Sanitarie* (pp. 75-107). Roma: Edizioni Iniziative Sanitarie.

APPENDICE

Tabella 1

Distribuzione degli interventi realizzati nel periodo 2012-2019 in valore assoluto

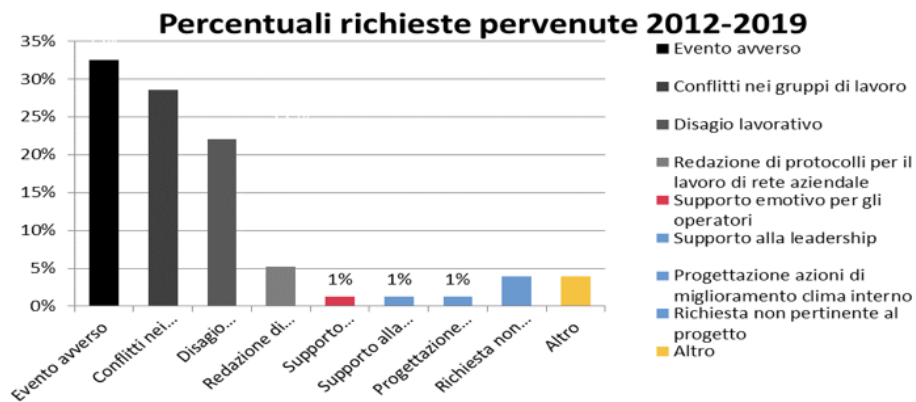
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Tot.
Consulenza sui conflitti nei gruppi di lavoro	0	4	9	3	3	1	1	4	25
Consulenza sul disagio lavorativo	0	0	0	0	2	6	2	0	10
Redazione di protocolli per l'attività di rete aziendale	0	1	1	0	1	0	0	0	3
Supporto emotivo degli operatori	53	10	18	5	3	5	8	9	111
Supporto alla Leadership	0	12	14	7	7	4	4	4	52
Progettazione di interventi di miglioramento del clima interno	0	0	0	2	2	2	3	3	12
Altro	0	0	0	1	0	0	0	4	5
Totali	53	27	42	18	18	18	18	24	218

Tabella 2

Distribuzione degli interventi realizzati nel periodo 2012-2019 in valore percentuale

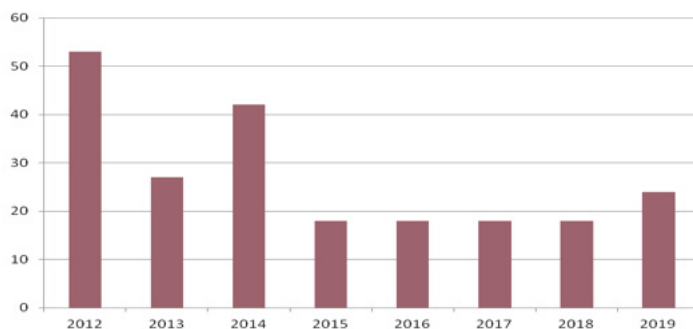
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Tot.
Consulenza sui conflitti nei gruppi di lavoro	0%	15%	21%	17%	17%	6%	6%	17%	11%
Consulenza sul disagio lavorativo	0%	0%	0%	0%	11%	33%	11%	0%	5%
Redazione di protocolli per l'attività di rete aziendale	0%	4%	2%	0%	16%	0%	0%	0%	1%
Supporto emotivo degli operatori	100%	37%	43%	28%	17%	28%	44%	38%	51%
Supporto alla Leadership	0%	44%	33%	39%	39%	22%	22%	17%	24%
Progettazione di interventi di miglioramento del clima interno	0%	0%	0%	11%	11%	11%	17%	13%	6%
Altro	0%	0%	0%	6%	0%	0%	0%	17%	2%
Totali	24%	12%	19%	8%	8%	8%	8%	11%	100%

Figura 1



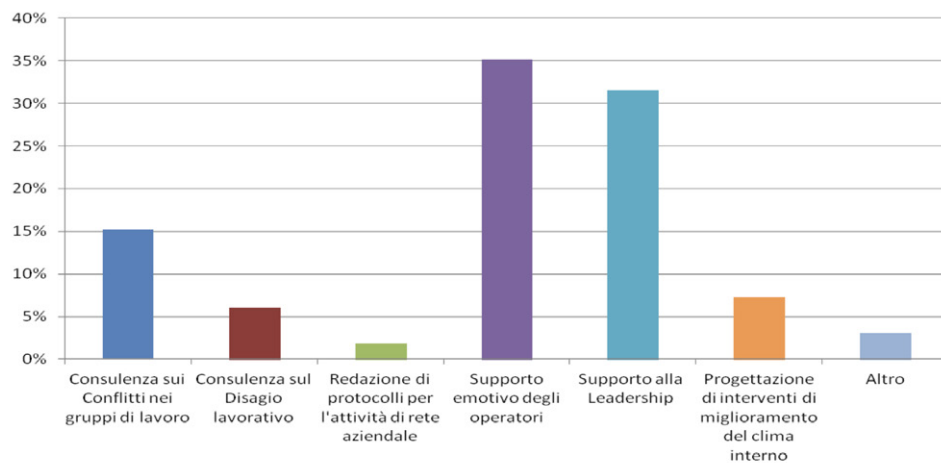
Tipologie di richiesta

Figura 2



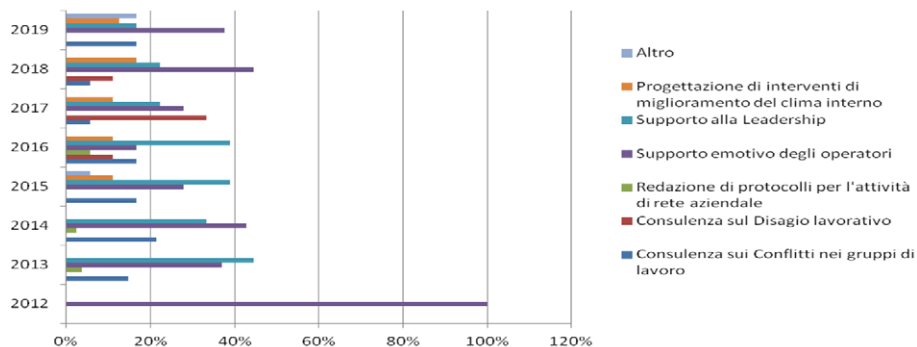
Istogramma frequenze annue degli interventi

Figura 3



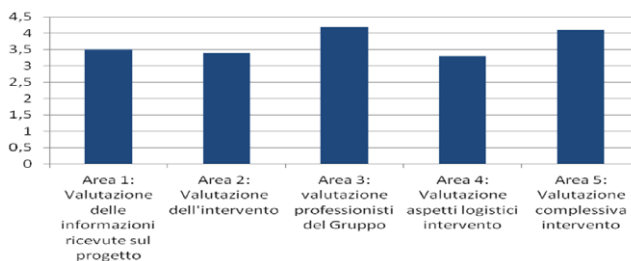
Percentuali totali delle tipologie d'intervento

Figura 4



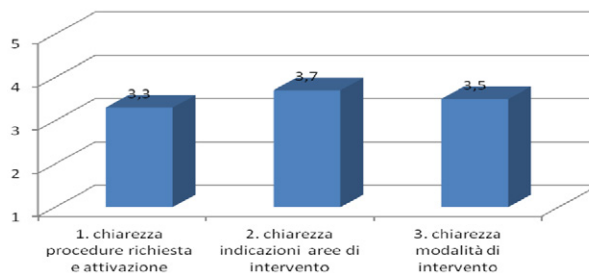
Variazioni qualitative tipologie intervento annuali

Figura 5



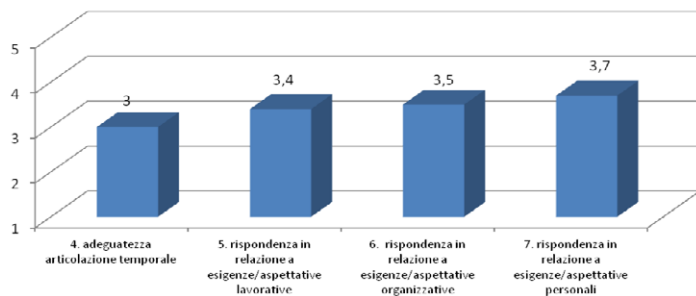
Medie per Macro Aree

Figura 6



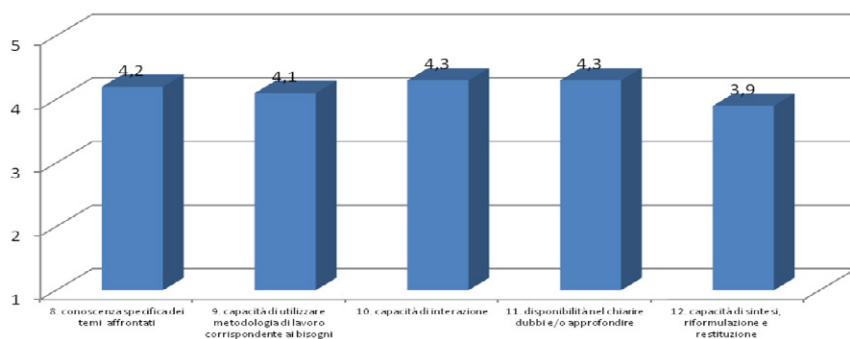
Medie valori item Area 1

Figura 7



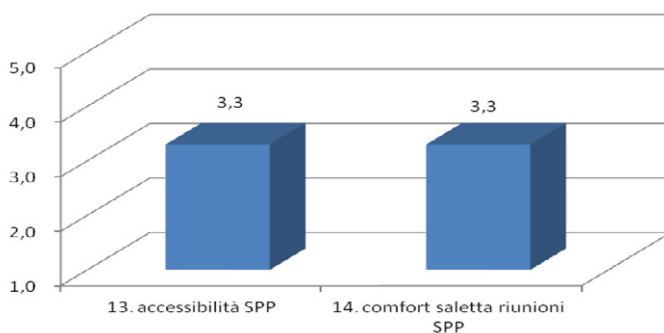
Medie valori item Area 2

Figura 8



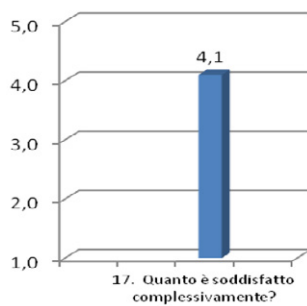
Medie valori item Area 3

Figura 9



Medie valori item Area 4

Figura 10



Medie valori item Area 5