

Il rischio psicosociale in un Ospedale romano: il rapporto tra Cultura Locale e soddisfazione nell'Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri.

di Renzo Carli*, Rosa Maria Paniccia**, Elisabetta Atzori***, Silvana Cinalli****, Filomena Brescia*****, Gabriella Mazzeo*****, Onofrio Strignano*****, Fiorella Bucci*****, Francesca Dolcetti*****.

Abstract

Vengono presentati i dati di una ricerca intervento sul rischio psicosociale effettuata presso un ospedale romano. La ricerca, preceduta da una fase esplorativa, ha utilizzato un questionario ISO (Indicatori di Sviluppo Organizzativo) costruito ad hoc, applicato a tutto l'ospedale. Il questionario consta di due parti: in una si rileva la soddisfazione del personale sia *over all* che su 12 specifiche variabili, in un'altra si rileva la Cultura Locale dell'ospedale, ovvero la dinamica collusiva specifica di quel contesto; per essa viene utilizzata l'analisi fattoriale delle corrispondenze multiple e l'analisi dei cluster. I dati ottenuti permettono di mettere in relazione soddisfazione e specifici repertori culturali dell'Ospedale (componenti della Cultura Locale, cluster sotto un profilo statistico). *E' il valore di soddisfazione nel suo complesso che correla con il rischio psicosociale*, nel senso di un valore più basso di soddisfazione per la cultura a più alto rischio, e di un valore più elevato per la cultura a più basso rischio. *I singoli elementi* in cui è scomposta la soddisfazione si comportano coerentemente entro le differenti culture e non danno informazioni sul rischio psicosociale, come alcuni autori di contro segnalano. L'ipotesi è che la bassa soddisfazione, congiunta a culture anomiche, segnali le aree maggiormente a rischio dell'ospedale, sulle quali intervenire.

Parole chiave

Ospedale, stress lavoro correlato, rischio psicosociale, cultura locale, dinamica collusiva.

Premessa

Questa ricerca nasce dalla domanda del Direttore Sanitario¹ e del Servizio Prevenzione e Protezione Rischi (SPPR)² dell'Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri (SFN) a Studio di Psicosociologia (SPS)³; la ricerca è volta a individuare e descrivere le condizioni lavorative che stanno alla base del rischio psicosociale, derivante da problemi di stress lavoro-correlato.

* Già professore ordinario di Psicologia clinica presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università "Sapienza" di Roma, membro della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association. Direttore della Rivista di Psicologia Clinica e della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento psicologico clinico e analisi della domanda.

** Professore associato presso la Facoltà di Psicologia1 - oggi Medicina e Psicologia - dell'Università di Roma "Sapienza".

*** Dirigente psicologa, Servizio Prevenzione e Protezione Rischi, Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri di Roma.

**** Dirigente medico, Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione Rischi dell'Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri di Roma.

***** Specialista in psicoterapia psicoanalitica, intervento psicologico clinico e analisi della domanda.

***** Psicologi clinici

¹ Dottor Lorenzo Sommella

² Diretto dalla dottoressa Silvana Cinalli, coadiuvata per la ricerca in oggetto dalla dirigente psicologa dottoressa Elisabetta Atzori.

³ La ricerca è stata effettuata entro la partnership tra SPS, Scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica, e A.O. SFN.

Si ricorda che, nel Decreto Legislativo 81/08, si fa riferimento alla necessità che le organizzazioni di lavoro predispongano strumenti per la valutazione dei rischi; la valutazione dei rischi, d'altro canto, è necessaria per approntare una adeguata azione di prevenzione, volta a realizzare contesti di lavoro adeguati alla sicurezza e alla salute dei lavoratori. L'oggetto della valutazione fa riferimento a: "tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'accordo europeo dell'8 ottobre 2004" (art. 28, comma 1). "L'individuazione di un eventuale problema di stress lavoro-correlato può implicare una analisi su fattori quali l'eventuale inadeguatezza nella gestione dell'organizzazione e dei processi di lavoro (disciplina dell'orario di lavoro, grado di autonomia, corrispondenza tra le competenze dei lavoratori ed i requisiti professionali richiesti, carichi di lavoro, etc.), condizioni di lavoro e ambientali (esposizione a comportamenti illeciti, rumore, calore, sostanze pericolose, etc.), comunicazione (incertezza in ordine alle prestazioni richieste, alle prospettive di impiego o ai possibili cambiamenti, etc.) e fattori soggettivi (tensioni emotive e sociali, sensazione di non poter far fronte alla situazione, percezione di mancanza di attenzione nei propri confronti, etc.)" (art. 4, comma 2). Lo stress viene considerato 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" (art. 3, comma 1).

E' ormai noto che l'ingresso del rischio psicosociale entro la normativa concernente la prevenzione degli infortuni e la sicurezza sul lavoro, è stato causato da una discrepanza tra la 626/94 e la normativa europea sull'argomento. In particolare, l'articolo 8-bis della "nuova" 626 (requisiti professionali dei responsabili del servizio prevenzione e protezione) parla di corsi professionalizzanti ove siano trattati anche i rischi di natura ergonomica e psicosociale, di organizzazione e gestione delle attività tecnico amministrative, di tecniche di comunicazione in azienda e di relazioni sindacali. Ci si trova così confrontati con l'aggettivo "psicosociale", alla cui esegesi si sono provati molteplici studiosi, prevalentemente di formazione psicologica.

Quale è l'area del rischio psicosociale? Nardella et al. (2007) lo definiscono come ciò che accade allo snodo tra la dimensione individuale e quella sociale o culturale. Ecco una definizione che usa la metafora dello "snodo" per definire approcci, quello riferito all'individuo e quello riferito alla relazione, che hanno avuto in psicologia sviluppi e riferimenti teorici contrastanti. Certo, verrebbe da dire: psicosociale lo si può scomporre in *psico*, riferito all'individuo, e *sociale* che fa riferimento alla dinamica sociale, appunto, o se si vuole culturale, o ancora organizzativa. Ma "culturale" che significa? E sociale, che vuol dire? Ancora: siamo poi sicuri che *psico* faccia riferimento all'individuo? Infine, perché mettere assieme *psico* e *sociale*? Se pensiamo al "rischio", definibile quale vissuto soggettivo di pericolo, quindi riferito alla rappresentazione mentale di un evento esterno, che senso ha il tirare in ballo il sociale? C'è un "vissuto" sociale? E se sì, sulla base di quale teoria lo si definisce?

Spesso, al posto di sociale si usa il termine organizzativo. Già, ma quale è la teoria che regge la definizione di organizzazione? In un contributo di economisti, sociologi e psicologi alla definizione di organizzazione (al quale anche noi abbiamo contribuito e che è stato pubblicato sul n. 2/2010 della Rassegna Italiana di Sociologia⁴) si possono cogliere le multiformi vie di approccio al costruito in questione. Parlare di organizzazione, senza una specificazione delle teorie di riferimento, è generico e confuso.

Infine, si parla di rischio psicosociale o di rischi psicosociali? Cox, Griffiths e Rial-Gonzalez (2000)⁵ propongono uno schema di sintesi ove vengono riportate le condizioni di lavoro potenzialmente rischiose.

<i>contesto lavorativo</i>	<i>condizioni di definizione del rischio</i>
----------------------------	--

⁴ Rassegna Italiana di Sociologia, 2, aprile – giugno 2010; "Aspetti cognitivi dell'organizzazione" (pag. 179 – 324), con contributi di: Carli, Panizza, Giovagnoli; Romano; Zamarian; Albano, Tommasi; Vicari; Rullani. In particolare si veda: Carli R., Panizza R. M., Giovagnoli F. (2010), L'organizzazione e la dinamica inconscia, Rassegna Italiana di Sociologia, 2, 183 – 204.

⁵ Cox T., Griffiths A., Rial-Gonzalez E. (2000), Work-related Stress. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, (92-828-9255-7).

funzioni e cultura organizzativa	scarsa comunicazione, livelli bassi di sostegno per la risoluzione dei problemi e per lo sviluppo personale
ruolo nell'ambito dell'organizzazione	ambiguità e conflitto di ruolo
evoluzione della carriera	incertezze o fasi di sviluppo di carriera, promozioni insufficienti o eccessive, retribuzione bassa, insicurezza dell'impiego
autonomia decisionale e controllo	partecipazione ridotta al processo decisionale, mancanza di controllo sul lavoro
rapporti interpersonali sul lavoro	isolamento fisico o sociale, rapporti limitati con i superiori, conflitto interpersonale
interfaccia casa-lavoro	richieste contrastanti tra casa e lavoro, scarso sostegno in ambito domestico
<i>contenuto del lavoro</i>	<i>condizioni di definizione del rischio</i>
pianificazione dei compiti	monotonia, cicli di lavoro brevi, lavoro frammentato o inutile, sottoutilizzo delle capacità
carico e ritmo di lavoro	carico di lavoro eccessivo o ridotto, mancanza di controllo sul ritmo, livelli elevati di pressione in relazione al tempo
orario di lavoro	lavoro a turni, orari di lavoro senza flessibilità, imprevedibili o lunghi

Come si vede, vengono prese in considerazione dimensioni molto diverse tra loro: le funzioni lavorative, il ruolo, le potenzialità evolutive della carriera, l'autonomia, i rapporti interpersonali, il rapporto tra lavoro e vita domestica, familiare. Che relazione è possibile porre tra scarsa comunicazione entro il lavoro, bassa retribuzione, bassa partecipazione al processo decisionale e conflitto interpersonale? Siamo su livelli diversi e, probabilmente, difficilmente commensurabili in una prospettiva di valutazione del rischio che non si ponga solo come mera sommatoria di "fattori" di rischio.

Più specificamente, pensiamo all'Ospedale. La comunicazione mette in gioco dinamiche organizzative costruite dal processo collusivo che caratterizza la simbolizzazione condivisa del contesto ospedaliero; il ruolo ha una componente strutturale, definita dalle mansioni assegnate ma anche una componente soggettiva che, ancora, ha a che fare con il processo collusivo cui si partecipa. La retribuzione è fissata da precisi vincoli contrattuali ma ha anche una sua dimensione soggettiva, un vissuto ad esempio di "bassa retribuzione" che, ancora, ha a che fare con la dinamica collusiva che caratterizza la Cultura Locale di quello specifico Ospedale. La stessa cosa si può dire per la bassa partecipazione alle decisioni o per il conflitto interpersonale.

Come si vede, solo con una teoria unitaria della dinamica organizzativa è possibile ricondurre le differenti dimensioni, usualmente riferite al rischio psicosociale, ad una visione coerente con gli interventi possibili per prevenire il rischio stesso. Il rischio psicosociale ha la sua sede di riferimento e di studio entro le relazioni che si sviluppano tra le differenti componenti dell'organizzazione. La dinamica simbolica collusiva che caratterizza le differenti culture locali, entro una specifica organizzazione, può darci informazioni sul rischio psicosociale *generato* da quella specifica cultura. Sottolineiamo la relazione generativa tra Cultura Locale presente entro le relazioni collusive e rischio psicosociale. L'organizzazione, se intesa quale modo di manifestazione delle dinamiche emozionali collusive presenti entro le strutture sociali, è generata dai processi culturali collusivi entro le strutture stesse. Ciò significa che il rischio psicosociale non fa riferimento a dimensioni "oggettive" di contesto, ma al modo con cui sono condivise, collusivamente, le simbolizzazioni emozionali riferite a specifici eventi della realtà strutturale. E' questo un rilievo per noi molto importante; così come è importante situare il rischio psicosociale non a livello individuale ma entro le relazioni collusive che costruiscono le culture locali.

Il costrutto di Cultura Locale, proposto da SPS, serve per individuare e misurare le componenti collusive presenti entro una specifica organizzazione, nel nostro caso l'Ospedale SFN. Entro le diverse componenti culturali emerse nella rilevazione, è possibile valutare la componente di rischio e pianificare interventi volti a prevenire il rischio stesso. Le componenti "soggettive" che la letteratura propone quali dimensioni del rischio psicosociale (nel caso di Cox, Griffiths e Rial-Gonzalez ambiguità e conflitto di ruolo, bassa comunicazione, bassa partecipazione alle decisioni

etc.) vengono ricomposte e integrate entro le diverse componenti culturali e correlate con la dinamica collusiva che genera le relazioni tra le componenti culturali stesse.

Le fasi della ricerca

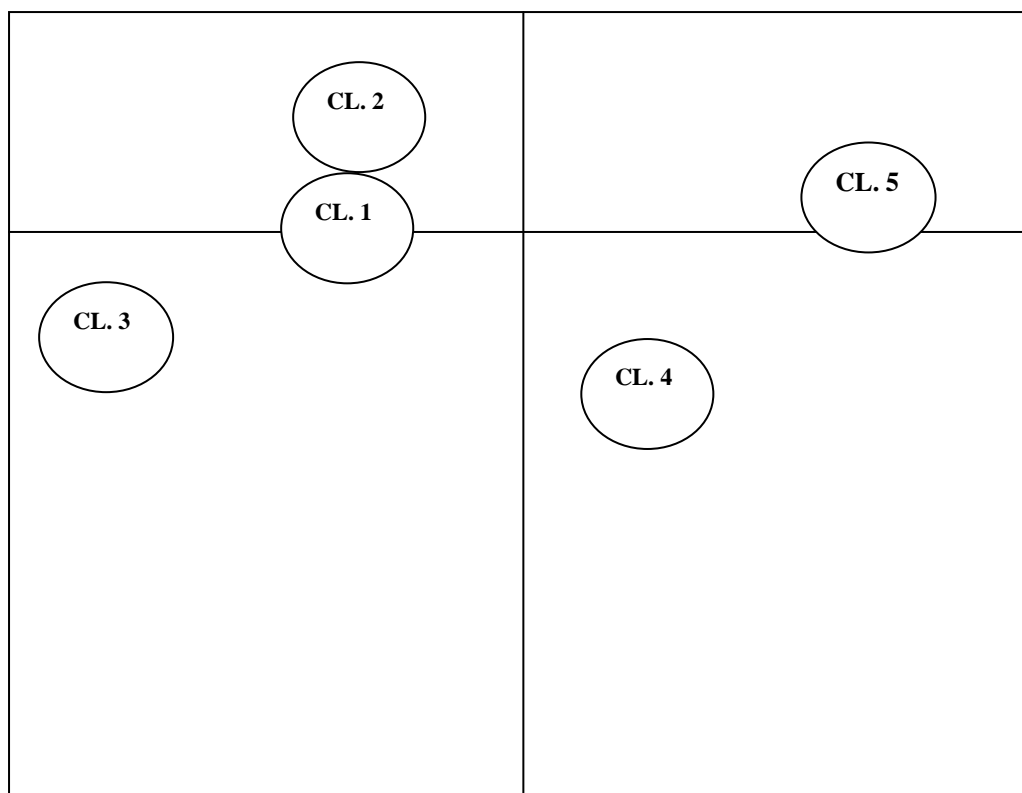
La rilevazione della Cultura Locale caratterizzante il SFN si è articolata nelle seguenti fasi:

1 - Focus group attuati con dirigenti, preposti e personale di 15 Unità Operative dell'ACO SFN, al fine di analizzare modalità di funzionamento e di relazione, problemi, servizi erogati, sviluppo possibile della singola U.O.. Le 15 U.O. interpellate per questa fase dell'indagine sono state individuate in base alla loro rappresentatività delle funzioni dell'Ospedale. Gli incontri sono stati registrati e trascritti; all'insieme delle verbalizzazioni è stata applicata la metodologia Analisi Emozionale del Testo (AET) (Carli & Paniccchia 2002). Si è ottenuto un piano fattoriale a 4 cluster la cui analisi⁶ è servita per la costruzione del questionario ISO, da utilizzare nella 2.a fase della ricerca.

2 - Questionario ISO (Indicatori di Sviluppo Organizzativo) per SFN. Il questionario è stato costruito sulla base dei dati emersi con l'AET dei focus group, ma anche utilizzando modelli che SPS ha elaborato nel corso delle ricerche sulle culture locali di molteplici organizzazioni⁷. Il questionario è stato applicato a 965 dirigenti, preposti e personale di tutte le U.O. del SFN (Il 60% del personale).

Cultura locale e Rischio Psicosociale dell'ACO San Filippo Neri

L'analisi dei dati emersi con la raccolta dei 965 questionari ha consentito di evidenziare il seguente spazio culturale, organizzato da tre fattori e con una partizione dei dati in cinque cluster.



⁶ L'analisi dei focus group sarà oggetto di una successiva pubblicazione.

⁷ Per la metodologia della ricerca si può consultare Carli & Paniccchia (2011), capitolo 3: Una metodologia di rilevazione della Cultura Locale, pp. 129-154.

Sul *primo fattore*, l'asse orizzontale dello spazio culturale, si contrappongono il Cluster 5 (al 94% situato sulla polarità fattoriale destra del primo fattore) e il Cluster 3 (al 57% sulla polarità fattoriale sinistra del primo fattore).

Sul *secondo fattore*, l'asse verticale, si contrappongono il Cluster 4 (al 76% sulla polarità fattoriale in basso del secondo fattore) e il Cluster 2 (al 79% sulla polarità fattoriale in alto del secondo fattore).

Sul *terzo fattore*, da immaginarsi come perpendicolare al foglio, si situa il Cluster 1 (65% su una delle polarità del terzo fattore).

Iniziamo dando uno sguardo ai fattori e ai singoli cluster, nelle loro contrapposizioni; passeremo poi ad una *vision* dell'intero spazio culturale.

Il primo fattore

Si tratta del fattore che contrappone il rifiuto all'accettazione dell'Ospedale e delle sue dimensioni culturali. Sembra quindi una contrapposizione semplice, caratterizzata da valutazioni generiche e scontate: "tutto va male" o "tutto va bene". Ma non è così.

Guardiamo al *cluster 5*.

Si tratta, è vero, di un raggruppamento culturale critico, ove la componente volta a sottolineare il deterioramento del contesto ospedaliero e "italiano" (anche se in misura meno estesa) è predominante. Ma approfondiamo l'articolazione di queste critiche. Iniziamo dai *fattori di successo nel SFN*. Li si valuta in negativo, tutti, ma i primi ad essere negati come fattori di successo sono: lavorare sodo, essere innovativi, sviluppare competenze professionali, assumersi responsabilità, ottenere buoni risultati, realizzare gli obiettivi aziendali. La collaborazione tra addetti, l'interesse per i pazienti o per i familiari, il saper comunicare o lavorare in gruppo vengono dopo. Gli appartenenti a questo cluster, quindi, sono interessati ai più rilevanti obiettivi manageriali: impegno nel lavoro, innovazione, professionalità, responsabilità, risultati, obiettivi aziendali. Nel cluster, peraltro, si rileva che non si tratta di dimensioni valorizzate nel SFN, al punto da non rappresentare per nulla una valutazione di successo nell'Ospedale.

Anche per quanto concerne la *soddisfazione sul lavoro* gli elementi considerati sono: risultati, obiettivi, verifica, competenze, responsabilità. Ancora per dire che in questi ambiti, nel SFN, la soddisfazione viene frustrata. Poi vengono considerate, per la soddisfazione, dimensioni più "personali" e meno manageriali, quali rispetto per la persona, carriera, qualità della vita, sicurezza, formazione, bilanciamento tempo libero/lavoro. Delle dimensioni motivazionali sociali (affiliazione, potere, riuscita) viene considerato sistematicamente come rilevante il potere, per dire che il sistema sanitario, l'Ospedale e le varie figure professionali che in esso lavorano "non sono per nulla influenti", quindi poco dotate di potere. Si stigmatizzano aspetti negativi della gerarchia aziendale: si tratta di dirigenti antipatici, conflittuali, prepotenti, diffidenti e maleducati. Alla gerarchia aziendale viene attribuita l'inefficacia organizzativa, quale unico problema incontrato entro il proprio lavoro.

L'ACO SFN è visto come un luogo anomico, ove non ci sono opportunità di sviluppo e sarà sempre più difficile essere soddisfatti. Il sistema ospedaliero italiano è inaffidabile, assieme alla sanità più in generale e ai servizi pubblici. Sia nel contesto romano che in Italia non è un modello di successo progettare sviluppo e anticipare i cambiamenti, quanto far parte di gruppi di potere. Si tratta di un raggruppamento culturale caratterizzato da profonda anomia: si pensa di vivere e lavorare entro un contesto culturale senza regole e quindi senza futuro.

In sintesi: si tratta di un raggruppamento culturale preoccupato di sottolineare le carenze gestionali del sistema sanitario, del sistema ospedaliero e dell'ACO SFN. Non si è attenti ai risultati, non si perseguono gli obiettivi aziendali e non si valorizza la competenza professionale. Si pensa che i vertici gerarchici non siano interessati a promuovere sviluppo, a valorizzare i risultati, a perseguire gli obiettivi dell'azienda ospedaliera. Ci si sente guidati e valutati da una gerarchia incapace,

conflittuale, aggressiva e orientata a difendere il proprio privilegio tramite una gestione dell'organizzazione fondata sul conflitto e sulla prevaricazione.

Quali *variabili illustrative* caratterizzano questo cluster? Si tratta di Dirigenti medici o sanitari dei dipartimenti di Emergenza e Accettazione, di persone che avendo turni sia di mattino che di pomeriggio li considerano faticosi. Potremmo dire che si tratta di una cultura propria di chi ha funzioni di responsabilità e sente come critica la gestione dell'alta gerarchia aziendale, di chi ha compiti a stretta dipendenza dalla funzionalità organizzativa, quali l'emergenza e l'accettazione, di chi considera la strutturazione dei turni, derivanti dalle decisioni di vertice, poco attenta alle esigenze del personale. Si tratta, inoltre, di persone insoddisfatte managerialmente della gestione del SFN, quindi anomiche perché dipendenti da un vertice poco competente e affidabile.

Se veniamo al rischio psicosociale, in questa cultura si può vederne una componente importante, fondata sull'anomia che deriva dalla sfiducia nella gerarchia. Si tratta di una cultura che è identificata con le funzioni organizzative dell'Ospedale, e proprio per questo sfiduciata per la disattesa delle proprie aspettative da parte della gerarchia ospedaliera. Ma sfiduciata anche nei confronti dell'intero comparto sanitario del paese.

Passiamo ora al *cluster 3*. Diciamo subito che la cultura in analisi, contrapposta a quella appena analizzata, caratterizza chi riveste una funzione gerarchica superiore a quella dei Dirigenti: Direttori di U.O.C. o Responsabili di U.O.S.. Questa cultura si fonda sull'apprezzamento di quanto veniva visto criticamente nella cultura del cluster 5. Ma si è più attenti alle relazioni tra persone, alla loro trasparenza, alla dinamica partecipativa di chi lavora nel SFN, all'adeguatezza tra responsabilità e ruolo, al riconoscimento delle competenze, alle opportunità di carriera e di sviluppo professionale, così come al prestigio dell'Ospedale, alla qualità della vita e alla sicurezza sul lavoro. Per dire che queste sono le dimensioni che fondano la soddisfazione sul lavoro nel SFN.

La gerarchia è valutata positivamente: si tratta di persone simpatiche e collaborative. Il SFN è una struttura orientata alla verifica della soddisfazione del cliente, e pazienti e familiari sono molto soddisfatti dell'azienda, del suo funzionamento e delle prestazioni erogate. Se la gerarchia è orientata dalla dinamica affiliativa, influenza e efficienza sono le caratteristiche del sistema ospedaliero e di chi opera al suo interno. Chi lavora al SFN è soddisfatto del proprio lavoro e avrà sempre più elevate opportunità di sviluppo. Anche Roma e l'Italia sono contesti ove lo sviluppo sarà elevato e dove progettare sviluppo e anticipare il cambiamento è importante quale modello di successo, più che appartenere a gruppi di potere. Roma, in particolare, è caratterizzata da una cultura volta a migliorare la convivenza e dove le persone sono rispettose delle regole.

In sintesi: chi genera questa cultura sembra vivere nel "migliore dei mondi possibili", ove non ci sono conflitti, si è soddisfatti del proprio lavoro, si pensa di essere guidati da una gerarchia amichevole e volta a promuovere la collaborazione; ove la dirigenza del SFN non è per nulla desiderosa di ridurre il personale ma pensa di offrire sempre più elevate opportunità di sviluppo.

E' la cultura della gerarchia: i Dirigenti da un lato, i Direttori dall'altro. Sottolineiamo questa distribuzione delle variabili illustrative perché caratterizza la cultura in esame. I Dirigenti dal canto loro si lamentano per la scarsa competenza manageriale della gerarchia sopra di loro, per l'incapacità di presidiare e realizzare gli obiettivi aziendali, di innovare la gestione, di raggiungere risultati soddisfacenti, di conferire affidabilità al sistema ospedaliero. I Direttori pensano, di contro, che nel SFN tutto funzioni per il meglio, che le persone siano soddisfatte del proprio lavoro, che il SFN goda di un ottimo prestigio e di una buona immagine.

I primi sono attenti al funzionamento organizzativo dell'Ospedale, vale a dire a quelle dimensioni di funzionalità che dipendono dalla gestione manageriale; i secondi pensano che gli addetti siano interessati solo a dimensioni più vicine all'interesse del singolo, la carriera, la retribuzione, la qualità delle relazioni, il riconoscimento delle proprie competenze.

I primi presentano una cultura di "rischio psicosociale", in quanto insoddisfatti dell'organizzazione entro la quale lavorano e fortemente conflittuali con la gerarchia immediatamente loro superiore, che vivono come incapace, prepotente e conflittuale. I secondi appaiono, con la loro cultura di ignoramento dei problemi organizzativi, quali *generatori* di rischio psicosociale: si dimostrano completamente fuori pista nella lettura del contesto organizzativo e della domanda loro rivolta dal contesto stesso.

Il secondo fattore

Sul secondo fattore si situano i cluster 2 e 4. I repertori culturali presentano una contrapposizione tra un'anomia senza compensazione, ove il contesto lavorativo è visto come una minaccia incombente e inevitabile (cluster 4), ed un'anomia compensata da un familismo interno alle relazioni lavorative (cluster 2). Vediamo di approfondire questo rilievo.

Iniziamo dal cluster 4, situato nella parte bassa del secondo fattore.

Qui i problemi sembrano aver origine da una cattiva organizzazione del lavoro (turni mal gestiti), da pazienti e familiari insopportabili (ansiosi, maleducati, capaci di una pressione insopportabile sugli addetti sanitari), da colleghi collaborativi e simpatici ma anche prepotenti, da una gerarchia diffidente, da un affollamento eccessivo del SFN, ma anche dal rischio di prendersi malattie contagiose, dall'essere sottoposti a tensione troppo intensa, dal correre un elevato rischio occupazionale nel SFN ed infine dal timore di una magistratura incombente e minacciante.

Non sembra esserci, in questa cultura, un qualche elemento di "aiuto" nei confronti di una situazione lavorativa intollerabile. Sembra che tutto, nell'esperienza lavorativa di chi genera questo cluster, sia minacciante e immodificabile. Con una sinergia evidente tra le differenti minacce percepite. Ad esempio, l'eccessiva pressione dei turni comporta rischi d'errore perseguibili dalla magistratura; la forte pressione di malati e familiari comporta possibili conflitti con la gerarchia ospedaliera, responsabile di non creare filtri protettivi nei confronti di chi lavora a stretto contatto con i malati; questo stretto contatto comporta, d'altro canto, rischio di contagio; quest'ultimo, se vissuto in modo ansioso, comporta a sua volta atteggiamenti difensivi nei sanitari; difese che generano incertezze e conflitti interni, in quanto tutto questo può essere una risposta difensiva nei confronti del vissuto di pressione eccessiva da parte di malati e familiari. Si potrebbe continuare a lungo nell'individuare le sinergie problematiche tra gli elementi di disagio presenti nella cultura in analisi.

Sembra che il rischio psicosociale di questa cultura sia provocato dal sentimento di accerchiamento minacciante, senza soluzione di continuità: la minaccia è professionale (malati e familiari), organizzativa (turni e carico di lavoro), gerarchica, strutturale (rischio di perdere il lavoro), istituzionale (magistratura incombente). Anche il contesto lavorativo è esigente, con la richiesta di comunicare e di collaborare; con l'imposizione di rispetto per le procedure e di sviluppo dell'interesse per i pazienti; con l'esigenza, sentita come pressante da chi appartiene a questa cultura, di essere stimati da tutti. I fattori di successo, in questa cultura, diventano adempimenti impossibili: come si può mostrare interesse per pazienti vissuti come diffidenti, maleducati, ansiosi e carichi di pretese, pericolosi? Come si possono rispettare le procedure in un contesto lavorativo inefficiente e troppo faticoso? Come si può comunicare con una gerarchia diffidente?

Anche il contesto romano e italiano vengono vissuti come altamente problematici: in Italia ci sono problemi di convivenza legati all'illegalità diffusa, al degrado ambientale, alla bassa qualità dei servizi, segnatamente del sistema sanitario, all'incapacità di promuovere sviluppo. I romani e gli italiani pensano solo a sé e alla propria famiglia, denotando un egocentrismo che contribuisce ad accentuare l'anomia profonda di questa cultura. Anche i giovani, per avere successo, hanno sì bisogno di creatività e di eccellenza professionale, ma assieme all'aiuto della famiglia e alla capacità di imporsi sugli altri. Questa competitività egoista, in sintesi, accentua la sfiducia in un contesto ove l'indifferenza per le regole del gioco renderà sempre più difficile la convivenza.

Per essere soddisfatti sul lavoro, si dice in questa cultura, servirebbe una maggior definizione di compiti e responsabilità, così come una maggior autonomia. Sembra, questa, l'unica via di uscita dal "disadattamento" denunciato dalla cultura in analisi: essere autonomi dalla gerarchia e dai colleghi, aver chiari i propri compiti e non avere a che fare con la pretesa di nessuno.

Passiamo al *cluster 2*.

Si tratta di una cultura interessante, perché mostra una strada per limitare il "rischio psicosociale" che deriva dal disagio lavorativo. Dimensioni stressanti sono: l'eccessivo carico di lavoro, l'essere sempre sotto tensione, le carenze organizzative, i turni faticosi, i pazienti maleducati, i casi clinici acuti. Si tratta, quindi, di un repertorio culturale ove le componenti "urgenti" del lavoro, la pressione alla quale sono sottoposti gli addetti del SFN, i turni e più in generale le dinamiche organizzative

del lavoro ospedaliero, la maleducazione dei malati (traducibile in una pressione a guarire e ad essere accuditi) sono fattori di forte tensione emozionale.

Viene, peraltro, presentato un antidoto a questa situazione "stressante": si tratta della componente affiliativa insita nelle relazioni ospedaliere, del conforto che deriva dal lavorare in condizioni "amiche". Comunicare, saper collaborare, saper lavorare in gruppo, sapersi assumere responsabilità, in particolare con i pazienti e i loro familiari, tutto questo sembra fondare un lavoro che compensa le condizioni stressanti prima sottolineate. Si tratta di un sistema di relazioni che fa crescere professionalmente, ma che sa creare anche un clima affiliativo, di amicalità fondata sulla fiducia e sul rispetto nei confronti di chi lavora in Ospedale. Rispetto, fiducia e educazione sembrano essere le componenti centrali di un sistema di relazioni che implicano l'accettazione emozionale dell'altro entro un sistema di rapporti assimilato alla famiglia. Interessante notare che, in questa cultura, la famiglia sia l'unica componente affidabile del sistema Italia, mentre non lo sono le grandi imprese, i mass media, i sindacati e le forze dell'ordine. Si tratta di una cultura anomica, ove alla mancanza di regole del gioco capaci di consentire e presidiare la convivenza, si aggiunge una marcata sfiducia nei confronti del sistema ospedaliero.

In sintesi, nella cultura in analisi emerge una valutazione problematica del lavoro ospedaliero, dovuta alle molteplici pressioni cui sono sottoposti gli addetti per via di differenti problemi nell'organizzazione e nella gestione del lavoro. La difesa da tutto questo si fonda su una valorizzazione delle componenti relazionali del lavoro: i rapporti individuali e di gruppo aiutano a compensare le tensioni, a contenere il lavoro entro dinamiche di rispetto e fiducia. Questa sembra l'indicazione capace di contenere, grazie alle relazioni "educate", le problematiche del lavoro ospedaliero. Le variabili illustrative del cluster sono: il sesso maschile e il ruolo di dirigente sanitario.

Se il primo fattore era caratterizzato da una contrapposizione tra funzioni manageriali, il secondo è connotato da una valutazione del lavoro ospedaliero tout court, dai turni alla relazione con colleghi e pazienti, dal carico di lavoro all'affollamento, al rischio di contagio, alla tensione che il lavoro comporta, specie con pazienti acuti. Il secondo fattore si situa a mezzo tra una gerarchia più alta per cui tutto va bene e un gruppo manageriale che sottolinea le carenze negli obiettivi e nei risultati dell'azienda ospedaliera. Qui troviamo i lavoratori, nelle loro diverse articolazioni, e troviamo i problemi del lavoro quotidiano. In particolare, in questo fattore fa il suo ingresso rilevante il "cliente" del sistema ospedaliero, il paziente e i suoi familiari.

Il lavoro ospedaliero è visto criticamente da entrambe le culture del fattore: si tratta di un lavoro che, in generale, viene vissuto come stressante. Ma con diverse reazioni. Da una parte ci si sente assediati da una minaccia a tutto campo, senza alternative se non quella di una solitudine autonoma (impossibile) che metta al riparo dalla minaccia generalizzata. Qui incontriamo i fattori genetici di ciò che possiamo chiamare rischio psicosociale ospedaliero. Dall'altra si individua nelle relazioni amicali educate e nel familismo del gruppo d'appartenenza, un antidoto alla pressione stressante del lavoro stesso. Il rifugio nel gruppo d'appartenenza e la fiducia nelle relazioni appropriate al ruolo sono rimedi sicuri nei confronti di un lavoro che perde le sue connotazioni di minaccia estesa, dal paziente alla magistratura.

Il terzo fattore

Sul terzo fattore troviamo solo il cluster 1.

Si tratta di una cultura "altra", che non trova spazio entro i due primi fattori. Altra, perché sembra che i problemi che in essa vengono sottolineati siano strettamente connessi al lavoro ospedaliero specifico, in quanto il cluster 1 è generato significativamente da chi lavora nella U.O.C. Oncologia. Vediamo più analiticamente i dati emersi in questa cultura. Si rilevano molteplici problemi sul lavoro: ansia dei pazienti ma anche, ed è l'unica cultura ove questa componente compare, il confronto con la morte; la paura di sbagliare; l'aver a che fare con pazienti molto anziani, la vicinanza di malati contagiosi, ma non le obiezioni e le resistenze dei pazienti. Si tratta, quindi, di problemi che originano dal confronto con malattie difficili, spesso incurabili, che confrontano con la morte quale fallimento dell'intervento medico. Per questo motivo si è sempre sotto tensione, così come si rischia di essere contagiati.

A questi problemi si contrappone la fiducia nella valorizzazione del proprio operato entro il SFN: sono fattori di successo la realizzazione degli obiettivi aziendali, il rispetto delle procedure, il saper collaborare, il lavorare sodo, l'essere stimati da tutti, l'essere innovativi e il dimostrare interesse per i pazienti. Una sorta di decalogo del bravo operatore sanitario, capace di attenzione alla gerarchia (procedure, lavorare sodo), ai colleghi (collaborare, essere stimati), all'azienda (perseguire gli obiettivi aziendali, essere innovativi, attenzione ai risultati), ai pazienti (dimostrare interesse nei loro confronti).

Il medico è dotato di potere, e lavora con infermieri che rispondono con dipendenza amichevole al potere medico. Viene sottolineata l'inefficienza organizzativa del SFN. Si pensa che la propria U.O.C. goda di elevato prestigio, e si è contenti dell'orario di lavoro, anche se si denuncia una cattiva gestione dei turni e una scarsa opportunità di sviluppo professionale. Si teme, infine, il possibile intervento della magistratura quale minaccia imminente.

In sintesi, si tratta di una cultura che sottolinea la pericolosità e la difficoltà di un lavoro con malati gravi, oncologici o malati altamente contagiosi, ove l'intervento sanitario è difficile e sottopone a forte pressione professionale. Questa difficile situazione è peraltro ben compensata dal vissuto concernente strutture di lavoro efficienti e collaborative, pur se all'interno di un sistema ospedaliero problematico perché inefficace e poco attento allo sviluppo professionale del personale. Così pure si pensa di vivere in un contesto sociale inaffidabile. Ciò comporta la consapevolezza di un lavoro difficile, ma ben organizzato entro la propria struttura d'appartenenza; una sorta di isola funzionante, entro un contesto (ospedaliero, sanitario e sociale) altamente problematico. In questa cultura si rilevano solo modesti segni di rischio psicosociale.

Rapporto tra culture e soddisfazione per il lavoro

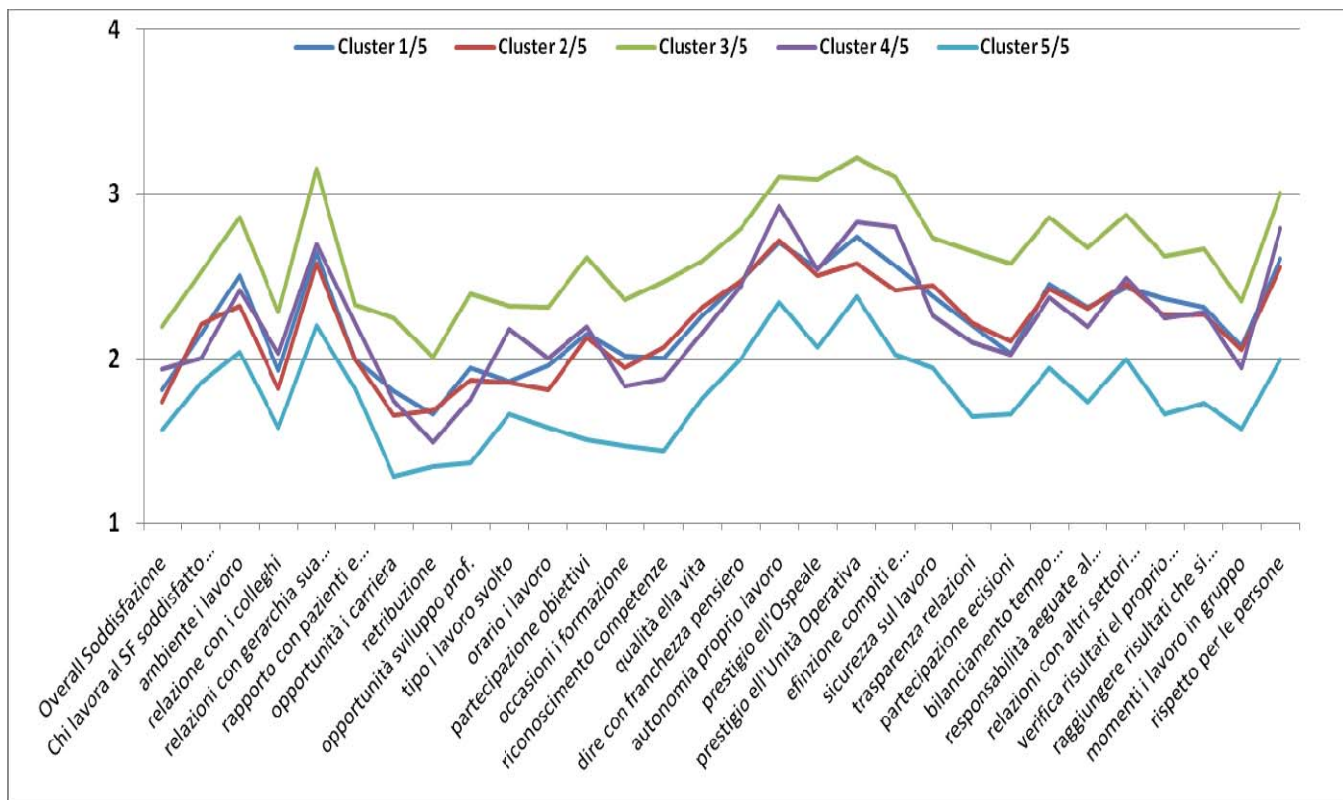
Rapporto tra culture e soddisfazione over all

CLUSTER	Valutazione del Rischio Psicosociale	Indice di soddisfazione over all
Cluster 5	+++	1.57
Cluster 4	++	1.94
Cluster 1	+	1.81
Cluster 2	+/-	1.74
Cluster 3	-	2.20

Si può notare la differenza significativa tra il cluster 3, a soddisfazione medio-alta, e tutte le altre culture caratterizzate da valori di soddisfazione sotto la media. In particolare è molto basso il valore di soddisfazione del cluster 5, la cultura a più elevato rischio psicosociale.

Si può rilevare, in sintesi, una correlazione inversa tra valori di rischio psicosociale e valori di soddisfazione per il proprio lavoro in Ospedale.

Rapporto tra le differenti variabili della soddisfazione e i cluster.



Il cluster 3 riporta sistematicamente i valori più elevati di soddisfazione per le 28 variabili della soddisfazione e per le due aree over all (“In che misura è soddisfatto del suo lavoro?”; “Chi lavora al SFN, in generale, quanto è soddisfatto del suo lavoro, secondo lei?”). Il cluster 5 riporta i valori più bassi di soddisfazione. Gli altri tre cluster si situano in posizione intermedia e sovrappongono i valori di soddisfazione.

L’analisi dei dati sulla soddisfazione consente una ulteriore considerazione: le curve dei valori riferiti ai cinque cluster seguono lo stesso andamento, abbassandosi o definendo i picchi più alti consensualmente. Ciò significa che le singole variabili utilizzate per la rilevazione della soddisfazione non hanno capacità discriminanti per le culture evidenziate dalla ricerca. Ad esempio, le “opportunità di carriera” e “la retribuzione” evidenziano i valori più bassi in tutti i cluster (anche se conservando quell’ordine interno ai cluster segnalato più sopra); di contro, “le relazioni con la gerarchia della sua Unità Operativa”, “l’autonomia nel proprio lavoro”, “il prestigio del suo Ospedale” e “il prestigio della sua Unità Operativa” riportano sistematicamente e significativamente i valori più elevati in tutte le cinque culture.

Se le culture servono per una differenziazione del rischio psicosociale entro la popolazione del SFN, non è così per le componenti della soddisfazione. *E’ il valore di soddisfazione nel suo complesso che correla con il rischio psicosociale*, nel senso di un valore più basso di soddisfazione per la cultura a più alto rischio, e di un valore più elevato per la cultura a più basso rischio. *I singoli elementi* in cui è scomposta la soddisfazione si comportano coerentemente entro le differenti culture e non danno informazioni sul rischio psicosociale, come alcuni autori di contro segnalano. Possono suggerire altri tipi di informazione ma, lo ripetiamo, *non servono quali indicatori del rischio*.

Valori medi di soddisfazione emersi per le singole componenti della soddisfazione stessa (in rosso i valori significativamente sotto la media, in azzurro quelli sopra la media)

Componenti della soddisfazione	Valori medi di soddisfazione
L’ambiente di lavoro	2.41
Le relazioni con i colleghi	1.91

Le relazioni con la gerarchia della sua Unità Operativa	2.63
Il rapporto con i pazienti e familiari	2.05
Le opportunità di carriera	1.73
La retribuzione	1.63
Le opportunità di sviluppo professionale	1.86
Il tipo di lavoro che lei svolge	1.94
L'orario di lavoro	1.92
La partecipazione alla definizione dei suoi obiettivi lavorativi	2.10
Le occasioni di formazione	1.92
Il riconoscimento delle sue competenze	1.96
La qualità della vita nel suo ambiente di lavoro	2.21
La possibilità di dire con franchezza ciò che si pensa sulle questioni lavorative	2.43
L'autonomia nel proprio lavoro	2.73
Il prestigio del suo ospedale	2.53
Il prestigio della sua Unità Operativa	2.72
La definizione dei suoi compiti e delle sue responsabilità	2.55
La sicurezza sul lavoro	2.34
La trasparenza nelle relazioni di lavoro	2.15
La partecipazione alle decisioni	2.06
Il bilanciamento tra tempo di lavoro e tempo libero	2.34
L'attribuzione di responsabilità adeguate al ruolo	2.24
Le relazioni con gli altri settori dell'ospedale	2.43
La possibilità di verificare i risultati del proprio lavoro	2.22
La possibilità di raggiungere i risultati che ci si aspetta nel proprio lavoro	2.24
I momenti di lavoro in gruppo	1.99
Il rispetto per le persone	2.57
Over all	1.83
Over all attribuita a SFN	2.15

Se si guarda ai valori più alti: la maggior parte degli items a soddisfazione più elevata parlano dei rapporti con la gerarchia aziendale, in particolare di quella dell'U.O. di appartenenza, e con la sua competenza a perseguire il prestigio della struttura. Gli items con i valori più bassi segnalano, di contro, i limiti intrinseci al lavoro: retribuzione, opportunità di carriera, di sviluppo professionale e di formazione, orario di lavoro, riconoscimento delle proprie competenze e tipo di lavoro che si svolge, nonché il lavoro in gruppo. Sembra quindi che esista una gerarchia con la quale si è direttamente a contatto, con la quale si hanno rapporti soddisfacenti; ma anche un "sistema" ospedaliero con cui non si hanno rapporti e che vessa il personale, lo rende insoddisfatto. Questa *scissione della gerarchia in due aree*, quella *conosciuta* con funzione gratificante e quella *sconosciuta e lontana*, decisamente frustrante i bisogni del personale, aiuta a capire come chi "fa di tutte le erbe un fascio" sia a forte rischio psicosociale, come è il caso del cluster 5.

La distribuzione dei cluster entro le variabili illustrative

cluster e ruoli

		Cluster					Total
		Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5	
Ruolo	Direttore o Responsabile	11	9	16	4	6	46

	23,9%	19,6%	34,8%	8,7%	13,0%	100,0%
Responsabile SAIO e coordinatore	19 33,9%	13 23,2%	9 16,1%	11 19,6%	4 7,1%	56 100,0%
Dirigente Sanitario	45 18,3%	73 29,7%	31 12,6%	29 11,8%	68 27,6%	246 100,0%
Personale SAIO infermiere	111 30,2%	65 17,7%	60 16,3%	60 16,3%	71 19,3%	367 100,0%
Personale supporto SAIO (Oss, Ota)	5 25,0%	4 20,0%	3 15,0%	5 25,0%	3 15,0%	20 100,0%
Personale Tecnico CTSR	27 33,3%	15 18,5%	10 12,3%	8 9,9%	21 25,9%	81 100,0%
Personale Riabilitativo CTSR	2 18,2%	6 54,5%	1 9,1%	0 0,0%	2 18,2%	11 100,0%
Personale Amministrativo	13 20,6%	15 23,8%	12 19,0%	12 19,0%	11 17,5%	63 100,0%
Personale Area Tecnica	1 5,9%	5 29,4%	8 47,1%	1 5,9%	2 11,8%	17 100,0%
Total	234 25,8%	205 22,6%	150 16,5%	130 14,3%	188 20,7%	907 100,0%

Infermieri e responsabili del settore infermieristico vedono una presenza accentuata entro il cluster 1, assieme al personale tecnico CTSR (Coordinamento Tecnici Sanitari e Riabilitatori). I medici hanno una presenza relativamente bassa entro lo stesso cluster 1. Questi ultimi, di contro, vedono una presenza percentualmente elevata nel cluster 5.

La contrapposizione tra area infermieristica che sottolinea la rischiosità del lavoro e area medica prevalentemente caratterizzata da una distanza conflittuale con la dirigenza può dare indizi sulla difficoltà di comunicazione tra infermieri e medici.

cluster e genere

Sesso						Totale
	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5	
maschi	91 23,4%	112 28,8%	64 16,5%	46 11,8%	76 19,5%	389 100,0%
femmine	149 27,6%	98 18,1%	93 17,2%	88 16,3%	112 20,7%	540 100,0%
Totale	240 25,8%	210 22,6%	157 16,9%	134 14,4%	188 20,2%	929 100,0%

L'unico dato significativo è la differente distribuzione dei maschi (più elevata) e delle femmine (meno elevata) entro il cluster 2. Ciò segnala come la difesa dal rischio psicosociale individuata in tale cluster (amicalità come coesione difensiva) sia più presente tra gli uomini che tra le donne che lavorano al SFN. L'amicalità coesa e difensiva presente nel cluster 2 è una risorsa molto utile se pensata in rapporto alla tendenza disgregatrice delle relazioni presente nel cluster 4; tuttavia va tenuto presente che un'enfatizzazione della sua relazione con il genere maschile potrebbe essere fattore di stress per il personale di genere femminile. *Si nota così un possibile conflitto tra costruzione di appartenenza e conflitto tra generi.*

cluster e anzianità di servizio

Anzianità di servizio	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5	Totale
meno di 5 anni	24	11	15	8	14	72
	33,3%	15,3%	20,8%	11,1%	19,4%	100,0%
da 5 a 15 anni	72	72	46	39	71	300
	24,0%	24,0%	15,3%	13,0%	23,7%	100,0%
da 15 a 30 anni	108	86	64	55	76	389
	27,8%	22,1%	16,5%	14,1%	19,5%	100,0%
più di 30 anni	36	40	32	32	31	171
	21,1%	23,4%	18,7%	18,7%	18,1%	100,0%
Totale	240	209	157	134	192	932
	25,8%	22,4%	16,8%	14,4%	20,6%	100,0%

Il personale con minore anzianità ha una frequenza significativamente più elevata entro il cluster 1, che abbiamo visto rappresentare la cultura più problematica nei confronti dei rischi tipicamente "ospedalieri" (contagio, morte, paura di sbagliare, pazienti molto anziani). I più anziani, di contro, hanno la minore frequenza entro lo stesso cluster 1. *Si tratta quindi di una cultura espressiva della costruzione di un'appartenenza all'Ospedale e dell'accettazione dei limiti del lavoro di cura e assistenza.*

cluster e diverse tipologie di pazienti

Tipologie di pazienti di cui si occupa							Totale
		Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5	
ricoverati acuti		72	75	46	46	71	310
		23,2%	24,2%	14,8%	14,8%	22,9%	100,0%
pazienti ambulatoriali		36	24	23	23	27	133
		27,1%	18,0%	17,3%	17,3%	20,3%	100,0%
tutti i tipi di pazienti		67	74	49	41	53	284
		23,6%	26,1%	17,3%	14,4%	18,7%	100,0%
non si occupa di pazienti		59	35	30	23	33	180
		32,8%	19,4%	16,7%	12,8%	18,3%	100,0%
Totale		234	208	148	133	184	907
		25,8%	22,9%	16,3%	14,7%	20,3%	100,0%

Il dato più interessante è rappresentato dalla prevalenza del cluster 1 del personale che “non si occupa di pazienti”. Ricordiamo che il cluster 1 è caratterizzato dai rischi tipicamente “ospedalieri” (contagio, morte, paura di sbagliare, pazienti molto anziani). Questo dato conferma quanto già rilevato in rapporto alla tabella 3. Quanto meno si ha esperienza del lavoro ospedaliero, inteso come rapporto con i pazienti, tanto più si ha difficoltà a stare ai limiti della cura e della terapia, alle prove di impotenza nei confronti della morte e delle malattie o delle condizioni “incurabili”.

Possibilità di sviluppo della Cultura Locale dell'ACO San Filippo Neri in rapporto al rischio psicosociale

La ricerca ha mostrato che il rischio psicosociale è in rapporto ai differenti repertori culturali in cui si articola la più complessiva cultura dell'Ospedale. Sono emerse due aree di rischio.

In primo luogo, quella associata al rapporto tra Direttori e Dirigenti: questi ultimi non sentono rivolta una adeguata attenzione a obiettivi, risultati e competenza professionale. Ciò conduce a una situazione anomica dei Dirigenti completamente ignorata dai Direttori, che dal canto loro non rilevano problemi. La possibilità di sviluppo è connessa con la creazione di un gruppo orizzontale dei Direttori nel quale i Direttori stessi si possano confrontare con tale problematica.

In secondo luogo, quella associata all'utilizzazione o meno delle difese connesse con l'amicizia e la coesione affettiva dei gruppi di lavoro. In questo caso si tratta soprattutto di conoscere l'esistenza di questa risorsa e di valorizzarla, in alternativa ai conflitti o all'ignoramento entro la propria struttura di appartenenza. Sarà utile tenere presente che tale coesione amicale è meno accessibile al personale femminile.

In conclusione si può aggiungere che se le culture sono un fattore di rischio, esse sono anche una risorsa e la loro conoscenza costituisce già un'iniziativa di intervento. A tal fine i dati di questa ricerca possono essere usati entro comunicazioni mirate a tutto il personale.

Interventi successivi alla ricerca

Ad oggi sono state effettuate diverse iniziative di diffusione e discussione dei dati, e in alcune U.O. sulla base di specifiche esigenze sono stati realizzati incontri approfonditi di analisi dei dati: Servizio Gestione Attività Ambulatoriali (SGAA), Neonatologia, Ostetricia-Ginecologia, Analgesia al Parto e Anestesia Ginecologica, Medicina d'Urgenza/Pronto Soccorso (MUPS), Cardiologia. In due casi, MUPS e SGAA, a tali incontri sono seguite iniziative di osservazione partecipante da parte di consulenti psicologi SPS, accompagnate da approfondimenti di casi condivisi con le équipes delle U.O. Inoltre SPPR ha iniziato un'attività di valutazione dei cosiddetti rischi oggettivi di stress lavoro-correlato.

Bibliografia

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *L'analisi Emozionale del Testo. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi*. Milano: Franco Angeli.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2011). *La cultura dei Servizi di Salute mentale in Italia*. Milano: Franco Angeli.

Carli, R., Paniccia, R.M., & Giovagnoli F. (2010). L'organizzazione e la dinamica inconscia. *Rassegna Italiana di Sociologia*, 2, 183 – 204

Cox, T., Griffiths, A., & Rial-Gonzalez, E. (2000). *Research on work-related stress*. European Agency for Safety and Health at Work. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, ISBN 92-828-9255-7.

Nardella, C., Deitinger, P., & Aiello, A. (2007). La rilevazione del rischio psicosociale: rassegna di metodologia e strumenti di misura. *Fogli di informazione ISPESL*, 1, 45-53.

Rassegna Italiana di Sociologia (2010). Aspetti cognitivi dell'organizzazione. 2, aprile-giugno, 179 – 324.